ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

SEORL
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
PCF
Y PATOLOGÍA CERVICO-FACIAL

Acta Otorrinolaringológica Española

Octubre 2008. Vol. 59. Especial Congreso

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

Tarragona, 17-21 de octubre de 2008

ELSEVIER DOYMA

www.elsevier.es/otorrino

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

ISSN: 0001-6519

RhinoDouche®

Dispositivo para la irrigación de la nariz y senos paranasales

¿Qué indicaciones tiene?

La irrigación nasal está especialmente indicada en:

- Rinitis, alergias nasales y Sinusitis
- Congestión nasal, catarros
- Asma asociado a sinusitis, pólipos nasales
- Tos por goteo retronasal
- Respiración en ambientes contaminados
- Cuidados post-cirugía nasal

EFICACIA DEMOSTRADA

DE VENTA EN FARMACIAS

CN 226522

Características:

- La solución de irrigación (500 mL) se prepara en la propia botella a la temperatura deseada.
- El adaptador sella completamente el orificio nasal permitiendo tener la cabeza en posición vertical.
- La presión sobre la botella produce un flujo continuo que es controlable con la mano.
- Permite hacer irrigaciones nasales y de los senos paranasales en pocos minutos.
- Portátil, económico y duradero.
- No contiene látex.

Modo de Uso:

1) Depositar el contenido de un sobre de SinuSal® incluido en el interior de la botella.

2) Llenar con agua tibia y cerrar el tapón-adaptador nasal.

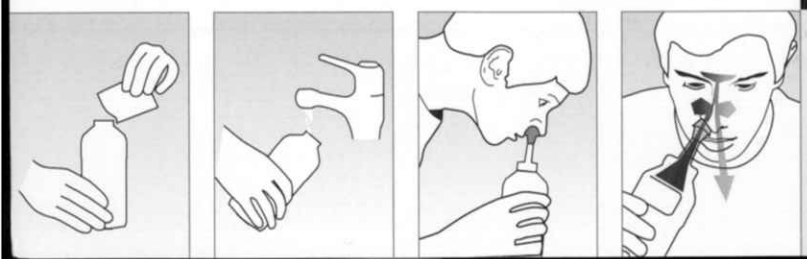
3) Agitar para disolver las sales.

4) Aplicar el adaptador 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 oficio contralateral. Repetir la operación sobre el otro orificio nasal.

SinuSal XL®

en cajas de 40 sobres

CN 228163



Avda. Somosierra, 22 N14A
Parque Empresarial Inbisa
28700 San Sebastián de los Reyes
Tel: 916 510 010 / Fax: 916 639 732
www.inmunotek.com

inmunotek
alergia e inmunología

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

Acta Otorrinolaringológica Española

COMISIÓN DELEGADA DE LA SEORL-PCF

PRESIDENTE
Prof. Jesús Algaba Guimera
San Sebastián

SECRETARIO GENERAL
Dr. Bartolomé Scola Yurrita
Madrid

VICEPRESIDENTE
Dr. Primitivo Ortega del Álamo
Madrid

VICESECRETARIO
Dr. Cristóbal López-Cortijo Gómez de Salazar
Madrid

TESORERO
Dr. Juan Luis Gómez González
Salamanca

DIRECTOR DE LA REVISTA
Dr. Juan Pablo Rodrigo Tapia
Oviedo

DIRECTOR DE RELACIONES INTERNACIONALES
Prof. Jaime Marco Algarra
Valencia

DIRECTOR DE REUNIONES Y CONGRESOS
Prof. Ángel Ramos Macías
Las Palmas de Gran Canaria

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	137,92 €
Instituciones	349,16 €

(IVA incluido. Precios válidos sólo para España)

Suscripciones y atención al cliente:
Elsevier España, S.L.
Travesera de Gracia, 17-21 • 08021 Barcelona.
Teléfono: **902 888 740**

Correo electrónico: suscripciones@elsevier.com

Protección de datos: Elsevier España, 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

Correo electrónico: otorrino@elsevier.com

© Copyright 2008 Elsevier España, 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 ESPAÑA, 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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Avamys 27,5 microgramos/pulverización, suspensión para pulverización nasal. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada pulverización libera 27,5 microgramos de furoato de fluticasona. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección *Lista de excipientes*. **FORMA FARMACÉUTICA:** Suspensión para pulverización nasal. Suspensión de color blanco. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas-** Adultos, adolescentes (12 años y mayores) y niños (de 6 a 11 años): Avamys está indicado para el tratamiento de los síntomas de la rinitis alérgica. **Posología y forma de administración-** La suspensión para pulverización nasal de furoato de fluticasona debe administrarse únicamente por vía intranasal. Para obtener un beneficio terapéutico completo se recomienda seguir con regularidad la pauta posológica. El efecto terapéutico comienza a observarse 8 horas después de la administración inicial. Sin embargo, pueden ser necesarios varios días de tratamiento para conseguir el máximo beneficio, por lo que se debe informar al paciente de que sus síntomas mejorarán con el uso regular y continuado del medicamento. La duración del tratamiento debe restringirse al período correspondiente a la exposición alergénica. Adultos y adolescentes (12 años y mayores): La dosis inicial recomendada es de dos pulverizaciones (27,5 microgramos de furoato de fluticasona por pulverización) en cada fosa nasal una vez al día (dosis diaria total, 110 microgramos). Una vez que se consiga un adecuado control de los síntomas, la reducción de la dosis a una sola pulverización en cada fosa nasal (dosis diaria total, 55 microgramos) puede ser efectiva para el mantenimiento. Niños (de 6 a 11 años de edad): La dosis inicial recomendada es de una pulverización (27,5 microgramos de furoato de fluticasona por pulverización) en cada fosa nasal una vez al día (dosis diaria total, 55 microgramos). Los pacientes que no respondan adecuadamente a una pulverización diaria en cada fosa nasal (dosis diaria total, 55 microgramos), pueden utilizar dos pulverizaciones diarias en cada fosa nasal (dosis diaria total, 110 microgramos). Una vez que se consiga un adecuado control de los síntomas, se recomienda reducir la dosis a una sola pulverización en cada fosa nasal (dosis diaria total, 55 microgramos). Niños menores de 6 años: La experiencia en niños menores de 6 años es limitada. La seguridad y eficacia en este grupo no ha sido adecuadamente establecida. Pacientes de edad avanzada: No es necesario ajustar la dosis en esta población. Pacientes con insuficiencia renal: No es necesario ajustar la dosis en esta población. Pacientes con insuficiencia hepática: No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada. No existen datos en pacientes con insuficiencia hepática grave (ver sección *Advertencias y precauciones especiales de empleo*). Se debe agitar el dispositivo intranasal antes de su uso. El dispositivo se prepara presionando el botón dosificador para emitir por lo menos seis pulverizaciones (hasta que se vea una fina niebla), mientras sujeta el dispositivo en posición vertical. Sólo es necesario volver a preparar el dispositivo intranasal (aproximadamente 6 pulverizaciones hasta que se vea una fina niebla) si ha quedado destapado durante 5 días o no se ha utilizado durante 30 días o más. Después de cada uso se debe limpiar el dispositivo y volver a colocar la tapa. **Contraindicaciones-** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes de Avamys. **Advertencias y precauciones especiales de empleo-** El furoato de fluticasona experimenta un importante efecto de primer paso metabólico, por lo tanto es probable que aumente la exposición sistémica a furoato de fluticasona administrado por vía intranasal en pacientes con insuficiencia hepática grave. Esto puede producir un aumento en la frecuencia de efectos adversos sistémicos (ver sección *Posología y forma de administración*). Se debe tener precaución cuando se trate a este tipo de pacientes. Ritonavir- No se recomienda la administración concomitante con ritonavir, debido al riesgo de que se produzca un aumento de la exposición sistémica a furoato de fluticasona (ver sección *Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción*). Pueden aparecer efectos sistémicos con cualquier corticoide administrado por vía nasal, especialmente a dosis elevadas prescritas durante periodos prolongados. Estos efectos varían en función del paciente y del tipo de corticosteroide utilizado. El tratamiento con dosis de corticosteroides nasales superiores a las recomendadas puede producir supresión de la función corticoadrenal clínicamente significativa. Si hay evidencia de que se están empleando dosis superiores a las recomendadas, debe considerarse la posible necesidad de administrar corticosteroides sistémicos adicionales en periodos de estrés o en casos de cirugía programada. La administración de 110 microgramos de furoato de fluticasona una vez al día no se ha asociado con supresión del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA) en adultos, adolescentes o pacientes pediátricos. Sin embargo, la dosis de furoato de fluticasona intranasal debe ser reducida hasta la mínima dosis posible con la que se consiga mantener un control efectivo de los síntomas de la rinitis. Al igual que con todos los corticosteroides intranasales, se debe considerar siempre la carga sistémica total de corticosteroides cuando se vayan a prescribir concomitantemente otras formas de tratamiento corticosteroide. Se han notificado casos de retardo en el crecimiento en niños tratados con algunos corticosteroides nasales a las dosis autorizadas. Se recomienda vigilar regularmente la altura de los niños que reciban un tratamiento prolongado con corticosteroides por vía nasal. Si se detecta un retardo en el crecimiento, deberá revisarse el tratamiento con objeto de, si es posible, reducir la dosis administrada a la mínima con la que se consiga un control efectivo de los síntomas. Además, se debe valorar la posibilidad de derivar al paciente a la consulta de su pediatra. Si hubiera alguna razón para suponer que la función suprarrenal está alterada, se debe tener cuidado cuando los pacientes pasen de recibir un tratamiento con esteroides sistémicos a recibir furoato de fluticasona. Avamys contiene cloruro de benzalconio. Puede producir irritación de la mucosa nasal. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción-** El furoato de fluticasona sufre un rápido aclaramiento sistémico debido a un importante efecto de primer paso metabólico, producido por la isoenzima 3A4 del citocromo P450. Tomando como referencia los datos de otro glucocorticoide (propionato de fluticasona), que se metaboliza mediante la isoenzima CYP3A4, no se recomienda administrar furoato de fluticasona de forma conjunta con ritonavir debido al riesgo de aumento de exposición sistémica a furoato de fluticasona. Se recomienda precaución cuando se administren de forma conjunta furoato de fluticasona e inhibidores potentes de la isoenzima CYP3A4, ya que no se puede descartar un aumento en la exposición sistémica. En un estudio de interacción medicamentosa de furoato de fluticasona intranasal con ketoconazol, un potente inhibidor de la isoenzima CYP3A4, se observó un mayor número de sujetos con concentraciones medibles de furoato de fluticasona en el grupo de ketoconazol (6 de los 20 sujetos) comparado con placebo (1 de 20 sujetos). Este pequeño aumento en la exposición no tuvo como resultado una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en los niveles séricos de cortisol de 24 horas (ver sección *Advertencias y precauciones especiales de empleo*). Los datos de inducción e inhibición enzimática sugieren que no hay una base teórica para anticipar interacciones metabólicas entre el furoato de fluticasona y otros compuestos cuyo metabolismo está mediado por el citocromo P450 a dosis intranasales clínicamente relevantes. Por lo tanto, no se ha realizado ningún ensayo clínico para investigar las interacciones de furoato de fluticasona con otros medicamentos. **Embarazo y lactancia-** No existen datos adecuados acerca del uso de furoato de fluticasona en mujeres embarazadas. En estudios en animales se ha observado que los glucocorticodes inducen malformaciones, incluyendo paladar hendido y retardo en el crecimiento intra-uterino. Sin embargo no es probable que esto sea relevante en humanos a las dosis nasales recomendadas, ya que la exposición sistémica es mínima. El furoato de fluticasona sólo debe ser utilizado durante el embarazo, si los beneficios para la madre superan los riesgos potenciales para el feto o el niño. Se desconoce si el furoato de fluticasona administrado por vía nasal se excreta en la leche materna. Sólo debe considerarse la administración de furoato de fluticasona en mujeres durante el periodo de lactancia, cuando el beneficio esperado para la madre supere cualquier posible riesgo para el niño. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas-** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas, ya que no se espera que el furoato de fluticasona afecte a esta capacidad. **Reacciones adversas-** Se han empleado los datos procedentes de ensayos clínicos de gran tamaño para determinar la frecuencia de las reacciones adversas. Las frecuencias se han definido de la siguiente forma: Muy frecuentes ≥ 1/10; frecuentes ≥ 1/100 a < 1/10; poco frecuentes ≥ 1/1.000 a < 1/100; raras ≥ 1/10.000 a < 1/1.000; muy raras < 1/10.000.

Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	
Muy frecuentes	Epistaxis
Frecuentes	Úlceras nasales

La epistaxis fue generalmente de intensidad leve a moderada. En adultos y adolescentes, la incidencia de epistaxis fue más alta con el uso prolongado (más de 6 semanas) que con el uso a corto plazo (hasta 6 semanas). En ensayos clínicos en pacientes pediátricos de hasta 12 semanas de duración, la incidencia de epistaxis fue semejante entre los pacientes que recibieron furoato de fluticasona y los pacientes que recibieron placebo. **Sobredosis-** En un ensayo de biodisponibilidad, se administraron dosis intranasales diarias de hasta 2.640 microgramos durante más de tres días, sin que se observara ningún efecto adverso sistémico. Es improbable que la sobredosis aguda requiera algún tratamiento aparte de la observación. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: Propiedades farmacodinámicas-** Grupo farmacoterapéutico: Corticosteroides, código ATC: R01AD12. El furoato de fluticasona es un corticosteroide sintético trifluorado que posee una afinidad muy elevada por el receptor glucocorticoide y tiene una potente acción antiinflamatoria. Experiencia clínica: Rinitis alérgica estacional en adultos y adolescentes- Comparado con placebo, la administración de 110 microgramos de furoato de fluticasona en suspensión para pulverización nasal una vez al día mejoró significativamente los síntomas nasales (como son la rinorrea, congestión nasal, estornudos y prurito nasal) y los síntomas oculares (como son el prurito/ardor, lagrimeo y enrojecimiento de los ojos) en los cuatro ensayos. La eficacia se mantuvo durante el periodo de dosificación, de 24 horas, con una única administración diaria. El comienzo del beneficio terapéutico se observó a las 8 horas después de la administración inicial, observándose una mejoría adicional durante los días posteriores. La administración de furoato de fluticasona en suspensión para pulverización nasal mejoró significativamente la percepción de los pacientes en cuanto a la respuesta general al tratamiento, y la calidad de vida de los pacientes relacionada con la enfermedad (Cuestionario de Calidad de Vida de Rinoconjuntivitis – RQLQ), en los cuatro ensayos. Rinitis alérgica perenne en adultos y adolescentes: La administración de 110 microgramos de furoato de fluticasona en suspensión para pulverización nasal una vez al día mejoró significativamente los síntomas nasales así como la percepción de los pacientes en cuanto a la respuesta general al tratamiento comparado con placebo en los dos ensayos. La administración de 110 microgramos de furoato de fluticasona en suspensión para pulverización nasal una vez al día mejoró significativamente los síntomas oculares, así como la calidad de vida de los pacientes relacionada con la enfermedad (RQLQ) en comparación con placebo, en un ensayo. La eficacia se mantuvo durante el período de dosificacion de 24 horas con una única administración diaria. Rinitis alérgica estacional y perenne en niños: La posología pediátrica se basa en la evaluación de los datos de eficacia en la población de niños con rinitis alérgica. En la rinitis alérgica estacional, la administración de 110 microgramos de furoato de fluticasona en suspensión para pulverización nasal una vez al día fue efectiva, pero no se observaron diferencias significativas entre la administración de 55 microgramos de furoato de fluticasona en suspensión para pulverización nasal una vez al día y placebo para ninguna de las variables. En la rinitis alérgica perenne, la administración de 55 microgramos de furoato de fluticasona en suspensión para pulverización nasal una vez al día mostró un perfil de eficacia más consistente que la administración de 110 microgramos de furoato de fluticasona en suspensión para pulverización nasal una vez al día durante 4 semanas de tratamiento. El análisis *post-hoc* a lo largo de 6 y 12 semanas en el mismo ensayo, así como el estudio de seguridad del eje HPA de 6 semanas de duración, apoyaron la eficacia de la administración de 110 microgramos de furoato de fluticasona en suspensión para pulverización nasal una vez al día. Un ensayo de 6 semanas de duración en el que se evaluó el efecto de la administración de 110 microgramos de furoato de fluticasona en suspensión para pulverización nasal una vez al día sobre la función suprarrenal en niños de 2 a 11 años, mostró que no se producía ningún efecto significativo en los niveles séricos de cortisol de 24 horas, en comparación con placebo. Los resultados de un estudio knemométrico controlado con placebo, con 110 microgramos de furoato de fluticasona en suspensión para pulverización nasal una vez al día, no mostró efectos clínicamente relevantes sobre el crecimiento a corto plazo de los miembros inferiores en niños (6 a 11 años). Rinitis alérgica estacional y perenne en niños (menores de 6 años): Los estudios de seguridad y eficacia fueron realizados en un total de 271 pacientes de entre 2 y 5 años tanto en ritinis alérgica estacional como perenne, de los cuales 176 fueron expuestos a furoato del fluticasona. La seguridad y eficacia en este grupo no ha sido bien establecida. **Propiedades farmacocinéticas-** Absorción: El furoato de fluticasona experimenta una absorción incompleta y un importante efecto de primer paso metabólico en el hígado y en el intestino, que tienen como resultado una exposición sistémica insignificante. La administración intranasal de 110 microgramos una vez al día no suele dar lugar a concentraciones plasmáticas medibles (< 10 pg/ml). La biodisponibilidad absoluta de furoato de fluticasona administrado por vía intranasal es de 0,50%, de modo que tras la administración de 110 microgramos, menos de 1 microgramo de furoato de fluticasona estaría disponible a nivel sistémico (ver sección *Sobredosis*). Distribución: La unión de furoato de fluticasona a proteínas plasmáticas es superior al 99%. El furoato de fluticasona se distribuye ampliamente con un volumen de distribución medio en el estado estacionario de 608 l. Metabolismo: El furoato de fluticasona se elimina rápidamente de la circulación sistémica (aclaramiento plasmático total: 58,7 l/h), principalmente mediante metabolismo hepático por la isoenzima CYP3A4 del citocromo P450 dando lugar a un metabolito inactivo 17β-carboxílico (GW694301X). La principal ruta metabólica es la hidrólisis del grupo S-fluorometil carbotioato para dar lugar al metabolito ácido 17β-carboxílico. En los estudios *in vivo* no se ha observado la escisión del grupo furoato para formar fluticasona. Eliminación: La eliminación se produce principalmente por vía fecal tras la administración oral e intravenosa, lo que indica que furoato de fluticasona y sus metabolitos se excretan por vía biliar . Tras la administración intravenosa, la vida media de eliminación es 15,1 horas. La excreción urinaria tras la administración oral e intravenosa es de aproximadamente un 1% y un 2% de la dosis, respectivamente. Niños: En la mayoría de los pacientes, la concentración de furoato de fluticasona no es cuantificable (< 10 pg/ml) tras la administración intranasal de 110 microgramos una vez día. Se observaron niveles cuantificables en el 15,1% de los pacientes pediátricos, tras la administración intranasal de 110 microgramos una vez día y sólo en un 6,8% de los pacientes pediátricos tras la administración intranasal de 55 microgramos una vez día. No se observaron mayores niveles cuantificables de furoato de fluticasona en niños más pequeños (menores de 6 años de edad). La mediana de las concentraciones de furoato de fluticasona en sujetos con niveles cuantificables tras la administración de 55 microgramos fue 18,4 pg/ml y 18,9 pg/ml para 2-5 años y 6-11 años, respectivamente. Tras la administración de 110 microgramos, la mediana de las concentraciones en sujetos con niveles cuantificables fue 14,3 pg/ml y 14,4 pg/ml para 2-5 años y 6-11 años, respectivamente. Los valores son similares a los hallados en adultos (de más de 12 años) donde la mediana de las concentraciones en sujetos con niveles cuantificables fue 15,4 pg/ml y 21,8 pg/ml tras la administración de 55 microgramos y 110 microgramos, respectivamente. Ancianos: Sólo de un pequeño número de pacientes de edad avanzada, (≥ 65 años, n=23/872; 2,6%) se pudieron obtener datos farmacocinéticos. No se observó mayor incidencia de pacientes con concentraciones cuantificables de furoato de fluticasona entre las personas mayores en comparación con los pacientes más jóvenes. Insuficiencia renal: El furoato de fluticasona no es detectable en la orina de voluntarios sanos después de la administración intranasal. Menos del 1% de la dosis se excreta por la orina y por lo tanto no se espera que la insuficiencia renal pueda afectar a la farmacocinética del furoato de fluticasona. Insuficiencia hepática: No existen datos relativos a la administración de furoato de fluticasona intranasal en pacientes con insuficiencia hepática. En un ensayo en el que se administró una sola dosis de 400 microgramos de furoato de fluticasona por via oral inhalatoria a pacientes con insuficiencia hepática moderada se observó un incremento de la C_{max} (42%) y del $AUC_{(0-\infty)}$ (172%) y una leve disminución en los niveles de cortisol (un 23% de media) en pacientes en comparación con sujetos sanos. Teniendo en cuenta los resultados de este ensayo no cabe esperar que se produzca una reducción en los niveles de cortisol en pacientes con insuficiencia hepática moderada tras la exposición a una media prevista de 110 microgramos de furoato de fluticasona intranasal. Por lo tanto no es previsible que la insuficiencia hepática moderada produzca un efecto clínicamente relevante tras la administración de la dosis habitual en adultos. No hay datos en pacientes con insuficiencia hepática grave. Es probable que la exposición a furoato de fluticasona se vea aumentada en dichos pacientes. **Datos preclínicos sobre seguridad-** Las conclusiones de los estudios generales de toxicología fueron semejantes a las observadas con otros glucocorticoides y se asocian con una actividad farmacológica exagerada. No es probable que estas conclusiones sean extrapolables a humanos, para las dosis nasales recomendadas, ya que la exposición sistémica esperada es mínima. No se ha observado ningún efecto genotóxico de furoato de fluticasona en las pruebas convencionales de genotoxicidad. Además, no se produjo un aumento en la incidencia de tumores relacionados con el tratamiento en estudios de inhalación de dos años de duración en ratas y ratones. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes-** Glusosa anhidra, Celulosa dispersable, Polisorbato 80, Cloruro de benzalconio, Edetato de disodio, Agua purificada. **Incompatibilidades-** No procede. **Periodo de validez-** 3 años. Tras la apertura: 2 meses. **Precauciones especiales de conservación-** No refrigerar o congelar. **Naturaleza y contenido del envase-** El dispositivo de Avamys suspensión para pulverización nasal es de plástico predominantemente blanco, con una ventana que permite ver el contenido del frasco. El botón dosificador lateral y la tapa protectora son de color azul claro. La cubierta de plástico contiene la suspensión para pulverización nasal dentro de un frasco de vidrio Tipo 1 de color ámbar, dotado con una bomba pulverizadora. El medicamento está disponible en un tamaño de envase: 120 pulverizaciones. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones-** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Glaxo Group Ltd, Greenford, Middlesex, UB6 0NN, Reino unido. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con Receta Médica. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **PRESENTACIONES Y PRECIOS:**

Avamys 27,5 microgramos/pulverización, suspensión para pulverización nasal. (1 Frasco – 120 pulverizaciones)	PVP: 15,42 €	PVP IVA: 16,03 €

FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN: 11 de enero de 2008. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Enero 2008. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea del Medicamento (EMEA): http://www.emea.europa.eu/

Referencias:

1. Fokkens WJ, Jogi R, Reinartz S *et al.* Once daily fluticasone furoate nasal spray is effective in seasonal allergic rhinitis caused by grass pollen. Allergy 2007; **62**: 1078-1084.
2. Martin BG, Ratner PH, Hampel FC *et al.* Optimal dose selection of fluticasone furoate nasal spray for the treatment of seasonal allergic rhinitis in adults and adolescents. Allergy Asthma Proc 2007; **28**(2): 216-225.
3. Kaiser HB, Naclerio RM, Given J *et al.* Fluticasone furoate nasal spray: a single treatment option for the symptoms of seasonal allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol 2007; **119**(6): 1430-1437.
4. Ratner P, Andrews C, van Bavel J *et al.* Once-daily fluticasone furoate* nasal spray (FF) effectively treats ocular symptoms of seasonal allergic rhinitis (SAR) caused by mountain cedar pollen. *USAN approved name. J Allergy Clin Immunol 2007; **119**(Supp 1): S231.
5. Avamys ficha técnica. GlaxoSmithKline 2008
6. Berger WE, Godfrey JW, Slater AL. Intranasal corticosteroids: the development of a drug delivery device for fluticasone furoate as a potential step toward improved compliance. Exper Opin. Drug Deliv. 2007; **4**(6): 689-701.
7. Berger W, Godfrey JW, Grant AC *et al.* Fluticasone furoate (FF) nasal spray - development of a next generation delivery system for allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol 2007; **119**(1 Suppl): S231.
8. Godfrey JW, Grant AC, Slater AL. Fluticasone furoate (FF) nasal spray – ergonomic considerations for a next-generation delivery system. J Allergy Clin Immunol 2007; **119**(1 Suppl): S230.

gsk GlaxoSmithKline

Avamys
Furoato de Fluticasona

Un nuevo mundo
en el alivio de la rinitis alérgica...

Avamys es un nuevo corticoide intranasal que alivia los síntomas nasales y oculares[1-4] con una dosis diaria.[5]

En un dispositivo novedoso, fácil de usar.[6-8]

www.neomedic.es 900 20 30 50 neomedic

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

Acta Otorrinolaringológica Española

COMISIÓN DE REDACCIÓN Y EDICIÓN

Director: Prof. 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

Arístegui, Miguel
Madrid

Bartual Pastor, Juan
Puerto Real

Basterra Alegría, Jorge
Valencia

Bernal Sprekelsen, Manuel
Barcelona

Cenjor 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

Paiva, Antonio D.
Portugal

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

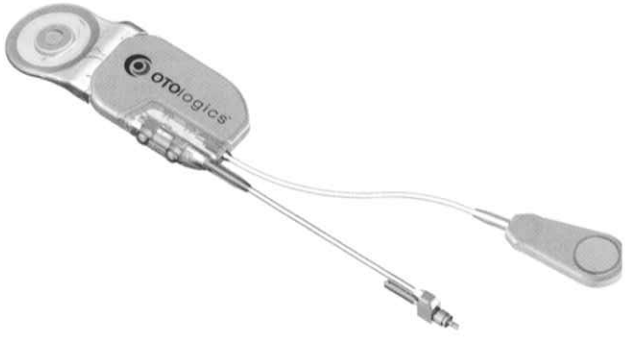
Carina™

UNA NUEVA FORMA DE OIR!

Carina™ es un sistema auditivo totalmente implantable de OTOlogics™ indicado para hipoacusias neurosensoriales, conductivas y/o mixtas.

Ventajas:

- Sistema auditivo invisible
- Batería recargable, hasta 15 años de vida útil
- Sin oclusión del conducto auditivo externo
- Calidad del sonido más natural



Carina™, el sistema auditivo totalmente implantable de **OTOlogics**™, le permite a sus pacientes tener una mejor calidad de vida.

Para más información, diríjase a **www.otologics.com** o escriba a la siguiente dirección:

InfoSpain@otologics.com

OTOlogics™

The Future in Hearing™

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

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

Tarragona, 17-21 de octubre de 2008

SUMARIO | Octubre 2008. Vol. 59. Especial Congreso

PROGRAMA OFICIAL DEL 59 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-SOCIAL

1 Introducción
2 Comités y Profesorado internacional
3 Distinciones de la SEORL
4 C.V. Prof. Enrico de´-Campora
5 C.V. Prof. Ricardo L. Carrau
7 Premios concedidos en la convocatoria 2008 de la SEORL-PCF
8 Acreditación SEAFORMEC
9 Salas de Interés
10 Planos del Palacio de Congresos y de la exposición comercial
12 Empresas expositoras
20 Cuadro sinóptico
24 Conferencias
27 Mesas redondas
29 Talleres de trabajo
31 Cursos de instrucción
36 Otras actividades
37 Normativa para la valoración de los pósteres

39 **PROGRAMA OFICIAL DEL 59 CONGRESO NACIONAL DE LA SEORL-PCF**

39 Viernes, 17 de Octubre
67 Sábado, 18 de Octubre
99 Domingo, 19 de Octubre
132 Lunes, 20 de Octubre
163 Martes, 21 de Octubre

205 **ÍNDICE DE AUTORES**

Advancing Smooth Surgery

Harmonic FOCUS™

FOCUS™
Es eficacia

Disección precisa, coagulación y corte sin cambiar de instrumento:

- Con la PRECISIÓN de los instrumentos de disección convencionales.
- Disección MÁS SEGURA cerca de estructuras vitales, en comparación con la electrocirugía.
- Sellado y corte de vasos de 5 mm.

ETHICON ENDO-SURGERY
Johnson & Johnson Medical

TRANSFORMING PATIENT CARE THROUGH INNOVATION™

■ INTRODUCCIÓN

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

Tarragona, 17 -21 de octubre de 2008

Queridos colegas:

Después de dos intentos infructuosos en que las votaciones no nos fueron favorables porque los votantes creyeron más atractivas las otras candidaturas, en el Congreso de San Sebastián fue elegida Tarragona como sede del 59º Congreso de la SEORL y PCF, a celebrar en octubre de 2008. En aquel momento sentimos una alegría muy grande, y de inmediato empezamos a pensar cómo colaborar con la Junta Directiva y con ORL Congresos de nuestra Sociedad de la manera más fructífera posible.

No cabe duda que para cada uno lo suyo es lo mejor, y para mí en este caso, Tarragona merece ser conocida para que se aprecien sus encantos y tesoros arqueológicos. Fue reconocida como Patrimonio de la Humanidad el 30 de noviembre del año 2000 y cada día se descubren más restos romanos en las excavaciones o incluso fortuitamente con motivo de remover cimientos al construir aparcamientos o edificios de viviendas. No es momento de enumerar aquí testimonios de la época romana ni entrar en farragosas descripciones que no vienen a cuento. Tiempo habrá de comprobarlo y descubrirlo durante su estancia en el Congreso.

Ya sabemos que venimos a Tarragona principalmente a realizar lo que dignifica nuestra profesión, que es hacer ciencia. Pero no es menos cierto que el trabajo se hace más agradable y productivo si el entorno ayuda, y creo que en esta ocasión el entorno cumplirá con las expectativas. Todos deseamos dotar a nuestra Sociedad de adelantos médicos que proporcionen a nuestros pacientes un mejor tratamiento cada día, y así lo demostramos en las Comunicaciones presentadas en los Congresos, que cada vez son más avanzadas y abundantes. Mi deseo sería que este Congreso superara a todos los anteriores en progresos científicos y proyección sobre la humanidad y que luego fuera superado a su vez en Congresos futuros. Si no lo logramos, al menos lo intentaremos. Tenemos para ello gran cantidad de profesionales con una calidad científica y humana envidiable, apoyados en unas Juntas Directivas que también se superan a lo largo de los años. Debemos conseguir que nuestra Sociedad crezca en número y en contenido científico, que nuestros gobernantes y la sociedad en general aprecie cada día más la importancia de nuestra especialidad, máxime en estos tiempos en que la competencia (bienvenida) aumenta, y el intrusismo (detestable) abunda.

Si se logran estos deseos, nos sentiremos felices, y si ustedes lo son durante su estancia en nuestra ciudad, Tarragona, la felicidad será más completa.

Las autoridades de esta ciudad, encabezadas por el Alcalde, y yo mismo, estamos encantados en acogerles.

Reciban un cordial saludo de bienvenida,

José Risco Arenas
Presidente del Congreso

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

Tarragona, 17 -21 de octubre de 2008

COMITÉ DE HONOR

Honorable Sra. D.ª Marina Geli i Fàbrega, Consejera de Salud de la Generalitat de Cataluña
Excmo. y Magfco. Dr. Francesc Grau Vidal, Rector de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona
Ilma. Sra. D.ª Montserrat Giralt Batista, Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona
Ilmo. Sr. D. Josep Fèlix Ballesteros Casanova, Alcalde de Tarragona
Dr. Josep M.ª Solé Poblet, Presidente del Colegio de Médicos de Tarragona
Dr. Josep Antoni Bombí Latorre, Presidente de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:	Dr. José Risco Arenas
Vicepresidente primero:	Dr. Bartolomé Scola Yurrita
Vicepresidente segundo:	Prof. Víctor Palomar García
Vicepresidente tercero:	Dr. Emilio García-Ibáñez
Secretario:	Prof. Ángel Ramos Macías
Vocales:	Prof. Miquel Quer i Agustí
	Dra. Teresa Rivera Rodríguez
	Dr. Jaime Sanabria Brassart
	Dr. Francisco Pellicer Garrido
	Dr. Enric Figuerola i Massana
	Prof. Gloria Morelló Castro

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:	Dr. José Risco Arenas
Vicepresidente primero:	Prof. Jesús Algaba Guimera
Vicepresidente segundo:	Dr. Bartolomé Scola Yurrita
Secretario:	Prof. Ángel Ramos Macías
Vocales:	Prof. Miquel Quer i Agustí
	Dra. Teresa Rivera Rodríguez
	Dr. Jaime Sanabria Brassart
	Prof. Manuel Manrique Rodríguez
	Prof. José Luis Llorente Pendás
	Dr. Esteban Scola Pliego
	Prof. Pablo Gil Loyzaga
	Dr. Félix Pumarola Segura
	Dr. Francisco Antolí-Candela Cano
	Prof. Constantino Morera Pérez
	Prof. Adolfo Sarandeses García
	Dr. Enrique Fernández Julián
	Dr. Faustino Núñez Batalla
	Dr. Manuel Tomás Barberán
	Prof. Jaime Marco Algarra
	Dr. José Antonio Viñuela Díaz

PROFESORADO INTERNACIONAL

Ricardo Carrau	Estados Unidos
Delfo Casolino	Italia
Bruno Colombeau	Francia
Salvatore Conticello	Italia
Vincent Darrouzet	Francia
Elgan Davies	Reino Unido
Enrico De Campora	Italia
José Natalio Fayad	Estados Unidos
Rick A. Friedman	Estados Unidos
Philip Gevaert	Bélgica
René Leemans	Holanda
Carlo Antonio Leone	Italia
Joao A. Marta Pimentel	Portugal
Nuri Özgirgin	Turquía
Pietro Palma	Italia
Renato Piantanida	Italia
Antonio Quaranta	Italia
Nicola Quaranta	Italia
Alberto Rinaldi Ceroni	Italia
Giuseppe Spriano	Italia
David Terris	Estados Unidos
Julián Bernardo Trujillo Piedrahita	Colombia

OSSEODUO la potencia con precisión suiza

El sistema **OSSEO**DUO 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, 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 **OSSEO**DUO?

PRIM O.R.L.

Distribuido por: **PRIM, S.A**
C/ F, nº 15 - Polígono Industrial nº 1 28938 Móstoles (Madrid)
Teléfono (+34) 91 334 24 00 - Fax (+34) 931 334 24 94 - www.primhospitales.com

Agresivo con la enfermedad, delicado con el paciente.

LA MARCA DE CONFIANZA

A PRECIO DE REFERENCIA

EN CORTICOTERAPIA SISTÉMICA

DEZACOR®

Deflazacort

Línea de atención al cliente 900 460 153

FAES FARMA 75 aniversario

www.faes.es

DEZACOR® 6 y 30 mg Comprimidos. DEZACOR® Gotas. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. Dezacor® 6 mg Comprimidos. Un comprimido contiene: deflazacort (D.O.E.), 6 mg. Dezacor® 30 mg Comprimidos. Un comprimido contiene: deflazacort (D.O.E.), 30 mg. Dezacor® Gotas. Un ml de suspensión contiene: deflazacort (D.O.E.), 22,75 mg. Una gota de suspensión contiene: 1 mg de deflazacort (D.O.E.). FORMA FARMACEUTICA. Dezacor®6 mg Comprimidos, envase con 20 comprimidos. Dezacor® 30 mg Comprimidos, envase con 10 comprimidos. Dezacor® Gotas, frasco de 20 ml con 13 ml de suspensión. DATOS CLINICOS. **Indicaciones terapéuticas**. Las indicaciones son: Enfermedades reumáticas y del colágeno: tratamiento de las 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; periarteritis nudosa; arteritis craneal y granulomatosis de Wegener. Enfermedades dermatológicas: pénfigo penfigoide bulloso, dermatitis exfoliativas generalizadas, eritema severo multiforme, eritema nudoso y psoriasis grave. Enfermedades alérgicas: asma bronquial refractario a la terapia convencional. Enfermedades pulmonares: sarcoidosis con afección pulmonar, alveolitis alérgica extrínseca (neumoconiosis por polvo orgánico), neumonia intersticial descamativa (fibrosis pulmonar idiopática). **Patología ocular: coroiditis, coriorretinitis, iritis e iridociclitis**. 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**. La dosis inicial en el adulto puede variar entre 6 y 90 mg/día y en el niño entre 0,25 y 1,5 mg/kg, dependiendo de la gravedad de la enfermedad a tratar y de la evolución de la misma. Tal dosis inicial deberá mantenerse o modificarse a fin de obtener una respuesta clínica satisfactoria. La dosis de mantenimiento debe ser siempre la mínima capaz de controlar la sintomatología. La reducción de la posología debe ser siempre gradual, con el fin de permitir la recuperación de la función del eje hipotálamo-hipofisario. Dezacor® Gotas tiene especial interés en pediatría, dada la comodidad de administración y su aceptación, incluso en lactantes (1 gota contiene 1 mg de deflazacort). No se dispone de datos clínicos sobre la eficacia del deflazacort en niños menores de 2 meses. **Contraindicaciones**. El empleo de corticoides cuya duración supere la de un tratamiento de sustitución o de emergencia de corto plazo está contraindicado en los siguientes casos: Úlcera péptica, infecciones bacterianas y víricas como tuberculosis activa, herpes simplex ocular, herpes zóster (fase virémica), varicela, así como en las infecciones micóticas sistémicas y en el período pre y postvacunal. Dezacor® está también contraindicado en caso de hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo**. Un comprimido de 6 mg de Dezacor® posee una equivalencia terapéutica aproximada a 5 mg de prednisona. Si bien es importante señalar que el requerimiento corticosteroideo es variable y que, por lo tanto, la posología debe ser individualizada, teniendo en cuenta la patología y la respuesta terapéutica del paciente. En los siguientes casos, debe tenerse especial precaución antes de decidirse a comenzar un tratamiento glucocorticoideo: Cardiopatías o insuficiencia cardíaca congestiva (excepto en el caso de que exista carditis reumática activa), hipertensión, enfermedades tromboembólicas, infecciones (debe instituirse tratamiento antiinfeccioso adecuado), gastritis o esofagitis, diverticulitis, colitis ulcerosa si existe riesgo de perforación o de infección piógena, anastomosis intestinal reciente, diabetes mellitus, inestabilidad emocional o tendencia psicótica, epilepsia, glaucoma, hipotiroidismo y cirrosis (en estos dos últimas casos puede verse potenciado el efecto de los glucocorticoides). Las situaciones estresantes (tales como infecciones, traumatismos o cirugía) pueden requerir un aumento de la dosis. Durante el curso de un tratamiento prolongado y a dosis elevadas se debe controlar una posible alteración del balance electrolítico y adecuar, si es oportuno, el aporte de sodio y de potasio. Tras la suspensión del tratamiento, puede persistir durante meses una insuficiencia suprarrenal secundaria relativa, por lo que se debe evitar la suspensión brusca de tratamientos prolongados con el fin de disminuir el riesgo de síndrome de retirada de corticoides. Cuando se produzca cualquier situación de estrés que se manifieste durante este período, se debe instituir un adecuado tratamiento hormonal. En tales situaciones la secreción mineralocorticoide puede comprometerse y puede ser oportuno suministrar, concomitantemente, sales y/o mineralocorticoides. El uso prolongado de glucocorticoides en los niños puede detener su crecimiento y desarrollo. Dezacor® Comprimidos contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. Aunque la cantidad presente en el preparado no es probablemente, suficiente para desencadenar los síntomas de intolerancia, en caso de que aparecieran diarreas debe valorarse la posibilidad o la conveniencia de interrumpir el tratamiento. Se informa a los deportistas que este medicamento contiene deflazacort, que puede establecer un resultado analítico de control de dopaje como positivo. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción**. La administración concomitante con antiinflamatorios, no esteroideos puede aumentar el riesgo de úlceras gastrointestinales. Los niveles séricos de salicilatos pueden disminuir durante el tratamiento con glucocorticoides, y elevarse a niveles tóxicos cuando dicho tratamiento se interrumpe sin ajuste a la dosis de los primeros. Los diuréticos depletores de potasio pueden potenciar la hipoKalemia de los glucocorticoides, mientras que los digitálicos pueden potenciar la posibilidad de arritmias asociadas a hipoKalemia. Puede ser preciso el aumento de la dosis de los antidiabéticos. La rifampicina, los barbitúricos y la fenitoína pueden acelerar el metabolismo de los glucocorticoides, por lo que, en pacientes estabilizados en tratamiento glucocorticoideo, la adición (o la retirada) de dichos fármacos puede requerir el ajuste de la dosis de corticoide. En los pacientes con miastenia gravis, los anticolinesterásicos pueden interaccionar con los glucocorticoides y producir debilidad muscular severa. En pacientes tratados con corticosteroides sistémicos, la utilización de fármacos relajantes musculares no despolarizantes puede resultar en una prolongación de efecto relajante. Los glucocorticoides disminuyen la respuesta inmunológica a vacunas y toxoides, y también pueden potenciar la replicación de los gérmenes de las vacunas vivas atenuadas. En pacientes con hipoprotrombinemia se aconseja prudencia al asociar ácido acetilsalicílico y corticosteroides. Pueden disminuir los niveles séricos de Iodo ligado a las proteínas y los de tiroxina (T4), así como la captación de I131. Los corticosteroides pueden aumentar o disminuir los efectos de los anticoagulantes. El efecto de los corticosteroides puede verse aumentado en mujeres por la administración concomitante de estrógenos o anticonceptivos orales, por lo que la dosis de corticosteroides en alguno de estos casos puede ser reducida. **Embarazo y lactancia**. Uso en embarazadas: no existe evidencia suficiente acerca de la seguridad en mujeres embarazadas. La administración de corticosteroides en animales preñados puede causar anormalidades en el desarrollo fetal, incluyendo paladar hendido y retraso en el crecimiento intrauterino. En consecuencia existe un riesgo, aunque pequeño, de que aparezcan tales efectos en el feto, por lo que el uso de deflazacort durante el embarazo en humanos requiere que los beneficios sean sopesados frente a los posibles riesgos. Lactancia: los glucocorticoides se excretan por la leche y pueden producir la detención del crecimiento y la inhibición de la producción endógena de esteroides, por lo que 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, que puede persistir hasta 1 año después de abandonar un tratamiento prolongado. 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, depleción de potasio, miopatía (en pacientes tratados con corticosteroides sistémicos, especialmente durante tratamientos a altas dosis y tras tratamientos prolongados, el empleo de fármacos relajantes musculares no despolarizantes puede precipitar una miopatía aguda), 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 cushingoide y cara de luna llena, amenorrea, diabetes mellitus, supresión del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, disminución del crecimiento en niños, cataratas subcapsulares posteriores, principalmente en niños, y aumento de la presión intraocular. **Sobredosificación**. No se han descrito casos de intoxicación con Dezacor®; de cualquier forma, si eso se produjera se aconsejan medidas sintomáticas. La administración por vía oral de dosis elevadas de corticosteroides durante un período prolongado de tiempo puede conducir a la supresión del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. DATOS FARMACEUTICOS. Lista de excipientes. Dezacor® Comprimidos contiene: lactosa (Dezacor® 6 mg contiene: 153,00 mg y Dezacor® 30 mg contiene: 313,00 mg), almidón de maíz, celulosa microcristalina y estearato de magnesio. Dezacor® Gotas contiene: silicato de aluminio y magnesio, carboximetilcelulosa de sodio, alcohol bencílico, sorbitol al 70%, polisorbato 80, ácido acético y agua purificada. Incompatibilidades. No se han descrit0. Período de validez. Dezacor® de 6 y 30 mg Comprimidos: período de validez de tres años. Dezacor® Gotas: período de validez de dos años a temperatura ambiente. Precauciones especiales de conservación. No se necesitan instrucciones especiales de conservación. Naturaleza y contenido del recipiente. Dezacor® Comprimidos se acondiciona en blíster de PVC y lámina de aluminio-PVC. Dezacor® Gotas se acondiciona en frascos de vidrio ámbar de 20 ml con tapón con precinto de aluminio incluyéndose un cuentagotas de cristal. Instrucciones de uso y 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 carbónicas. Nombre y dirección del titular de la autorización, Faes Farma, S.A. Máximo Aguirre, 14. 48940 Lejona. Vizcaya. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN. Con receta médica normal. Financiado por el Sistema Nacional de Salud con aportación normal. T.L.D. PRESENTACIONES Y PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO. Dezacor® 6 mg Comprimidos PVP-IVA: 5,51€. Dezacor® 30 mg Comprimidos PVP-IVA: 13,80€. Dezacor® Gotas PVP-IVA: 13,60€. ULTIMA REVISIÓN. Septiembre 1999.

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

Tarragona, 17-21 de octubre de 2008

DISTINCIONES DE LA SEORL

Socios de honor

Ricardo Carrau	Estados Unidos
Enrico de Campora	Italia

Socios corresponsales electos

Bruno Coulombeau	Francia
Vincent Darrouzet	Francia
José Natalio Fayad	Estados Unidos
René Leemans	Holanda
Giuseppe Spriano	Italia

Presidente de honor

Manuel Fernández-Vega
Por su brillante carrera profesional y su contribución y apoyo permanente a la SEORL.

Medalla de Oro

Pedro Quesada Marín. Presidente de la SEORL-PCF (2001-2003)
Carlos Suárez Nieto. Presidente de la SEORL-PCF (2003-2006)

Medalla de Plata

José Risco Arenas
Por la organización del 59 Congreso Nacional.

Medalla de Bronce

JManuel Bernal Sprekelsen
Por la realización de la Ponencia Oficial de la SEORL-PCF del 2008 "Complicaciones en cirugía ORL. Prevención y tratamiento".

Professor Enrico de'-Campora, MD

Full Professor and Director of the Otorhinolaryngologic And Head and Neck Surgery Clinic, University of Florence, Florence, Italy.

Prof. de' Campora is a nationally and internationally well renown surgeon, with special expertise in the treatment of oncologic diseases in the head and neck area. His current activity counts over 5000 oncologic surgical procedures (including neoplasias of the larynx, oral cavity, oro-pharynx, hypopharynx, cervical esophagus, parapharyngeal spaces, maxillo-facial area, anterior skull base, salivary and thyroid glands) and more than 1500 otologic procedures.

After 18 years spent as Director of the Otorhinolaryngologic Clinic of the "San Giovanni Calibita" Fatebenefratelli Hospital of Rome (Italy), since 2005 he is the director of the Universitary Clinic of Oto-rhino-laryngology and Head and Neck Surgery of the University of Florence (Italy), leading a team of over 25 specialists including clinicians, physicians and surgeons, all acting in the field of ENT and H&N surgery. Moreover, since 2005 he is committed as the Director of the Otorhinolaryngology Residency Program of the University of Florence.

He has been President of the Italian Society of ORL and cervico-facial surgery (SIO) in 2002, after being vice-president in 2001. Also, he is a member of the directive council of SIO since 1990.

He has been President of the Italian Association of Hospital Otorhinolaryngologists (AOOI) in the 1996-1998 biennium, after being vice-president in 1990-1992. Since 1993 up until today, moreover, he is a member of the AOOI directive council.

He founded the "Society of Otorhinolaryngology of Central and Southern Italy".

He founded the "Association of central and shouthern Italy Otolaryngologists".

Also, he is a founding member of the "European Society of Laryngology".

Over the years, he has written two monographic textbooks on the subject of Head and Neck oncologic surgery, 10 books regarding pathological conditions in ORL and published over 400 articles including original articles, monographic works and textbook co-participations, covering many different aspects of the ENT and H&N surgery specialties.

He currently sits in the editorial board of 8 Italian and European journals.

He has directed the Acta ORL Italica medical journal in the years 1991 through 1995.

He is also active on the scientific and research front, having been contributing member in several, nation-wide, studies as: "Italian Member for the classification and staging of tumors of the oral cavity and the oropharynx" (1984-1987); "Member of the dose-finding committee in radio-chemotherapy" (1992 until today); "National group for the study of labirinthopaties"; "Controlling the neoplastic growth in the nasopharyngeal carcinoma"; "National study group: national operative force: oncology project for the diagnosis and therapy of the tumors of the oral cavity and oropharynx".

To share knowledge, update methods and maintain healthy professional relationships, professor de' Campora has actively participated (as of today) to more than 300 national and international congresses and meetings as moderator, relator, lecturer and chairman.

Professor Ricardo L. Carrau

Birth date: January 6, 1959, Puerto Rico, USA.

EDUCATION AND TRAINING

1977-1981	U.P.R. School of Medicine M.D., 1981.
1981-1982	San Juan VAH Internal Medicine, PG-1 San Juan, PR 00936
1982-1984	San Juan VAH General Surgery PG 1-2 San Juan, PR 00936
1984-1987	University Hospital Otolaryngology – Head & Neck Surgery San Juan, PR 00936 Director: Juan Trinidad-Pinedo
1989-1990	University of Pittsburgh Head & Neck Oncology Fellowship School of Medicine (Approved by the Joint Committee for Pittsburgh, PA 15213

ACADEMIC APPOINTMENTS

July 1992-June, 1997	Assistant Professor, Department of Otolaryngology, University of Pittsburgh School of Medicine
July 1997-September, 2004	Associate Professor, Department of Otolaryngology, University of Pittsburgh School of Medicine
February 2000-September, 2004	Associate Professor, Department of Neurological Surgery, University of Pittsburgh School of Medicine
February 2000-Present	Associate Professor of Oral and Maxillofacial Surgery, University of Pittsburgh School of Dental Medicine
September 2004-Present	Professor of Otolaryngology, University of Pittsburgh School of Medicine
September 2004-Present	Professor of Neurological Surgery, University of Pittsburgh School of Medicine (Secondary Appointment)

NON-ACADEMIC APPOINTMENTS

July 1992-Present	Director, Maxillofacial Trauma Service, Department of Otolaryngology, University of Pittsburgh Medical Center
January 1999-Present	Medical Director of Swallowing Disorders Center, University of Pittsburgh Medical Center
January 2000-Present	Medical Director, UPMC Swallowing Disorders Center

AWARDS

Professor of the Year, Department of Otolaryngology, University of Pittsburgh Medical Center, June 1996 & 1998.

Best Doctors in America.

Woodward/White, Inc., 1998-present.

Presidential Citation. American Head and Neck Society. 2004.

"Top Doctors in Pittsburgh," Pittsburgh Magazine, 2005-present.

Empire Who's Who Among Executives and Professionals in Healthcare & Nursing, 2006.

Castle Connolly Guide "America's Top Doctors for Cancer," 2006-present.

UPMC ACES Award (Award for Clinical Excellence and Service) – 2006.

Best of the US Physicians in Otolaryngology, www.bestofus.com Website - 2006-present.

Madison Who's Who Among Executives and Professionals and 2007-2008 Honor's Edition of the Who's Who Registry. 2007-08.

PUBLICATIONS

Peer-Reviewed

(Last 10 of 125)

Prevedello DM, Thomas A, Gardner P, Snyderman CH, **Carrau RL**, Kassam AB. Endoscopic endonasal resection of a synchronous pituitary adenoma and a tuberculum sellae meningioma: technical case report. Neurosurgery,. 2007 Apr;60 (4 Suppl 2)E401; discussion E401. PMID: 17415151 [PubMed – indexed for MEDLINE].

Fortes FS, **Carrau RL**, Snyderman C, Kassam A, Prevedello D, Vescan A, Mintz A, Gardner P. Transpterygoid Transposition of a Temporoparietal Fascia Flap: A New Method for Skull Base Reconstruction after Endoscopic Expanded Endonasal Approaches. Laryngoscope. 2007 Apr 3; [Epub ahead of print] PMID: 17417106 {PubMed – as supplied by publisher].

Pinheiro-Neto CD, Prevedello DM, **Carrau RL**, Snyderman CH, Mintz A, Gardner P, Kassam A. Improving the Designo f the Pedicled Nasoseptal Flap for Skull Base Reconstruction: A Radioanatomic Study. Laryngoscope 2007 Sept 117(9): 1560-69.

Prevedello DM, Kassam AB, Snyderman C, **Carrau RL**, Mintz AH, Thomas A, Gardner P, Horowitz M. Endoscopic cranial surgery: ready for prime time? Clinical Neurosurgery. 2007 Oct;54:48-57.

Prevedello DM, Kassam AB, **Carrau RL**, Snyderman CH, Thomas A, Gardner P, Mintz A, Vecchione L, Losee J. Transpalatal endoscopic endonasal resection of a giant

epignathus skull base teratoma in a newborn. Case Report J. Neurosurg. 2007 Sep;107(3 Suppl):266-71.

Vescan AD, Snyderman CH, **Carrau RL**, Mintz A, Gardner P, Branstetter B 4th, Kassam AB. Vidian Canan: Analysis and Relationship to the Internal Carotid Artery. Laryngoscope. 2007 June 13.

Pinheiro-Neto CD, Prevedello DM, **Carrau RL**, Snyderman CH, Mintz A, Gardner P, Kassam A. Improving the Design of the Pedicled Nasoseptal Flap for Skull Base Reconstruction: A Radiodynamic Study. Laryngoscope. 2007 June 27.

Prevedello DM, Kassam AB, Snyderman C, **Carrau RL**, Mintz AH, Thomas A, Gardner P, Horowitz M. Endoscopic cranial surgery: ready for prime time? Clinical Neurosurgery. 2007 Oct;54:48-57.

Prevedello DM, Kassam AB, **Carrau RL**, Snyderman CH, Thomas A, Gardner P, Mintz A, Vecchione L, Losee J. Transpalatal endoscopic endonasal resection of a giant epignathus skull base teratoma in a newborn. Case Report J. Neurosurg. 2007 Sep;107(3 Suppl):266-71.

Kassam AB, Gardner PA*, Mintz A, Snyderman CH, **Carrau RL**, Horowitz M. Endoscopic endonasal clipping of an unsecured superior hypophyseal artery aneurysm. Technical note. J Neurosurg. 2007 Nov;107:1047-52.

Books

Operative Otolaryngology-Head & Neck Surgery. Myers EN, **Carrau RL**, Cass SP, et al. W.B. Saunders Co., Philadelphia, PA 1997.

Comprehensive Mangement of Swallowing Disorders. **Carrau RL**, Murry T (eds.) Singular Publishing Co., San Diego, CA, 1998.

Manual of Swallowing Disorders. Murry T, **Carrau RL**. Singular Publishing Co., San Diego, CA. In press, 2000.

Book Chapters

(Last 10 of 83)

Duvvuri U, **Carrau RL**, Kassam AB: Vascular Tumors of the Head and Neck. In: Bailey BJ, Johnson JT(eds): Head & Neck Surgery—Otolaryngology (4th Edition). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2006, Vol. 2, Chapter 125, pp. 1811-1825.

Kassam AB, Mintz AH, Snyderman CH, Gardner PA, **Carrau RL**, Maroon JC: Expanded endonasal approach to the sella and anterior skull base. Pp. 21-30. In Badie B (ed): Neurosurgical Operative Atlas. Thieme, New York, 2007.

Kassam AB, Mintz AH, Thomas A, Snyderman CH, Gardner P, **Carrau RL**: Preauricular transzygomatic subtemporal and infratemporal approaches to the skull base. Pp. 261-269. In Badie B (ed): Neurosurgical Operative Atlas. Thieme, New York, 2007.

Carrau RL, Schaitkin B: External Approaches to the Frontal Sinus, Chapter 15. In: Myers EN (ed) Textbook. In Press, December, 2006.

Carrau, RL, Snyderman CH, Kassam AB: *Juvenile Angiofibroma in Operative Otolaryngology* – Head and Neck Surgery, 2nd Edition. In press.

Carrau RL, Wasserman T, Management of Swallowing Disorders in the Patient with a Tracheostomy Chapter 12 In:Myers EN, Johnson JT Tracheotomy: AirwayManagement Communication, and Swallowing, Second Edition, In Press.

Carrau RL, Murry T, Clinical Management of Swallowing Disorders, Second Edition

Carrau RL, Gardner P, Kassam AH, Snyderman CH, Mintz A, The Endoscopic, Endonasal Transpterygoid Approach, Chapter 12, in Anand VK, Schwartz T, Practical Endoscopic Skull Base Surgery

Carrau RL, Gardner P, Kassam AH, Snyderman CH, Mintz A, The Endoscopic, Complications of Endoscopic Endonasal Skull Base surgery, Chapter 15, in Anand VK, Schwartz T, Practical Endoscopic Skull Base Surgery.

Prevedello DM, Kassam AB, Gardner P, Mintz A, Snyderman CH, **Carrau RL**. Endoscopic endonasal approach for craniopharyngiomas: nuances and limitations of treatment, classification and indications of pituitary transposition. In Nader R and Sabbagh AJ (eds): Cases in Neurosurgery. Thieme, New York, in press, August 2007.

Premios concedidos en la convocatoria 2008 de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

PREMIO ACTA OTORRINOLARINGOLÓGICA ESPAÑOLA - ELSEVIER

Al mejor trabajo que, a juicio de la Junta Directiva de la SEORL-PCF, se haya publicado en sus "ACTA OTORRINOLARINGOLÓGICA ESPAÑOLA" durante el año 2007.

Se decide entregar este premio al siguiente trabajo:

"Estudio de las características mecanoacústicas del oído medio sometido a cirugía estapedial con y sin conservación del tendón del estribo. 58(7):302-10" de los Dres. L.A. Vallejo, E. Gil-Carcedo, D. Herrero, C. Sánchez, E. Sánchez, L.M. Gil-Carcedo.

PREMIO SEORL-PCF

A la mejor tesis doctoral en Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial leída en el año 2007.

Optan a este premio las siguientes tesis doctorales

Perfil oncogénico del carcinoma adenoide quístico de glándulas salivales. *Dra. Guadalupe Sequeiros Santiago*

Estudio de los trastornos del equilibrio en pacientes con Enfermedad de Párkinson, mediante la videonistagmografía, la craneocorpografía y la posturografía dinámica computerizada. Rehabilitación vestibular y propuesta de una nueva clasificación del equilibrio en la Enfermedad de Párkinson. *Dr. Marcos Rossi Izquierdo*

Alteraciones precoces en la producción vocal de los pacientes intervenidos de cirugía tiroidea. *Dr. José Mª Verdaguer Muñoz*

Estudio clínico y genético de pacientes con hipoacusia neurosensorial no sindrómica en Cantabria. *Dr. Jaime Gallo Terán.*

Se decide otorgar este premio a la tesis doctoral **"Perfil oncogénico del carcinoma adenoide quístico de glándulas salivales". *Dra. Guadalupe Sequeiros Santiago***

PREMIO FUNDACIÓN DE OTOLOGÍA DR. GARCÍA-IBÁÑEZ

Este premio queda desierto al no presentarse ningún trabajo.

PREMIO AL MEJOR TRABAJO CLÍNICO PUBLICADO EN UNA REVISTA INTERNACIONAL

Al mejor trabajo que, a juicio de la Comisión de Investigación de la SEORL se haya publicado en una revista indizada con "factor impacto" en el Science Citation Index durante 2007.

Se decide otorgar este premio al trabajo **"Otosclerosis: Mid-Term results of Cochlear Implantation" de los Drs. M. Sainz, J. García-Valdecasas, M. Garófano, J. M. Ballesteros.**

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

Al mejor trabajo que, a juicio de la Comisión de Investigación de la SEORL se haya publicado en una revista indizada con "factor impacto" en el Science Citation Index durante 2007.

Se decide otorgar el premio al trabajo **"A model for Auditory Brain Stem Implants: Bilateral Surgical Deafferentation of the Cochlear Nuclei in the Macaque Monkey" de los Dres. F. J. Cervera-Paz, E. Saldaña, M. Manrique.**

PREMIO CANTABRIA PHARMA DE PÓSTERES 2007

Premios concedidos a los mejores pósteres presentados durante el 58 Congreso Nacional que tuvo lugar en Madrid en el 2007

1.er Premio al trabajo. **Paraganglioma múltiple laríngeo y carotídeo.**, de los Dres. J. Lloréns; J.M. Amador; C. García; I. Alonso; J. Horno; A. de Oña; J. Salinero. H.H.U.U. Virgen de las Nieves, Granada.

2.º Premio al trabajo. **Síndrome del seno silencioso.**, de los Dres. L. Fito; T. Collazo; C. Povedano; D. Ocampos; M.A. Melchor. Hospital 12 de Octubre, Madrid.

PREMIO FORUM DE INVESTIGACIÓN 2008

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 59 Congreso Nacional que se celebrará en Tarragona, el lunes 20 de octubre de 2008.

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

Tarragona, 17 -21 de octubre de 2008

Las actividades de este congreso han sido acreditadas por SEAFORMEC con los siguientes créditos:

CONFERENCIAS: 0,1 CRÉDITOS equivalente a 0,5 horas lectivas.

MESAS REDONDAS: 0,3 CRÉDITOS equivalente a 1,5 horas lectivas.

TALLERES DE TRABAJO: 0,4 CRÉDITOS equivalente a 2 horas lectivas.

CURSOS DE INSTRUCCIÓN: 0,3 CRÉDITOS equivalente a 1 hora lectiva y 0,4 CRÉDITOS equivalente a 2 horas lectivas.

Por favor, no olvide pasar su acreditación por el lector que tiene la azafata en la puerta para que su asistencia pueda ser acreditada debidamente.

Si no se le registra el código de barras, no obtendrá los créditos correspondientes.

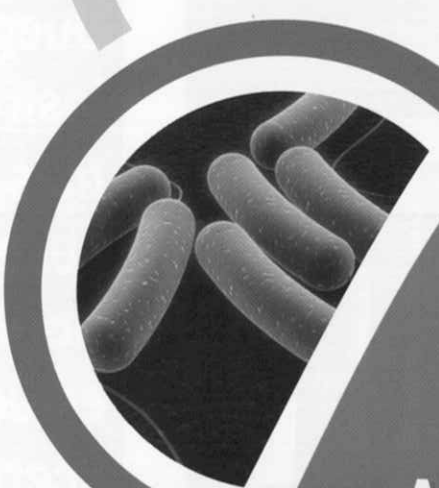
CGCOM

SEAFORMEC
Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada

"Actividad acreditada en base a la encomienda de gestión concedida por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos"

U.E.M.S.

CRÉDITOS RECONOCIDOS POR EL "EUROPEAN ACCREDITATION COUNCIL FOR CME (EACCME) DE LAS UEMS



AUTOVACUNAS
Y SUSPENSIONES BACTERIANAS

INMUNAL

Tratamiento de estímulo inmunitario en procesos infecciosos bacterianos crónicos, recidivantes o resistentes a los tratamientos convencionales

AUTOVACUNA BACTERIANA ORAL
SUSPENSION BACTERIANA ORAL

AUTOVACUNA BACTERIANA
SUBCUTANEA
SUSPENSION BACTERIANA SUBCUTANEA

AUTOVACUNA BACTERIANA SPRAY
SUSPENSION BACTERIANA SPRAY

C/ Alcarria, 7 Pol. Ind. Coslada 28823 COSLADA (MADRID) Tel.: 91674 60 17 Fax.: 91 671 06 50
E-mail: especialista@inmunal.com www.inmunal.com

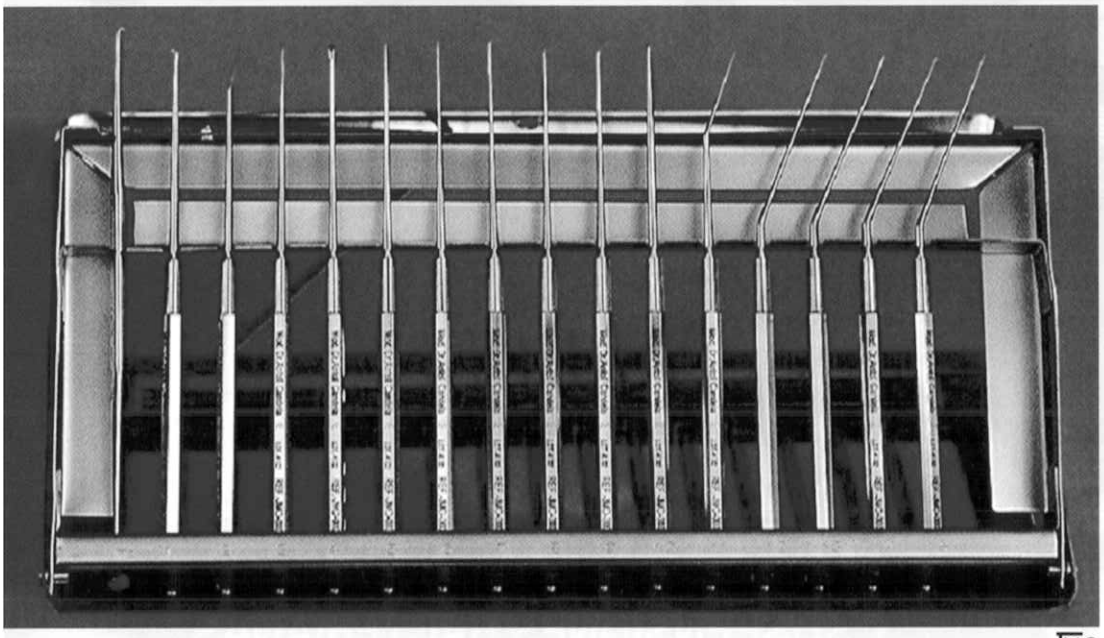
INMUNAL
INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA Y ALERGIA S.A.U.

Instrumental de microcirugía de oído

del Dr. Antolí-Candela

surtido único para TIMPANOPLASTIA y ESTAPEDECTOMIA

TOTALMENTE EN ACERO INOXIDABLE



Juego de 15 instrumentos más cucharilla doble y estuche de acero inoxidable

1 Bisturí redondo Ø 2,5 mm.	5 Estilete recto mediano 1 mm.	9 Espátula acodada 3 mm.	13 Paleta hacia atrás acodada 0,25 x 0,6 mm.
2 Bisturí redondo acodado Ø 2,5 mm.	6 Estilete recto pequeño 0,5 mm.	10 Medidor de prótesis 4 - 4,5 - 5 mm.	14 Estilete hacia adelante acodado 0,45 mm.
3 Bisturí de hoz 4,5 mm.	7 Estilete recto grande 2,7 mm.	11 Punzón acodado	15 Estilete hacia atrás acodado 0,45 mm.
4 Espátula 6 x 1,85 mm.	8 Punzón curvo	12 Paleta hacia adelante acodada 0,25 x 0,6 mm.	Cucharilla doble Ø 1,8 x 2,3 mm.

Con la GARANTIA y SERVICIO de:

salesa
Instituto Auditivo Español, S.A.
AUDIOPROTESISTAS. Desde 1949

ISO 9001

08010 BARCELONA
Pau Claris, 98
Tel. 93 317 35 70*
Fax 93 301 38 42

28014 MADRID
Zorrilla, 19
Tel. 91 521 78 79*
Fax 91 523 15 93

www.salesa.es • e-mail: info@salesa.es

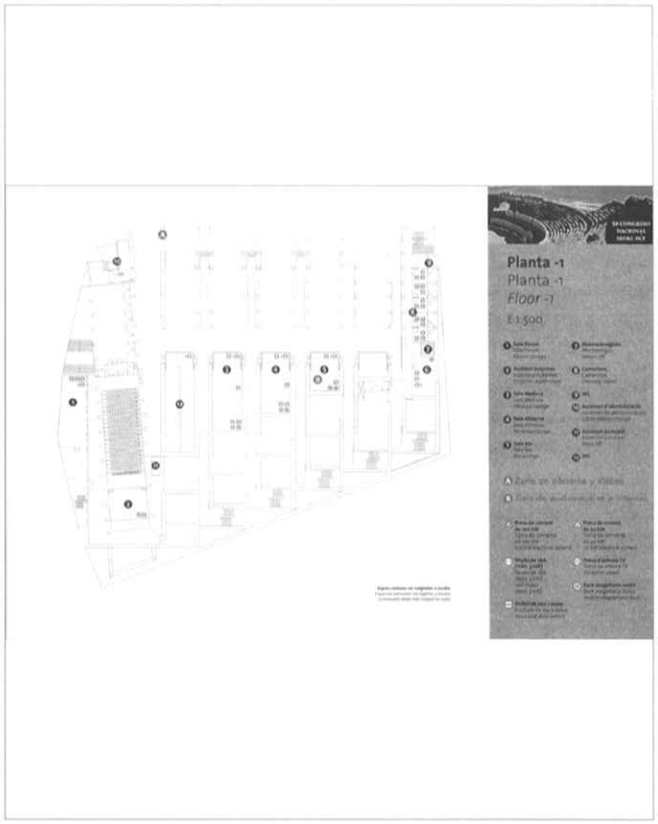
59 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

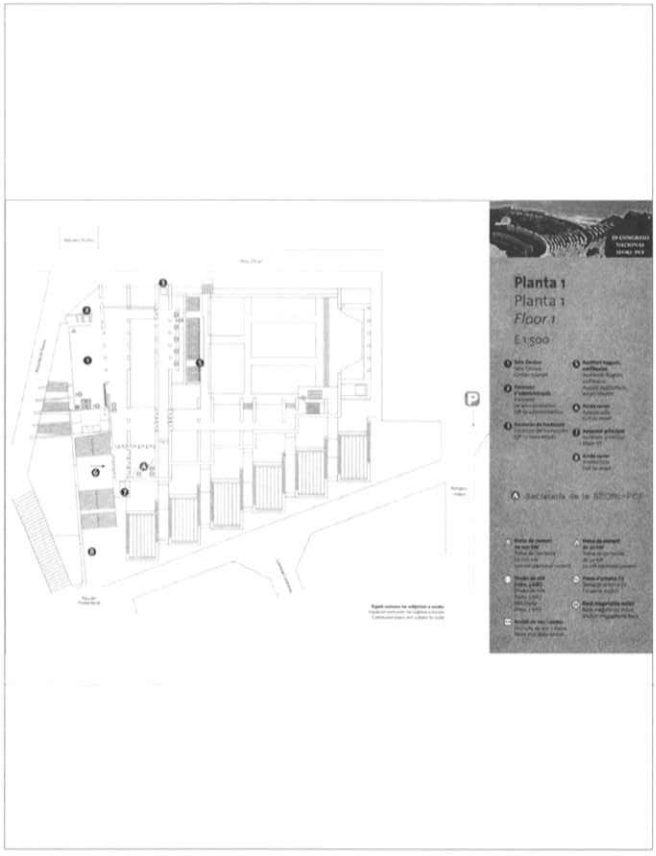
Tarragona, 17-21 de octubre de 2008

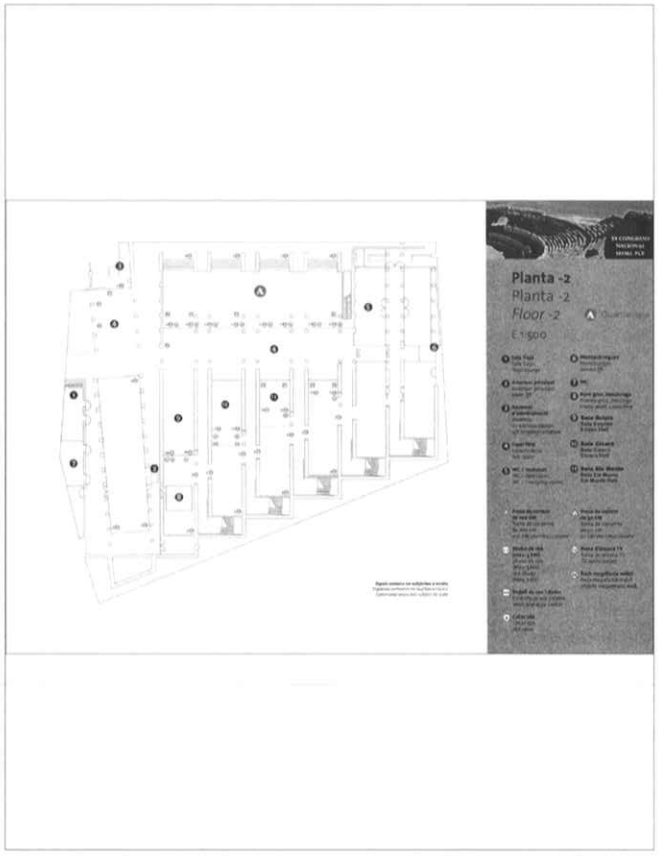
SALAS DE INTERÉS

Secretaría general del Congreso	Planta 0
Recogida de documentación	
Inscripciones in situ	
Secretaría de la SEORL-PCF	Planta 1
Votación de la ponencia oficial	
Tickets cena de confraternidad	
Trámites de la SEORL	
Salas de Conferencias	
Auditorio August	Planta 0
Auditorio Eutyches	Planta -1
Sala Genius I+II	Planta 1
Sala Medusa	Planta -1
Sala Minerva	Planta -1
Sala Escipión	Planta -2
Sala Els Munts	Planta -2
Sala Ciceró (Enfermería)	Planta -2
Sala de Audiovisuales y Acceso a Internet	Sala Isis, Planta -1
Guardarropa	Planta -2

PLANO DEL PALACIO DE CONGRESOS







Producto aceptado por

Sociedad Española de Medicina Oral

XEROSTOM®

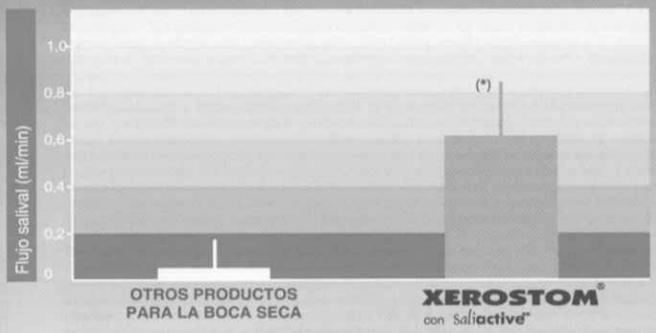
con Saliactive®℗

PARA LA BOCA SECA O XEROSTOMÍA

1. **Aumentar el flujo salival hasta un 200%**
2. Aliviar el dolor asociado a xerostomía
3. Mejora la sequedad de boca y garganta
4. Mitiga la sed por falta de saliva

XEROSTOM® con Saliactive® MEJORA LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON XEROSTOMÍA

INCREMENTO DEL FLUJO SALIVAL NO ESTIMULADO TRAS UNA SEMANA DE USO DEL 200%



(*) **Estudio realizado en la Universidad de Nueva York tras una semana de uso combinado del dentífrico, colutorio, sustituto salival y spray.**
Publicado en "Journal of Oral Rehabilitation" 34 (2007) 724-732

- El tratamiento de cáncer de cabeza y cuello con cirugía y/o radioterapia produce Xerostomía transitoria o permanente, y también mucositis.
- Numerosos problemas bucofaríngeos se asocian a alteraciones en la función salival.
- La Xerostomía es la principal queja de los pacientes con laringitis crónica, y se da también en casos de pneumonía, tabaquismo, rinitis alérgica y apnea del sueño.

"**XEROSTOM®** con **Saliactive®** es la solución".

biocosmetics laboratories
TIENE 130 PATENTES DEPOSITADAS A NIVEL MUNDIAL.

COMPRIMIDOS PARA CHUPAR	SUSTITUTO SALIVAL	SPRAY BUCAL	COLUTORIO	CHICLE DENTAL	DENTÍFRICO
CN 221718.8	CN 359935.1	CN 229476.9	CN 229468.4	CN 254235.8	CN 254227.3

De venta en farmacias

biocosmetics laboratories www.xerostom.com – info@xerostom.com

PARA RECIBIR MUESTRAS GRATUITAS DE LA LÍNEA XEROSTOM® ENVÍENOS ESTE CUPÓN CUMPLIMENTADO :

NOMBRE : **APELLIDOS :**
ESPECIALIDAD : **TELÉFONO DE CONTACTO :**
DOMICILIO : **CP:** **CIUDAD :**
PROVINCIA : **E-MAIL :** **EDAD :**

ENVIELO A : Dpto. Atención al cliente biocosmetics laboratories . C/ Araquil, 11 28023 - Madrid

SI QUIERE AMPLIAR INFORMACIÓN, CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB: www.xerostom.com

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal, le comunicamos que sus datos personales serán incluidos en ficheros cuyo responsable es LABORATORIOS Biocosmetics, S.L. para el envío de comunicaciones comerciales. Igualmente se le informa que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal mediante comunicación escrita dirigida a la dirección de correo postal (C/ Arcos de la Frontera, 15, 28023 Madrid) o correo electrónico a info@biocosmetics.es

GRUPO MENARINI
www.menarini.es

FORMULACIÓN

PULVERIZADOR NASAL
RINELON®
Mometasona Furoato

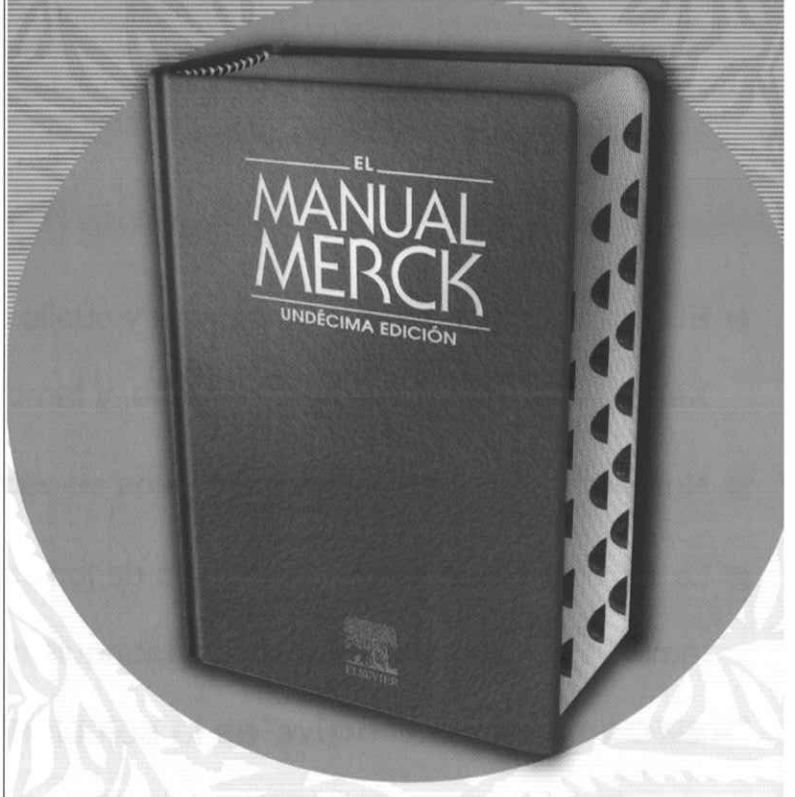
DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO RINELON Spray 50 microgramos suspensión para pulverización nasal **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA**Mometasona furoato (como monohidrato) 50 microgramos/pulverización.Excipientes: Celulosa dispersable BP de 65 cps (celulosa microcristalina y carmelosa sódica), glicerol, citrato sódico dihidrato, ácido cítrico monohidrato, Polisorbato 80, cloruro de benzalconio, agua purificada. **FORMA FARMACÉUTICA** Suspensión opaca de blanca a blanquecina. **DATOS CLÍNICOS** Indicaciones terapéuticas RINELON® Spray está indicado para el tratamiento sintomático de la rinitis alérgica estacional o perenne, tanto en adultos como en niños de 12 años de edad o mayores RINELON® Spray también está indicado para el tratamiento sintomático de la rinitis alérgica estacional o perenne, en niños de 6 a 11 años de edad. Como tratamiento profiláctico, en pacientes con historia de síntomas de rinitis alérgica estacional de grado moderado a severo, RINELON® Spray puede administrarse en las cuatro semanas previas al comienzo previsto de la estación polínica. RINELON® Spray está indicado para el tratamiento de pólipos nasales en pacientes adultos de 18 años de edad o mayores. Posología y forma de administración. Tras el cebado inicial de la bomba de RINELON® Spray (por lo común, 6 ó 7 pulverizaciones, hasta que se observa un pulverizado uniforme), cada pulverización proporciona aproximadamente 100 mg de suspensión de mometasona furoato, que contienen mometasona furoato monohidrato equivalente a 50 microgramos de mometasona furoato. Si no se hubiera utilizado la bomba durante 14 días o más, debe volverse a cebar antes de su siguiente empleo. Rinitis Alérgica Estacional o Perenne. Adultos (incluidos pacientes geriátricos) y niños de 12 o más años de edad: La dosis usual recomendada es dos pulverizaciones (50 microgramos/pulverización) en cada orificio nasal una vez al día (dosis total 200 microgramos). Una vez que se ha conseguido el control de los síntomas, la dosis puede reducirse a una pulverización en cada orificio nasal (dosis total 100 microgramos) como tratamiento de mantenimiento. Si el control de los síntomas no se considera adecuado, la dosis puede aumentarse a una dosis diaria máxima de cuatro pulverizaciones en cada orificio nasal una vez al día (dosis total 400 microgramos). Una vez conseguido el control de los síntomas, se recomienda reducir la dosis nuevamente. Niños de edades comprendidas entre 6 y 11 años: La dosis usual recomendada es de una pulverización (50 microgramos/pulverización) en cada orificio nasal una vez al día (dosis total 100 microgramos). En algunos pacientes con rinitis alérgica estacional, el inicio de la acción de RINELON® Spray pudo observarse ya en las 12 horas siguientes a la primera dosis. Sin embargo, no es probable que el efecto óptimo se alcance antes de las primeras 48 horas, por lo que se debe recomendar a los pacientes que mantengan un uso regular para alcanzar el efecto terapéutico óptimo. Poliposis Nasal La dosis usual inicial recomendada para poliposis es de dos pulverizaciones (50 microgramos/pulverización) en cada orificio nasal una vez al día (dosis diaria total de 200 microgramos). Si después de 5 a 6 semanas los síntomas no son controlados adecuadamente, la dosis puede incrementarse a una dosis diaria de dos pulverizaciones en cada orificio nasal dos veces al día (dosis diaria total de 400 microgramos). Una vez que se ha conseguido el control de los síntomas, debe reducirse la dosis pulverizada. Si no se observa mejoría de los síntomas después de 5-6 semanas administrándose dos veces al día, se deben considerar terapias alternativas. Los estudios de Eficacia y Seguridad de RINELON® Spray para el tratamiento de poliposis nasal tuvieron una duración de cuatro meses. Antes de la administración de la primera dosis debe agitarse bien el envase y presionar la bomba 6 ó 7 veces (hasta obtener un pulverizado uniforme). Si la bomba no se utilizase durante 14 días o más debe volverse a cebar la bomba como se ha descrito antes. Debe agitarse bien el envase antes de cada uso. El frasco deberá desecharse después del número de pulverizaciones indicadas en la etiqueta o a los 2 meses desde la primera utilización. Contraindicaciones Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de RINELON® Spray .RINELON® Spray no debe utilizarse en caso de infección localizada no tratada que afecte a la mucosa nasal. Dado el efecto inhibitorio que los corticosteroides ejercen sobre la cicatrización de las heridas, los pacientes que hayan sido sometidos recientemente a cirugía nasal o que hayan sufrido un traumatismo nasal no deberán utilizar corticosteroides por vía intranasal hasta que la cicatrización haya ocurrido. Advertencias y precauciones especiales de empleo En caso de que se considere necesario administrar RINELON® Spray a pacientes con infecciones tuberculosas activas o quiescentes del tracto respiratorio, infecciones fúngicas, bacterianas o víricas sistémicas no tratadas o herpes simplex ocular, su uso deberá hacerse con precaución. Tras 12 meses de tratamiento con RINELON® Spray no se observó evidencia de atrofia de la mucosa nasal; asimismo, la mometasona furoato tendió a hacer que la mucosa nasal volviera a un estado más cercano al fenotipo histológico normal. Al igual que con cualquier tratamiento a largo plazo, los pacientes que utilicen RINELON® Spray durante varios meses o por periodos superiores deberán ser examinados periódicamente en cuanto a posibles alteraciones de la mucosa nasal. Si se produjera una infección fúngica localizada de nariz o faringe, se considerará la suspensión del tratamiento con RINELON® Spray o la institución de un tratamiento apropiado. La persistencia de irritación nasofaríngea podría ser indicativa de la necesidad de suspensión de RINELON® Spray. Aunque RINELON® es capaz de controlar los síntomas nasales en la mayoría de los pacientes, el empleo concomitante de terapia adicional apropiada puede aportar un alivio adicional de otros síntomas, en especial de los oculares.No existe evidencia de supresión del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal tras el tratamiento prolongado con RINELON® Spray. Sin embargo, precisan especial atención aquellos pacientes que pasen a recibir tratamiento con RINELON® Spray tras la administración prolongada de corticosteroides activos por vía sistémica. En estos pacientes, la suspensión de los corticosteroides sistémicos podría resultar en una insuficiencia suprarrenal pudiendo transcurrir varios meses hasta la recuperación de la función del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal. Si estos pacientes mostraran signos y síntomas de insuficiencia suprarrenal, deberá volver a instaurarse la administración de corticosteroides sistémicos e instituirse otros tipos de tratamiento y medidas apropiadas. Durante el cambio de corticosteroides sistémicos a RINELON® Spray, algunos pacientes pueden experimentar síntomas de retirada de los corticoides activos por vía sistémica (por ejemplo, y sobre todo al principio, dolor articular y/o muscular, cansancio y depresión) por lo que a pesar del alivio de los síntomas nasales, estos pacientes precisarán de que se les estimule a proseguir con el tratamiento con RINELON® Spray. Dicho cambio de tratamiento puede también desenmascarar procesos alérgicos pre-existentes, tales como conjuntivitis y eczema alérgicos, previamente controlados por el tratamiento con corticosteroides sistémicos. La seguridad y eficacia de RINELON® no ha sido estudiada para el uso en el tratamiento de pólipos unilaterales, pólipos asociados con fibrosis quística, o pólipos que obstruyen completamente las fosas nasales. Los pólipos unilaterales que son poco corrientes o de apariencia irregular, especialmente si son ulcerados o sangrantes, deben ser evaluados más a fondo.Los pacientes en tratamiento con corticosteroides que se encuentren potencialmente inmunodeprimidos deberán ser advertidos acerca del riesgo de exposición a determinadas infecciones (por ejemplo, varicela, sarampión) así como de la importancia de consultar con el médico si se produjera dicha exposición. En muy raras ocasiones se han descrito casos de perforación del tabique nasal o de aumento de la presión intraocular tras el empleo de corticosteroides intranasales. No se ha estudiado la seguridad y eficacia de RINELON® Spray en el tratamiento de poliposis nasal en niños y adolescentes menores de 18 años de edad. Los corticosteroides administrados por vía intranasal pueden producir efectos sistémicos, particularmente cuando se utilizan a dosis altas y en tratamientos prolongados. Se han descrito casos de retraso en el crecimiento en niños tratados con corticosteroides nasales a las dosis recomendadas. Se recomienda vigilar regularmente la altura de los niños y adolescentes sometidos a un tratamiento prolongado con corticosteroides por vía intranasal. Si se detecta un retraso del crecimiento, deberá revisarse el tratamiento con objeto de, si es posible, reducir la dosis administrada a la mínima con la que se consiga un control efectivo de los síntomas. Debe además considerarse la revisión del paciente por parte de un pediatra. El tratamiento con dosis superiores a las recomendadas puede producir una supresión adrenal clínicamente significativa por lo que deberá tenerse en cuenta la posible necesidad de corticosteroides sistémicos adicionales en periodos de estrés o en intervenciones quirúrgicas programadas. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción (Ver Advertencias y precauciones especiales de empleo en cuanto al uso con corticosteroides sistémicos). En el único estudio clínico de interacción realizado con loratadina no se observaron interacciones. Embarazo y lactancia No existen estudios adecuados o bien controlados en mujeres embarazadas. Tras la administración intranasal de la dosis clínica máxima recomendada, las concentraciones plasmáticas de mometasona no son medibles; por tanto, es de esperar que la exposición fetal sea insignificante, y el potencial de toxicidad sobre la reproducción, muy bajo. Al igual que con otros preparados nasales corticosteroideos, RINELON® Spray no deberá utilizarse durante el embarazo o lactancia a menos que el beneficio potencial para la madre justifique cualquier riesgo potencial para la madre, feto o niño. Los recién nacidos de madres que hayan recibido corticosteroides durante el embarazo deberán ser observados cuidadosamente en cuanto a signos de insuficiencia suprarrenal. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria No se conocen.Reacciones adversas A continuación se muestran los acontecimientos adversos relacionados con el tratamiento comunicados en los estudios clínicos en pacientes adultos y adolescentes con rinitis alérgica (Tabla 1). Tabla 1: Reacciones Adversas Relacionadas con el Tratamiento de la Rinitis Alérgica para RINELON® Spray Muy frecuentes (> 1/10); frecuentes (> 1/100, < 1/10); poco frecuentes (> 1/1000, < 1/100); raras (> 1/10.000, < 1/1000); muy raras (< 1/10.000) Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos Frecuentes: Epistaxis, faringitis, quemazón nasal, irritación nasal, ulceración nasal Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración Frecuentes: Cefalea

La epistaxis fue por lo general de carácter auto-limitado y de grado leve y, aunque se produjo con una incidencia mayor que con el placebo (5%), su incidencia fue comparable o menor que la producida por los otros corticosteroides nasales estudiados que servían de control activo (hasta el 15%). La incidencia de todos los demás efectos adversos fue comparable a la observada con placebo.En la población pediátrica, la incidencia de acontecimientos adversos, esto es, epistaxis (6%), cefalea (3%), irritación nasal (2%) y estornudos (2%) fue comparable a placebo. En pacientes tratados por poliposis nasal, la incidencia global de acontecimientos adversos fue comparable a placebo y similar a la observada en pacientes con rinitis alérgica. A continuación se muestran los acontecimientos adversos relacionados con el tratamiento, comunicados en los estudios clínicos en ≥ 1% de los pacientes con poliposis (Tabla 2). Tabla 2: Reacciones Adversas Relacionadas con el Tratamiento de Poliposis ≥ 1% para RINELON® Spray muy frecuentes (> 1/10); frecuentes (> 1/100, < 1/10); poco frecuentes (> 1/1000, < 1/100); raras (> 1/10.000, < 1/1000); muy raras (< 1/10.000) (200 mcg una vez al día) (200 mcg dos veces al día) Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos Infección del tracto respiratorio superior Epistaxis frecuente frecuente poco frecuente muy frecuente Trastornos gastrointestinales Irritación de garganta --- frecuente Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración Cefalea frecuente frecuente Raramente, pueden ocurrir reacciones inmediatas de hipersensibilidad, que incluyen broncoespasmo y disnea, después de la administración intranasal de mometasona furoato monohidrato. Muy raramente, se han comunicado anafilaxis y angioedema. Se han comunicado muy raramente alteraciones del gusto y del olfato. Los corticosteroides administrados por vía intranasal pueden dar lugar a efectos sistémicos, particularmente cuando se prescriben a dosis altas durante periodos prolongados Sobredosis Como consecuencia de la insignificante (< 0,1%) biodisponibilidad sistémica de RINELON®, en caso de sobredosis es improbable que se precise más tratamiento que la observación, que se seguirá del comienzo de la dosis prescrita apropiada. La inhalación o la administración oral de dosis excesivas de corticosteroides puede resultar en la supresión de la función del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal. **DATOS FARMACÉUTICOS** Incompatibilidades No aplicable Precauciones especiales de conservación No conservar por encima de 25ºC. No congelar. Instrucciones de uso/manipulación Ninguna especial **TITULAR DE LA AUTORIZACION DE COMERCIALIZACION** Laboratorios Menarini, S.A. C/ Alfonso XII 587, 08918 Badalona (Barcelona) **FECHA DE LA REVISIÓN (PARCIAL) DEL TEXTO** Agosto de 2007 **PRESENTACIONES Y PVP** RINELON® 50 microgramos suspensión para pulverización nasal: Envase con 18 g, PVP iva: 16,03 euros **CONDICIONES DE DISPENSACIÓN** Con receta médica. Financiado por el Sistema Nacional de Salud con aportación normal.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Ficha técnica de Rinelon spray nasal acuoso. **2.** Phenylethyl Alcohol. In: Kibbe AH, editor. Handbook of Pharmaceutical Excipients. 3rd Edition ed. ; 2000. p. 372. **3.** Glycerin. In: Kibbe AH, editor. Handbook of Pharmaceutical Excipients. 3rd Edition ed. ; 2000. p. 220. **4.** Nasonex® (mometasone furoate monohydrate) [en línea]. [Consulta: 18 de septiembre de 2007]. Disponible en: http://ww2.arthritis.org/resources/sponsors/Ease_of_Use/eou_complete_list.asp#nasonex **5.** Gross GN, Danzig MR, Gates D. Mometasone furoate nasal spray rapidly and enduringly relieves nasal congestion and other symptoms of seasonal allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol 2007; 119 (suppl 1):564. Abstract 251. **6.** Schenkel E, LaForce C, Gates D. Mometasone furoate nasal spray in seasonal allergic rhinitis effective in relieving ocular symptoms. Allergy Clin Immunol Int. 2007;19(2): 50-53.

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

11ª EDICIÓN



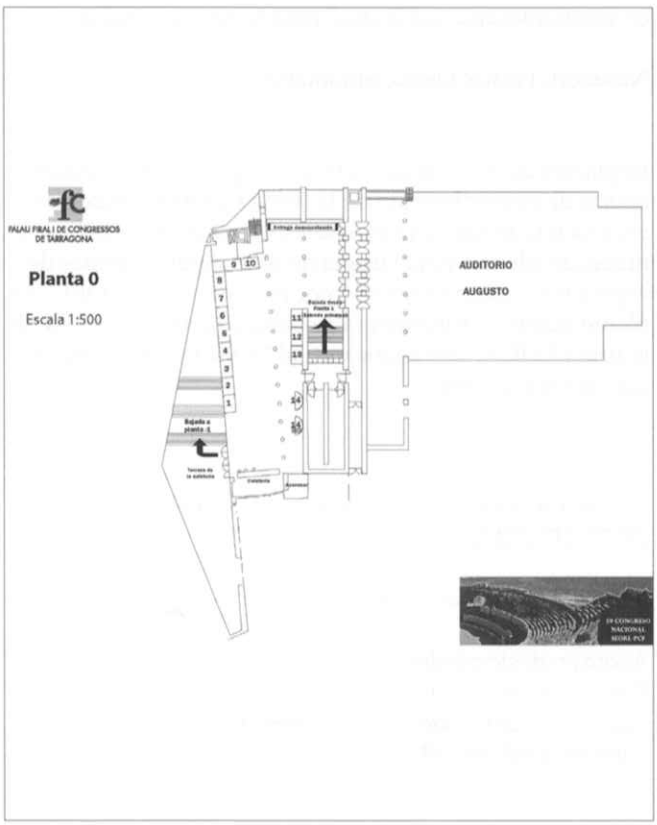
Con la información clínica más práctica en medicina general y en todas las especialidades.

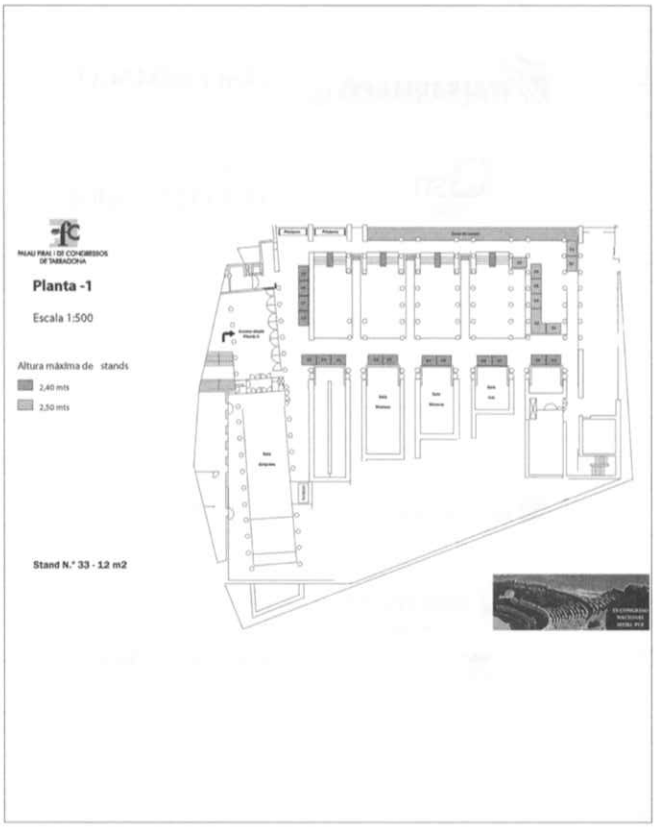
EL TEXTO MÉDICO DE MAYOR VENTA EN EL MUNDO, CON MÁS DE CIEN AÑOS EN PERMANENTE ACTUALIZACIÓN.

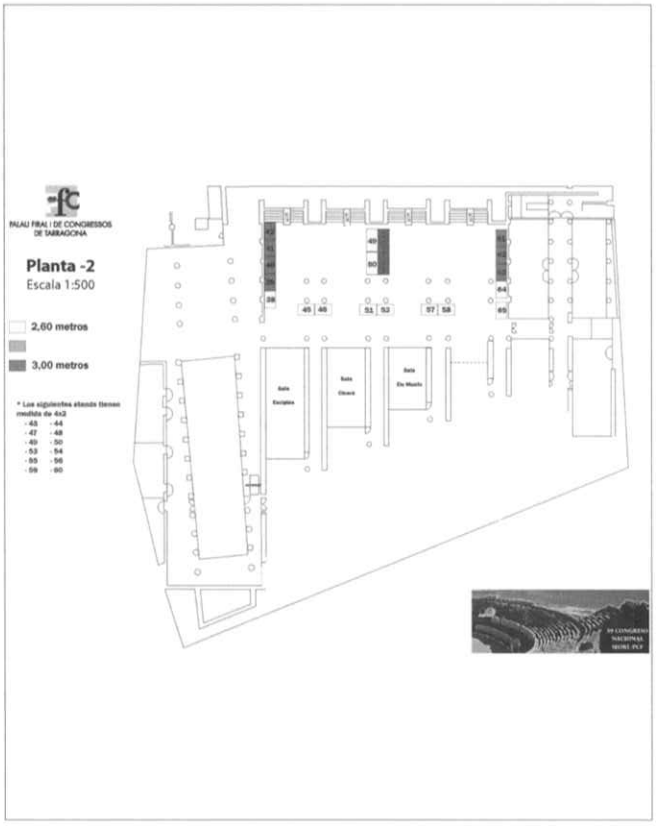
INFORMACIÓN Y PEDIDOS
Librerías especializadas
TEL. 91 425 11 81
TEL. 93 241 90 20
www.elsevier.es

ELSEVIER

PLANO GENERAL DE EXPOSICIÓN







STAND		EMPRESA	PRODUCTOS
1	STALLERGENES Inmunoterapia alergénica	STALLERGENES IBÉRICA	STALORAL 300 RAPID. Tratamiento con dosis óptimas en inmunoterapia sublingual para la rinitis alérgica.
2	ITALFARMACO S.A.	ITALFÁRMACO	Nasacort, Pectox Lisina, Sinomarin
3	sh Suministros Hospitalarios S.A.	SUMINISTROS HOSPITALARIOS	Implantes de oído medio,vendas y taponamientos nasales, agujas de microdisección de la firma Colorado, tubos de ventilación, fresas, splints nasales, esponjas absorbibles, láminas de silicona para cirugía de oido medio, cánulas de aspiración, sistema Micro Motor para cirugías de ORL, implante auditivo osteointegrado Baha, microscopios ORL de la firma LEICA, simulador virtual VOXEL MAN para cirugías del hueso temporal
4		CARL ZEISS	
5	RECORDATI ESPAÑA	RECORDATI ESPAÑA	ALERGOLIBER, RUPATADINA, ANTIHISTAMÍNICO DE 2ª GENERACIÓN
6	FAES FARMA www.faes.es	FAES FARMA	Tanakene, Rinosone y Dezacor
7	GRUPO MENARINI www.menarini.es	LABORATORIOS MENARINI	Azomyr: desloratadina Rinelon: mometasona Enantyum: dexketoprofeno trometamol Zamene: Deflazacort
8		BIAL INDUSTRIAL FARMACÉUTICA	
9	Almirall Soluciones pensando en ti	LABORATORIOS ALMIRALL	EBASTEL FLAS, EBASTEL FORTE FLAS
10	OLYMPUS Your Vision, Our Future	OLYMPUS ESPAÑA	Radiofrecuencia bipolar "RFITT" , fibrolaringoscopios videolaringoscopios, endoscopios rígidos nasales , instrumental general ,instrumental sinuscopia , cámaras alta definición, fuentes de luz, monitores, sistemas de captura de imagen
11		OPTOMIC ESPAÑA	
12		OTOLOGICS IBERIA	
13	STORZ KARL STORZ—ENDOSKOPE	KARL STORZ ENDOSCOPIA IBÉRICA	Instrumental general, endoscopios rígidos y flexibles, estroboscopios, sistemas de imagen (cámaras de vídeo, fuentes de luz, motores, archivo de imagen
14	amplifon CENTROS AUDITIVOS	AMPLIFON	Audífonos, ayudas técnicas, pilas, moldes, tapones de agua, productos para la limpieza y conservación de audífonos y moldes. Equipos de electromedicina, exploración y diagnóstico, mobiliario y accesorios médicos
14 bis	ADVANCED BIONICS	ADVANCED BIONICS SPAIN	Implantes Cocleares de Alta Resolución

15, 16 y 17

GAES

AUDÍFONOS

Para poder satisfacer las necesidades de cada paciente, GAES ofrece una amplia gama de soluciones seleccionadas por su tecnología, prestaciones y requerimientos estéticos. Son instrumentos eficaces y modernos, muy alejados de la imagen aparatosa de los primeros audífonos.
GAES en su área de fabricación en las instalaciones de Microson en Barcelona, fabrica audífonos con tecnología y marca propia, así como también ensambla y distribuye productos de reconocido prestigio de las siguientes marcas: Siemens, Starkey y Phonak.

ELECTROMEDICINA

En GAES, a través del Departamento de Electromedicina, distribuimos las principales marcas del mercado: Interacoustics, Audiotest, Intelligent Hearing Systems, Balance Internacional, Fischer Zoth, Riester, Tecnoquirúrgica, etc.
El departamento de Electromedicina ofrece al profesional ORL el Servicio de Asistencia Técnica que incluye revisiones de los equipos, calibraciones y reparaciones, así como la puesta en marcha de los equipos, el asesoramiento técnico y la asistencia en el funcionamiento.
Además, tenemos Especialistas Clínicos que participan en estudios clínicos, colaboran en cursos teórico-prácticos especializados en otoneurología y asesoría técnico-clínica.
GAES ofrece un seguimiento de los equipos y un Servicio Post-venta.

CABINAS INSONORIZADAS

En GAES somos fabricantesaudiométricas Audiotest Silens, que son distribuidas en numerosos países. de cabinas
Desde la carpintería, GAES ha diseñado y fabricado una cabina insonorizada modular Audiodest Silens para pruebas audiométrica, con una puerta homologada para sillas de ruedas.
Tenemos la capacidad de revestir cualquier habitación mediante módulos para insonorizar los espacios donde se realizan las pruebas.

IMPLANTES

En GAES colaboramos con las empresas líderes en implantes auditivos a fin de ofrecerles las tecnología más avanzada en este sector.
En función del tipo de pérdida auditiva y de las características del paciente, existe un tipo de implante que se adapta mejor a sus necesidades:

* Implante oído externo

El implante de oído externo Retro X es un sistema de audición parcialmente implantable con conducción retroauricular del sonido.
Está formado por un tubo de titanio que de implanta en las partes blandas del oído externo y un procesador situado en el espacio que hay entre la parte posterior de la aurícula y la piel que cubre el hueso temporal.
En la implantación del sistema tubular de titanio, la cual dura aproximadamente unos 15 minutos, es preciso realizar una intervención con anestesia local.

			* Implante oído interno Nucleus Freedom de Cochlear, es la nueva generación de implantes cocleares. Este implante incluye la tecnología SmartSound que le proporciona una mejor audición en cualquier situación cotidiana. Para adaptarse a todas las edades y formas de vida, Nucleus Freedom incorpora un diseño modular que permite elegir y cambiar con facilidad entre la configuración de procesador del habla retroauricular (BTE) y la configuración corporal. El diseño del electrodo Contour Advance posibilita una inserción menos agresiva para proteger las delicadas estructuras de la cóclea. Esto se considera esencial para conservar una posible audición residual del paciente implantado.
18	GRUPOTAPER TECNOLOGÍA SANITARIA Y CIENTÍFICA	GRUPO TAPER	ENDOSCOPIOS, FIBROSCOPIOS, INSTRUMENTAL ENDOSCÓPICO PARA OTORRINO,INSTRUMENTAL GENERAL, MICROSCOPIOS DE CONSULTA Y QUIRÚRGICOS, SILLONES DE CONSULTA,- SILLAS DE QUIRÓFANO,TAPONAMIENTOS, AGUJAS DE ASPIRACIÓN, PRÓTESIS, CÁNULAS DE SILICONA
19	MED-EL	MED-EL ESPAÑA	MED-EL le ofrece la más amplia variedad de soluciones implantables para los diferentes tipos de pérdida auditiva: el sistema implantable coclear, el único implante de oído medio, Vibrant Soundbridge, y Duet, la innovadora combinación de la tecnología del implante coclear y la amplificación acústica. Los implantes de tronco cerebral (ABI), para candidatos sin funcionalidad del nervio auditivo, completan el abanico de soluciones auditivas. Los implantes auditivos MED-EL son utilizados por miles de niños y adultos en más de 80 países en todo el mundo. IMPLANTES COCLEARES: Tecnología de ultima generación I^{100}PULSAR CI^{100}, con encapsulado de cerámicaSONATA TI^{100}, con encapsulado de titanio PROCESADORES DE AUDIO:TEMPO+,OPUS 2 VIBRANT SOUNDBRIDGE:Dispositivo auditivo implantable de oído medio. DUET: Dispositivo que integra el procesamiento de voz del implante coclear y la amplificación acústica. Estimulación eléctrico acústica combinada (EAS™) para el uso con implantes cocleares ABI:Implante auditivo de tronco cerebral PRODUCTOS DE REHABILITACIÓN AUDITIVA
20	ASF GESTION, S.L. PRODUCTOS MÉDICOS	ASF GESTIÓN	- TUBOS VENTILACION Terapia corta (Donalson, sherpard, Router, Rock Pediatrico, etc..), terapia larga (Tubo en T, Duravent,), permanente - PISTONES ESTAPEDECTOMIA Platinos Plasti-pore, Fluoroplastic, Acero+ fluoroplastic, platino fluoroplastic, smart (nitinol)

			- PRÓTESIS TIMPANOPLASTIA TORP Y PORP Hidraxilapatita, hidroxilapatita-Hapex, Hapex, Titanio, Hidroxilapatita-Hapex, Hapex Titanio, Hidroxipapatita-plasti-Pore, Plati-Pore, Taponamiento nasal, motor Diego PK, Radiofrecuencia, turbinectomía, base lengua, suelo paladar, disector, terminal de amígdalas - INSTRUMENTAL O.R.L
21	ATOS MEDICAL	ATOS MEDICAL SPAIN	Nuestra actividad esta enfocada al desarrollo y fabricación de dispositivos médicos para el cuidado y tratamiento de patologías en Garganta, Nariz y Oídos (Otorrinolaringología). Tenemos una estructura en continuo desarrollo y abierta a cambios que mejoren el servicio a nuestros clientes y usuarios. Dispositivos y productos que configuran la oferta de Atos Medical Spain: *Prótesis de voz Provox® y accesorios *Filtros humidificadores para pacientes laringectomizados Provox® HME Cassettes *Placas basales adhesivas para filtros humidificadores Provox® Adhesives *Tubos de laringectomía LaryTube/Boton de estoma LaryButon® *Implante de titanio para medialización de la cuerda vocal TVFMI Kurz GmbH *Implantes de Titanio TORP, PORP y Estapedectomia Kurz GmbH y sus accesorios *Tubos de Drenaje Timpánico TympoVent™ *Dispositivos para Rinología Atos *Sistema para rehabilitación en casos de movilidad maxilar limitada Thevilidad maxilar limitada TheraBite®. *Taponamientos nasales Nasopore® y óticos Otopore® Polyganics *Laringófono digital Griffin® *Fotóforos, fuentes de luz y video cámara frontal BFW Inc. *Sistema de Radio Frecuencia Coblator II ArthroCare *Instrumental Quirúrgico de alta calidad Fentex rgistar *Cánulas Traqueotomía permanentes Free-Vent® Atos. *Cánulas Traqueotomía con balón/sin balón en silicona
22	DIATER	DIATER LABORATORIOS	Autovacunas y Vacunas Bacterianas Diater ,Diater Liofilizado , Diater Depot , Diater Polimerizado , Diater Veneno de Himenópteros, Diater Sublingual Spray, Diater Sublingual Gotas
23	Sibelmed	SIBELMED	Audiómetros, Cabinas Insonorizadas, Rhinomanómetros, Polígrafos Respiratorios, Polisomnógrafos, Consumibles y Servicios
24	GRUPO SOLVAY PHARMA	SOLVAY PHARMA	Serc 16 , disnemar , disneumón, bucometasana
25	Schering-Plough	SCHERING PLOUGH	
26	DEKA	DEKA LÁSER	LÁSER CO2 , LÁSER DIODO, MICROMANIPULADORES LÁSER PARA MICROCIRUGÍA, PUNTALES LÁSER, MANÍPULOS LÁSER, ESCÁNERES LÁSER QUIRÚRGICOS Y MICROQUIRÚRGICOS, ASPIRADORES DE HUMOS LÁSER
27	cantabria	CANTABRIA PHARMA	Inmunoferon (AM3) - inmunomodulador Instana (Cefpodoxime proxetil) – Antibiótico Varidasa (Estreptoquinasa+estreptodornasa) – Antiinflamatorio

			Kenesil (Nimodipino) – Tratamiento del vértigo de origen vascular Emeproton (Omeprazol) – Protección gástrica
28		UCB PHARMA	
29	TEDEC-MEIJI	TEDEC-MEIJI FARMA	MEIACT
30 y 31		GLAXO SMITHKLINE	
32	Grupo Uriach Pharma	J. URIACH Y Cía	RUPAFIN TELO
33	ATMOS	ATMOS MÉDICA	Estaciones de trabajo de ORL, sillones de ORL, endoscopia, estroboscopia, fuentes de luz ORL, cámaras ORL, fotóforos LED, software de captura de vídeos, endoscopicos- estroboscópicos, estimuladores de aire y agua, irrigadores, instrumental ORL, sinuscopio, rinomanómetro, electrobisturí por radiofrecuencia.
34	ALK ABELLÓ	ALK-ABELLÓ	Vacunas alergénicas, vía de administración subcutánea y sublingual. Diagnósticos específicos Prick test
35	PROBELTE PHARMA	PROBELTE PHARMA	Autovacuna PROBELTE. Vacuna Bacteriana PROBELTE. Indicadas en procesos infecciosos recurrentes de vías respiratorias. BELTAORAL duo. Vacuna antialérgica de administración sublingual.
36 y 37	WIDEX escucha la vida	WIDEX	Audífonos formato RIC , audífonos formato micro Retro, audífonos formato mini Retro, audífonos formato Retro Potente, audífonos formato Retro Superpotente, audífonos formato CIC, audífonos formato Intra, audífonos formato Intra Potente Audiometros screening, audiómetros básicos, audiómetros de Diagnóstico, audiometros Audiómetros Clínicos. Cabinas audimétricas estándar, cabinas audiométricas a medida. Impedanciómetros portátiles, impedanciómetros clínicos, Otoscopios / Videotoscopios, sistemas de Rinometría Acústica, Sistemas de Rinomanometría
38	PRIM	PRIM	Accesorios Laringuectomizados, bisturí para Miringotomía, botón Septal, botones Traqueales, cánulas de Plata, cánulas de Silicona, drenaje senos frontales, Faringómetro acústico, férula nasal externa, férula nasal interna, gránulos de Hidroxilapatita,H.I.N.T. Pro, Insertor para Tubo en T,instrumental para Cirugía de Estribo, instrumental para Estapedotomía, instrumental para Timpanoplastia, intubación Lacrimal y DCR, Irrigación Senos Maxilares, Mango y lancetas para Miringotomía, Microespéculos Micromedidor para Cirugía de Cadena Osicular,Motor para perforación ósea, Otoemisiones, Accesorios Otoemisiones Acústicas,Pistón de Silicona, Pistón de Teflón,Posturografía,Potenciales Evocados, Accesorios Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral y Estado Estable, Prótesis de Cadena Osicular. Estándar, Audiolite, HA porosa, Teflón, Plata ,Prótesis de Cadena Osicular Especiales . Titanio y Titanio mixtas,Prótesis de Estapedectomía, Prótesis de Estapedectomía y Estapedotomía, Titanio, Teflón, HA, Nitinol, Cerámica, Prótesis de Estapedectomía y Es-

			tapedotomía Con engarce metálico. Prótesis de Estapedectomía y Estapedotomía. Sin engarce metálico, Prótesis de Estapedotomía, Prótesis Fonatoria. Accesorios Prótesis Fonatoria, Prótesis Universal Ajustable, Quilla Laringea, Radiocirugía Alta Frecuencia, Radiocirugía. Accesorios ,Rinomanómetro Acústico, Sillón MED 4, Sonda de epistaxis, Stent de Estoma, Tapón Nasal, 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, 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, Tubos de Ventilación, Válvula del Habla, Vibrador Vestibular Multifrecuencia, Videonistagmografía, Videonistagmoscopia VNG – Digita
39	Zambon	ZAMBÓN	Espidifen, Flumil, Fluirespira Forte, Aceoto, Aceoto Plus, Fluirespira parches, Fluirespira Mar, Flutox
40		1st Meeting of the European Academy of ORL & HNS	June 27- 30, 2009 – Mannheim, Germany
41	AICE	AICE Federación AICE	Federación de Asociaciones de Implantados Cocleares de España
42	INMUNAL	INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA Y ALERGIA - INMUNAL	
45	salesa	INSTITUTO AUDITIVO ESPAÑOL	Especializados en equipamiento para otorrinolaringología y audiología desde 1949 instituto de adaptación de audífonos a niños y adultos. Servicio de calibración acústica para audiometría y timpanometría homologado por E.N.A.C-ISO 9001. Audiometros portátiles de consulta: MAICO, GSI. Audiómetros clínicos de dos canales: MAICO, GSI. Impedanciometros de consulta: GSI. Impedanciometros de diagnóstico: GSI. Equipos de otoemisiones acústicas para screening y diagnóstico: OTODYNAMICS, MAICO. Equipos de potenciales evocados automatizados: MAICO. Equipos de potenciales clínicos y de estado estable: GSI. Programas de análisis acústico de la voz: KAY. Equipos de estroboscopia digital: KAY. Motores cirugía O.R.L: bien air. Fresas quirúrgicas: MEISINGER. Instrumental de consulta O.R.L.: RUDOLF, SALESA, MEDICON, Dr. Antoli-Candela, Dr. Salvà. Instrumental de cirugía otológica y drenajes timpánicos: SALESA-JMO, ZEDIN. Instrumental cirugía y rinología (fabricación alemana): STORP, SALESA-JMO. Instrumental cirugía laringe (fabricación alemana): DAUSCH, SALESA.
46	TGH ENDOSCOPIA	TGH ENDOSCOPIA	Analizador de Voz y Estroboscopia MEDIVOZ Consolas, posturografos, calóricos OTOPRONT Instrumental quirúrgico Micro Laringe, Oído CENS, sillas quirúrgicas etc. ENDOVIEW Endoscopios, cámaras, fuentes de luz fría

			Fibroscopios MACHIDA Microscopios ECLERIS Navegador para CENS y Oído DIGIPOINTEUR COLLIN Sillones FIMET Drenajes, miringotomos NEOZELINE NZ Cánulas aspiración quirúrgicas MED EUROPE Fundas estériles para endoscopios X-MED Audiómetros, impedanciometros, cabinas, VNG, Otoemisiones, ABR
49		XIX WORLD CONGRESS OF OTO-RHINO-LARYNGOLOGY	June 1- 5, 2009 - São Paulo - Brazil
49-bis		CONGRESO EXTRAORDINARIO DE LA SOCIEDAD HISPANO-ALEMANA DE ORL	3 – 6 diciembre 2008 – Pucón, CHILE
50	DIAGNISCAN	DIAGNISCÁN / IZASA	Láser de CO2 ,Acublade ,Láser de Diodo ,Aspirador de humos
51 y 52	leti laboratories	LABORATORIOS LETI	TOL forte LISADO BACTERIANO SUBLINGUAL LETIBALM Intranasal
57		FILSAT-MEDICAL	
58	otometrics	OTOMETRICS	Audiómetros, impedanciómetros, potenciales de estado estable, potenciales evocados, otoemisiones, videonistagmógrafos, posturógrafos.
61, 62 y 63	neomedic	NEOMEDIC	Para oído: Prótesis oído medio, tubos ventilación y drenaje, pistones estapedectomías, instrumental, motores eléctricos + fresas, micromotores, aspiradores y material desechable. Compresas de diferentes materiales y Acido Hialurónico en soporte estable, para regeneración del tejido Implantes Cocleares monoaurales, binaurales, especiales parta cocleas osificadas y tronco cerebrales. Equipos para el tratamiento del vértigo de Meniére y Cirugía Guiada por Imagen (electromagnética y óptica) Para nariz: Motores y fresas para abordajes nasales, compresas de diferentes materiales y Acido Hialurónico en soporte estable, para regeneración del tejido. Instrumental quirúrgico de diferentes autores (MicroFrance) y equipos para Cirugia Guiada por Imagen (electromagnética y óptica) Balones para dilatacion de los Ostiums nasales (Sinuplastias), Resonancia Molecular para reducción de volumen de tejido + corte/coagulación. Para laringe: Motores y fresas para abordajes laríngeos, compresas de diferentes materiales. Material accesorio para uso del láser en cirugía laríngea. Línea completa de accesorios Montgomery (tubos en T, bypass esofágicos, cánulas traqueales, etc.) Línea completa de prótesis de voz (Blom Singer) + accesorios

			Diagnóstico: Endoscopios flexibles cortos (nasos) con fundas desechables (con y sin canal de trabajo) Fundas para test de sensibilidad (reflujo gástrico) Sistemas completos de videograbación para análisis de voz y almacenaje de historias clínicas. Endoscopios flexibles largos (trans-nasales) para exploración y biopsia
64		ELSEVIER ESPAÑA	Editorial Médica
65	Vesismin	VESISMÍN	Toallitas Tristel Wipes: desinfección de alto nivel de fibroscopios ORL.Kit Superficies: Sistema de desinfección para superficies de consultas ORL. NDP Derm: Solución hidroalchólica para la desinfección de manos. NDP Concentrado: desinfección por inmersion de instrumental ORL. NDP Enzym Med: Detergente enzimático para la limpieza de instrumental ORL

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

Viernes, 17 de octubre de 2008 - Recogida de documentación a partir de las 17:00 horas

Viernes, 17de octubre de 2008 - Congreso de Residentes

Sábado, 18 de octubre

Sábado, 18 de octubre	COMISIÓN DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO Y BASE DE CRÁNEO		COMISIÓN DE VOZ Y FONIATRÍA		COMISIÓN DE OTOLOGÍA		COMISIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL		COMISIÓN DE RONCOPATÍA Y TRASTORNOS DEL SUEÑO		ZONA PÓSTER
	Sala	AUDITORIO AUGUST	Sala	EUTYCHES	Sala	SALA GENIUS I+II	Sala	SALA MEDUSA	Sala	SALA ESCIPIÓN	10:00 - 18:00
	Horario		Horario		Horario		Horario		Horario		SESIÓN DE PÓSTERES DE LAS COMISIONES
	08:30 - 09:30	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 1	08:30 - 09:30	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 2	08:30 - 09:30	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 3	08:30 - 09:30	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 4	08:30 - 09:30	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 5	
	09:30 - 11:00	MESA REDONDA 1	09:30 - 11:30	TALLER DE TRABAJO 2	09:30 - 11:00	MESA REDONDA 3	09:30 - 11:00	MESA REDONDA 4	09:30 - 11:00	MESA REDONDA 5	
	11:00 - 11:30	CONFERENCIA 3			11:00 - 11:30	CONFERENCIA 10	11:00 - 11:25	CONFERENCIA 12	11:00 - 11:30	CONFERENCIA 15	
							11:25 - 11:45	CONFERENCIA 38			
	11:30 - 12:00	PAUSA CAFÉ	11:30 - 12:00	PAUSA CAFÉ	11:30 - 12:00	PAUSA CAFÉ	11:45 - 12:00	PAUSA CAFÉ	11:30 - 12:00	PAUSA CAFÉ	
	12:00 - 14:00	TALLER DE TRABAJO 1	12:00 - 13:30	MESA REDONDA 2	12:00 - 14:00	TALLER DE TRABAJO 3	12:00 - 14:00	TALLER DE TRABAJO 4	12:00 - 14:00	TALLER DE TRABAJO 5	
			13:30 - 14:00	CONFERENCIA 6							
	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 45	16:00 - 17:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 28	16:00 - 17:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 57	16:00 - 17:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 53	16:00 - 17:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 14	
	17:10 - 18:10	CURSO DE INSTRUCCIÓN 37	17:10 -18:10	CURSO DE INSTRUCCIÓN 2	17:10 -18:10	CURSO DE INSTRUCCIÓN 15	17:10 -18:10	CURSO DE INSTRUCCIÓN 24	17:10 -18:10	CURSO DE INSTRUCCIÓN 51	
	18:10 - 18:40	CONFERENCIA 4	18:10 - 18:40	CONFERENCIA 7	18:10 - 18:40	CONFERENCIA 9	18:10 - 18:40	CONFERENCIA 13	18:10 - 18:40	CONFERENCIA 16	
	18:40 - 19:10	CONFERENCIA 5	18:40 - 19:10	CONFERENCIA 8	18:40 - 19:10	CONFERENCIA 11	18:40 - 19:10	CONFERENCIA 14	18:40 - 19:10	CONFERENCIA 17	

Domingo, 19 de octubre

Domingo, 19 de octubre	COMISIÓN DE ORL PEDIÁTRICA		COMISIÓN DE RINOLOGÍA Y ALERGIA		COMISIÓN DE AUDIOLOGÍA		COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN		COMISIÓN DE OTONEUROLOGÍA		ZONA PÓSTER
	Sala	AUDITORIO AUGUST	Sala	EUTYCHES	Sala	GENIUS I+II	Sala	MEDUSA	Sala	ESCIPIÓN	10:00 - 18:00
	Horario		Horario		Horario		Horario		Horario		SESIÓN DE PÓSTERES DE LAS COMISIONES
	08:30 - 09:00	CONFERENCIA 18	08:30 - 09:30	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 7	08:30 - 09:30	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 8	08:30 - 10:30	FORUM DE INVESTIGACIÓN	08:30 - 09:30	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 9	
	09:00 - 09:30	CONFERENCIA 19									
	09:30 - 11:00	MESA REDONDA 6	09:30 - 11:00	MESA REDONDA 7	09:30 - 11:00	MESA REDONDA 8	10:30 - 11:30	CURSO DE INSTRUCIÓN 23	09:30 - 11:00	MESA REDONDA 11	
	11:00 - 11:30	CONFERENCIA 20	11:00 - 11:30	CONFERENCIA 21	11:00 - 11:30	CONFERENCIA 24			11:00 - 11:30	CONFERENCIA 28	
	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 6	12:00 - 14:00	TALLER DE TRABAJO 7 PATROCINADO POR GSK	12:00 - 14:00	TALLER DE TRABAJO 8	12:00 - 13:30	CONFERENCIA 27	12:00 - 14:00	TALLER DE TRABAJO 9	
							13:30 - 14:00	CONFERENCIA 39			
	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	
		MINERVA	16:00 - 18:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 55	16:00 - 17:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 39	16:00 - 18:00	MESA REDONDA 10	16:00 - 17:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 9	
	16:00 - 17:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 47			17:10 -18:10	CURSO DE INSTRUCCIÓN 7			17:10 -18:10	CURSO DE INSTRUCCIÓN 4	
	17:10 - 18:40	CURSO DE INSTRUCCIÓN 38	18:10 - 18:40	CONFERENCIA 22	18:10 - 18:40	CONFERENCIA 25			18:10 - 18:40	CONFERENCIA 29	
	18:40 - 19:10	COM. ORALES SECCIÓN 6	18:40 - 19:10	CONFERENCIA 23	18:40 - 19:10	CONFERENCIA 26	18:00 - 19:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 42	18:40 - 19:10	CONFERENCIA 30	

SYMPOSIUM SATÉLITES

	SALA GENIUS	SYMPOSIUM SATÉLITE NEOMEDIC DEFS (dilatación endoscopica funcional de los senos con balón)

20:00 HORAS CONCIERTO ORGANIZADO Y PATROCINADO POR GAES

21:30 HORAS COCKTAIL OFRECIDO POR GAES Y EL AYUNTAMIENTO DE TARRAGONA

Lunes, 20 de octubre

Lunes, 20 de octubre	SALA	AUDITORIO AUGUST	EUTYCHES	GENIUS I+II	MEDUSA	MINERVA	ESCIPIÓN	ELS MUNTS	CICERÓ	ZONA PÓSTERS
	HORARIO									10:00 - 18:00
	09:00 - 11:00	PONENCIA OFICIAL							VII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA	SESIÓN DE PÓSTERES Y VÍDEOS
	11:00 - 11:30	INAUGURACIÓN OFICIAL, ENTREGA DE PREMIOS Y MENCIONES								
	11:30 - 12:00	PAUSA CAFÉ								
	12:00 - 12:30	CONFERENCIA MAGISTRAL 1							VII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA	
	12:30 - 13:00	CONFERENCIA MAGISTRAL 2								
	13:00 - 14:00	INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS UNIDADES DOCENTES DE ORL	CURSO DE INSTRUCCIÓN 10	CURSO DE INSTRUCCIÓN 11	CURSO DE INSTRUCCIÓN 12	CURSO DE INSTRUCCIÓN 13	CURSO DE INSTRUCCIÓN 14			
	14:00 - 16:00	COMIDA								
	16:00 - 17:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 11	CURSO DE INSTRUCCIÓN 17	CURSO DE INSTRUCCIÓN 36	CURSO DE INSTRUCCIÓN 32	CURSO DE INSTRUCCIÓN 10	CURSO DE INSTRUCCIÓN 25	CURSO DE INSTRUCCIÓN 21	VII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA	
	17:10 - 18:10	CURSO DE INSTRUCCIÓN 50		CURSO DE INSTRUCCIÓN 40	CURSO DE INSTRUCCIÓN 8	CURSO DE INSTRUCCIÓN 56	CURSO DE INSTRUCCIÓN 56	CURSO DE INSTRUCCIÓN 3		
	18:30	ASAMBLEA GENERAL DE LA SEORL-PCF								

SYMPOSIUM SATÉLITES		
	SALA EUTYCHES	SIMPOSIUM SATÉLITE TEDEC-MEIJI

18:30 HORAS	ASAMBLEA GENERAL DE LA SEORL-PCF - Auditorio Augusto

21:00 HORAS	CENA DE CONFRATERNIDAD

Martes, 21 de octubre

Martes, 21 de octubre	SALA	AUDITORIO AUGUST	EUTYCHES	GENIUS I+II	MEDUSA	MINERVA	ESCIPIÓN	ELS MUNTS	CICERÓ	ZONA PÓSTER
	HORARIO									10:00 - 18:00
	08:30 - 09:30	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 15	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 16	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 17	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 18	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 19	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 20	COMUNICACIONES ORALES - SESIÓN 21	VII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA	SESIÓN DE PÓSTERES Y VÍDEOS
	09:30 - 11:00	MESAS REDONDA 12	MESAS REDONDA 13	MESAS REDONDA 14	MESAS REDONDA 15	MESAS REDONDA 16	MESAS REDONDA 17	MESAS REDONDA 18		
	11:00 - 11:30	CONFERENCIA 31	CONFERENCIA 32	CONFERENCIA 33	CONFERENCIA 34	CONFERENCIA 35	CONFERENCIA 36	CONFERENCIA 37		
	11:30 - 12:00	PAUSA CAFÉ								
	12:00 - 14:00	TALLER DE TRABAJO 10	TALLER DE TRABAJO 11	TALLER DE TRABAJO 12	TALLER DE TRABAJO 13	TALLER DE TRABAJO 14	TALLER DE TRABAJO 15	TALLER DE TRABAJO 16	VII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA	
	14:00 - 16:00	COMIDA								
	16:00 - 17:00	CURSO DE INSTRUCCIÓN 16	CURSO DE INSTRUCCIÓN 19	CURSO DE INSTRUCCIÓN 6	CURSO DE INSTRUCCIÓN 54	CURSO DE INSTRUCCIÓN 41	CURSO DE INSTRUCCIÓN 5	CURSO DE INSTRUCCIÓN 29	VII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA	
	17:10 - 18:10	CURSO DE INSTRUCCIÓN 52	CURSO DE INSTRUCCIÓN 13	CURSO DE INSTRUCCIÓN 48	CURSO DE INSTRUCCIÓN 46	CURSO DE INSTRUCCIÓN 20	CURSO DE INSTRUCCIÓN 35	CURSO DE INSTRUCCIÓN 34		
	18:20 - 19:20	CURSO DE INSTRUCCIÓN 33	CURSO DE INSTRUCCIÓN 43	CURSO DE INSTRUCCIÓN 30	CURSO DE INSTRUCCIÓN 12	CURSO DE INSTRUCCIÓN 44		CURSO DE INSTRUCCIÓN 58		

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

Tarragona, 17-21 de octubre de 2008

Sábado, 18 de Octubre

Auditorio August

11:00-11:30

CF03 Carcinoma avanzado de tiroides: tratamiento - Advanced thyroid carcinoma: treatment
Conferenciante: Giuseppe Spriano
Modera: Bartolomé Scola Yurrita

18:10-18:40

CF04 Cirugía endoscópica tiroidea - Endoscopic thyroid surgery
Conferenciante: David Terris
Modera: Carlos Suárez Nieto

18:40-19:10

CF05 Cirugía reconstructiva en cabeza y cuello - Reconstructive surgery in the head and neck region
Conferenciante: René Leemans
Modera: Miquel Quer i Agustí

Eutyches

13:30-14:00

CF06 Valoración médico-foniátrica pre y post fonocirugía
Conferenciante: Ricardo Luis Serrano
Modera: Faustino J. Núñez Batalla

18:10-18:40

CF07 Fonocirugía - Phonosurgery
Conferenciante: Delfo Casolino
Modera: Primitivo Ortega del Álamo

18:40-19:10

CF08 Protocolo de exploración videoestroboscópica
Conferenciante: Bruno Coulombeau
Modera: Ferrán Ferrán Vila

Genius I+II

11:00-11:30

CF10 El tratamiento quirúrgico del nervio facial - Surgical treatment for the facial nerve
Conferenciante: Antonio Quaranta
Modera: Manuel Manrique Rodríguez

18:10-18:40

CF09 Histopatología
Conferenciante: José Natalio Fayad
Modera: Ángel Ramos Macías

18:40-19:10

CF11 Diagnóstico precoz y tratamiento del NF2 - NF2 early diagnosis and treatment
Conferenciante: Rick A. Friedman
Modera: Francisco Antolí-Candela Cano

Medusa

11:00-11:25

CF12 Manejo del tercio superior facial
Conferenciante: Julián Bernardo Trujillo Piedrahita
Modera: Manuel D. Tomás Barberán

11:25-11:45

CF38 De ORL general a cirujano plástico facial: cómo hacer la transición - From general ENT to facial plastic surgeon: how to make the transition
Conferenciante: Pietro Palma
Modera: Adolfo Sarandeses García

18:10-18:40

CF13 Manejo del tercio inferior de la cara
Conferenciante: Julián Bernardo Trujillo Piedrahita
Modera: Manuel D. Tomás Barberán

18:40-19:10

CF14 Tratamiento de las secuelas de la parálisis facial
Conferenciante: Manuel D. Tomás Barberán

Escipión

11:00-11:30

CF15 Inflamación y síndrome de apnea obstructiva del sueño
Conferenciante: Eugenio A. Vicente González
Modera:

18:10-18:40

CF16 Presente, pasado y futuro del síndrome de apnea obstructiva del sueño
Conferenciante: Enrique Perelló Scherdel

18:40-19:10

CF17 Cirugía Nasal y SAOS
Conferenciante: Juan Manuel Ademá Alcover

Domingo, 19 de Octubre

Auditorio August

08:30-09:00

CF18 Pertinencia y seguridad de las tonsilectomías y adenoidectomías: guías oficiales italianas, rev. 2008 - Adequacy and safety of tonsillectomy and adenoidectomy: Italian Official Guidelines, Rev. 2008

Conferenciante: Renato Piantanida
Modera: Javier Cervera Escario

09:00-09:30

CF19 Linfangioma congénito de cabeza y cuello: evolución natural, valoración clínica y tratamiento - Congenital lymphangioma of the head and neck: natural history, clinical evaluation and treatment

Conferenciante: Renato Piantanida
Modera: Javier Cervera Escario

11:00-11:30

CF20 Visión crítica de las nuevas técnicas en amigdalectomía

Conferenciante: Javier Cervera Escario
Modera:

Eutyches

11:00-11:30

CF21 Concepto de belleza en la rinoplastia actual - Concept of beauty in contemporary rhinoplasty

Conferenciante: Pietro Palma
Modera: Adolfo Sarandeses García

18:10-18:40

CF22 Superantígenos en la poliposis nasal: implicaciones terapéuticas - Superantigens in nasal polyposis: therapeutic implications

Conferenciante: Philip Gevaert
Modera: Ramona Soler Vilarrasa

18:40-19:10

CF23 Cirugía endoscópica de seno frontal (Técnica de Lothrop) - Frontal sinus "drill out"- Modified Endoscopic Lothrop Procedure

Conferenciante: Elgan Davies
Modera: Cristóbal López-Cortijo Gómez Salazar

Genius I+II

11:00-11:30

CF24 Cirugía atraumática para la colocación de implantes cocleares a la luz de los hallazgos histopatológicos

Conferenciante: José Natalio Fayad
Modera: Ángel Ramos Macías

18:10-18:40

CF25 Estado actual en la detección precoz de la hipoacusia infantil - Current status of early hearing loss diagnosis in children

Conferenciante: Antonio Quaranta
Modera: Manuel M;anrique Rodríguez

18:40-19:10

CF26 Evaluación objetiva mediante potenciales evocados contínuos: fundamentos del registro y sus implicaciones clínicas

Conferenciante: Rafael Urquiza de la Rosa

Medusa

12:00-12:30

CF27 Hipoacusia neurosensorial severa y profunda e implantes cocleares - Severe sensorineural hearing loss and cochlear implants

Conferenciante: Nicola Quaranta
Modera: Bartolomé Scola Yurrita

12,30–13,15

CF39 Hipersecreción de moco, mucinas y genes MUC en rinitis y rinosinusitis

Conferenciante: Joaquim Mullol i Miret

Escipión

11:00-11:30

CF28 Fístula perilinfática: controversias

Conferenciante: Constantino Morera Pérez

18:10-18:40

CF29 Actualización en los conocimientos sobre neurinoma acústico

Conferenciante: José Natalio Fayad
Modera: Constantino Morera Pérez

18:40-19:10

CF30 Tratamiento quirúrgico del vértigo, ¿cuándo y cuál? Estado actual - Surgical treatment for vertigo: when and which? Current status

Conferenciante: Vincent Darrouzet
Modera: Bartolomé Scola Yurrita

Lunes, 20 de Octubre

Auditorio August

Conferencias magistrales

12:00-12:30

CF01 Cirugía endoscópica de base de cráneo: de la fantasía a la realidad

Conferenciante: Ricardo Carrau
Modera: Primitivo Ortega del Álamo

12:30-13:00

CF02 Laringectomía subtotal reconstructiva: posibilidades actuales y límites

Conferenciante: Enrico de Campora
Modera: Jesús Algaba Guimera

Martes, 21 de Octubre

Auditorio August
11:00-11:30
CF31 Cirugía parcial de la laringe tras fracaso post-radioterapia - Partial surgical techniques in the larynx following post-radiotherapy failure
Conferenciante: Giuseppe Spriano
Modera: Bartolomé Scola Yurrita

Eutyches
11:00-11:30
CF32 Medidas para la prevención del colesteatoma recidivante y residual tras las técnicas quirúrgicas con canal intacto - Measures to prevent recurrent and residual cholesteatoma in intact canal wall techniques
Conferenciante: Nuri Özgirgin
Modera: Miguel Ángel Arístegui Ruiz

Genius I+II
11:00-11:30
CF33 Robótica en cirugía de cabeza y cuello - Robotics in head and neck surgery
Conferenciante: David Terris
Modera: Carlos Suárez Nieto

Medusa
11:00-11:30
CF34 Otoplastia, una técnica que debe conocer el ORL
Conferenciante: Julio J. López Moya

Minerva
11:00-11:30
CF35 Vías de abordaje laterales a la base de cráneo
Conferenciante: Joaquín Poch Broto

Escipión
11:00-11:30
CF36 El nervio facial en la cirugía otológica: mito o realidad
Conferenciante: Felipe Álvarez de Cózar

Els Munts
11:00-11:30
CF37 La otorrinolaringología en los últimos 50 años: visión personal
Conferenciante: Pedro Quesada Marín

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

Tarragona, 17-21 de octubre de 2008

Sábado, 18 de Octubre

Auditorio August
09:30-11:00
MR01 Cirugía de tiroides - Thyroid surgery
Presidente: Manuel Vázquez Bobillo
Secretario: César Antonio Álvarez Marcos
Moderador: Primitivo Ortega Del Álamo
Panelistas: Salvatore Conticello
Pablo Ortiz García
José Dalmau Galofre
Eloy Infante Matarredona

Eutyches
12:00-13:30
MR02 Atención a los trastornos de la voz cantada
Presidente: Julián López-Ríos Velasco
Moderador: Faustino J. Núñez Batalla
Panelistas: Ferrán Ferrán Vila
Ignacio Cobeta Marco
Cori Casanova
Bruno Coulombeau
Isabel García López

Genius I+II
09:30-11:00
MR03 Otoesclerosis - Otosclerosis
Presidente: Luis María Gil-Carcedo García
Secretario: Iván Méndez-Benegassi Silva
Moderador: Francisco Antolí-Candela Cano
Panelistas: Nicola Quaranta
Víctor Palomar García
Carlo Antonio Leone
Carlos Sprekelsen Gassó

Medusa
09:30-11:00
MR04 Rejuvenecimiento facial - Facial rejuvenation
Presidente: Juan José Navarro Sampedro
Secretario: Pablo Casas Rodera
Moderador: Pedro Clarós
Panelistas: Eduardo Morera Serna
Pietro Palma
Nuria Mir Ulldemolins
Julián Bernardo Trujillo Piedrahita

Escipión
09:30-11:00
MR05 Trastornos respiratorios obstructivos del sueño en el niño
Presidente: Manuel Fernández-Vega Diego
Secretario: Enrique Perelló Scherdel
Moderador: Enrique Fernández Julián
Panelistas: Rafael Fernández Liesa
Juan Lorente Guerrero
Juan Francisco Rivero Suárez
Juan Ignacio de Diego Sastre

Domingo, 19 de octubre

Auditorio August
09:30-11:00
MR06 Manejo de la vía aérea en el niño
Presidente: J. Antonio Viñuela Díaz
Secretario: Josep F. Casamitjana Claramunt
Moderador: Marc Pellicer i Sa Rasa
Panelistas: Tomás Mogollón-Cano Cortés
Andrés Clarós
Miguel Muñoz Colado
Juan Luis Miró Viar

Eutyches
09:30-11:00
MR07 Problemas en rinoplastia - Problems in rhinoplasty
Presidente: José María Fabra Llopis
Secretario: Alejandro Martínez Morán
Moderador: Adolfo Sarandeses García
Panelistas: Joan Ramón Montserrat i Gili
Alfredo Jurado Ramos
Pietro Palma
Juan Ramón Gras Albert

Genius I+II
09:30-11:00
MR08 Diagnóstico etiológico de la hipoacusia del lactante
Presidente: Alicia Huarte Irujo
Secretario: Cristina Sierra Grañón
Moderador: Germán Trinidad Ramos
Panelistas: Antonio Morant Ventura
Felipe Moreno Herrero
Teresa Rivera Rodríguez
María Ignacia Pitarch Ribas

Medusa
16:00-18:00
MR10 Avances en oncología de cabeza y cuello - Updates in head and neck oncology
Presidente: Juan José Álvarez Vicent
Secretario: Guadalupe Sequeiros Santiago
Moderador: Juan Pablo Rodrigo Tapia
Panelistas: René Leemans
Xabier Altuna Marriezkurrena
José Javier Benito González
José Luis de Serdio Arias

Escipión
09:30-11:00
MR11 Vértigo en la infancia
Presidente: Miguel Orts Alborch
Secretario: Eduardo Martín Sanz
Moderador: Andrés Soto Varela
Panelistas: Pedro Manuel Amaro Merino
Ana María García Arumí
Herminio Pérez Garrigues
Rafael Barona de Guzmán

Martes, 21 de octubre

Auditorio August
09:30-11:00
MR12 Base de cráneo: abordaje endoscópico - Skull base: endoscopic approach
Presidente: José Traserra Parareda
Secretario: Ignacio Alonso Castañeira
Moderador: Humbert Massegur Solench
Panelistas: Ricardo Carrau
Elgan Davies
Bartolomé Oliver
Rick A. Friedman

Eutyches
09:30-11:00
MR13 Parálisis facial: rehabilitación - Facial palsy: rehabilitation
Presidente: Manuel Mañós Gonzalbo
Secretario: Rosalía Souvirón Encabo
Moderador: Bartolomé Scola Yurrita
Panelistas: Manuel Mañós Pujol
Vincent Darrouzet
Luis Lassaletta Atienza

Genius I+II
09:30-11:00
MR14 Tumores de ángulo ponto-cerebeloso - Tumours of the cerebellopontine angle
Presidente: Jorge Bosch Torrent
Secretario: Rafael Pérez Aguilera
Moderador: Miguel Ángel Arístegui Ruiz
Panelistas: Francisco Roca-Ribas Serdá
Albert Rinaldi Ceroni
Luis García-Ibáñez Cisneros
José Natalio Fayad

Medusa
09:30-11:00
MR15 Dacriocistorrinostomía
Presidente: Manuel Dicenta Sousa
Moderador: Cristóbal López-Cortijo Gómez de Salazar
Panelistas: Carlos Ramírez Calvo
José Maeso Riera
Miguel Ángel Alañón Fernández
Beatriz Arellano Rodríguez

Minerva
09:30-11:00
MR16 Técnicas de amigdalectomía, nuevas técnicas
Presidente: Teodoro Sacristán Alonso
Secretario: Enric Figuerola i Massana
Moderador: Jaime Sanabria Brassart
Panelistas: José Risco Arenas
Hugo Galera Ruiz
Francisco José García-Purriños García
Claudio Fragola Arnau

Escipión
09:30-11:00
MR17 Virus del papiloma humano (VPH) y su relación con la ORL
Presidente: Francisco M. Pellicer Garrido
Secretario: Ricardo Krakowiak Gómez
Moderador: Miquel Quer I Agustí
Panelistas: Juan Pablo Rodrigo Tapia
Víctor Palomar García
Xavier Castellsagué

Els Munts
09:30-11:00
MR18 Acúfenos
Presidente: Daniel Alaminos Ferrater
Moderador: Carlos Herraiz Puchol
Panelistas: Miguel Ángel López González
Jorge M. Roquette Gaona
Juan Doménech Oliva
Esther María Sota Eguizábal

■ TALLERES DE TRABAJO

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

Tarragona, 17-21 de octubre de 2008

Sábado, 18 de octubre

Auditorio August
12:00-14:00
WS01 Cirugía de paratiroides - Parathyroid surgery
Moderador: Carlos Suárez Nieto
Panelistas: José Martínez Vidal
David Terris
Mario Fernández Fernández
Ricardo Bernáldez Millán
Francísco José García-Purriños García

Eutyches
09:30-11:30
WS02 Esfínter esofágico superior
Moderador: Gabriel Jaume Bauza
Panelistas: José María Cuyás de Torres
Raimundo Gutiérrez Fonseca
Guillermo Til Pérez
Ricardo Carrau
Jesús Iniesta Turpín

Genius I+II
12:00-14:00
WS03 Estado actual del tratamiento del síndrome de Ménière
Moderador: Nicolás Pérez Fernández
Panelistas: José Antonio López Escámez
Emilio García-Ibáñez Ferrándiz
Rafael Barona de Guzmán
Antonio Alonso Seco
Alfonso Ambel Albarrán

Medusa
12:00-14:00
WS04 Casos de reconstrucción facial
Moderador: Eduardo Morera Serna
Panelistas: Manuel D. Tomás Barberán
Alfonso Moñux Martínez
Alfonso García Piñero
Esteban Scola Pliego

Escipión
12:00-14:00
WS05 Papel del ORL en el manejo de pacientes con roncopatía crónica y/o trastornos del sueño, discusión de casos
Moderador: Enrique N. Fernández Julián
Panelistas: Eugenio A. Vicente González
Isabel Vilaseca González
Julio Rama Quintela
Marina Carrasco Llatas
José Luis Serdio Arias

Domingo, 19 de octubre

Auditorio August
12:00-14:00
WS06 Otitis media recurrente
Moderador: Blas A. Pérez Piñero
Panelistas: Félix Pumarola Segura
Margarita Bartolomé Benito
José J. Zubicaray Ugarteche
Miguel Ángel Villafruela Sanz
Ángel Ramos Macías

Eutyches
12:00-14:00
WS07 Inflamación nasal y tendencias de futuro - Nasal inflammation and future trends
Taller de trabajo esponsorizado por Glaxosmithkline
Moderador: Ramona Soler Vilarrasa
Panelistas: Miguel Armengot Carceller
Borja Cosío
Philip Gevaert
Joaquim Mullol i Miret
Alfonso del Cuvillo Bernal

Genius I+II
12:00-14:00
WS08 ¿Qué hacer tras el diagnóstico de una hipoacusia neurosensorial en el adulto?
Moderador: Manuel Manrique Rodríguez

Panelistas: Jaime Marco Algarra
María José Lavilla Martín de Valmaseda
Amparo Postigo Madueño
César Orús Dotu
Carlos Saga Gutiérrez

Escipión
12:00-14:00
WS09 Neuritis vestibular
Moderador: José Antonio López Escámez
Panelistas: Gabriel Trinidad Ruiz
María Soledad Boleas Aguirre
Francisco M. González Martín
Ricardo Sanz Fernández
Francisco Javier Olarieta Soto

Martes, 21 de octubre

Auditorio August
12:00-14:00
WS10 Tumores de fosas nasales y de senos paranasales
Moderador: Manuel Bernal Sprekelsen
Panelistas: Luis María Gil-Carcedo García
Carlos Suárez Nieto
Carlos Escobar Sánchez
Juan Vergés Bueno

Eutyches
12:00-14:00
WS11 Dispositivos implantables - Implantable devices
Moderador: Ángel Ramos Macías
Panelistas: Manuel Sáinz Quevedo
José Natalio Fayad
Santiago Santa Cruz Ruiz
Nicola Quaranta
Jesús Algaba Guimera

Genius I+II
12:00-14:00
WS12 Patología no oncológica cervical
Moderador: José Luis Llorente Pendás
Panelistas: Jorge Basterra Alegría
Carlos L. Almodóvar Álvarez
José Enrique Estellés Ferriol
Serafín Sánchez Gómez
Enrico de Campora

Medusa
12:00-14:00
WS13 Diagnóstico de la patología vocal
Moderador: Juan Carlos Casado Morente
Panelistas: Juan Antonio Gil Melgarejo
Enrique Cantillo Baños
María Carmen Górriz Gil
César Antonio Álvarez Marcos
Agustín Pérez Izquierdo

Minerva
12:00-14:00
WS14 Recidiva en cáncer faringo-laríngeo - Tumour relapse in pharyngo-laryngeal cancer
Moderador: Juan Manuel Alcalde Navarrete
Panelistas: Juan Luis Gómez González
Giuseppe Spriano
Enrique Zapater Latorre
Renato Piantanida
Joao Marta Pimentel

Escipión
12:00-14:00
WS15 Colesteatoma
Moderador: Carlos Cenjor Español
Panelistas: Daniel López Aguado
Francisco Isasa González de Ubieta
Pedro López Villarejo
Justo Ramón Gómez Martínez
Rafael Ramírez Camacho

Els Munts
12:00-14:00
WS16 Órgano-preservación
Moderador: Francisco M. Piqueras Pérez
Panelistas: Ángel Muñoz Herrera
Clementino Arturo Solares
Juan Jesús Herranz González-Botas
Agustín Zulueta Lizaur
Eduardo Raboso García-Baquero

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

Tarragona, 17-21 de octubre de 2008

Viernes, 17 de octubre

Genius I+II

12.00-14.00

R1

CIRUGÍA LÁSER ENDOLARÍNGEA
M. Bernal Sprekelsen. Hospital Clinic i Provincial. Barcelona

17.30-19.00

R2

CIRUGÍA DE LA PARÁLISIS FACIAL
B. Scola Yurrita. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Sábado, 18 de octubre

Auditorio August

16:00-17:00

45

CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE CUELLO
M. Fernández Fernández; P. Parente Arias; A. Martínez Morán. Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

17:10-18:10

37

PALPACIÓN CERVICAL. ¿LA REALIZAMOS CORRECTAMENTE? CURSO BÁSICO DE PALPACIÓN CERVICAL
E. Gil-Carcedo Sañudo; D. Herrero Calvo; C. Sánchez Herrero; E. Sánchez Terradillos; L.M. Gil-Carcedo García. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Eutyches

16:00-17:00

28

CASOS CLÍNICOS EN PATOLOGÍA VOCAL
A. Pérez Izquierdo; J.C. Casado Morente; M. Landa Aranzábal, C. Gorriz Gil; A. Zabala López de Maturana. Hospital de Basurto, Vizcaya; Hospital Costa del Sol, Málaga.

17:10-18:10

2

DISFUNCIÓN LARÍNGEA: DIFICULTAD EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CLÍNICO
C. Milstein; C.A. Solares. Cleveland Clinic. Ohio EEUU

Genius I+II

16:00-17:00

57

IMPLANTES COCLEARES
M. Manrique Rodríguez; A. Ramos Macías. Clínica Univ. Navarra.

17:10-18:10

15

ESTAPEDECTOMÍA PASO A PASO. TRUCOS, INCIDENCIAS, DIFICULTADES Y SUS SOLUCIONES
J.L. Dalmau Galofre; V. Murcia Puchades; F. Pons Rocher. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Medusa

16:00-17:00

53

REJUVENECIMIENTO DEL TERCIO MEDIO FACIAL
J.B. Trujillo Piedrahita, Clínica del Pacífico, Cali, Colombia.

17:10-18:10

24

RINOPLASTIA DE AUMENTO
E. Scola Pliego; C. Ramírez Calvo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Práctica privada, Madrid.

Escipión

16:00-17:00

14

EXPLORACIÓN ENDOSCÓPICA MEDIANTE SUEÑO INDUCIDO. ¿QUÉ NOS APORTA EN LOS TRASTORNOS OBSTRUCTIVOS DEL SUEÑO?
J. Dalmau Galofre; A. Bonilla Pérez; M. Carrasco Llatas; N. Baviera Granell. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia ; Hospital Son Llàtzer, Mallorca .

17:10-18:10

51

RADIOCIRUGÍA EN ORL. APLICACIONES ACTUALES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

J.M. Colio Pérez; F. Ruiz De la Cuesta Juste; F. Beltrán Sirvent. Hospital General Marina Alta, Denia, Alicante.

Domingo, 19 de octubre

Minerva

16:00-17:00

47

AMIGDALECTOMÍA CON LIGASURE®

I. Jiménez Huerta, M.A. Villafruela Sanz, L. Ayala, M. A. Alañón, Martínez. Hospital 12 de Octubre, Madrid; Hospital Santa Bárbara, Ciudad Real.

17:10-18:10

38

HIPOACUSIA NEONATAL. DE LA DETECCIÓN AL TRATAMIENTO ANTES DEL AÑO. ¿ES POSIBLE LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA A ESTA EDAD?

M.J. Lavilla Martín de Valmaseda; A. Huarte Irujo; E. Juan Pastor; G. Pardo Romero. Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres; Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca; Clínica Universitaria, Navarra.

Eutyches

16:00-18:00

55

CURSO BÁSICO DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL

H. Massegur Solench; J.M. Ademá Alcover. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Genius I+II

16:00-17:00

39

IMPLANTE COCLEAR: RESULTADOS Y EXPECTATIVAS SEGÚN LA EDAD DE IMPLANTACIÓN EN NIÑOS PRELOCUTIVOS

M.J. Lavilla Martín de Valmaseda; A. Huarte Irujo, E. Juan Pastor, L. Cavallé Garrido, A. Palomino. Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

17:10-18:10

7

MIRINGOPLASTIA MÍNIMA EN DISPENSARIO

C. Orús Dotu; M.P. Venegas Pizarro; J. de Juan Beltrán. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Medusa

10:30-11:30

23

EL INFORME PERICIAL EN ORL (II)

F. Cristóbal García; F. Sánchez Fernández; E. García Fernández. Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid.

18:00-19:00

42

CURSO PRÁCTICO DE CAVITACIÓN ULTRASÓNICA

C. Fragola Arnau; G. Eisenberg Plaza; G. De los Santos Granados. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Escipión

16:00-17:00

9

PAPEL DE LA VIDEONISTAGMOGRAFÍA EN EL VÉRTIGO DE ORIGEN CENTRAL

E. Martín Sanz; R. Barona de Guzmán. Hospital Universitario de Getafe, Madrid; Hospital Casa de Salud, Valencia.

17:10-18:10

4

POTENCIAL VESTIBULAR MIOGÉNICO EVOCADO. TÉCNICA DE OBTENCIÓN. APLICACIONES PRÁCTICAS. POSIBILIDADES FUTURAS

H. Pérez Garrigues; V. Pérez Guillén; S. Santos Pérez. Hospital Universitario La Fe. Valencia; Hospital de Menorca; Hospital Clínico, Santiago de Compostela.

Lunes, 20 de octubre

Auditorio August

16:00-17:00

11

TRATAMIENTO REHABILITADOR DE LAS ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO: DESDE LOS EJERCICIOS DOMICILIARIOS HASTA LA REHABILITACIÓN INSTRUMENTAL

M. Rossi Izquierdo; S. Santos Pérez; A. Soto Varela. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

17:10-18:10

50

DACRIOCISTORRINOSTOMÍA LÁSER TRANSCANALICULAR. TÉCNICAS AVANZADAS

J. Maeso Riera; M.T. Sellarès Fabrés. Centro Médico Delfos. Centro Internacional de Medicina Avanzada -Consorci Sanitari Parc Taulí, Barcelona.

Eutyches

16:00-18:00

17

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA AVANZADA DE BASE DE CRÁNEO: ANATOMÍA Y TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

H. Massegur Solench; J.R. Montserrat i Gili; J.R. Gras Cabrerizo; P. Treserras; B. Oliver. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; Mutua de Terrasa, Barcelona.

Genius I+II

16:00-17:00

36

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL COLESTEATOMA

A. Harguindey Antolí-Candela; F. Antolí-Candela Cano. Instituto ORL Antolí-Candela, Madrid.

17:10-18:10

40

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA SINUSAL ASISTIDA POR BALONES DE DILATACIÓN (SINUPLASTIA O BASS)

G. Plaza Mayor; J. Montojo Woodeson; T. Onrubia Parra; G. Eisenberg Plaza; C. O´Connor Reina. Hospital de Fuenlabrada, Madrid; Hospital USP Marbella, Málaga.

Medusa

16:00-17:00

32

PATOLOGÍA DEL BUCEO Y LA AVIACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

J.M. Juan Fernández; J.L. Corral Juan; J.R. Secades Ariz; A. Bonilla Pérez; C. Magri Ruiz. Hospital Son Llàtzer; Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

17:10-18:10

8

DISEÑO Y MANEJO DE UNA CLÍNICA OTONEUROLÓGICA. ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

R. Barona De Guzmán; E. Martín Sanz. Hospital Casa de Salud, Valencia; Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Minerva

16:00-17:00

10

EXPLORACIÓN INSTRUMENTAL EN PACIENTES CON PATOLOGÍA VESTIBULAR Y ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

R. Sanz Fernández; E. Martín Sanz; L. Pérez Esteban. Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

17:10-18:10

1

REFLUJO FARINGOLARÍNGEO: INVESTIGACIÓN E IMPLICACIONES CLÍNICAS PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

C. Milstein; C.A. Solares. Cleveland Clinic, Ohio, EEUU.

Escipión

16:00-17:00

25

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DEL CARCINOMA LARÍNGEO MEDIANTE MICROELECTRODOS DE DISECCIÓN

J. Basterra Alegría; E. Zapater La Torre. Hospital General Universitario de Valencia.

17:10-18:10

56

DISPOSITIVOS TOTALMENTE IMPLANTABLES EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL

F. Antolí Candela Cano; A. Harguindey Antolí Candela. Instituto Antolí Candela, Madrid.

Els Munts

16:00-17:00

21

UNIDAD DE DACRIOLOGÍA. EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA DE LA VÍA LACRIMAL EN EQUIPO

F.J. Sánchez Celemín; G. Lucas Elio; J. Iniesta Turpín; I. Albaladejo Devis; L.M. Amorós Rodríguez. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

17:10-18:10

3

TÉCNICAS RECONSTRUCTIVAS EN EL ÁREA DE CABEZA Y CUELLO TRAS LA RESECCIÓN DE TUMORES CUTÁNEOS MALIGNOS

J.T. Bezos Capelastegui; B. Señaris González; Gómez; Carrera; M. García; Acinas; Quintana. Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria.

Martes, 21 de octubre

Auditorio August

16:00-17:00

16

ABORDAJE SEPTAL: FILOSOFÍA Y TÉCNICA DE COTTLE. RECONSTRUCCIÓN SEPTAL FRENTE A RESECCIÓN SEPTAL

J.R. Montserrat I Gili; J.R. Gras Cabrerizo; K. Kolañczak; H. Massegur Solench; J.M. Fabra Llopis. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

17:10-18:10

52

RINOPLASTIA SECUNDARIA

E. Morera Serna; M. Tomás Barberán. Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

18:20-19:20

33

PRÓTESIS FONATORIAS: SU USO ACTUALMENTE. TÉCNICA, MANEJO Y PROBLEMAS

J.E. Estelles Ferriol; J. M. Tamarit Conejeros, G. Pastor Canicio. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Eutyches

16:00-17:00

19

OTOSCLEROSIS

F. Antolí-Candela Cano; A. Harguindey Antoli-Candela. Instituto ORL Antolí-Candela, Madrid.

17:10-18:10

13

RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS FARINGOSTOMAS

J.L. Llorente Pendás. Hospital Central de Asturias, Oviedo.

18:20-19:20

43

CONTROVERSIAS EN PATOLOGÍA Y CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE CABEZA Y CUELLO

J.M. Alcalde Navarrete. Clínica Universitaria de Navarra.

Genius I+II

16:00-17:00

6

CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA ENDONASAL: ESTUDIOS COMPARATIVOS

M. Kadiri; S. Di Vanna; C. Bleda; J. Villar; R. Martí; C. Zorita. Hospital Dos de Maig; Hospital de Mollet, Barcelona.

17:10-18:10

48

PARÁLISIS FACIALES VÍRICAS: ETIOPATOGENIA Y TRATAMIENTO

M. Maños Pujol; J. Nogues Orpi; E. Amilibia Cabeza; I. Doménech Juan; F. Cruellas; R. Jiménez Montoya. Hospital de Bellvitge; Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

18:20-19:20

30

EL COLGAJO RADIAL COMO RECONSTRUCCIÓN MICROVASCULAR ESTÁNDAR EN MANOS DEL OTORRINOLARINGÓLOGO: METODOLOGÍA DE REALIZACIÓN Y RESULTADOS

J. Tornero Salto; J. Nogues Orpi; C. Viña, M. Maños Pujol. Hospital Univ. de Bellvitge; Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Medusa

16:00-17:00

54

UTILIZACIÓN COSMÉTICA FACIAL DE LA TOXINA BOTULÍNICA Y DE LOS MATERIALES DE RELLENO

M. Tomás Barberán; E. Morera Serna. Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

17:10-18:10

46

RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJOS LIBRES MICROVASCULARES

P. Parente Arias; M. Fernández Fernández; A. Martínez Morán. Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

18:20-19:20

12

VOZ PROFESIONAL

P. Ruiz Vozmediano; J. Sanabria Brassart. Hospital General, Jaén; Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Minerva

16:00-17:00

41

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL GUIADA CON NAVEGADOR

R. Sanz Fernández; C. Molina Quirós; M. Colmenero Ruiz. Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

17:10-18:10

20

FARMACOLOGÍA INTRATIMPÁNICA. ¿CUÁNDO, CÓMO Y QUÉ OBTENEMOS?

C. Herráiz Puchol; J.M. Aparicio Fernández. Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

18:20-19:20

44

PARÁLISIS FACIAL. ¿CUÁNDO HACE FALTA UNA TÉCNICA RECONSTRUCTIVA?

L. Lassaletta Atienza. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Escipión

16:00-17:00

5

PRÓTESIS FONATORIAS. REHABILITACIÓN VOCAL PRECOZ EN EL PACIENTE LARINGECTOMIZADO TOTAL

J. Vergés Bueno; M.D. Guerrero Gilabert; M.M. Palau Viarnés. Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona.

17:10-18:10

35

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE LAS LESIONES DEL CUELLO SUPRAHIOIDEO. ASPECTOS PRÁCTICOS

M. Urbasos Pascual; A. Hernando García, C. Pérez Martínez, G. Plaza Mayor, M.M. Ramos López, J. Cabezudo Pedrazo, D. Gómez Santos. Serv. de Diagnóstico por Imagen; Serv. ORL - Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Els Munts

16:00-17:00

29

LA MINIGAMMACÁMARA INTRAOPERATORIA: NUEVA TÉCNICA EN LA CIRUGÍA DEL HIPERPARATIROIDISMO

F. Guallart Doménech; P. Estréms Navas; J. Ferrer Rebolleda; P. Sopena Novales; J. Dalmau Galofre. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

17:10-18:10

34

LA NARIZ TRAUMÁTICA II (HUNDIMIENTOS)

M.A. Mancebo Allende; A. González Fernández. Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias.

18.20-19.20

58

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ASPIRACIÓN TRAS LAGINGECTOMÍAS PARCIALES SUPRACRICOIDEAS: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO, MANEJO Y RESULTADOS

O. Laccourreye; J.J. Benito González; R. Gutiérrez; M.L. Oliver; M. Foglia. H. Europeene Georges Pompidou, Paris, Francia. Hospital Universitario Sant Joan, Reus, Tarragona. Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

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

Tarragona, 17-21 de octubre de 2008

Viernes, 17 de octubre

Genius I+II
18:30-18:40
Información sobre la especialidad
Serafín Sánchez Gómez

18:40-19:00
Examen europeo al finalizar la especialidad
Manuel Tomás Barberán

Domingo, 19 de octubre

Ciceró
14:00-16:00
Junta Directiva de la SEORL-PCF

Genius I+II
14:00-16:00
Simposium Satélite NEOMEDIC. Se servirá una comida buffet.
DEFS (Dilatación Endoscópica Funcional de los Senos con Balón) patrocinado por NEOMEDIC
Moderador: Guillermo Plaza
Panelistas: Elgan Davies, Paolo Bossolesi, Ricardo Sanz, Peter Baptista

Lunes, 20 de octubre

Auditorio August
09:00-11:00
Ponencia oficial de la SEORL-PCF: Complicaciones en cirugía ORL: prevención y tratamiento
Manuel Bernal Sprekelsen et al.

11:00-11:30
Ceremonia inaugural

13:00-14:00
Informe sobre la situación actual de las unidades docentes de ORL
Carlos Suárez Nieto
Serafín Sánchez Gómez

18:30
Asamblea General de la SEORL-PCF

Eutyches
14:00-16:00
Simposium Satélite TEDEC-MEIJI

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

Tarragona, 17-21 de octubre de 2008

NORMATIVA PARA LA VALORACIÓN DE PÓSTERES

PREMIO PÓSTERES 2008 - 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 2012

Las propuestas de ponencia Oficial para el año 2012 y que se han de votar durante el 59 Congreso Nacional son:

TRASTORNOS RESPIRATORIOS OBSTRUCTIVOS DEL SUEÑO EN LOS NIÑOS
Dres. Eduard Esteller Moré, Enrique Fernández Julian y Eugenio A. Vicente González.

CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA FACIAL
Dres. Manuel Tomás Barberán y Eduardo Morera Serna

OLFATO Y GUSTO. INTRODUCCIÓN A LA NEURORRINOLOGÍA
Dr. Adolfo Toledano Muñoz

La votación de las ponencias tendrá lugar durante el 59 Congreso Nacional que se celebrará en Tarragona del 18 al 21 de octubre de 2008. La mesa de votación estará abierta desde el comienzo del Congreso hasta las 14:00 horas del día 20 de octubre, en que se celebra la Asamblea General donde se hará pública la ponencia ganadora.

PRÓXIMAS PONENCIAS OFICIALES DE LA SEORL-PCF

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"
Dres. Carmelo Morales Angulo, José Antonio López Escámez, Nicolás Pérez Fernández y Herminio Pérez Garrigues

PONENCIA DEL 61 CONGRESO NACIONAL – 2010 - VALENCIA
"PARALISIS FACIAL"
Prof. Pedro Quesada Marín.

PONENCIA DEL 62 CONGRESO NACIONAL – 2011 - MADRID
"FARMACOLOGÍA APLICADA EN ORL"
Dres. Jesús Iniesta Turpín, Luis Amorós Rodríguez y Rafael Pérez Aguilera

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

Tarragona, 17 -21 de octubre de 2008

VIERNES, 17 DE OCTUBRE

SALA GENIUS I+II

COMISIÓN DE RESIDENTES

08,30-09,30

Sesión de comunicaciones orales de residentes 1

Presidente: Manuel Tomás Barberán
Secretario: Daniel Poletti Serafini

19

MANEJO DE LOS PARAGANGLIOMAS CAROTÍDEOS: DOCE CASOS EN NUEVE PACIENTES

A. Faraldo García, M. Rossi Izquierdo, C. Martín Martín, I. Mínguez Beltrán, A. Lozano Ramírez, T. Labella Caballero
Complejo Hospitalario Univ. de Santiago, A Coruña.

Introducción: Los paranganglíomas son un grupo de tumores infrecuentes que surgen de las células originadas en el sistema cromafín extraadrenal.
Material y métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de paragangliomas de cuerpo carotídeo entre enero de 1992 y octubre de 2005. Doce casos en nueve pacientes, tres de ellos bilaterales. Tres hombres y seis mujeres con un intervalo de edad de 27 a 70 años (media de 43 años). Con seguimiento de 1.5 a 15 años.
Resultados: La forma más común de presentación fue una masa cervical. En dos casos existían antecedentes familiares y eran multicéntricos. Ninguno de los casos fue funcionante. Para el diagnóstico se ha empleado: ecografía, TC, RM, arteriografía, angioTC y angioRM. El tratamiento fue quirúrgico en once de los doce casos. En seis se disecaron las carótidas sin incidencias, en un caso hubo que ligar la carótida externa, y en cuatro la carótida interna (en dos casos se realizó sustitución arterial). En el caso restante se decidió radioterapia. No ocurrió ningún accidente vascular postoperatorio. Cuatro casos afectación postoperatoria de algún par craneal. No hemos tenido mortalidad. Un caso de malignidad. Persistencia tumoral en el caso tratado con radioterapia.
Discusión: Destacamos la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz, así como de la utilidad de las nuevas técnicas de imagen y el seguimiento a largo plazo. En el manejo de determinados pacientes debe tenerse en cuenta el uso de la radioterapia.

34

INYECCIÓN INTRADÉRMICA DE TOXINA BOTULÍNICA A EN EL SÍNDROME DE FREY. NUESTROS RESULTADOS

L. Díez González, A. Prado, A. Quintana Sanjuás, O. Castro Macías, N. Acevedo, D. Alonso
Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Pontevedra.

Introducción: El Síndrome auriculotemporal o Síndrome de Frey fue descrito en 1923 como cuadro clínico caracterizado por la tríada de enrojecimiento, sudoración y sensación de calor en área de distribución del nervio auriculotemporal, desencadenada con el estímulo salivatorio.
Material y métodos: Entre 1995-2006 se realizaron 115 cirugías parotídeas, de los cuales 7 desarrollaron el Síndrome de Frey. Presentamos los resultados obtenidos con la inyección intradérmica de toxina botulínica A guiada por Electromiografía.
Resultados: La cantidad de toxina botulínica A varía entre 20-50 UI. Al mes de la inyección todos los pacientes referían desaparición de la sintomatología. A cuatro de los siete pacientes se les volvió a inyectar toxina, con un intervalo de tiempo libre de sintomatología entre 23-9 meses, continuando actualmente asintomáticos. Como complicaciones cabe destacar un paciente que presentó una paresia facial total izquierda que recuperó completamente y otro que refirió sequedad de boca remitiendo en 4 meses.
Discusión: El Síndrome de Frey es una secuela rara de la cirugía parotídea cuyo tratamiento tanto médico como quirúrgico no ha sido siempre efectivo y a menudo conlleva riesgos. Diversos estudios documentan la eficacia de la inyección intradérmica de la toxina botulínica A, con una eficacia inicial del 100%.
Conclusión: La inyección intradérmica de toxina botulínica A es una buena herramienta terapéutica para el Síndrome de Frey, con una remisión de los síntomas en el 100% de los pacientes manteniéndose el efecto un mínimo de 7 meses.

45

NUESTROS PRIMEROS PASOS EN LA APLICACIÓN DE LA DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDONASAL

J. Horno López, F. Bracero Robledo, P. Moreno Salvador, J. Lloréns Navarro, A. De Oña Navarrete, J. Salinero Hernández
Hospital Univ. Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Valoración de los primeros resultados de una serie de intervenciones quirúrgicas aplicando la técnica de dacriocistorrinostomía endonasal para la resolución de patología obstructiva lacrimonasal crónica y comparación con los publicados en la literatura.
Material y método: Estudio descriptivo de una serie de 31 pacientes con diagnóstico de dacriocistitis crónica unilateral o bilateral (34 ojos), intervenidos mediante dacriocistorrinostomía endonasal valorándose posteriormente el grado de resolución clínica subjetiva y las complicaciones perioperatorias, relacionándose con datos recogidos previamente a la intervención.
Resultados: La totalidad del grupo fue diagnosticada de dacriocistitis crónica con epífora de larga data y gran número de infecciones lacrimales repetidas. En la exploración ORL existió difícil acceso al meato medio en 18 pacientes (58,1%). En 32 casos se realizó dacriocistorrinostomía endonasal con bicanalización lacrimal, siendo imposible la intubación en 2 casos (5,88%). La cirugía fue ambulatoria en 22 pacientes (71%). La principal complicación intraoperatoria fue la hemorragia leve en 11 de las intervenciones (32,35%). La complicación postoperatoria de mayor relevancia fue la aparición de sinequias nasales en 7 casos

(20,58%). Del total de ojos intervenidos, 5 de 34 (14,70%) requirieron reintervención posterior. El éxito de la intervención se valoró mediante una evaluación de la epífora postoperatoria objetivada en 8 casos (26,47%) y una mejoría subjetiva del 94,12% de los ojos intervenidos.
Discusión/Conclusiones: El abordaje endonasal de la vía lacrimal presenta ventajas frente a la cirugía externa en el tratamiento quirúrgico de la patología obstructiva lacrimonasal. Nuestros primeros pasos en este campo aportan resultados muy similares a los obtenidos en otros servicios con una experiencia más dilatada.

56

CARCINOMAS EPITELIALES-MIOEPITELIALES DE FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES

T. Labatut Pesce, C. Fragola Arnau, R. Barberá Durbán, G. de los Santos Granados
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Los carcinomas epiteliales- mioepiteliales (CEME) son tumores malignos de células claras. Representan el 1% de los tumores malignos de glándulas salivales. La localización más habitual es en glándula parótida, glándulas submaxilares y salivales menores. Excepcionalmente surgen en senos paranasales y fosas nasales. Hemos diagnosticado 3 casos en estas dos localizaciones en los últimos 5 años. Las series publicadas son pequeñas y la literatura respecto a su comportamiento es escasa. Presentamos una revisión de la literatura y analizamos nuestros casos.
Materiales y métodos: Se revisaron las historias clínicas analizando la histología tumoral, localización, tratamiento y evolución posterior. Se citaron para un nuevo control actualizado a la fecha del estudio. Para la revisión de la literatura se efectuó una búsqueda en PubMed con las siguientes palabras claves: epithelial-myoepithelial carcinoma, myoepithelial, nasal cavity, paranasal sinuses.
Resultados: Hay descritos alrededor de 120 casos en estas dos localizaciones. El tratamiento más utilizado fue la cirugía radical, efectuando en algunos radioterapia adyuvante. Presentaron recurrencias el 35-50% y metástasis a distancia un 8-25%. La sobrevida a 5 y 10 años esta descrita entre 46-93% y 17-81% respectivamente.
De nuestros casos dos recibieron cirugía y radioterapia adyuvante y uno radio-quimioterapia. De los dos primeros uno ha presentado recurrencia a los 4 años con metástasis pulmonar y el otro se encuentra libre de enfermedad.
Conclusiones: Los CEME de fosas nasales y senos paranasales presentan un pronóstico más favorable a lo pensado, con alto índice de recidiva local. Lo anterior hace plantearnos un tratamiento quirúrgico riguroso y un seguimiento estrecho.

62

CRIBADO AUDITIVO CON OTOEMISIONES ACÚSTICAS TRANSITORIAS (OEAT) O CON POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DEL TRONCO CEREBRAL AUTOMÁTICOS (PEATC-A)

L.M. Torres Morientes, J.I. Benito Orejas, B. Ramírez Cano, D. Morais Pérez, A. Almaraz Gómez
Hospital Clínico Univ., Valladolid.

Introducción: Dado que las OEAT y los PEATC-A se consideran procedimientos adecuados para el cribado auditivo universal del recién nacido (RN), con este estudio pretendemos comparar los resultados obtenidos con cada equipo, aplicando la misma metodología de cribado.
Material y método: Durante 7 años hemos cribado a 10.078 RN, tanto sanos como ingresados en la unidad de neonatología. Durante el primer periodo de 3 años y medio (marzo 2001-agosto 2004), 4.568 nacidos vivos fueron evaluados con OEAT (ILO92, Otodynamics) y durante el siguiente periodo (septiembre 2004-febrero 2008) 5.510 RN lo fueron con PEATC-A (AccuScreen, Fischer-Zoth). La estrategia de detección consta de 2 fases de cribado. La 1ª fase se realiza en los RN sanos, normalmente durante las primeras 48 h, antes del alta hospitalaria. A los que "no pasan" esta fase, se les repite la prueba (2ª fase de cribado) durante el primer mes de vida.
Resultados: Un 8,3% de RN "no pasa" la 1ª fase de cribado con OEAT, frente al 2,2% de los que "no pasan" con PEATC-A. En la 2ª fase de cribado "no pasan" con OEAT el 1,2%, respecto al 0,34% con PEATC-A. Estas diferencias son estadísticamente significativas.
Conclusiones: Aunque el cribado auditivo neonatal con PEATC-A es algo más caro y más lento que con OEAT, los resultados obtenidos compensan estas diferencias. Los PEATC-A generan menos falsos positivos, produciéndose menores tasas de referencia y de niños perdidos durante el seguimiento. Por tanto, en nuestro medio, el cribado auditivo universal neonatal con PEATC-A es más efectivo que con OEAT.

79

CORRELACIÓN ENTRE LA RADIOLOGÍA SIMPLE Y LA FIBROSCOPIA NASOFARÍNGEA EN EL DIAGNÓSTICO DEL VOLUMEN ADENOIDEO EN NIÑOS

M. Borràs Perera, S. Tobías Gómez, I. Pérez Hernández, V. Palomar Asenjo, L. Andreu Mencía, J. Soteras Ollé, A. Ruiz Giner, J.C. Fortuny Llanses, E. Sarroca Capell, V. Palomar García
Hospital Univ. Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: El diagnóstico preciso de hipertrofia adenoidea susceptible a cirugía, requiere de pruebas complementarias, como la radiografía lateral de cavum y la nasofibroscopia. Queremos valorar si la radiografía lateral de cavum puede sustituir la nasofibroscopia en la población pediátrica, y con ello crear un algoritmo de actuación.
Material y métodos: Estudio prospectivo de 110 niños de 4 a 10 años, desde junio 2006 hasta agosto 2007. Se estudian 13 variables mediante anamnesis, exploración, nasofibroscopia y radiografía lateral de cavum.
Resultados: La radiografía lateral de cavum presenta una asociación significativa con la nasofibroscopia ($p = 0,000$). Presentar hipertrofia adenoidea quirúrgica en la radiografía lateral de cavum aparece como factor de riesgo para hipertrofia adenoidea quirúrgica mediante fibroscopia, con OR = 8,60 (2,98-24,8). S = 0.5 (0,37-0,62). E = 0.89 (0,77-0,95). VPP = 85%. VPN = 59%. VPG = 67,9%. Las variables con significación estadística mediante el análisis univariado para nasofibroscopia quirúrgica fueron tener ≤ 5 años, presentar respiración bucal diurna y/o nocturna, apneas e hipertrofia amigdalar. Las variables predictivas independientes mediante análisis multivariado fueron tener ≤ 5 años, apneas y radiografía lateral de cavum quirúrgica.
Conclusiones: En medio hospitalario, la nasofibroscopia debe ser la prueba complementaria de elección para el diagnóstico de hipertrofia adenoidea quirúrgica. En medio extrahospitalario, la radiografía puede servir como prueba inicial, sugiriendo derivación si presenta hipertrofia adenoidea importante. En caso contrario, se podría realizar tratamiento conservador, y valorar derivación según sintomatología. Se podría obviar la nasofibroscopia en niños de 4 o 5 años, con apneas y radiografía lateral de cavum patológica.

09,30-10,30

Sesión de comunicaciones orales de residentes 2

Presidente: Jesús Iniesta Turpín
Secretario: Daniel Poletti Serafini

201

CONTROL DEL SANGRADO INTRAOPERATORIO EN C.E.N.S.

A. Rodríguez Valiente, D. Laguna Ortega, B. Arellano Rodríguez, C. López-Cortijo Gómez Salazar, A. Ibáñez Mayayo, C. Martín González, A. Martínez Ruiz-Coello, F. González, R. Ramírez Camacho
Hospital Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) es probablemente la cirugía más compleja que se realiza en el ser humano debido a la gran cantidad de estructuras vitales circundantes. El sangrado intraoperatorio (SI) puede dificultar en gran medida la visualización de estructuras y por tanto aumentar las posibilidades de complicaciones, algunas de ellas fatales.
Material y métodos: Hemos analizado la bibliografía existente sobre el control del sangrado, seleccionando y realizando un análisis crítico de

los artículos que cumplen criterios I, II y III de Medicina Basada en la Evidencia. Además aportamos el estudio observacional de 253 casos de CENS realizados en nuestro centro, comparando el SI con la edad, sexo, tipo de anestesia, tipo de vasoconstricción, patología operada y si colabora un residente.
Resultados: Hemos encontrado y analizado un total de 19 artículos en la bibliografía. El uso de vasoconstrictores tópicos o infiltrados tiene un efecto pequeño, aunque significativo sobre el sangrado. El factor más importante para controlar el SI es un nivel de sedación anestésico profundo del paciente, generalmente con remifentanilo y gases fluorados/propofol.
Conclusiones: Aunque el uso de vasoconstrictores debe seguirse promoviendo, el papel más importante sobre el sangrado intraoperatorio lo tienen los anestesistas. Una adecuada motivación de éstos es fundamental para conseguir los objetivos quirúrgicos.

64

MELANOMAS MUCOSOS RINOSINUSALES. A PROPÓSITO DE 17 CASOS

J.P. Díaz Molina, J.L. Llorente Pendás, J.P. Rodrigo Tapia, G.A. Cuello Bueno, C. Suárez Nieto
Hospital Central, Asturias.

Introducción: Los melanomas mucosos (MM) representan el 1,3% del total de melanomas, y el 55% de ellos se encuentran en la región de cabeza y cuello principalmente en el área rinosinusal y orofaringe. Los MM rinosinusales poseen una alta tasa de recurrencias locales y una gran capacidad para desarrollar metástasis lo que se traduce en una supervivencia muy baja.
Material y métodos: Se presentan los MM rinosinusales diagnosticados y tratados en nuestro servicio entre los años 1984-2007. Se recogieron datos clinicopatologicos que incluyen edad, sexo, sitio y síntomas de presentación, hallazgos radiológicos, tratamiento y evolución.
Resultados: Se trataba de 17 pacientes. El 64,7% eran mujeres, la edad media de presentación fue de 74 años (rango 48-93 años), y el 76% afectaban al lado derecho. Los melanomas se originaron en la cavidad nasal en 12 pacientes y en los senos paranasales en 5. El lugar de presentación más frecuente fue el septum (35%), y el síntoma de presentación fue la epistaxis (76%) En el 64% se realizó una resección quirúrgica, y en el 17% no se administró tratamiento alguno. La supervivencia media de los pacientes intervenidos quirúrgicamente fue de 35,71%.
Discusión/Conclusiones: Los melanomas rinosinusales son tumores raros pero con una elevada mortalidad. El tratamiento de elección sigue siendo la resección quirúrgica con amplios márgenes quirúrgicos. A pesar de ello la recurrencia local y el desarrollo de metástasis son muy frecuentes. Dado el mal pronóstico de este tumor parecen necesarias nuevas estrategias terapéuticas.

71

ESTUDIO AUDIOMÉTRICO Y DE LOS FACTORES INFLUYENTES EN LAS MIRINGOPLASTIAS REALIZADAS EN EL PERÍODO 2000-2002 EN EL HOSPITAL JOAN XXIII DE TARRAGONA

F.J. Avilés Jurado, F.J. Merán Gil, M. Tobed, E. Domènech, E. Figuerola, J. Risco Arenas
Hospital Univ. Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: El injerto de tímpano o miringoplastia es una de las intervenciones más frecuentes en otología
Material y método: Estudio tipo serie de casos. Realizamos revisión de las miringoplastias años 2000 a 2002. Se revisaron 83 historias. Se estudian diversos parámetros que se detallan y se realiza relación estadística a fin de encontrar relación estadística. Pruebas no paramétrica U de Mann Whitney para variables contínuas y la prueba de la chi cuadrado para variables categóricas. Análisis de la varianza para medidas repetidas (MANOVA) de un factor. El nivel de significación aceptado p≤ 0,05.SPSS versión 12.0 para Windows.
Resultados: Presentamos un 75% de cierre de la perforación. Resumen de resultados auditivos: 53,8% Pacientes mejoran audición 46,2% Empeoran o no muestran cambios; 53,8% a los 5 años mejoran el límite de audición social, siendo prequirúrgicamente un 50% los pacientes que tenían una pérdida mayor. Resumiendo, podemos decir que mejoramos el GAP óseo-aéreo en un 84,65 de los casos y que, a cinco años, el GAP es menor a 20dB en un 92,3%. Estado del oído contralateral sería un factor pronóstico para predecir el éxito de la miringoplastia.
Discusión: Con un seguimiento de cinco años la audición mejora de forma estadísticamente significativa. El objetivo principal de la miringoplastia es el cierre de la perforación, no la mejora auditiva. La curva audiométrica presenta una clara mejoría de forma precoz y un claro empeoramiento con el paso del tiempo. Extensión de la perforación y el estado del oido contralateral poseen incidencia clara sobre el resultado de la miringoplastia.

95

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ESTENOSIS SUBGLÓTICAS

M. Álvarez-Buylla Blanco, J.C. Vázquez Barro, J. Martínez Vidal
Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: La estenosis subglótica es una patología infrecuente cuyo tratamiento representa un verdadero desafío para el otorrinolaringólogo. Su tratamiento quirúrgico comprende técnicas cerradas y abiertas, si bien cada vez es más frecuentemente la cirugía mediante láser CO_2. Presentamos 7 pacientes tratados mediante láser CO_2, prestando atención a los aspectos etiológicos, clínicos, quirúrgicos y evolutivos.
Material y método: Revisamos las historias clínicas de los pacientes con estenosis subglótica intervenidos con láser CO_2 en el Servicio de ORL del Hospital "Juan Canalejo" en el período comprendido entre 1995-2007. Recogemos los aspectos relacionados con la etiología, clínica, cirugía y evolución. Comparamos nuestros resultados con los de la literatura médica.
Resultados: Durante el período comprendido entre 1995-2007, 9 estenosis subglóticas fueron intervenidas mediante láser CO_2. La etiología más frecuente fue en 9 pacientes (56,25%) ventilación mecánica prolongada. La clínica universal correspondió a disnea y estridor. La severidad de la estenosis fue, en 12 pacientes (75%), mayor del 70% La sección radial de la estenosis permitió la decanulación de 8 pacientes (53,3%), habiéndose realizado, como media, un total de 1´37 procedimientos.
Discusión: La terapéutica de la estenosis subglótica con láser CO_2 se ha invocado para el tratamiento de estenosis moderadas, prefiriéndose las técnicas abiertas en las estenosis severas y totales. Nuestro estudio muestra 7 pacientes que presentaban, en su mayoría, una estenosis superior al 70%. Tras obtener una tasa de decanulaciones de 53,3%, creemos que la terapéutica láser debería ser la primera opción en el tratamiento quirúrgico de las estenosis moderadas o severas.

157

INFECCIONES CERVICALES PROFUNDAS: ESTUDIO DE SERIE DE CASOS

J. Skufca Viéitez, M. Mañós Pujol, F. Cruellas Taischik, C. Viña Soria, A. Farré Guiu, C. Tortajada Bustelo, I. Clemente, R. Jiménez Montoya
Hospital de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: Las ICP continúan hoy siendo un proceso relativamente frecuente, con complicaciones potencialmente letales a pesar de la amplia disponibilidad antibiótica y la intervención quirúrgica precoz. Es obligada una correcta protocolización diagnóstico-terapéutica.
Material y métodos: Evaluación retrospectiva de los casos de ICP en adultos entre los años 2004-2007.
Resultados: Se incluye un total de 119 pacientes, con rango de edad 18 a 84 años, con media de 42,2 años. La distribución por sexos fue de 76 hombres (63,9%) y 43 mujeres (36,1%). La sintomatología previa a la admisión fue de 7,2 días de promedio. Los espacios submandibular (51,3%) y parafaríngeo (14,3%) fueron los espacios más frecuentemente afectados. La infección de origen odontógeno ha sido la causa más frecuente (64,7%). Los resultados de los cultivos se obtuvieron en 84 pacientes, 81 de estos (96,4%) presentaron crecimiento bacteriano. Los microorganismos más frecuentes fueron streptococcus intermedius 37% y streptococcus anginosus 19,7%. Dentro del grupo de los abscesos (98 pacientes), a 86 (72,2%) se les practicó drenaje quirúrgico. Seis pacientes presentaron complicaciones mayores durante la admisión (5%), a los cuales también se les practicó traqueotomía. Cinco pacientes (83,3%) con complicaciones mayores eran mayores de 50 años y/o

presentaban enfermedades subyacentes. La tasa de mortalidad fue del 0,84%.
Conclusiones: Consideramos que a los pacientes de alto riesgo (mayores de 50 años con enfermedades subyacentes), se les debe prestar especial atención a fin de evitar complicaciones graves. El drenaje quirúrgico precoz continúa siendo la principal estrategia terapéutica, reservando el tratamiento médico y la punción aspiración a casos seleccionados.

160

TUMORES DE GLÁNDULA PARÓTIDA. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS ÚLTIMOS 27 AÑOS

G. Martínez Capoccioni, C. Frade González, M. Rossi Izquierdo, A. Lozano Ramírez, T. Labella Caballero
Hospital General Univ. de Santiago, A Coruña.

Introducción: Los tumores de las glándulas salivales se localizan con mayor frecuencia en la glándula parótida (80%). Nuestro objetivo es determinar la incidencia de los tumores de parótida desde 1981 a marzo de 2008.
Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de 168 pacientes, con tumores de glándula parótida desde 1981 a marzo de 2008. Las variables analizadas son el sexo, edad, localización, histopatología tumoral y tratamiento realizado.
Resultados: 84 pacientes (50%) son mujeres y 84 hombres (50%), con una edad promedio de 54,57 años y un rango de edad comprendido entre 17 y 93 años. La media de edad para los tumores benignos es 51,51 años y 62,67 años para los tumores malignos. Los tumores malignos fueron más frecuentes en varones (58,69%). 93 tumores (55,36%) se situaron en la parótida derecha. El lóbulo superficial fue la localización más frecuente en 93 pacientes (55,36%). 122 tumores eran benignos (72.61%) y 46 malignos (27.39%). El adenoma pleomorfo fue el tumor benigno más frecuente (n = 86; 70,49%) y el carcinoma epidermoide es el tumor maligno más frecuente (n = 11; 23,91%). En 156 pacientes (92,85%) se realizó tratamiento quirúrgico. Se intervinieron 120 tumores benignos (98,36%), realizándose enucleación en 15 pacientes (12,50%), parotidectomía parcial en 37 (30,84%) y parotidectomía total conservando el nervio facial en 68 (56,66%). 36 tumores malignos (78,26%) fueron intervenidos, realizándose enucleación en 2 (5,56%), parotidectomía parcial en 4 (11,11%), parotidectomía total conservando el nervio facial en 9 (33,33%), y parotidectomia total sacrificando el nervio facial en 18 (50%).

10,30-11,30

Sesión de comunicaciones orales de residentes 3

Presidente: Manuel D. Tomás Barberán
Secretaria: Alicia María Pérez Orribo

255

ESTUDIO DE LAS RECIDIVAS EN 126 PACIENTES INTERVENIDOS DE POLIPOSIS NASOSINUSAL MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL

L. Sgambatti Celis, F. Franco Calvo, M. Gil Melcón, F. del Rey Tomás-Biosca, R. de la Fuente Cañibano, M. Jáñez Moral
Hospital Univ., Salamanca.

Introducción: La poliposis se considera una inflamación de la mucosa nasal y senos paranasales que se puede asociar en muchos casos a patología alérgica, asma y enfermedad de Widal (Poliposis, Asma e intolerancia a la aspirina). El objetivo de este estudio es presentar las recidivas de poliposis al año en pacientes intervenidos mediante CENS sin patología alérgica, con asma y con enfermedad de Widal.
Pacientes y métodos: Exponemos una revisión de 126 pacientes intervenidos entre enero 2003 y enero 2007 con rinosinusitis crónica con pólipos, operados mediante cirugía endoscópica. Se describen el sexo, la edad, asma, y enfermedad de Widal y se realizo seguimiento al año y se valoro la recidiva.
Resultados: De 126 pacientes intervenidos 83(65,87%) eran del sexo masculino y 43 (34,12%), de sexo femenino, edad entre 24 a 78 años y media de 49 años. De los cuales 79 no presentaban patología alérgica, 47 (37%), eran asmáticos, y 19 (15%) presentaban la triada de Widal, se valoraron la recidivas evidenciándose que de los 79 sin patología alérgica recidivaron 13 (16,45%), de los 47 asmáticos recidivaron 21(44%) y de los pacientes con enfermedad de Widal 19 recidivaron 16 (84%).
Conclusión: La poliposis nasosinusal es una patología que se asocia a procesos alérgicos presentando un mayor porcentaje de recidivas al año en pacientes asmáticos y con enfermedad de Widal que en la población sin patología alérgica previa.

273

INCIDENCIA Y MANEJO DE FÍSTULAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO TRAS LA CIRUGÍA DE SCHWANNOMA VESTIBULAR

A. Díaz Anadón, L. Lassaletta Atienza, J. Galindo Delgado-Ureña, I. Sánchez Camón, L. del Río Arroyo, J. Gavilán Bouzas
Hospital La Paz, Madrid.

Introducción: La complicación más frecuente tras la cirugía del schwannoma vestibular (SV) es la fístula de LCR.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de 170 pacientes intervenidos por SV (163) y otros tumores del APC (7). La resección se realiza por diversas vías: retrosigmoidea (66%), traslaberíntica (24%), fosa media (5%) y otras (5%) . Se estudiaron el día de aparición, la localización, el tratamiento de las fístulas y la influencia de variables demográficas, clínicas y radiológicas.
Resultados: En 27 de los 170 pacientes intervenidos se produjeron fístulas de LCR (15,9%), de las cuales 15 fueron incisionales (8,8%), 8 presentaron rinolicuorrea (4,7%), 1 otolicuorrea (0,6%) y 3 pacientes presentaron una combinación de estas (1,8%). Se controlaron las fístulas de 9 pacientes con reposo y vendaje compresivo (5,3%), 8 pacientes requirieron la colocación de un drenaje lumbar (4,7%), 2 de ellos precisaron drenaje lumbar y cierre con anestesia local (1,2%) y 8 pacientes requirieron una reinterveción para controlar la fístula (4,7% del total). No se demuestra relación significativa entre la aparición de fístulas de LCR y la vía de abordaje ni el tamaño tumoral.
Discusión/Conclusiones: A pesar de los avances técnicos, la fístula de LCR continúa siendo una complicación frecuente tras la cirugía del SV, no habiéndose desarrollado una técnica de cierre que garantice su desaparición. Un adecuado manejo de éstas, con el empleo precoz de medidas conservadoras, nos ha permitido reducir, respecto a otras series, la tasa de reintervenciones a cifras inferiores al 5%, disminuyendo con ello la morbilidad perioperatoria.

276

LINFOMAS DE PRESENTACIÓN EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

A. Quintana Sanjuás, L. Díez González, O. Castro Macía, E. Pallás Pallás, I. González Guijarro, A. Pérez Carro-Ríos
Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Pontevedra.

Introducción: Los linfomas son neoplasias malignas derivadas de las células que conforman el sistema linfático. Se corresponden con la segunda neoplasia más frecuente de cabeza y cuello, y la primera causa de adenopatías unilaterales en sujetos entre los 20 y los 40 años. La forma de aparición puede ser afectación nodal pura (sobre todo en la enfermedad de Hodgkin), extranodal (sobre todo los linfomas no Hodgkin, alrededor del anillo de Waldeyer) o mixta.
Material y métodos: Presentamos un análisis descriptivo retrospectivo donde analizamos la forma de presentación, histología, respuesta al tratamiento y evolución de 20 pacientes con diagnóstico de linfoma por manifestaciones en ORL, del Hospital Xeral-Cíes (CHUVI), entre enero del 2000 y diciembre del 2007.
Resultados: La edad media de aparición es de 61,7años de edad (rango 12-95), siendo más frecuentes en varones, 14:6. En cuanto al tipo de linfoma: 3 linfomas Hodgkin, todos ellos de presentación ganglionar; 17 linfomas no Hodgkin (2 LNH de células T y 15 LNH de celulas B). Dentro de los LNH, nos encontramos con un linfoma Burkitt. Los

LNH se presentaron al inicio del diagnóstico 3 como nodales y 14 como extranodales (7 amígdala palatina, 1 amígdala lingual, 5 cávum, 1 aritenoides y 1 banda ventricular laríngea). Como tratamiento 17 recibieron quimioterapia, 2 radioterapia, dada la edad y estado general de los pacientes, y 1 no recibió tratamiento por tratarse de linfoma linfocítico de celula pequeña. En el momento actual 4 pacientes han fallecido, 11 se encuentran en remisión completa de la enfermedad, y 4 a tratamiento por recaída.
Discusión: Existe una clara relación entre los linfomas, tanto Hodgkin como no Hodgkin, y el área ORL, por lo que debemos tenerlos siempre muy presentes como posible diagnóstico tanto por adenopatías cervicales como por lesiones del anillo de Waldeyer.

365

REVISIÓN DE NEURINOMAS DEL VIII INTERVENIDOS ENTRE 1995 Y EL 2008 EN EL HGUGM Y EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA "SAN JOSÉ Y SANTA ADELA"

A. Lowy Benoliel, C. Martín Oviedo, A. Encinas Vicente, X. Araujo Piedra, C. Fernández Jáñez, D. Poletti Serafini, M. Arístegui Ruiz
Hospital Gregorio Marañón, Hospital de la Cruz Roja San José y Santa Adela, Madrid.

Introducción: La cirugía del neurinoma del VIII par craneal es el máximo exponente del abordaje lateral de base de cráneo y por tanto de la otoneurocirugía. El papel del otorrinolaringólogo en esta patología es fundamental desde el momento de la sospecha clínica hasta el seguimiento de los pacientes intervenidos.
Material y métodos: Se ha realizado una revisión de historias clínicas de pacientes intervenidos de neurinomas del acústico entre 1995 y 2007, recogiéndose datos sobre sexo, edad, abordaje, complicaciones, secuelas, clínica y patología asociada a estos tumores. Se trata de pacientes intervenidos en el H. de la Cruz Roja entre 1995 hasta la fecha y en el H. Gregorio Marañón desde 2000 hasta el momento actual. Sólo se ha recogido los datos de aquellos pacientes intervenidos por los servicios de ORL si bien en ocasiones se ha producido la intervención de neurocirujanos.
Resultados: En nuestra serie hemos obtenido un 0% de mortalidad en los pacientes intervenidos. De todos las vías de abordaje empleamos en un 20% de los casos técnicas con opción de conservación de la audición, si bien la más frecuente de todas se trata de la vía translaberíntica. La edad media de nuestros pacientes es de 48,2 años. La técnica quirúrgica reconstructiva del facial más frecuentemente empleada fue la implantación de pesas palpebrales, empleándose en caso de pacientes con recuperación lenta o incompleta.
Discusión: En la cirugía del neurinoma va a existir una serie de condicionantes que van a permitir distintas estrategias a a la hora de plantear la vía de abordaje más adecuada para cada paciente. En nuestra serie favorecemos los abordajes translaberínticos en aquellos casos en los que el tamaño de la lesión, su localización, la audición o la edad del paciente así lo aconsejen. Presentaremos el algoritmo de decisión, asi como las complicaciones, su manejo y las conclusiones obtenidas en base a nuestra experiencia.

388

PREVALENCIA Y MICROBIOLOGÍA DE LOS ABSCESOS PERIAMIGDALINOS

S. Tobías Gómez, M. Borràs Perera, I. Pérez Hernández, V. Palomar Asenjo, J.C. Fortuny Llances, J. Soteras Ollé, V. Palomar García
Hospital Arnau de Vilanova, Lleida

Introducción: El absceso periamigdalino es la complicación más frecuente de la infección amigdalina. Se trata de una colección purulenta entre la cápsula amigdalar, el músculo constrictor de la faringe y el músculo palatofaríngeo. En los últimos años hemos detectado un aumento de su incidencia, por esta razón estudian los abscesos periamigdalinos diagnosticados durante un período de 18 meses.
Material y métodos: Se recogen muestras para cultivo y antibiograma del material obtenido en el drenaje de los 62 abscesos periamigdalinos diagnosticados durante el año 2006 y los nueve primeros meses del 2007.
Resultados: La media de edad de la muestra es de 36,21 años, con una relación varones:mujeres de 2:1. El microorganismo más frecuentemente aislado fue el S. Pyogenes (21,05 5). Se realizó antibiograma de todos los gérmenes aislados, con un 61,1% de microorganismos con sensibilidad elevada a beta-lactámicos y un 38,89% con grado intermedio. En ningún caso fue preciso cambiar el tratamiento prescrito.
En el 13,15% de los casos se realizó una amigdalectomia posterior electiva.
Conclusiones: Se ha visto un aumento de la incidencia probablemente debida al uso inadecuado de antibiótico, la selección de gérmenes anaerobios saprófitos y de cepas productoras de beta-lactamasas. El tratamiento usado en nuestro centro es incisión y drenaje más antibiótico, un dosis antiinflamatoria de glucocorticoides y analgesia por via endovenosa. Se administra amoxicilina-ácido clavulánico excepto en los casos de alergia en que se administra clindamicina. Se trata de una infección cervical importante que con tratamiento adecuado suele tener una buena evolución.

395

MIRINGOPLASTIAS EN HOSPITAL DE DÍA

R. Lobato Pérez; Z. Martínez Basterra; X. Altuna Mariezkurrena; J.J. Navarro Sampedro; J. Algaba Guimera
Hospital Donostia, Guipúzcoa.

Objetivo: Evaluar si la miringoplastia o timpanoplastia es un tratamiento seguro en el contexto de una Cirugía sin Ingreso.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de 300 pacientes que han sido intervenidos en nuestro centro durante el período 1998-2007 de timpanoplastia o Miringoplastia en el programa de Cirugía Sin Ingreso.
Resultados: No se registró ninguna complicación mayor. Más del 96% de los pacientes intervenidos fueron dados de alta el mismo día de la intervención. De todos los ingresos no esperados se dieron de alta a las 24 horas. A todos ellos se les realizó un cuestionario a los días del alta y el 100% de los pacientes contestaron que repetirían la experiencia.
Conclusiones: La timpanoplastia puede realizarse de una manera segura dentro de un programa de Cirugía sin Ingreso siempre que cumplan unos criterios mínimos de inclusión.

11,30-12,00 Pausa Café

12,00–14,00

Curso de instrucción

R1

CIRUGÍA LÁSER ENDOLARÍNGEA

M. Bernal Sprekelsen. Hospital Clinic i Provincial. 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. Como distinguir tejido sano de tejido tumoral. Como evitar la carbonización. Evaluación anatomopatológica. Tratamiento del cuello y seguimiento. Se presentarán diapositivas y videoclips que ayuden al entendimiento de la técnica. Reparto de publicaciones originales por email a quien lo solicite, inclusive de la ponencia de 2004, en formato pdf.
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 del a técnica y los resultados oncológicos en los colectivos con suficiente seguimiento.

14,00–15,30 Comida

15,30-17,00

Sesión de comunicaciones orales de residentes 4

Presidente: Manuel Bernal Sprekelsen
Secretario: Antonio Hernández Rubiño

137

ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL SENO FRONTAL. NUESTRA EXPERIENCIA

M.E. Mora Santos, C.G. Pantoja Hernández, E. Cruz de la Piedad, R. Solís Vázquez, G. Trinidad Ruiz, E. Rejas Ugena
Hospital Infanta Cristina; Hospital Perpetuo Socorro y Materno Infantil, Badajoz.

Introducción: El abordaje del seno frontal, mediante cirugía endoscópica nasosinusal, se ve dificultado por obstáculos anatómicos para alcanzar el receso nasofrontal, a pesar de la aparición de nuevas técnicas e instrumental quirúrgico para poder tener acceso a él.
Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo de todos aquellos pacientes en nuestro hospital que precisaron algún tipo de tratamiento sobre el seno frontal desde febrero de 2004 a abril de 2008.
Resultados: Se analizan un total de 47 pacientes, 35 varones y 12 mujeres, con diversa patología del seno frontal. Se realizó cirugía endoscópica nasosinusal en 45 pacientes (Draf tipos I, II o III-Lothrop modificado) y en 2 se precisó un abordaje externo mediante osteoplastia.
Discusión y conclusiones: Los procedimientos de drenaje quirúrgico del seno frontal mediante cirugía endoscópica nasosinusal, ofrecen muchas ventajas en el tratamiento de la patología del mismo cuando se compara con la realización de osteoplastia. Por otro lado, también existen limitaciones a este abordaje como el alto nivel de experiencia del cirujano en esta técnica para evitar complicaciones, y la necesidad de instrumental quirúrgico específico. Es necesario seleccionar bien a los pacientes y la técnica a emplear según la patología que presenten.

426

FACTORES CLÍNICO-RADIOLÓGICOS E INMUNOHISTOQUÍMICOS PREDICTORES DE FUNCIÓN FACIAL POSTQUIRÚRGICA EN EL SCHWANNOMA VESTIBULAR

L. del Río Arroyo, L. Lassaletta Atienza, M.I. Sánchez Camón, J. Galindo Delgado-Ureña, A. Díaz Anadón, M.J. Sarriá Lucas, J. Gavilán Bouzas
Hospital La Paz, Madrid.

Introducción: El objetivo de este trabajo es determinar qué factores clínicos e inmunohistoquímicos pueden ser predictivos de la función facial tras la cirugía del schwannoma vestibular (SV).
Material y método: Estudiamos retrospectivamente 79 pacientes intervenidos de SV entre 2001 y 2006, analizando las relaciones entre distintas variables clínico-radiológicas y la expresión de ciclina D1 en el tumor con la función facial postoperatoria.
Resultados: El umbral de estimulación del facial tras la cirugía y el tamaño tumoral se asocian a la función facial postoperatoria ($p < 0,0001$ y $p = 0,01$, respectivamente). El umbral de estimulación predice mejor la función facial inmediata (OR = 21) que la definitiva (OR = 9). La función facial al alta es mejor predictor de la función final (OR = 27) que la inmediata (OR = 13). La expresión positiva de ciclina D1 se correlaciona con mejor función facial postquirúrgica ($p = 0,015$).
Discusión/Conclusiones: El umbral de estimulación y el tamaño tumoral son factores predictores de la función facial postquirúrgica. El umbral de estimulación predice mejor la función facial inmediata. El facial al alta predice mejor que el inmediato el facial final. La ciclina D1 aparece como un factor pronóstico de resultado facial no estudiado hasta ahora.

431

SELECCIÓN DE CANDIDATOS A BAHA EN PACIENTES CON COFOSIS UNILATERAL

I. Sánchez Camón, L. Lassaletta Atienza, G. Achleitner, J. Gavilán Bouzas
Hospital La Paz, Madrid.

Introducción: Dado que en los pacientes con cofosis unilateral la indicación del BAHA es controvertida, tratamos de encontrar un método objetivo que permita valorar su utilidad práctica y seleccionar aquellos candidatos que obtengan mayor beneficio.
Material y métodos: Se valoró a 21 pacientes con cofosis unilateral. Se realizaron dos pruebas, una audiometría en campo libre con ruido para valorar la inteligibilidad verbal con y sin la diadema de prueba del BAHA, y una audiometría tonal ósea bilateral sin enmascaramiento para valorar la atenuación transcraneal. Todos los pacientes rellenaron el cuestionario APHAB.
Resultados: Se encontró una mejoría estadísticamente significativa en la discriminación verbal con y sin el BAHA en diadema (76% vs 60%). No se encontró relación significativa entre la diferencia interaural de la vía ósea y la mejoría de la discriminación verbal asociada al uso del BAHA. La media de la puntuación del APHAB para las escalas de facilidad de comunicación, ruido de fondo, reverberación, aversión y puntuación global fue 32, 57, 38, 48 y 42 respectivamente. Se encontraron valores más favorables en la puntuación global en aquellos pacientes con menor atenuación transcraneal en 500, 1000 y 2000Hz, siendo la diferencia estadísticamente significativa (35 vs 54).
Conclusión: La realización de esta prueba permite valorar prequirurgicamente de forma objetiva el beneficio proporcionado por el BAHA en los casos de cofosis unilateral. Nuestros resultados muestran una posible influencia de la atenuación transcraneal en el grado de discapacidad percibido como consecuencia de la cofosis unilateral.

432

SÍNDROMES VERTIGINOSOS DE DESENCADENANTE POSICIONAL

A. Martínez Ruiz-Coello, F.M. González, M. Pinilla Urraca, C. Martín González, A. Rodríguez Valiente, J. Vicente, D. Laguna Ortega
Hospital Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: El vértigo posicional es una manifestación clínica frecuente en cuadros de distinta etiología. Esta entidad se define por la aparición de episodios de vértigo en relación con cambios posturales o con determinados movimientos corporales. Un error común observado en la literatura científica, es catalogar todo síndrome vertiginoso de desencadenante posicional como vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB). Nuestro objetivo es valorar la frecuencia de los distintos tipos de vértigo posicional entre los pacientes estudiados en la unidad de otoneurología de nuestro hospital.
Material y método: De los 1257 pacientes seguidos en nuestra unidad durante 10 años, 191 presentaban clínica de vértigo posicional. En base a los resultados obtenidos mediante un estudio otoneurológico completo, analizamos la distribución de los pacientes en los distintos grupos etiológicos.
Resultados: Un total de 27 pacientes (14,1%) fueron diagnosticados de VPPB según los criterios diagnósticos establecidos para esta patología. El resto presentaron síndromes vertiginosos de otras etiologías, siendo el vértigo de origen vascular, el vértigo cervical y los cuadros de hipofunción vestibular no compensados, las más frecuentes.
Discusión: A pesar de ser una entidad ampliamente estudiada, el diagnóstico de los vértigos que cursan con clínica posicional presenta aún cierta controversia. Una correcta anamnesis centrada en las características del cuadro vertiginoso, debe orientar al clínico hacia el diagnóstico adecuado. A la vista de los resultados de nuestro estudio, creemos necesario diferenciar más claramente el VPPB, de otros síndromes vertiginosos que cursan con clínica posicional.

473

EXPERIENCIA EN CIRUGÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES

E. de la O Corrochano, G. Fernández Rodríguez, M.J. Cisternas Bittencourt, M. García Jiménez, F. Ramos Puerto, J. Marcos Calle, M.I. Castro Canelada, G. Pardo Romero, M. Martí Peña, M.R. de Saa Álvarez, M.S. Aparicio Pérez
Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: La patología de las glándulas salivales es frecuente y en la mayoría de las ocasiones benigna, y responde a tratamiento médico conservador, sin embargo en algunas ocasiones precisa intervención quirúrgica. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados quirúrgicos en patología crónica y tumoral de glándulas salivales.

Material y método: Se realiza análisis retrospectivo de la casuística quirúrgica de glándulas salivares entre marzo 2001 y marzo 2008 del Complejo Hospitalario de Cáceres. En el estudio se recogen datos epidemiológicos, características clínicas, tratamiento quirúrgico, estudio histológico y evolución postoperatoria.
Resultados: Se revisan los historiales clínicos de 86 pacientes con edades comprendidas entre 17 y 84 años con patología de glándulas salivales que precisan cirugía. Se analiza el estudio histológico de las piezas quirúrgicas y se comentan aquellos que requieren otros tratamientos complementarios.
Discusión: En la cirugía de cabeza y cuello la patología de glándulas salivales que precisan intervención quirúrgica es relativamente infrecuente, y dentro de las indicaciones quirúrgicas la patología inflamatoria crónica y tumoral son las más frecuentes. En cuanto al tipo histológico nuestra serie de pacientes presenta una distribución similar a la publicada en la literatura.

482

ESTAPEDOTOMÍA POR CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. NUESTRA EXPERIENCIA

J.L. Merán Gil, F.J. Avilés Jurado, E. Doménech Vadillo, E. Masgoret Palau, E. Figuerola Massana, J. Risco Arenas
Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona; Complejo Hospitalario Universitario Materno-Infantil Insular, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) puede considerarse ideal para algunas indicaciones quirúrgicas otorrinolaringológicas como amigdalectomías, adenoidectomías, septoplastias y otras. Sin embargo existe menos experiencia en el campo de la cirugía otológica, limitándose básicamente a la otitis media secretora.
Material y método: Hemos realizado un estudio retrospectivo en el cual se han revisado las historias de nuestros pacientes operados de estapedotomía por CMA en el periodo 2005- 2007. Se diseñó un protocolo de recolección de datos (edad, sexo, técnica quirúrgica, datos audimetritos, etc.). Los criterios de inclusión que se les aplicó a los pacientes operados de estapedotomía por CMA son los mismos aplicados a las demás intervenciones por CMA en nuestro centro: el paciente no debe padecer enfermedad crónica y si la hay debe de estar debidamente controlada, no antecedentes de hemorragias en anteriores intervenciones, debe estar acompañado por un adulto, tener medio de transporte propio y no vivir a más de 30 minutos del centro donde ha sido intervenido. El seguimiento postoperatorio se realiza por vía telefónica durante las primeras 24- 48 horas tras la cirugía. Desde 2005 hasta 2007 se realizaron un total de 20 estapedotomías por CMA a las cuales se le realizó un control audiométrico en el postoperatorio temprano (1-3 meses tras la cirugía).
Resultados: En el control audiométrico de nuestros pacientes encontramos un cierre de UDA menor de 10 dB en un 86% de los pacientes intervenidos, similar a lo encontrado en un estudio parecido realizado en nuestro centro en pacientes a los que se les practicó la misma cirugía y que quedaron ingresados. El vértigo fue el principal síntoma experimentado por los pacientes tras la cirugía y la primera causa de ingreso tras la cirugía.
Discusión/Conclusiones: La estapedotomía por CMA se puede considerar un procedimiento quirúrgico seguro para los pacientes que cumplan los criterios de inclusión para CMA, con resultados audiométricos similares a los obtenidos en pacientes ingresados para esta cirugía.

494

EVALUACIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES PREMALIGNAS LARÍNGEAS EN 53 CASOS (2000-2007)

G. Mancebo Mata, F. López Álvarez, S. Obeso Agüera, R. Sánchez Fernández, J.P. Rodrigo Tapia, C. Suárez Nieto
Hospital Univ. Central de Oviedo, Asturias.

Introducción: Las neoplasias intraepiteliales potencialmente invasivas, también llamadas lesiones "premalignas" de la región glótica pueden ser el primer paso en el diagnóstico de los carcinomas epidermoides de laringe, pese a que la mayoría de tumores tienen una carcinogénesis brusca y no pasan necesariamente por los pasos intermedios de NIEPI. Según varios estudios, solo el 6-9% de los cánceres de laringe tienen una biopsia previa de NIEPI.
Material y método: Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en el que se revisan 53 casos de pacientes intervenidos en nuestro servicio de ORL entre los años 2000-2003 con diagnóstico anatomopatológico de displasia en distinto grado, realizándose seguimiento de los mismos hasta el año 2007. Se analizan factores de riesgo, edad, clínica, evolución y progresión hacia carcinoma infiltrante.
Resultados: Tras clasificar a los pacientes según el grado de displasia (leve, moderada, severa/CIS) se encontró que de los 53 pacientes 27 acabaron padeciendo un carcinoma epidermoide con un período de latencia muy variable que osciló entre 3 meses y 4 años según el caso.
Conclusiones: Se comprueba la frecuente progresión de las lesiones premalignas hacia carcinoma invasor. En posteriores estudios se analizarán mediante PCR e inmunohistoquímica muestras archivadas de dichas NIEPI en búsqueda de marcadores genéticos que nos ayuden a predecir dicha evolución.

519

ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL SOBRE NORMALIZACIÓN DE OEA SEGÚN EL TIPO DE CESÁREA

E. Cruz de la Piedad, C.G. Pantoja Hernández, G. Trinidad Ruiz, G. Trinidad Ramos, M.A. Serrano Berrocal, E. Rejas Ugena
Hospital Perpetuo Socorro, Badajoz.

Introducción: Como se ha demostrado, la edad de normalización de las OEA se produce 24-48 horas más tarde en los niños nacidos mediante cesárea. En este sentido, presentamos un estudio prospectivo observacional analizando la edad de normalización de las OEA según el motivo por el que se realizó la cesárea.
Material y métodos: Realizamos OEA diariamente hasta su normalización en 449 niños nacidos por cesárea en nuestro hospital durante el año 2007, valorando el motivo por el que se realizó, si fue urgente o programada, la edad de normalizacion de las OEA y la proporción de primeras OEA normales en cada grupo.
Resultados: Se realizaron 192 cesáreas urgentes por causa materna (media de edad de aparición de OEA de 2,93 días), 90 urgentes por sufrimiento fetal (media de 2,74 días), 85 programadas por causa fetal (media de edad 2,03 días) y 82 programadas por causa materna (media de edad de 2,31 días). La proporción de primeras OEA anormales en los diferentes grupos fue 2.09% en las cesáreas urgentes por causa materna, 3,33% en las urgentes por causa fetal, 7,05% en las programadas por causa fetal y 0% en las programadas por causa materna.
Discusión/Conclusiones: No hallamos diferencias estadísticamente significativas en la edad de normalización de las OEA según el motivo por el que se practicó la cesárea, aunque sí existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción de primeras OEA normales entre el grupo de niños nacidos por cesárea realizada por causas fetales y los nacidos por cesárea realizada por causas maternas.

542

EFICACIA DE CIDOFOVIR EN PAPILOMATOSIS LARÍNGEA

Z. Martínez Basterra, R. Lobato Pérez, U. Bolinaga Zubizarreta, J. Estefano Rodríguez, J.J. Camacho, J. Algaba Guimera
Hospital Donostia, Guipúzcoa.

Introducción: La papilomatosis respiratoria recurrente (PRR) es una enfermedad producida por el virus papiloma humano, con mayor frecuencia por los serotipos 6 y 11, que en ocasiones puede malignizar. De comportamiento más agresivo en niños, se contagia por vía hematógena, por el canal del parto y por contacto directo.
Material y métodos: Presentamos una revisión de 18 casos de PRR, realizada en nuestro centro desde 1991 a 2007. En dichos pacientes se realizó tratamiento con exéresis de las lesiones mediante láser CO_2 en todos los pacientes y en dos de ellos se administró cidofovir de manera intralesional. Cidofovir es un análogo de los nucleótidos que inhibe la DNA polimerasa viral, que se ha empleado de manera intravenosa e intralesional.
Resultados: Encontramos una tasa media de 10 reintervenciones por paciente. Pese a que la muestra es escasa debido a la baja incidencia de la enfermedad, los resultados son significativos, en los dos casos en que administramos cidofovir intralesional se observa una remisión completa de las lesiones tras un año de seguimiento.

Conclusiones: La aplicación de cidofovir intralesional tras tres aplicaciones ha disminuido de manera notable la recidiva de la enfermedad y por tanto las revisiones quirúrgicas. Aunque los efectos adversos de la administración de cidofovir intralesional no están descritos debido a la baja incidencia de ésta patología, parece más segura que la administración i.v. que puede producir nefrotoxicidad, neutropenia, náuseas y diarrea.

17,00–18,30

Curso de instrucción

R2

CIRUGÍA DE LA PARÁLISIS FACIAL

B. Scola Yurrita. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

A lo largo de la hora de duración del curso intentaremos dar un visión actual, lo más práctica posible, sobre el tratamiento quirúrgica de las parálisis faciales. Nuestra presentación la dividiremos en los siguientes apartados:
1.- Indicaciones de cirugía en las parálisis faciales según su etiología (idiopática, secundaria a fractura de base de cráneo, yatrogena y tumoral.
2.- Indiación y descripción de la vía de abordaje al nervio facial (transmastoidea extralaberíntica, translaberíntica o combinada por fosa media y transmastoidea)
3.- Técnicas quirúrgicas para restablecer la funcionalidad del nervio facial (descompresión simple, sutura termino-terminal con rerouting del nervio, injerto nervioso).
4.- Anastomosis heteronerviosas: Anastomosis hipogloso facial y variantes (anastomosis termino-lateral con y sin injerto).
5.- Técnicas de reparación de las secuelas de la parálisis facial definitiva:
a) La corrección palpebral:
- Implante palpebral
- Blefaroplastia y tarsorrafia
- Técnicas de Gillies
b) Reanimación del labio paralizado:
- Técnicas de suspensión
- Transplantes musculares

18,30–18,40

Conferencia

Información sobre la especialidad

Serafín Sánchez Gómez

18,40–19,00

Conferencia

Examen europeo al finalizar la especialidad

Manuel D. Tomás Barberán

19,00–19,30

Discusión de pósteres seleccionados

19,30–20,00

Asamblea de Residentes

Comunicaciones Póster - Sesión de residentes

Presidente: Francisco Pellicer Garrido
Secretario: Jorge Luis Merán Gil

328

RM DE DIFUSIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DEL COLESTEATOMA

J. Donderis Sala, L. Martí Gomar, M. Mateos Fernández, M.J. Lesmas Navarro, C. Morera Pérez
Hospital Univ. La Fe, Valencia.

Introducción: Para el diagnóstico del colesteatoma adquirido de oído medio y su estudio de extensión habitualmente se utilizan cortes finos de TC de alta resolución. En casos seleccionados, la RM adquiere un valor adicional para la descripción de posibles complicaciones (erosión del CSE, invasión del laberinto membranoso, etc.). El objetivo de este trabajo es describir la utilidad de la RM de difusión para el diagnóstico radiológico del colesteatoma de oído medio, en pacientes sin cirugía previa.
Material y método: Se está realizando un estudio prospectivo de 15 pacientes con alta sospecha clínica y/o otoscópica de colesteatoma de oído medio, sin historia de cirugía previa. En ellos se ha aplicado el protocolo diagnóstico habitual, incluyendo la RM de difusión como técnica diagnóstica preoperatoria.
Discusión: A pesar de que la TC sigue siendo la técnica de imagen de elección para el diagnóstico y descripción de la extensión de un colesteatoma de oído medio, en algunos casos la RM tiene utilidad para evaluar dicha extensión y para advertir de posibles complicaciones relacionadas con él. La RM de difusión constituye un método diagnóstico rápido que puede suponer una herramienta adicional en el manejo del colesteatoma, ya que permite diferenciar entre colesteatoma y tejido de granulación en las otitis crónicas, posibilitando una mejor planificación del acto quirúrgico.

104

ESCLEROMA RESPIRATORIO

M. Jiménez García, P. Seguí Moya, C. A. Pérez Fernández, M. I. Rodríguez Francos, R. Pérez Gamazo, J. D.,Contreras Sánchez, T. García Fernández de Sevilla
Complejo Hospitalario Univ, Albacete.

Introducción: El rinoscleroma es una enfermedad inflamatoria granulomatosa crónica causada por Klebsiella rhinoscleromatis que afecta a las vías respiratorias superiores. Su localización más frecuente es nasal, aunque la laringe puede afectarse en un 40%. Se relaciona con un bajo nivel socioeconómico, siendo endémica en países de América Central y del Sur, África, Asia, Europa Central y del Este.
Material y métodos: Presentamos dos casos clínicos con diagnóstico de escleroma respiratorio. *Caso 1:* Varón de raza blanca de 58 años, español, con IRN de 1 año de evolución. EF: masa regular friable en cornete inferior de FND y masa amarillenta cerebriforme en techo de FNI. Se biopsia y es informada como hiperplasia linfoide pseudotumoral, decidiéndose exéresis mediante CENS. *Caso 2:* Varón de raza negra de 26 años, natural de Mali, atendido por disnea inspiratoria aguda. EF: lesión granulomatosa obstructiva laríngea de predominio derecho. Se realiza traqueotomía urgente y microcirugía endolaríngea con toma de biopsias.
Resultados: Tras estudio histológico y microbiológico son diagnosticados de rinoscleroma. Se instaura tratamiento con ciprofloxacino en el primer caso y ciprofloxacino y doxiciclina en el segundo durante 3 meses. El primer paciente precisa reintervención por sinequias bilaterales y el segundo presenta tejido de cicatrización en hemilaringe derecha y paresia de CVD.
Conclusión: El rinoscleroma es una patología excepcional en nuestro medio, cuya incidencia está aumentando por los movimientos migratorios. No obstante, las diferencias clínicas y epidemiológicas de estos dos pacientes nos recuerdan la importancia de un adecuado diagnóstico diferencial en toda afección de vías respiratorias superiores.

131

ABSCESO PARAFARÍNGEO COMO COMPLICACIÓN DE ABSCESO PERIAMIGDALINO DE MALA EVOLUCIÓN

M. Achiques Martínez, C. de Paula Vernetta, N. Conill Tobías, I. Alonso Castañeira, N. Muñoz Fernández, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Univ., Valencia.

Introducción: Las infecciones parafaríngeas son muy raras como complicación de abscesos periamigdalinos, por lo cual se consideran potencialmente mortales. Actualmente el tratamiento recomendado es el drenaje temprano asociado a antibioterapia adecuada y corticoides tópicos.
Material y métodos: Paciente varón de 28 años que acude a urgencias por fiebre, mal estado general, odinofagia intensa, trismus y rinolalia. Al examen físico presenta amígdalas hipertróficas a predominio derecho, con abombamiento de pilar anterior y desplazamiento contralateral de la úvula. Se realiza TAC que no identifica presencia de colecciones cervicales. Se realiza punción aspiración que resulta negativa. Se inicia tratamiento antibiótico y corticoideo. En vista de que no mejora se realiza nuevo TAC a las 24 horas que reporta absceso periamigdalino derecho con extensión a espacio mandibular, parotídeo y submaxilar. Se realiza punción y drenaje de contenido purulento. A las 48 horas persiste mal estado general, trismus y abombamiento del pilar anterior por lo cual se realiza TAC control, evidenciándose extensión de absceso amigdalino derecho que alcanza la base del cráneo y afecta ampliamente espacios parafaríngeo, masticador y submaxilar.
Resultados: Se realiza drenaje de absceso a través de cavidad oral, con salida de escaso contenido purulento más amigdalectomía bilateral y cervicotomía con drenaje de abundante contenido purulento en región submandibular con extensión a región parotídea y base de cráneo. A las 48 horas posteriores a la cirugía se evidencia clara mejoría clínica y radiológica.
Conclusión: Actualmente el drenaje abierto y el tratamiento antibiótico adecuado constituyen el tratamiento de elección y disminuyen de manera importante la morbimortalidad de esta patología.

402

OSTEOLOGÍA DEL ORIFICIO ESFENOPALATINO

S. Herrera Tolosana, R. Fernández Liesa, J.D. Escolar Castellón, M. El Uali Abeida, L. Pérez Delgado, M.P. Lisbona Alquezar, F. de Miguel García, A. Ortiz García
Hospital Univ. Miguel Servet, Zaragoza.

La localización de la arteria esfenopalatina es fundamental en el tratamiento endoscópico de la epístaxis severa. El orificio esfenopalatino, que le da salida, es variable en ubicación y relaciones anatómicas. Realizamos un estudio descriptivo osteológico de la región del orificio esfenopalatino en el Departamento de Anatomía e Histología Humanas de la Universidad de Zaragoza. Llevando a cabo exploración y estudio de la zona en cráneos humanos. Se describe la anatomía del área del orificio esfenopalatino: tamaño, localización, relaciones con cornetes y coanas, así como la existencia de orificios accesorios.

397

OTITIS EXTERNA MALIGNA

Z. Martínez Basterra, J.J. Navarro Sampedro, J. Algaba Guimera
Hospital Donostia, Guipúzcoa.

Introducción: La otitis externa maligna es una infección que involucra al hueso temporal y tejidos adyacentes. Se origina en una lesión de la piel del CAE por microtraumatismos, más frecuente en diabéticos y ancianos.
Material y métodos: Presentamos dos casos acaecidos en nuestro Hospital. Ambos son pacientes añosos y diabéticos y presentaban otalgia, supuración asociada y un granuloma en la unión osteocartilaginosa del CAE. Uno de ellos presentaba además parálisis facial derecha grado V de House- Brackman. La gammagrafía con Tc 99 presentaba en ambos casos un acúmulo patológico en el peñasco.
Resultados: Se administro el tratamiento habitual con ciprofloxacino i.v. En ambos casos se utilizó la gammagrafía con Ga 67 para monitorizar la respuesta terapéutica.
Conclusiones: La presencia de parálisis facial indica un peor pronóstico y mayor mortalidad. La presencia de granulomas en la unión osteocartilaginosa es muy característica. En los casos de mala evolución la administración de ceftazidima i.v. además de ciprofloxacino es un arma terapéutica fundamental. El uso de gammagrafía con Ga 67 es la mejor técnica para monitorizar la respuesta terapéutica.

283

LINFOMA NO HODGKIN NASAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Meliá Casado, L. Albiol Varella, C. Soria Checa, M.D. Costa Climent, C, Riera Sala, J.M, Gozalbo Navarro
Hospital General, Castellón.

Introducción: El linfoma no Hodgkin (LNH) nasosinusal es una enfermedad infrecuente. En función de la estirpe celular, distinguimos linfomas de células T y linfomas de células B, teniendo este fenotipo celular implicaciones pronósticas.
Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 86 años remitida a nuestro servicio por presentar una lesión úlcero necrótica y supurativa a nivel nasal de 4 meses de evolución. Como antecedentes personales cabe remarcar un LNH mamario en el año 2000 tratado con quimio y radioterapia y una demencia senil.
Resultados: Se realiza toma de muestra para biopsia de la lesión siendo informada la misma de Linfoma B de célula grande de alta actividad proliferativa. Con este resultado, se comenta el caso con hematología para continuar el estudio y tratamiento de la misma, siendo desechado por la familia debido al estado clínico de la paciente.
Discusión/Conclusiones: A pesar de que los linfomas nasales son tumores de presentación poco frecuente deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial ya que morfológica y clínicamente son difíciles de diferenciar de otros procesos destructivos no neoplásicos y de otras neoplasias de la misma localización, y su extensión es un factor que condiciona en gran medida el pronóstico.

389

MICETOMA DE SENO ESFENOIDAL

T. Collazo Lorduy, M. Calvo Pérez, M.A. Melchor Díaz
Hospital Univ. 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Las sinusitis fúngicas son una patología frecuente en pacientes inmunodeprimidos. Pueden ser invasivas y no invasivas, teniendo las invasivas un muy mal pronóstico, con una mortalidad alrededor del 50%.
Material y métodos: *Caso clínico*: Se trata de un paciente de 73 años, DM tipo II, que había recibido un transplante cardíaco hace 10 años, con tratamiento inmunosupresor y con historia de migrañas que acude a Urgencias por presentar cefalea intensa de varios días de evolución. No se acompaña de focalidad neurológica, ni clínica de sinusitis. En la exploración física, no presenta alteraciones. Se le realiza un TC craneal dónde se evidencia una ocupación completa del seno esfenoidal con focos de calcificación. Se realiza una RMN craneal, dónde se ve una ocupación del seno esfenoidal que rompe el suelo de la silla turca en contacto con la hipófisis compatible con sinusitis invasiva.
Resultados: Ante la sospecha de un infección fúngica, se realiza una CENS con extracción del micetoma del seno esfenoidal que es enviado a Anatomía Patológica y Microbiología que confirman el diagnóstico de sinusitis micótica:mucormicosis no invasiva. Por lo que se inicia tratamiento con antifúngicos con buena respuesta clínica y desapareciendo la cefalea.
Conclusiones: Las sinusitis fúngicas son infecciones frecuentes en los pacientes inmunodeprimidos, por lo que debe estar presente en los diagnósticos diferenciales. El tratamiento es quirúrgico con CENS y farmacológico con antifúngicos. Lo excepcional de nuestro caso es la localización del micetoma.

107

PARÁLISIS FACIAL UNILATERAL ALTERNANTE

V. Vasallo García, J. Sanabria Brassat, R. del Castillo López, F.J. Guerra Blaco, H. Moreno, F.J. Cogolludo, J.M. Villacampa, R. Gutiérrez, C. Cenjor Español
Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: La parálisis facial recidivante idiopática es una rara entidad, poco descrita en la literatura. Las parálisis recidivantes suelen estar

asociadas a casos familiares relacionados con herencia autosómica tanto dominante como recesiva. El hecho de que se produzca en cuatro ocasiones, sin asociación familiar es excepcional en la literatura.
Material y métodos: Presentamos un caso clínico de una mujer de 24 años con historia de parálisis facial unilateral alternante desde los 10 años. Refiere un episodio inicial de parálisis facial periférica izquierda en 1992 y otro segundo en 2006 sin hipoacusia asociada y exploración del resto de la esfera de ORL normal. En mayo de 1997 acude a revisión apreciándose recuperación incompleta (un 60%) con signos electrofisiológicos de afectación neurógena periférica izquierda de intensidad media en la zona orbicular de los labios. Posteriormente en noviembre del 2001 presenta un nuevo cuadro de parálisis facial grado III en la escala de House-Brackmann en el territorio mandibular derecho con ausencia de lesión frontal y orbicular ocular, presentaba cierta hipoacusia derecha sin otalgia, otorrea, acúfenos ni vértigos. No lengua escrotal ni edema facial o labial. En una nueva revisión en abril del 2007 con 24 años observamos nuevo episodio de parálisis facial izquierda de los 3 tercios faciales de 20 días de evolución con otalgia izquierda. Resto de la exploración ORL sin alteraciones destacables.
Resultados: La paciente presenta una recuperación parcial de la movilidad, grado II de la escala de House-Brackmann.
Discusión/Conclusiones: La parálisis facial periférica es la que más frecuentemente se presenta con una incidencia de 20-30 por cada 100.000 personas por año, sólo el 1 % en ambos lados simultáneamente. Del 3 al 15% de las parálisis faciales de Bell recidivan. Yanagihara y col. en 1984 proponen cinco tipos de presentación clínica de esta patología (parálisis unilateral no recurrente, parálisis unilateral recurrente, parálisis unilateral alternante recurrente, parálisis bilateral simultánea, parálisis bilateral recurrente).

203

CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE DEL ESPACIO PARAFARÍNGEO: CASO CLÍNICO

A. Barrios Recio, J. sánchez Laínez, F.J. Rodríguez Domínguez, I, Castaño Zapatero, T. Esteban Sánchez, J. Calero del Castillo
Hospital Univ. Santa María del Rosell, Murcia.

Introducción: Los tumores del espacio parafaríngeo son raros y suponen aproximadamente un 0,5% de todas las neoplasias de cabeza y cuello. Dichos procesos neoplásicos representan una amplia variedad de lesiones benignas y malignas, de las cuales presentamos el caso de un carcinoma mucoepidermoide, lesión epitelial maligna derivada de las glándulas salivales.
Caso clínico: Paciente varón de 78 años que acude a consulta por presentar sensación de cuerpo extraño faríngeo de dos meses de evolución. En la exploración ORL destaca una hipertrofia amigdalar izquierda, sin ningún otro hallazgo, que se biopsia por PAAF con resultado anatomopatológico de carcinoma mucoepidermoide. Se realiza RM, en la que se observa una masa de unos 5 cm de diámetro mayor a nivel de amígdala izquierda con extensiones al espacio parafaríngeo y que producen una significativa compresión de la vía aérea. Se realizó traqueomía reglada y vaciamiento funcional ganglionar cervical supraomohioideo con extirpación de la glándula submaxilar. Para el abordaje del tumor se practicó una mandibulectomía media para acceder al espacio parafaríngeo y disección roma del tumor, ya que se encontraba bien encapsulado. No se apreció infiltración de los tejidos vecinos.
Discusión: Existe un solo caso descrito de carcinoma mucoepidermoide del espacio parafaríngeo en la literatura actual, representando esta entidad clínica toda una rareza. El carcinoma mucoepidermoide es una neoplasia epitelial maligna compuesta de diversos tipos celulares y que por lo general en las glándulas salivares mayores, siendo inusual su aparición en el espacio parafaríngeo. Debido a las características especiales de este espacio, las neoplasias adquieren un gran tamaño antes de presentar sintomatología, por lo que, como ocurrió en este caso, el diagnóstico puede ser un hallazgo casual. Para el tratamiento quirúrgico optamos por la realización de una mandibulectomía media con submaxilectomía homolateral, ya que esta vía de abordaje facilita en gran manera el acceso al espacio parafaríngeo, con un mínimo de secuelas estéticas. Además, dada la malignidad y la capacidad de metastatizar aun en caso de tumores de bajo grado, es necesaria la realización de un vaciamiento cervical funcional homolateral.

84

EMPIEMA SUBDURAL DE ORIGEN SINUSAL

J. Roura Moreno, P. Ruiz Vozmediano, F. A. Navarro Escobar, r. Jodar Moreno, M. Sánchez Torices,
Hospital Neurotraumatológico Ciudad de Jaén, Jaén.

Introducción: Las complicaciones intracraneales de la sinusitis son infrecuentes y graves. El empiema subdural es la más frecuente, asociada a varones jóvenes con sinusitis frontal. Los microorganismos implicados son S. aureus, Haemophilus influenzae y flora polimorfa.
Material y método: Varón de 19 años de edad que presenta edema periorbitario y maxilar izquierdos, por pansinusitis izquierda complicada. Inicia cuadro de hipoestesia y monoparesia de miembro inferior derecho más cambio de carácter. En TAC craneal y RMN aparecen higroma frontal izquierdo y ocupación pansinusal. Discreta rigidez de nuca sin afectación de pares craneales y reiteradas crisis parciales complejas. Se practica CENS (unciformectomía, meatotomía media + etmoidectomía anterior y posterior) + abordaje supraciliar de seno frontal izquierdo; mucosa sinusal engrosada sin colección de pus. Pared posterior del seno sin dehiscencias. Tras una primera fase de mejoría el paciente empeora y se realiza RMN en la que aparecen empiema coronal derecho y frontal y ocupación radiológica de senos frontal y maxilar izquierdos, llegando al diagnóstico de empiema subdural de origen sinusal. Se practica craneotomía coronal derecha y frontal izquierda con drenaje de colección subdural.
Resultados: Tras 4 meses el paciente se mantiene libre de enfermedad sin secuelas neurológicas.
Discusión/Conclusiones: El empiema subdural es una complicación infrecuente de la sinusitis potencialmente grave (mortalidad 20-35%). Sospechar ante cuadros de sinusitis con cefalea en dos fases, cambios de carácter, déficit neurológico y/o crisis comiciales. El tratamiento requiere antibioterapia intravenosa 6 semanas, corticoides, heparina, anticomiciales, drenaje quirúrgico nasosinusal y de colecciones intracraneales. Secuelas en 30-80%.

292

ADENOMA PLEOMORFO DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

C. Iglesias Valera, M.L. Navarrete Álvaro, R.L. Boemo Dalcol, D.J. Graterol Torres, M. Saderra Estellers, J.L. Quesada Marín
Hospital Universitario Vall d´Hebron, Barcelona.

Introducción: El adenoma pleomorfo es la neoformación más frecuente de las glándulas salivales mayores, pudiendo originarse también de las salivales menores localizadas en la cavidad oral. Raramente se encuentra este tumor en otras localizaciones del tracto aereodigestivo superior.
Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 56 años que acude a urgencias por insuficiencia respiratoria nasal derecha progresiva y tumefacción en ángulo naso-ocular derecho de un mes de evolución. A la exploración física se evidencia una tumoración en fosa nasal derecha y tumefacción de saco lacrimal derecho. La TC de senos paranasales plantea el diagnóstico diferencial entre carcinoma y estesineuroblastoma de fosa nasal derecha. En la RMN se aprecia una lesión tumoral de dicha fosa y dilatación del saco lacrimal derecho, con sospecha de tumoración benigna de probable estirpe vascular.
Resultados: Se realiza exéresis de la tumoración por vía paralateronasal derecha, con resultado anatomopatológico de adenoma pleomorfo.
Discusión/Conclusiones: El adenoma pleomorfo de fosa nasal es un hallazgo infrecuente. Su localización más habitual a este nivel suele ser el septum. Se presenta entre los 30 y 40 años de edad, sin preferencia de sexo. El síntoma de presentación más común es la obstrucción nasal. El tratamiento de elección es quirúrgico y su pronóstico excelente.

268

CAUSA POCO FRECUENTE DE TUMORACIÓN OROFARÍNGEA

J. Lloréns Navarro, V. Mira, J. Horno López, A. de Oña Navarrete, M. Mata Ferrón, F. Santiago, J. Salinero Hernández
Hospital Univ. Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Las neoformaciones más frecuentes en la cavidad bucal son de origen amigdalar, sin embargo pueden aparecer tumoraciones

derivadas de otras estructuras que deben conocerse para su correcto manejo en la práctica ORL.
Material y método: Presentamos un varón de 50 años sin antecedentes personales de interés. Tras un episodio de faringoamigdalitis aguda, refiere sensación cuerpo extraño faríngeo continua y progresiva, parestesias y disfagia moderada. Las consultas repetidas en su centro de atención primaria no reportaron ningún diagnóstico preciso, por lo que finalmente fue derivado a consulta ORL. Nuestra exploración muestra una gran tumoración exofítica a expensas del paladar blando derecho. Tacto sólido, no dolorosa, móvil, recubierta de mucosa de aspecto normal. Resto de exploración sin hallazgos. Cuello negativo.
Resultados: Los estudio de imagen pertinentes (TAC, RM) revelaron lesión circunscrita pseudoencapsulada, no captadora de contraste y con leve realce en T2, sugerente de tumoración mucosa o sarcomatoide. Se procede a la extirpación quirúrgica de la lesión, vía transoral, que se consigue mediante electrodisección previa ligadura del pedículo palatino anterior. Se consigue cierre directo del defecto palatino resultante con colgajo de avance de la propia mucosa oral. El diagnóstico histopatológico definitivo fue adenoma pleomorfo de glándula salival menor.
Conclusiones: El adenoma pleomorfo se considera la neoplasia benigna más común de las glándulas salivales, correspondiendo al 40% de las de las glándulas menores, si bien no es su localización más frecuente. El estudio patológico debe descartar posibles focos de carcinoma, y su tratamiento es la extirpación con amplio borde de mucosa libre, para evitar recidivas.

100

RESULTADOS FUNCIONALES DE LA CIRUGÍA DE OTOESCLEROSIS EN NUESTRO HOSPITAL

P. Contreras Molina, R. L. Tenor Serrano, P. Sánchez Palma, G. Rodríguez Baro
Hospital Clínico Univ. Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La otoesclerosis constituye la primera causa de hipoacusia de transmisión en nuestro medio. El tratamiento de elección es quirúrgico (estapedotomía o estapedectomía), cuyo fin es el cierre del GAP aéreo-óseo. El objetivo del presente estudio, es analizar los resultados audiométricos obtenidos tras la cirugía de otoesclerosis en nuestro servicio y compararlos con los de otros autores para verificar si estos son adecuados.
Material y métodos: Se ha hecho un estudio retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas, donde se han incluido los pacientes intervenidos de otoesclerosis entre los años 2003 y 2007 ambos incluidos, en el Hospital Clínico Virgen de la Victoria de Málaga. Se ha calculado el UDA (umbral diferencial audiométrico) de cada paciente para las frecuencias conversacionales de 500, 1000, 2000 y para 4000 Hz antes y después de la cirugía, comparándose mediante estudio estadístico con el paquete de manejo de datos SPSS vs.11.5. También se han recogido datos referidos a la técnica quirúrgica y complicaciones pre y postquirúrgicas.
Resultados: Se ha obtenido una mejoría auditiva estadísticamente significativa en la mayoría de los pacientes revisados, con un cierre del GAP auditivo menor de 20dB.
Conclusión: Comparando nuestros resultados con los de otros autores, podemos afirmar que la cirugía de otoesclerosis es una técnica segura, que aporta resultados aceptables en la resolución de la hipoacusia transmisiva ocasionada por esta patología.

206

AMIGDALOTOMÍA POR RFITT

A. Cordero Jiménez, J. A. Valero Santa-Cruz, J. A. Pérez Arcos, A. Villanueva García, P. Contreras Molina, G. Rodríguez-Baró Andujar
Hospital Clínico Univ. Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La amigdalectomía es una cirugía realizada muy frecuentemente, que ha experimentado variaciones en su técnica a lo largo de los años. En los últimos tiempos se han introducido técnicas que buscan una menor morbilidad intra- postoperatoria como por ejemplo la amigdalotomía por radiofrecuencia, que se basa en el paso de energía ionizante al tejido consiguiendo la disminución de volumen del mismo. Se consigue un menor daño tisular en la musculatura faríngea.
Material y métodos: Presentamos una serie de casos donde se incluyen 14 niños y 5 adultos a los que se les ha realizado una amigdalotomía por RFITT incluyendo datos como sexo, edad, morbilidad asociada, indicación quirúrgica, complicaciones intra/postoperatorias. En 9 casos se ha realizado también una adenoidectomia y en 6 casos se ha colocado tubo de drenaje en membrana timpánica.
Resultados: Se intervinieron un total de 19 pacientes, 58% varones con edad media de 3,2 años en niños y 30 años en adultos siendo la indicación quirúrgica principal las infecciones de repetición (52%), síntomas obstructivos (48%). Hubo un sólo caso de sangrado postoperatorio al sexto día que requirió hemostasia con electrobisturí.
Conclusiones: La amigdalotomía por RFITT es una técnica alternativa y segura que se asocia a un menor tiempo de cirugía, ya que el sangrado es menor y por lo tanto la hemostasia a realizar, al igual que reduce los casos de sangrado postoperatorio ya que consigue coagulación vascular tejido amigdalino. No se observaron prácticamente diferencias en cuanto a dolor postoperatorio.

385

DEFORMIDAD FACIAL Y ENOFTALMOS: SÍNDROME DEL SENO SILENTE

S. Senao Fernández, M.A. Rodríguez Pérez, M.J. Hervás Núñez, A. Rodríguez Fernández-Freire, E.C. Porras Alonso, A. Martín Mateos
Hospital Univ. Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El síndrome del seno silente es una entidad clínica poco conocida por el ORL que se manifiesta clínicamente por un enoftalmos progresivo y deformidad facial.
Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente de 38 años exfumador de 20 cigarrillos con hundimiento de la región cigomática y malar derecha progresiva de 7 meses de evolución junto a enoftalmos derecho. El paciente no habia presentado traumatismo facial ni síntomas de rinosinusitis previos. En la TC craneofacial se observó hipoplasia maxilar derecha con atelectasia de sus paredes, ocupación del seno maxilar, alteración del meato medio e inferior y desplazamiento del suelo de la orbita. Inicialmente se plantearon dos posibilidades diagnosticas: síndrome del seno silente y sarcoidosis. Ante la ausencia de afectación general, pruebas pulmonares que sólo mostraban un patrón obstructivo característico de fumadores, ECA, IgG, Ig,A, IgM, ANAs, complementos C3 y C4, proteinogramas normales se descartó este último diagnóstico. Se realizó meatotomía media y biopsia de la mucosa del seno maxilar mediante CENS.
Resultados: La evolución clínica ha sido favorable presentando en la actualidad disminución evidente de la deformidad facial y del enoftalmos.
Conclusiones: Ante la presencia de una deformidad facial en ausencia de traumatismos, el ORL debe plantearse el diagnóstico diferencial, fundamentalmente, entre neoplasias como carcinoma epidermoide, adenocarcinoma o linfoma de células T y enfermedades granulomatosas como sarcoidosis y Wegener. Por otra parte el enoftalmos puede ser síntoma de lesión del nervio simpático, síndrome de Horner, osteomielitis, esclerodermia lineal y lipodistrofia entre otras patologías. La presencia de ambos signos clínicos en ausencia de síndrome constitucional o rinorrea sanguinolenta nos orienta hacia el diagnóstico de síndrome del seno silente.

383

PARÁSITO HEMATÓFAGO EN OROFARINGE

S. García Fernández, P. Fernández-Miranda López, I. Aguadero García, M. Roda Aceituno, A. Martínez Moreno
Hospital Clínico Univ. San Cecilio, Granada.

Introducción: Los casos de parasitismo en área ORL resultan infrecuentes en nuestro medio, pero debemos estar preparados ante la eventualidad de enfrentarnos a uno de ellos.
Material y método: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 11 años, que acude a nuestra consulta de ORL refiriendo sensación de cuerpo extraño y discreta disfagia, de una semana de evolución. A la exploración orofaríngea, visualizamos elemento liso, oscuro y brillante, sobre amígdala derecha, compatible con parásito. En la anamnesis, el niño nos confiesa que se estuvo bañando en una alberca de agua estan-

cada hace algunas semanas. Procedemos a la extracción del parásito con anestésico tópico y lo remitimos a Microbiología.
Resultados: El área amigdalar apenas se ve afectada por la exéresis; y en revisiones posteriores, el paciente sigue bien. El laboratorio de Microbiología y Parasitología informa que nos encontramos ante un ejemplar de sanguijuela del orden Gnathobdellida.
Discusión/Conclusiones: En el abordaje de un caso de parasitismo en región ORL, tenemos que planear la estrategia de extracción en el contexto que determine cada paciente. Es nuestro deber mantener a la población informada acerca de los riesgos potenciales de la inmersión en aguas estancadas no tratadas.

167

MELAS: UNA INDICACIÓN DE IMPLANTE COCLEAR

F. Sánchez González, S. Santa Cruz Ruiz, A. Batuecas Caletrio, P. Blanco Pérez, M. Jañez Moral, P. Santos Gorjón
Hospital Univ., Salamanca.

Introducción: El síndrome MELAS corresponde al acrónimo en inglés de Myo Encephaloapthy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes. Presenta un patrón de herencia mitocondrial. Clínicamente se caracteriza por encefalomiopatía, acidosis láctica y episodios de isquemia cerebral transitoria. Otras manifestaciones clínicas son: talla baja, epilepsia, diabetes mellitus, esterilidad... La biopsia muscular facilita el diagnóstico, que se puede confirmar con una mutación específica en la posición 3243 del ADN mitocondrial. Estos pacientes acuden a la consulta ORL por hipoacusia neurosensorial bilateral. Generalmente es progresiva con afectación de forma precoz de las frecuencias agudas. Se inicia en la segunda o tercera década de la vida. Algunos pacientes pueden evolucionar hacia sordera profunda.
Material y métodos. Resultados: Mujer de 61 años con diagnóstico de síndrome de MELAS. Entre sus antecedentes personales destaca diabetes mellitus y ACV con afasia sensorial secuelar. Hija diagnosticada de síndrome de MELAS. Presenta hipoacusia bilateral de años de evolución profunda. En 1999 es sometida a implante coclear en oído derecho con muy buena adaptación. En 2008 es reintervenida para recambio del dispositivo por avería.
Discusión/Conclusiones: La hipoacusia progresiva bilateral es una de las características de las enfermedades que presentan un patrón de herencia mitocondrial. En el síndrome de MELAS la sordera se produce por una atrofia de las células que integran la estría vascularis. El nervio coclear no presenta ninguna alteración anatómica. Los pacientes con síndrome de MELAS e hipoacusia neurosensorial profunda son candidatos a implante coclear. Este dispositivo permite mejorar la calidad de vida, con buenos resultados en la adaptación.

208

MIGRACIÓN DE UN TORNILLO DE TITANIO DENTAL AL SENO ETMOIDAL

P. Santos Acosta, J. González García, J. Martín Mora, R. Corrales Millán, S. Sánchez Gómez
Hospital Univ. Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La presencia de cuerpos extraños en los senos paranasales es extremadamente rara. Más del 50% se ubican en el seno maxilar, siendo la incidencia del resto de los senos prácticamente excepcional. El 70% se asocian a traumatismos maxilares, 30% restante se deben a otras causas como el resultado de procedimientos quirúrgicos orales. Aunque la ruta del cuerpo extraño no está clara, la migración a través del seno maxilar es entendible por el funcionamiento mucociliar para el drenaje del moco, que lo habría llevado hasta el ostium de drenaje; de ahí a la fosa nasal y una nueva migración al seno etmoidal.
Material y métodos: Paciente varón de 54 años sano con dolor y tumefacción malar derecha que es remitido al servicio ORL para valoración. Como antecedente el paciente había sido sometido a una cirugía oral para colocación de un implante dental del primer molar superior derecho, que se complicó con la penetración del tornillo en el seno maxilar. Se realiza TAC.
Resultados: La TAC revela el tornillo en el seno etmoidal derecho junto con ocupación parcial de senos maxilar y etmoidal. Se realiza la extracción mediante cirugía endoscópica nasal. En el seguimiento durante 3 meses los controles clínicos y radiológicos no demostraron evidencia de infección sinusal.
Discusión/Conclusiones: Los cuerpos extraños en los senos paranasales se asocian a complicaciones como sinusitis, aspergilosis o incluso neoplasias malignas, por lo que deben ser extraídos. La cirugía endoscópica nasal es la técnica de elección al ser menos invasiva y con menor morbilidad. El interés del caso radica en el auge que en las últimas décadas ha experimentado la estética dental y por consiguiente el aumento de la cirugía protésica; pudiendo enfrentarnos en un futuro no muy lejano a un aumento de incidencia de las complicaciones derivadas de éstas técnicas quirúrgicas.

162

LINFOMA NASAL: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

F. Sánchez González, L. García Pérez, P. Santos Gorjón, L. Sgambatti Celis, F. del Rey Tomás-Biosca, J.C. del Pozo De Dios
Hospital Univ., Salamanca.

Introducción: El linfoma no Hodgkin de localización primaria nasal es una entidad poco frecuente. Supone el 0,17% de todos los linfomas, entre el 6,4 y el 13% de los linfomas de cabeza y cuello, y aproximadamente el 5,8% de las neoplasias malignas de localización nasosinusal. Predomina en varones, con un pico de presentación entre la sexta y séptima década de la vida. El comportamiento clínico y biológico es diferente a otras neoplasias del territorio cérvico-facial.
Material y métodos: Varón. 82 años. Refiere obstrucción nasal bilateral, con predominio por fosa nasal derecha de semanas de evolución, junto con rinorrea purulenta y epistaxis limitadas homolaterales. También presenta algias faciales y diplopía. La exploración muestra una masa friable y sangrante, que ocupa la totalidad de la fosa nasal derecha y desplaza el septum hacia la izquierda. En el hemipaladar duro derecho se aprecia una infiltración de dicha lesión de aspecto violáceo. Elevación del ala nasal derecha, con signos inflamatorios. Exoftalmos derecho. En la TAC se describe una lesión que destruye las fosas nasales, introduciéndose en ambas órbitas y alcanzando la base del cráneo. Se toma una biopsia con anestesia local siendo informada como linfoma B difuso de célula grande.
Discusión/Conclusiones: Generalmente los linfomas nasales se presentan con una sintomatología muy anodina, que puede pasar desapercibida hasta que la lesión adquiere gran tamaño. La histopatología y la extensión local son dos factores pronósticos muy importantes. El tratamiento en estadios precoces se basa en radioterapia. En estadios más avanzados se asocia radioterapia con quimioterapia.

377

DISEMINACIÓN BRONCOPULMONAR EN EL CONTEXTO DE UNA PAPILOMATOSIS LARÍNGEA

R. González Aguado, P. Eza Núñez, T. Laviana Muslera, R. Rodríguez Crespo, M. Báscones García, J.A. Rama Quintela
Hospital Univ. Marqués de Valdecilla,Cantabria.

Introducción: La papilomatosis laríngea constituye el tipo de tumor benigno más frecuente de la laringe en la edad infantil. Su etiología es viral, debida al virus del papiloma humano (VPH), sobre todo a los tipos no oncogénicos (6 y 11).
Material y método: Presentamos el caso de una niña de 5 años que acude a urgencias por insuficiencia respiratoria aguda que precisó intubación orotraqueal. La niña diagnosticada dos años antes de papilomatosis laríngea tras varios episodios de afonía que precisó tratamiento láser en cuatro ocasiones ión orotraqueal. Se le realizó una TC torácica en la que se evidenciaron múltiples nódulos bien definidos, sólidos de distribución difusa y bilateral, de predominio en las bases pulmonares, pareciendo uno de ellos cavitado.
Resultados: Al parecer en esta niña encontramos una diseminación broncopulmonar de la papilomatosis laríngea, que suele ocurrir en un bajo porcentaje de estos pacientes.
Discusión: En las formas graves y agresivas de la papilomatosis laríngea las recidivas son frecuentes, afectándose todas las regiones laríngeas así como la tráquea (17-26%) , los bronquios (5%) o el propio parénquima pulmonar (menos del 1%).

213

ASEGURAR SONDAS NASOGÁSTRICAS ES MUY FÁCIL...¡SI SABES CÓMO!

P. Seguí Moya, M. Jiménez García, P. Masegosa Zapata, M. García López, L. Pérez López, M.I. Rodríguez Francos, T. García Fernández de Sevilla
Complejo Hospitalario Univ., Albacete.

Introducción: La sonda nasogástrica (SNG) es un importante método de alimentación enteral en el manejo de pacientes con neoplasias de cabeza y cuello y en todos aquellos enfermos en los que la alimentación vía oral va a ser imposible o perniciosa a corto o medio plazo. La SNG normalmente es fijada a la piel con esparadrapo. Esta práctica conlleva un alto riesgo de extrusión accidental. La recolocación de la SNG es costosa en tiempo y esfuerzos, desagradable para el paciente y potencialmente dañina.
Objetivo: Mostrar la eficacia de un método simple, seguro y efectivo para asegurar la fijación de la SNG.
Material y método: Presentamos una técnica sencilla, que hemos puesto en práctica desde que fue publicada en la literatura (Chee Leong ,S; Mahanta Vibhitu; Securing the Nasogastric Tube in Head and Neck Cancer Patients. Laryngoscope 116, 2089-2091. November 2006) y que consiste en realizar una fijación de la SNG a una sonda de aspiración fina que se encuentra rodeando el septum nasal.
Resultados: Con esta fijación hemos conseguido evitar el movimiento anterior-posterior de la SNG, minimizando las extubaciones de SNG accidentales. No hemos observado un aumento en las complicaciones propias de una SNG (obstrucción nasal, rinitis, epistaxis...) ni un aumento en el disconfort del paciente.
Conclusión: Presentamos nuestra experiencia en esta sencilla y eficiente técnica de fijación de la SNG, que resulta fundamental para la alimentación enteral en el postoperatorio de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

105

TENDINITIS RETROFARÍNGEA Y SÍNDROME DE HORNER TRAS POSTURA CERVICAL ANORMAL PROLONGADA

L. M. Torres Morientes, J. I. Benito Orejas, D. Morais Pérez, N. Fernández Buey, M. Rodríguez Velasco
Hospital Clínico Univ., Valladolid.

Introducción: La tendinitis se puede hallar en diversas regiones anatómicas (hombro, cadera...) afectando con menor frecuencia a la musculatura prevertebral y más excepcional su asociación con el síndrome de Horner sin encontrar ningún caso en la literatura de ambas entidades asociadas.
Caso clínico: Varón de 33 años remitido desde el servicio de neurología por un cuadro de odinofagia de días de evolución. En los antecedentes destaca en consumo de tóxicos (alcohol y cocaína) quedándose dormido en una mala posición. En la exploración se observa un síndrome de Horner derecho y la RMN cérvico-braquial muestra una plexopatía braquial derecha con un aumento del grosor del espacio retrofaríngeo. Tras dos semanas de tratamiento analgésico desaparece la sintomatología retrofaríngea persistiendo el cuadro parasimpático-ocular.
Conclusión: La tendinitis retrofaríngea se origina por la inflamación del tendón del músculo "longus colli" y su etiología es desconocida asociándose a procesos respiratorios y pequeños traumas. La clínica variada (odinofagia, rigidez cervical...) hace necesario establecer un diagnóstico diferencial con otras patologías retrofaríngeas y evoluciona con respuesta satisfactoria mediante terapia antinflamatoria. Lo excepcional es la asociación con un síndrome de Horner provocado probablemente por la extensión o isquemia de la cadena simpática cervical.

572

DEBUT DE BEHCET EN ÁREA ORL

A.M. Oviedo Santos, M. Valido Quintana, A.M. Pérez Orribo, S. Domínguez Sosa, F. Castañeda Fuentes
Hospital Univ. Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La enfermedad de Behcet (EB) es un proceso vasculítico de etiología desconocida que cursa con aftosis, frecuentemente orogenital, asociada a otras manifestaciones sistémicas. Afecta a adultos jóvenes entre 20 y 30 años. El antígeno HLA B5 es de 3 a 4 veces más frecuente en estos pacientes. Su diagnóstico se basa en la detección de una serie de signos y/o síntomas determinados, que también pueden verse en otros procesos.
Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 28 años que acude remitida desde Urgencias con el diagnóstico de faringoamigdalitis aguda, es ingresada en el servicio de ORL por sospecha de mononucleosis infecciosa, durante el ingreso se pide serología de Mono y Monolike que fueron negativas, así como los estudios analíticos. La paciente es dada de alta por posible herpangina, dada la aftosis bucal que presentaba. Varios días después acude de nuevo al servicio de Urgencias con aftas genitales, alteraciones oculares y síndrome meníngeo aséptico, diagnosticándose a la paciente de enfermedad de Behcet.
Discusión: La enfermedad de Behcet es una entidad rara que puede confundirse con otros procesos, lo que dificulta su diagnóstico. Ante un paciente con aftosis bucal y sospecha de enfermedad de Behcet se debe llevar a cabo una historia clínica, exploración física y complementaria exhaustiva, para lograr un buen diagnóstico diferencial. En el diagnóstico definitivo se deben tener en cuenta una serie de signos y/o síntomas, así como las pruebas complementarias (analítica, HLA B5, test de patergia cutánea y otros).

10

SÍNDROME PARANEOPLÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Manrique Lipa, J.L. Rodríguez Fernández, M.V. Seoane García, C. Santidrián Hidalgo
Hospital do Meixoeiro, Pontevedra.

Objetivo: Presentamos un caso de síndrome paraneoplásico secundario a carcinoma epidermoide pobremente diferenciado de región transglótica T4pN1MX (estadio IVa).
Pacientes y métodos: Paciente varón de 78 años que ingresa a la U.C.I. por: cuadro séptico secundario a infección respiratoria, insuficiencia respiratoria severa, síndrome constitucional y síndrome neurológico; nos interconsultan por: intubación prolongada, estridor inspiratorio y retención de secreciones. Antecedentes: enolismo crónico, fumador y pierde 20Kg. en 6 meses. En la laringoscopia observamos una úlcera aritenoidea izquierda cuya biopsia fue carcinoma epidermoide pobremente diferenciado, en TAC se evidenció una lesión transglotica con afectación del cartílago tiroides y espacio postcricoideo. Las pruebas complementarias realizadas en la U.C.I. no fueron concluyentes. Se realizo LT ampliada y VCF; tras la cirugía el síndrome neurológico desapareció de forma notable. Sin embargo el paciente fallece a los 37 días de su ingreso de causa no conocida.
Discusión: Los síndromes paraneoplásicos en pacientes con cáncer de cabeza y cuello por lo general siguen el curso de crecimiento del tumor, pudiendo estar enmascarados por síndromes: endocrinos, dermatológicos, hematológicos, neurológicos, ocular, osteoarticular o reumatológicos. Por lo que su diagnóstico requiere una alta sospecha ante los resultados negativos de las pruebas diagnósticas habituales para el síndrome en cuestión.
Conclusiones: Ante un paciente con un determinado perfil, que debute con un síndrome clásico y con pruebas diagnósticas no concluyentes, se debe buscar la presencia de alguna neoplasia oculta.

366

ENFISEMA SUBCUTÁNEO CÉRVICO-FACIAL MASIVO

P. Eza Núñez, R. González Aguado, T. Laviana Muslera, R. Rodríguez Crespo, A. Mazón Gutiérrez, J.A. Rama Quintela
Hospital Univ. Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Introducción: El enfisema subcutáneo es una complicación precoz de la traqueotomía, así como de cualquier intervención que la precise. Generalmente se diagnostica gracias a la exploración y a las pruebas de imagen. Con medidas terapéuticas conservadoras suele evolucionar favorablemente.
Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 76 años al que se realiza una laringectomía total simple por un carcinoma epidermoide de hemilaringe izquierda. Aproximadamente 10 días tras la intervención, sufre un vólvulo intestinal que se revierte mediante endos-

copia. Posteriormente el paciente presenta una importante hinchazón cérvico-facial. A la palpación crepita tanto la región facial y cervical, como la pared anterior del tórax. Se realiza un TAC cervical objetivándose un marcado enfisema de partes blandas que se distribuye por el tejido celular subcutáneo y músculos de la región temporal y parietal, así como en la región palpebral de forma bilateral, con algunas pequeñas burbujas intraorbitarias.
Resultados: Se concluye como posible causa del enfisema la Maniobra de Valsalva que pudo realizar el paciente durante la endoscopia sin tener el neumobalón ajustado. Se tomaron medidas conservadoras (hinchar el neumobalón de la cánula traqueal y elevar la cabecera) y el paciente evolucionó favorablemente resolviéndose la situación casi completamente en una semana.
Discusión: No debemos olvidar el enfisema subcutáneo como complicación de la cirugía que precisa traquetomía o intervenir la vía aérea. Debemos hacer el diagnóstico diferencial con el edema por alteración del retorno venoso-linfático. Generalmente las medidas conservadoras, como las tomadas en nuestro paciente, son suficientes para la resolución del enfisema.

507

CARCINOMA EPIDERMOIDE INDIFERENCIADO DE AMÍGDALA CON ANTECEDENTE DE QUISTE BRANQUIAL IPSILATERAL

C. López-Ladrón García de la Borbolla, E.J. de Mingo Fernández, M. Ceballos Cauto, E. Berrocal Postigo
Hospital Univ. Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La aparición de una masa quística laterocervical, en muchas ocasiones diagnosticada como quiste branquial, en pacientes de mediana edad (> 40 años), debe acompañarse de una alta sospecha de malignidad y obliga a descartar la existencia de un carcinoma de orofaringe.
Material y método: Paciente mujer de 52 años de edad que presenta tumoración quística laterocervical derecha, diagnosticado mediante pruebas de imagen(TAC) como quiste branquial. Se extirpa junto con una adenopatía adyacente reactiva de 1 cm. El resultado de anatomía patológica es de quiste branquial linfoepitelial y linfadenitis reactiva. Al año la paciente presenta un cuadro de malestar general, fiebre y gingivoestomatitis, tras antibioterapia de oral y tratamiento antinflamatorio, remite el cuadro persistiendo una discreta asimetría amigdalar, por lo que se practica amigdalectomía reglada.
Resultados: Anatomía patológica de la amígdala: carcinoma no queratinizante tipo indiferenciado (linfoepitelioma) bilateral. Se deriva a la paciente al servicio de Oncología.
Discusión/Conclusiones: La presentación de metástasis de un carcinoma amigdalar como un diagnóstico primario de quiste branquial no es infrecuente en pacientes de alrededor de 40 años. Hasta un 80% de los quistes branquiales diagnosticados en pacientes de esta edad han resultado malignos. Ante la aparición de una masa quística laterocervial en un paciente de esta edad se recomienda realizar una panendoscopia, amigdalectomía ipsilateral y biopsias aleatorias del anillo de Waldeyer previamente a la extirpación del quiste; procediendo a la exéresis del mismo si no se obtuviera ningún resultado de las biopsias. El diagnóstico de carcinoma en el quiste en ausencia de tumor primario obligaría a realizar una disección cervical ipsilateral, tratándolo como metástasis cervical de primario desconocido, completándose el tratamiento con radioterapia.

168

ADENOMA PLEOMORFO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

E. Montiel Díez, J.M. Teba Luque, M. Sánchez Potenciano, V. Campos Paradinas, C. Herrero Fernández, R. Sanz Fernández
Hospital Univ. Getafe, Madrid.

Introducción: Los adenomas pleomorfos son tumores benignos derivados de estructuras glandulares. Su localización en el conducto auditivo externo es infrecuente. Se origina a partir de glándulas apocrinas modificadas de la dermis que recubre la porción cartilaginosa del conducto. Existe cierta confusión en cuanto a su nomenclatura debido a la gran variedad histológica. En 1971 Wetli clasificó las neoplasias glandulares en cuatro categorías: adenoma, adenoma pleomorfo, adenocarcinoma y carcinoma adenoide quístico, que son las más aceptadas actualmente.
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente mujer de 61 años que consultaba por la presencia de una masa polipoidea en el conducto auditivo externo de años de evolución. Refería hipoacusia de transmisión y otorrea ocasional. A la exploración se objetivaba la presencia de una masa redondeada en el conducto que lo ocluía prácticamente en su totalidad, y que parecía depender de la pared anterior. Presentaba una hipoacusia de transmisión con una diferencia óseo-aérea de unos 20 db. En el TAC de oídos se apreciaba una lesión de partes blandas sugestiva de ceruminoma o pólipo de CAE derecho.
Resultados: Se realizó una exéresis total de la masa junto con un margen de la piel anterior del conducto, mediante anestesia local. El resultado anatomopatológico fue de adenoma pleomorfo.
Conclusión: Aunque los adenomas pleomorfos son tumores de rara aparición en el oído externo, han de ser tomados en cuenta en el diagnóstico diferencial de las masas del conducto auditivo externo. Su exéresis completa es la base del tratamiento. Dada su escasa prevalencia no se conoce con exactitud el porcentaje de recidivas, por lo que es recomendable un seguimiento a largo plazo.

509

LARINGOCELE BILATERAL MIXTO

C. Pérez Torres, E. Fernández Pascual, C. Arjona Montilla, M. Sainz Quevedo
Hospital Clínico Univ. San Cecilio, Granada.

Introducción: El laringocele se debe a una dilatación anómala del sáculo, que es un orificio ciego desarrollado a expensas del cielo del ventrículo de Morgani. Posee un contenido aéreo, cuyo cuello puede estenosarse y provocar una estasis intraquístico, susceptible de sobreinfectarse (piolaringocele).
Material y métodos: Presentamos el caso de un varón joven de 17 años de edad, clarinetista de profesión, que presenta al soplar una dilatación laterocervical bilateral, mayor en el lado derecho. No presenta ninguna sintomatología añadida.
Resultados: Tras realizar una TAC de cuello sin hallazgos patológicos, se decide su realización mediante la maniobra de Valsalva apareciendo, ahora sí, laringocele bilateral mixto, llenos de aire, que protruye la membrana tirohioidea provocando abombamiento significativo del cuello. Se decide intervención quirúrgica por acceso cervical lateral.
Discusión/Conclusiones: Los laringoceles se dan casi siempre en varones y son poco frecuentes en general, si bien cada vez es mayor el número descubiertos accidentalmente en exploraciones ORL. Se han involucrado factores congénitos y adquiridos en su etiopatogenia. Su diagnóstico se basa en la clínica. La TAC objetiva la masa aérea o hidroaérea. El tratamiento deberá ser quirúrgico, vía endoscópica en los internos o vía abierta cervical en los externos y mixtos.

171

ENFISEMA SUBCUTÁNEO POR CUERPO EXTRAÑO BRONQUIAL

E. Mata López, A. Mochón Martín, F. Aguilar Vera, I. Reyes Tejero, J. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez de Agüera, R. Moya, M. García, F. Esteban
Hospitales Univ. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los cuerpos extraños bronquiales es una urgencia que se presenta primordialmente en la población pediátrica, la clínica suele caracterizarse por un episodio de sofocación, seguido por tos persistente y no productiva, en la auscultación se puede evidenciar ausencia del murmullo respiratorio el alguno de los campos pulmonares y en la radiografía de tórax se observan signos de atropamiento aéreo. Este tipo de patología puede derivar en complicaciones dependiendo del tiempo de evolución y de las características del caso en concreto, estas complicaciones pueden ser: neumonía, atelectasia, neumotórax y como se menciona en este caso, enfisema subcutáneo.
Materiales y métodos: Se presenta el caso de un paciente pediátrico que secundario a la aspiración de un cuerpo extraño (fruto seco), desarrolla

un cuadro de enfisema subcutáneo cérvico-facial, además debido a la larga evolución del cuadro cuando el paciente fue derivado a nuestro centro, el paciente presentaba ya un cuadro de neumonía del hemitórax derecho, complicando así aún más el cuadro.
Resultados: Se extrajo el cuerpo extraño del bronquio principal derecho mediante una broncoscopia rígida, posteriormente en un segundo tiempo se exploró bajo visión directa con broncoscopio flexible para intentar encontrar el origen del enfisema subcutáneo, sin éxito, por lo que se le dio seguimiento hospitalario al paciente hasta que se resolvió espontáneamente.
Conclusión: El enfisema subcutáneo secundario a la aspiración de un cuerpo extraño es una entidad poco común, pero que es necesario tomarla en cuenta como parte de las complicaciones de esta patología.

180

OTALGIA Y ATAXIA EN UN NIÑO DE 3 AÑOS

E. Mora Rivas, R. Polo López, P. Cabrera Morín, D. Abad Casado, M. Calderón Sánchez, I. Isasa González de Ubieta
Hospital Univ. Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Las complicaciones de la Otitis Media Aguda (OMA) son infrecuentes en nuestro medio gracias a la antibioticoterapia. Su gravedad y alta mortalidad le siguen dando relevancia.
Material y métodos: Niño de 3 años con OMA del Oído Derecho que evoluciona con cuadro de mal estado general, irritabilidad, somnolencia e inestabilidad en la marcha. A la exploración se observa oído derecho compatible con OMA sin signos de mastoiditis. La exploración neurológica revela ataxia, por lo que se realiza TC peñascos donde se objetiva ocupación de caldillas mastoideas derechas, e hiperdensidad en región correspondiente a seno sigmoideo derecho, que se confirma con RMN.
Resultado: Trombosis del seno sigmoide y vena yugular derechos en contexto de OMA. La evolución del paciente, tanto clínica como radiológica, fue satisfactoria con tratamiento conservador.
Discusión: Las complicaciones intracraneales de la OMA son una indicación recomendada en la literatura de manejo quirúrgico sobre la mastoides. Sin embargo la ausencia de estudios con grupos control que respalden esta indicación, y en este caso la progresiva desaparición de los síntomas del paciente, permitió el tratamiento conservador de su patología.

155

CEGUERA UNILATERAL COMO COMPLICACIÓN TRAS SEPTOPLASTIA

J. Knapper Martín, C. García-Vaquero Millán, J. Nieto, J. Lorente Guerrero
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La ceguera unilateral tras la cirugía de septoplastia es una complicación extremadamente infrecuente y existen muy pocos casos descritos en la literatura. El mecanismo más habitual se debe a un vasoespasmo retiniano tras la inyección de sustancias anestésicas intranasales.
Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 42 años que tras reintervención de septoplastia anterior bajo anestesia general, presenta pérdida de agudeza visual del ojo derecho sin focalidad neurológica. Como antecedentes de interés destaca únicamente que ya fue intervenido en dos ocasiones de septoplastia.
Resultados: A la exploración oftalmológica resulta un fondo de ojo normal y un defecto pupilar aferente. Se realiza un TC y RMN que no evidencia ninguna anomalía anatómica y unos Potenciales visuales evocados que finalmente confirman el diagnóstico de Neuritis Óptica Isquémica Posterior.
Discusión: La ceguera unilateral tras cirugía de septoplastia es una complicación infrecuente pero que es necesaria conocer. En los pocos casos descritos se atribuye a un vasoespasmo de las arterias retinianas tras inyección submucosa intranasal de sustancias anestésicas locales previas a la cirugía. Nuestro caso documenta este hecho infrecuente y la correlación entre los diferentes mecanismos patológicos, los procedimientos quirúrgicos y la pérdida visual definitiva.

421

NECROSIS MEDIOFACIAL INDUCIDA POR COCAÍNA

L. Albiol Varella, C. Soria Checa, B. Melia Casado, M.D. Costa Climent, M.A. Marcos Peña, R. Almela Cortés, J. Aldasoro Martín, J.M. Gozalbo Navarro
Hospital General, Castellón.

Introducción: La lesión del tabique nasal es una de las complicaciones más frecuentes secundarias a un abuso crónico de cocaína, siendo la aparición de grandes lesiones necróticas menos habitual.
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 35 años que acude al servicio de urgencias por una infección nasal de larga evolución. A la exploración directa presenta un exudado purulento nasal y orofaríngeo evidenciando por nasofibroscopia la destrucción de casi la totalidad del septum, cornetes medios e inferiores. Tras descartar otros diagnósticos mediante estudios serológicos, autoinmunes, cultivo microbiológico, estudio de extensión por TAC y resultado anatomopatológico de necrosis e inflamación, se evidencia la cocaína como agente etiológico, admitiendo la paciente su uso crónico.
Resultados: Se instaura tratamiento conservador con antibioterapia, lavados nasales y se plantea la opción de reconstrucción quirúrgica si cede el hábito.
Conclusiones: El efecto vasoconstrictor de la cocaína causa la isquemia de la mucosa nasal y del mucopericondrio que junto con la irritación química por los adulterantes de la droga y el traumatismo nasal repetido, son los responsables de la patogenia de estas lesiones. Se debe realizar un diagnóstico diferencial con la granulomatosis de Wegener, el linfoma nasal, y enfermedades infecciosas.

420

AMILOIDOSIS EN ÁREA ORL

S. Gallego Baena, R. Díaz Carmona, M. Tobed Secall, I. Sambola Cabrer, L. Liern Caballero,C. Vilaró Subirós, J.M. Sánchez Palomero
Hospital Univ. Dr. Josep Trueta, Girona.

Introducción: La amiloidosis es una enfermedad poco frecuente caracterizada por la acumulación extracelular de proteinas en los tejidos .La causa de la enfermedad se desconoce pero se cree que podría tener una base autoinmune. Se clasifica en amiloidosis primaria y secundaria. La localización más frecuente es a nivel pulmonar y renal, pero se puden afectar tambien otros órganos según la acumulación de este material proteico. La afectación en área ORL es muy poco frecuente. Dentro de ésta la afectación más habitual es a nivel de glótico seguida de la afectación supraglótica. La afectación en cavum es extremadamente poco frecuente.
Material y métodos: Os presentamos el caso clínico de un paciente varón procedente de Bolivia que acudió a nuestro servicio por disfonía de varios meses de evolución. A la exploración por fibroscopia sólo se observó una imagen de leucoplasia. Ante la sospecha de posible malignidad se decidió estudio por laringoscopia directa. Se enviaron muestras a AP concluyendo que se trataba de una amiloidosis primaria.
Conclusiones: Se trata de una enfermedad poco frecuente y de buen pronóstico. En área ORL es extremadamente poco habitual. La clasificación en amiloidosis primaria y secundaria se basa en el tipo proteico que se acumula extracelularmente
El tratamiento es sintomático.

132

MASTOIDITIS COMO COMPLICACIÓN DE OTITIS MEDIA AGUDA. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

M. Achiques Martínez, N. Conill Tobías, C. de Paula Vernetta, J. García Callejo, N. Muñoz Fernández, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Univ., ; Universidad de Valencia Valencia.

Introducción: Con la introducción de los antibióticos para el tratamiento de las otitis media se ha reducido la incidencia de complicaciones de un 17 % a un 1%, sin embargo las complicaciones continúan ocurriendo y pueden ser potencialmente mortales sobre todos para pacientes menores de 5 años. La mastoiditis aguda es la complicación intratemporal más frecuente. Otras complicaciones como las intracraneales son mucho menos frecuentes en la actualidad.

Material y método: Se realizó una revisión de los casos mastoiditis como complicación de Otitis Media Aguda en los últimos 5 años en nuestro centro. Se observaron datos como la edad de los pacientes, prescripción previa de antibiótico, el tipo de complicación, tratamiento intrahospitalario y evolución.
Resultados: Se encontraron en total 13 casos, 11 menores de 5 años. Del total, 4 presentaron Mastoiditis, en 7casos se asoció Absceso Subperióstico y en 2 Absceso Subperióstico y trombosis del seno sigmoide como complicación intracraneal. No se registraron otras complicaciones extra ni intracraneales asociadas a esta patología. Se realizó mastoidectomía simple más colocación de tubos de ventilación a 4 pacientes de los 7 con absceso subperióstico incluidos los que presentaron trombosis de seno sigmoide. La mayoría recibió cefalosporinas de 3ª generación más corticoides intravenosos. La estancia hospitalaria promedio fue de 8 días. Todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente con remisión completa del cuadro y sus complicaciones.
Conclusiones: En la actualidad, la antibioterapia adecuada y la realización de mastoidectomía simple en los casos pertinentes constituyen el tratamiento de elección y suponen un factor pronóstico favorable en este tipo de complicaciones.

152

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

C.E. Soria Checa, M.D. Costa Climent, L. Albiol Varella, B. Meliá Casado, M. Moya Bueso, J.M. Gozalbo Navarro
Hospital General, Castellón.

Introducción: Los tumores malignos del CAE y oído medio son poco frecuentes. La mayor parte se originan en el CAE aunque, debido al retraso en su diagnóstico, muchos invaden secundariamente el oído medio. El más frecuente histológicamente es el carcinoma epidermoide, seguido por el carcinoma basocelular, carcinoma adenoide quístico, adenocarcinoma, rabdomiosarcoma.
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 48 años sin antecedentes de interés que consulta por otorrea y otalgia intensa de oído izquierdo de 7 meses de evolución, sin mejoría tras varios tratamientos. En la otoscopia se visualiza CAE izquierdo ocupado por tejido de granulación. No se palpan adenopatías. Se toma biopsia y se pide estudio por imagen.
Resultados: Resultado AP informado de carcinoma epidermoide. TAC y RNM: masa de partes blandas en CAE izquierdo con destrucción de la pared superior del mismo, erosión de hueso temporal e infiltración de caja timpánica y celdas mastoideas. Sin indicios de infiltración del cóndilo mandibular ni de la porción anterior de la cavidad glenoidea, pero con afectación probable del lóbulo profundo parotídeo. Se plantea tratamiento quirúrgico y radioterápico.
Conclusiones: El carcinoma epidermoide constituye el tumor más frecuente en esta localización y tiene un peor pronóstico por su rápido crecimiento y su tendencia a las metástasis regionales. La baja incidencia de estos tumores y la clínica de presentación similar a otros procesos crónicos del oído pueden implicar un retraso en el diagnóstico, lo que conlleva una extensión y diseminación de la enfermedad que dificulta su tratamiento y disminuye la tasa de supervivencia.

192

OTITIS MEDIA EN PACIENTES CON HENDIDURA PALATINA. ESTUDIO DE CASOS.

C. García-Vaquero Millán, M. Saderra Estellers, M. Pellicer i Sa Rasa, F. Fumarola Segura, E. Perelló Scherdel
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La hendidura palatina es una malformación congénita que causa multitud de problemas y representa una patología a tener en cuenta en la comunidad médica. Se necesita especial cuidado por los problemas del área ORL a los que se ve asociada. Alteraciones otológicas, retraso en la adquisición del lenguaje, crecimiento maxilofacial, obstrucción de la vía aérea y problemas de dentición son sólo algunas de las patologías a tener en cuenta a lo largo del desarrollo.
Material y métodos: Presentamos un estudio de 32 casos realizado en niños mayores de 9 años, controlados por ORL en nuestro centro, que presentaban hendidura palatina y fueron operados entre 2000 y 2006 de la misma. Describimos el tipo de patología ORL por el que se visitó a estos pacientes, así como la necesidad o no de cirugía y los resultados de la misma en caso de realizarse.
Resultados: Evidenciamos que en la mayoría de casos fue necesaria la colocación de DTTB en al menos una ocasión por OMS (80% aproximadamente) y que la existencia de OMC (colesteatomatosa, adhesiva, perforación) se da igualmente en la mayoría de casos, siendo más frecuente en aquellos pacientes que habían sido intervenidos en más de una ocasión de DTT.
Discusión: El paradigma de las secuelas otológicas en pacientes con hendidura palatina es la otitis media. Tratamos de descubrir y discutir cuando la causa de ésta es yatrogénica, debido a la inserción de múltiples drenajes transtimpánicos o bien a la historia natural del proceso inflamatorio de oído medio en estos pacientes.

573

SÍNDROME DE CHURG STRAUSS EN ORL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Valido Quintana, A.M. Pérez Orribo, A.M. Oviedo Santos, S. Domínguez Sosa, J.M. Cuyás De Torres
Hospital Univ. Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: El síndrome de Churg Strauss es un trastorno autoinmune que consiste en vasculitis granulomatosa de múltiples sistemas orgánicos, particularmente de pulmón, que se caracteriza por asma, eosinofilia periférica e infiltración tisular de eosinófilos en diversos órganos, siendo la afectación renal (glomerulonefritis) la que ensombrece el pronóstico. Es muy poco frecuente diagnosticándose una persona por millón y por año. Se presenta en tres fases clínicas: la primera de asma con o sin rinitis alérgica, la segunda con eosinofilia y la tercera con las vasculitis. Como manifestaciones en ORL, la ya nombrada rinitis y como criterio diagnóstico de Chapell Hill la afectación de los senos paranasales.
Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 69 años de nacionalidad inglesa diagnosticada de asma intrínseco en el 2001, intolerancia a AINES, varios episodios de neumonías y dos intervenciones en Inglaterra por poliposis nasosinusal. Refiere clínica de obstrucción nasal, rinorrea purulenta y anosmia, objetivándose a la exploración física y confirmandose por TAC, poliposis nasosinusal. Se le realiza CENS. Al año de esta intervención, presenta nuevamente la misma clínica y se repite el diagnóstico y la CENS. En esta ocasión, destaca en el hemograma aumento importante de los eosinófilos, que coincide clínicamente con un empeoramiento de la clínica asmática a pesar de tratamiento con inhaladores. Se le realiza radiografía de tórax, lavado broncoalveolar y biopsia pulmonar estableciéndose el diagnóstico de síndrome de Churg Strauss.
Discusión: El síndrome de Churg Strauss es muy poco frecuente. Su presentación en ORL se limita en los primeros estadios a la rinitis en su expresión alérgica y a la afectación sinusal. Sin embargo, por estar presente en estos estadios precoces, hay que sospechar vasculitis u otras enfermedades sistémicas, ante pacientes que presenten patologías de nuestra especialidad con una evolución inusual y/o recidivante o que presenten asociadas, afectaciones a nivel de otros sistemas orgánicos. Estableceremos la sospecha con analítica general y pruebas de imagen y el diagnóstico definitivo con la biopsia.

574

SARCOIDOSIS CON AFECTACIÓN AÉREA ORL Y NEUROCIRUGÍA

A.M. Pérez Orribo, M. Valido Quintana, A. Oviedo Santos, M.S. Cabrera Ramírez, J.J. Benítez del Rosario, J.M. Cuyás de Torres
Hospital Univ. Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de etiología desconocida. Su patogenia se relaciona con la formación de una lesión inflamatoria, el granuloma. El principal órgano comprometido es el pulmón, también afecta el sistema nervioso, el globo ocular, el riñón, los

huesos y las articulaciones. La prevalencia varía según la zona geográfica y raza. El SNC se compromete cuando la sarcoidosis se presenta como enfermedad sistémica, lo que ocurre en un 5% de los casos. El compromiso del SNC es una complicación severa.
Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 73 años de edad que acude a nuestro servicio con historia de disfagia intensa siendo la exploración ORL normal. Posteriormente acude con parálisis facial periférica izquierda, alteración en la marcha, hipoacusia severa motivo por el cual es estudiada por medicina interna. Tras múltiples exploraciones (TAC tórax, TAC craneal, RNM cerebral, biopsia pulmonar) se sospecha enfermedad granulomatosa tipo sarcoidosis, por lo que se realiza biopsia meníngea. Tras dicha biopsia el paciente fallece debido a una hemorragia subaracnoidea masiva.
Conclusión: La neurosarcoidosis es una enfermedad infrecuente. Las manifestaciones neurológicas se presentan en los primeros 2 años del comienzo de la enfermedad, afectándose el SNC, SNP y el muscular. La afectación de los pares craneales es la manifestación neurológica más frecuente. El nervio facial es el más comprometido (20%). También se afectan nervio óptico, acústico, trigémino, recurrente laríngeo e hipogloso. El compromiso del SNP se da en 6-18%. El diagnóstico de la neurosarcoidosis es difícil. El LCR puede ser normal así como la ECA. La RMN tiene mayor sensibilidad y especificidad que el TAC. El tratamiento de elección son los esteroides. La afectación del SNC determina un pronóstico poco favorable.

181

THE FIRST-BITE SYNDROME. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Dina, M. López Vilas, M. Quer i Agustí
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: The first-bite syndrome -el síndrome de la primera mordedura – fue descrito por primera vez por Haubrich en 1986. Consiste en dolor vivo, lancinante en la región parotídea al iniciar la masticación, que disminuye con los siguientes movimientos masticatorios. Se relaciona con la lesión/ablación de la cadena simpática cervical en la cirugía del espacio parafaríngeo. Dado que es una entidad de reciente reconocimiento existe poca literatura sobre la misma.
Objetivo: Presentar un caso de síndrome de la primera mordedura y revisar la literatura sobre su etiología y manejo terapéutico.
Material y método: Un paciente varón de 53 años con un carcinoma de hipofaringe- T4 N3 M0- con infiltración tumoral de la carotida izquierda fue tratado con quimioterapia de inducción y cirugía consistente en una laringofaringuectomia total y resección de carótida común, bifurcación e inicio de la interna izquierda con bypass con vena safena.
Resultados: Un mes después de la cirugía, el paciente presentó un cuadro compatible con el síndrome de la primera mordedura. Se inició tratamiento con gabapentin con mejoría.
Conclusiones: El síndrome de la primera mordedura es una complicación bastante frecuente de la cirugía del espacio parafaringeo, poco conocida y muchas veces subdiagnosticada. El manejo terapéutico es difícil. Se precisan más estudios para establecer con exactitud su etiopatogenia y encontrar un tratamiento eficaz.

418

AFTOSIS ORAL RECIDIVANTE. ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO

A. Rodríguez Valiente, J. Vicente, A. Trinidad Cabezas, C. Górriz Gil, J.M. Verdaguer Muñoz, J.R. García Berrocal, R. Ramírez Camacho
Hospital Univ. Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La aftosis oral recidivante es la enfermedad más frecuente entre las lesiones de la mucosa oral, y afecta a un 20% de la población. Su etiología es desconocida, aunque se relaciona con factores infecciosos, genéticos, inmunitarios, alimentarios, medicamentosos y traumáticos. Hasta el momento no se dispone de tratamiento curativo, solo se consigue acortar el periodo de estado y atenuar los síntomas.
Material y métodos: Hemos recopilado la bibliografía existente sobre la etiología y el tratamiento de la aftosis oral recidivante, seleccionando y realizando un análisis crítico de los artículos que cumplen criterios I, II y III de Medicina Basada en la Evidencia.
Resultados: Son muchas las publicaciones y la bibliografía sobre la aftosis oral recidivante, pero a pesar de su gran prevalencia son pocos los resultados concluyentes que se pueden extraer respecto a la etiología y su tratamiento.
Discusión: El hecho de presentar una etiología multifactorial y con resultados dispares podría sugerir una misma expresión a nivel de la mucosa oral de distintas patologías. Los tratamientos no consiguen una prevención, sólo la mejoría sintomática. Un tratamiento dirigido a la causa probablemente aportaría mayores beneficios.

407

MIASIS ÓTICA EN NUESTRO MEDIO

D. Castro Gutiérrez de Agüera, F.J. Muñoz Villanueva, I.M. Reyes Tejero, F. Aguilar Vera, E. Mata López, M.A. García Villarán, R. Moya Martínez, F. Esteban Ortega
Hospitales Univ. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La miasis ótica, presencia de larvas de insectos en el oído externo, constituye una patología infrecuente en nuestros días, siendo escasa las publicaciones dedicadas a la descripción y estudio de esta eventualidad.
Material y método: Se presenta el caso de un paciente en estado de coma el cual comienza con otorragia derecha sin ningún otro antecedente. Sobre el cuello se aprecian formas larvarias de insecto. A la otoscopia se objetiva la presencia de numerosas larvas junto a restos hemáticos.
Resultados: Bajo visión microscópica se procede a la extracción de dichas larvas y al lavado del oído con soluciones antisépticas. Aunque se puede observar cierta erosión de la piel del CAE, se comprueba que no existe perforación timpánica que pudiera indicar la extensión de esta patología al oído medio. Las revisiones posteriores en consulta muestran una curación por completo.
Conclusiones: Aunque este tipo de patología suele presentarse en sujetos con condiciones socioeconómicas deprimidas, y sobre todo en ambientes laborales propicios (agricultura, ganadería,...), en nuestro medio puede presentarse en pacientes que carezcan de la motricidad necesaria para ahuyentar a un insecto que merodee por los alrededores de su oído y que finalmente haga la puesta de huevos en su interior.

134

DISFAGIA EN EL ÁREA ORL

M.J. Hervas Núñez, M.A. Rodríguez Pérez, S. Senao Fernández, M.G. Álvarez-Morujo de Sande, J.R. Benito Navarro, A. Martín Mateos
Hospital Univ. Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Se conoce como disfagia al conjunto de trastornos y síntomas que perturban el proceso de la deglución, se habla de disfagia alta cuando se ve afectada la primera fase de la deglución y la etapa refleja faringoesofágica y disfagia baja cuando se altera la fase esofágica. Nos centraremos en las disfagias altas que implican patología del área ORL y entre cuyas principales causas destacan los tumores faringoesofágicos y las alteraciones neurológicas y con menor frecuencia las compresiones extrínsecas.
Material y métodos: Presentamos dos casos clínicos de pacientes con disfagia alta por patología poco frecuente que origina compresión extrínseca y que inicialmente consultan al ORL. El primer paciente presenta disnea y disfagia a líquidos de larga evolución junto a síndrome constitucional en relación con linfoma de glándula tiroides con extensión en el espacio prevertebral. El segundo caso se trata de un paciente con tumefacción laterocervical y disfagia que se corresponde con un absceso retrocricoideo.
Conclusiones: Nos encontramos ante un síntoma debido a la sensación de bloqueo de la progresión de los alimentos y en cuyo diagnóstico es esencial la exploración del ORL mediante laringofibroscopia. Los cuadros etiológicos son variados: carcinoma de VADS y esófago, compresiones extrínsecas, causas neurológicas/musculares, afectación especifica EES, causas endocrinas, etc. Dentro de los síntomas asociados, destacan las broncoaspiraciones, la pérdida ponderal y los episodios de asfixia que deben ser valorados para establecer la gravedad del cuadro.

133

COMPLICACIONES DE PATOLOGÍAS INFECCIOSAS DEL ÁREA ORL

M.J. Hervás Núñez, S. Senao Fernández, M.G. Álvarez-Morujo de Sande, E. Porras Alonso, A. Martín Mateos
Hospital Univ. Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Los procesos infecciosos del área ORL como la otitis media, faringo amigdalitis o rinosinusitis aguda son frecuentes en la edad pediátrica y en el adulto joven. Estas patologías habitualmente se resuelven con un tratamiento antibiótico adecuado, no obstante, existe la posibilidad de aparición de una complicación en el transcurso de alguna de ellas requiriendo una correcta orientación diagnóstico-terapéutica dada la gravedad potencial que suponen en algunos casos.
Material y métodos: Presentamos los casos de complicaciones de infecciones del área ORL que requirieron ingreso hospitalario para observación y tratamiento antibiótico por vía parenteral y/o drenaje quirúrgico durante los años 2005, 2006 y 2007 en el Servicio de ORL del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. Las complicaciones se agruparon en tres grupos abscesos y flemones periamigdalinos, celulitis periorbitarias y otomastoiditis. De un total de 146 pacientes ingresados por complicaciones de procesos infecciosos, 48 en 2005, 42 en 2006 y 56 en 2007, más del 50 % de éstos se corresponden a complicaciones infecciosas orofaríngeas en relación con patología amigdalar, abscesos en primer lugar seguido de flemones periamigdalinos, de forma constante en los tres años de estudio. Se observa un cierto predominio del sexo femenino en todos ellos y una distribución diferente según la edad. La otomastoiditis y celulitis orbitaria afecta fundamentalmente al niño menor de 10 años mientras que los abscesos y flemones periamigdalinos se desarrollan en el niño mayor y el adulto joven.
Conclusiones: Nos encontramos con un claro incremento de este tipo de patologías en la práctica médica diaria en nuestro hospital como se puede concluir de los datos objetivos que presentamos en el año 2007, probablemente en relación al desarrollo de resistencias bacterianas por la amplia utilización de antibióticos, factores anatómicos y fisiológicos así como a cambios en los hábitos de vida.

266

CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULAS PEQUEÑAS DE LOCALIZACIÓN NASAL

D. Pérez Pérez, T, Labatut Pesce, E. Mora Rivas, R. Polo López, C.Frágola Arnau, G. de los Santos Granados
Hospital Univ. Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de localización nasal/paranasal (histológicamente indistinguible del oat cell pulmonar) es un tumor extremadamente infrecuente. La presentación clínica de esta patología es similar a otras neoplasias de localización nasosinusal: obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis...
Material y método: Paciente de 71 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por IRN y rinorrea bilateral de larga evolución. Cefalea holocraneal y epistaxis autolimitada desde hace varios días (refiere haber comenzado tras tratamiento oftalmológico por edema macular de O.D.). En la exploración física, se objetiva edema palpebral derecho con parálisis del III par craneal ipsilateral. La endoscopia nasal revela voluminosa masa nasal de aspecto friable. Se aportan las imágenes de TC y RM que ilustran el caso.
Resultados: Tras toma de biopsias, la anatomía patológica establece el diagnóstico definitivo: carcinoma indiferenciado de células pequeñas; morfología e inmunohistoquímica con diferenciación neuroendocrina: CD56 y sinaptofisina +. Se completa estudio mediante TC toraco-abdomino-pélvico y gammagrafía ósea, que descartan afectación sistémica. Se presenta el caso en sesión oncológica, decidiéndose inicio de tratamiento quimioterápico (el paciente cumple criterios de irresecabilidad).
Discusión/Conclusiones: La baja incidencia del carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de localización nasosinusal hace que exista escasa experiencia en su manejo, planteándose diferentes opciones terapéuticas (cirugía, radioterapia, quimioterapia) con pobre supervivencia a largo plazo. El estudio inmunohistoquímico en este tipo de patología resulta una herramienta imprescindible para el diagnóstico diferencial con otras entidades malignas: estesioneuroblastoma, carcinoma indiferenciado, linfoma...

212

CUERPOS EXTRAÑOS EN ÁREA ORL: ESTUDIO PROSPECTIVO

P. Seguí Moya, M. Jiménez García, P. Masegosa Zapata, S.J. Dueñas García, M. García López, A. Pérez Fernández, T. García Fernández de Sevilla
Complejo Hospitalario Univ., Albacete.

Introducción: Los cuerpos extraños en el área ORL, son una patología muy frecuente, que es vista en urgencias en su mayor parte. Suponen un cuerpo patológico con un amplio abanico de tipos de cuerpos extraños, de complicaciones, de gravedad y de manejo. Los cuerpos extraños constituyen una causa muy importante de morbi-mortalidad en los dos extremos de la vida y requieren el conocimiento y manejo por el especialista en ORL.
Objetivs: Estudio epidemiológico de los cuerpos extraños en área ORL manejados en urgencias.
Material y método: Se realiza estudio descriptivo prospectivo, recogiendo los pacientes derivados a ORL desde el servicio de Urgencias del C.H.U.A, con el diagnóstico de cuerpo extraño en área ORL, desde Abril del 2006 hasta Marzo de 2007. Se rellena un formulario, previamente elaborado, durante la entrevista clínica. Los datos se trasladan a una tabla para el estudio estadístico.
Resultados: Presentamos 66 pacientes recogidos durante el periodo mencionado, 30 mujeres y 36 varones. Nuestra muestra tiene una edad media de 32,8 años. Con un rango desde los 2 años hasta los 80. Presentándose picos de edad; desde los 2-6 años, de los 40-45 y por encima de los 50. De los 66 pacientes 12 presentan cuerpos extraños en CAE, 10 en fosas nasales y 44 en vía aéreo digestiva superior. De los 44 pacientes derivados por sensación cuerpo extraño en vía aerodigestiva, no se objetiva cuerpo extraño en 22 (50%).
Conclusiones: En nuestra muestra se cumplen los patrones de edad y tipos de cuerpo extraño publicado en la literatura. Es interesante observar el gran numero de pacientes que se derivan por un cuerpo extraño inexistente, siguiendo todos un patrón similar: en edad, cuadro ansioso concomitante, localización difusa de la sensación, tiempo de demora hasta la consulta en urgencias.

570

LINFOMAS EN EL ANILLO DE WALDEYER

R. Terré Falcón, I. Anguita Sánchez, V. Guillén Guerrero, J.J. Urbano Urbano, A. Paulino Herrera
Hospital de Mérida, Badajoz.

Introducción: Los linfomas malignos suponen el 3% de las enfermedades malignas de cabeza y cuello. El 25-50% de los linfomas de cabeza y cuello se localizan en estructuras extraganglionares, sobre todo en el anillo de Waldeyer, siendo esta localización la segunda más frecuente de las extraganglionares, tras el tracto gastrointestinal.
Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo de los casos dados en nuestro centro en los últimos 10 años.
Discusión/Conclusión: Los linfomas son patologías sistémicas que debutan en algunas ocasiones generando sintomatología en la esfera ORL, principalmente afectando a las estructuras que componen el anillo de Waldeyer. En nuestro estudio presentamos los datos estadísticos obtenidos en relación a las técnicas utilizadas en su diagnostico, la opción terapéutica administrada, la evolución y media de supervivencia de los pacientes sometidos a estudio.

327

OSTEOMA FRONTAL GIGANTE

J.F. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez, F.J. Aguilar Vera, I.M. Reyes Tejero, E.A. Mata López, M.A. García Villarán, R. Moya Martínez, F. Esteban Ortega
Hospital Univ. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El osteoma es un tumor mesenquimatoso osteoblástico benigno caracterizado por una evolución local lenta y, durante mucho tiempo, asintomática. Su localización más frecuente es el seno frontal, seguido por etmoides y maxilar. Cuando el tumor es muy voluminoso puede manifestarse con cefaleas y complicarse con de-

formación facial, sinusitis crónica o mucocele. Radiológicamente se manifiesta como una masa opaca con límites nítidos. Su tratamiento, en caso de indicación, es quirúrgico, buscando la ablación total del tumor y de su pedículo para evitar deformaciones estéticas y funcionales.
Material y método: Se presenta el caso de una paciente de 30 años con clínica de cefaleas frontales de 1 año de evolución acompañadas de abombamiento progresivo en la región frontal derecha, no doloroso a la palpación. El estudio radiológico muestra una tumoración ósea de unos 38 × 32 × 10 mm de localización frontoetmoidal derecha, con extensión a techo de la órbita y extremo anterior de la cresta galli.
Resultados: Dado el tamaño de la lesión así como por la aparición de sintomatología y deformación facial, se decide intervención quirúrgica para la extirpación completa de la tumoración. Tras la misma, la paciente se encuentra asintomática y en proceso de recuperación postquirúrgica.
Discusión: Los osteomas suelen ser procesos silentes, diagnosticándose de forma accidental durante exámenes radiológicos. Los síntomas aparecen cuando interfieren en el drenaje sinusal o comprimen la duramadre, así como si su crecimiento provoca un defecto estético. El tratamiento quirúrgico busca la extirpación lesional para mejorar la función y minimizar la malformación estética.

242

MICOSIS NASOSINUSAL

Á. Sánchez Barrueco, G. Zayas Pavón, L. Fito Martorell, T. Collazo Lorduy, A. García Fernández
Hospital Univ. 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Paciente dominicana de 58 años, diabética tipo 2, con artritis reumatoide, que acude a urgencias por cefalea, fiebre e insuficiencia respiratoria nasal. En la exploración se evidencia ensanchamiento de huesos propios nasales y dolor a la palpación del nasium. En la rinoscopia anterior se observa abombamiento septal fluctuante.
Material y métodos: Se realiza TC senos paranasales de urgencia donde se visualiza absceso septal y lesión en seno esfenoidal con rotura de lámina cribosa del etmoides. RMN craneal donde se observa cerebritis e imagen de dos abscesos en bases de ambos lóbulos frontales. Se realiza CENS de urgencia con toma de biopsia y cultivo microbiológico.
Resultados: Microbiología: Scedosporium Apiospermum; Anatomía Patológica: Tejido cartilaginoso con inflamación aguda. Presencia de estructuras fúngicas.
Discusión/Conclusiones: Las rinosinusitis invasivas son infrecuentes, siendo sus formas agudas fulminantes y con pronóstico desfavorable, con una mortalidad del 50-80%. El agente causal más frecuente es Aspergillus fumigatus. Nuestro caso es excepcional por el agente causal y por la capacidad invasiva a base de cráneo. Dado el tamaño de los abscesos cerebrales (< 1,5 cm) el tratamiento es expectante, consistiendo en la asociación de CENS y tratamiento antifúngico sistémico.

567

COMPLICACIONES ORBITARIAS DE LA SINUSITIS. REVISIÓN DE LOS 10 ÚLTIMOS AÑOS.

A, Farré, C. Tortajada, J. Skufca, X. Gonzàlez, E. Cisa, R. Jiménez
Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Introducción: Las complicaciones orbitarias de la sinusitis, patología más frecuente en edad pediátrica, pueden manifestarse en forma de celulitis preseptal o postseptal.
Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo revisando todos los casos diagnosticados en nuestro centro como complicaciones orbitarias de la sinusitis en los últimos 10 años. Analizamos la presentación clínica, los hallazgos radiológicos y el tratamiento, junto con las posibles complicaciones.
Resultados: Hemos obtenido variaciones respecto a la literatura.
Discusión/Conclusiones: Error en la clasificación del tipo de complicación y sesgo por el tipo de población seleccionada.

72

MASA EN ESPACIO PARAFARÍNGEO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES

F.J. Avilés Jurado, J. Merán Gil, M. Tobed, E. Doménech Arenas, J. Landeyro, A. Raventós, E. Figuerola, J. Risco
Hospital Univ. Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: Los tumores del espacio parafaríngeo representan un 0.5% del total de tumores de cabeza y cuello. La metástasis de carcinoma papilar de tiroides en el espacio parafaríngeo son un hecho extremadamente inusual.
Material y método: El paciente estudio es una mujer de 69 años afecta de roncopatía de unos dos años de evolución que había empezado a ser tratada con CPAP. No otro síntoma de interés. La exploración inicial ORL presenta abombamiento de hemipaladar blando izquierdo. Bocio de hemitiroides izquierda. Resto de pruebas normales.
Resultados: Se decide exéresis y traqueotomía intraquirúrgica. AP: carcinoma papilar de tiroides de patrón folicular. Atendiendo a la localización anatómica de dicha lesión, se planteó la posibilidad de que se tratara o bien de una metástasis ganglionar de un primario tiroideo o de un carcinoma asentado en tejido tiroideo ectópico. Ecografía que mostró aumento de la hemitiroides izquierda con calcificaciones en su interior. Decidimos tiroidectomía total más vaciamiento funcional bilateral. Finalmente se realizó tratamiento con 131I.
Discusión: Consideramos importante remarcar el característico drenaje linfático de la tiroides que, junto con la existencia del plexo venoso avalvular de Batson justifican la impredecible naturaleza de las metástasis de la glándula. Dichas metástasis en el espacio parafaríngeo demuestran el drenaje linfático desde la superficie posterior del lóbulo superior del tiroides hacia los ganglios linfáticos del espacio retrofaríngeo que proponía Rouviere. En la revisión de la literatura llevada a cabo, tan sólo encontramos seis casos de metástasis de carcinoma papilar de tiroides en el espacio parafaríngeo.

73

SCHWANNOMA FOSA PTERIGOMAXILAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Rosique López, M. Almela Rojo, N. Mena Viveros, R. Arce Martínez
Hospital Univ. Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Los schwannomas constituyen del 8 al 10% de los tumores intracraneales. Su asiento principal es la rama vestibular del VIII nervio craneal, siendo los trigeminales de escasa frecuencia. Presentamos el caso de una paciente vista en el servicio de ORL por parestesias faciales la cual se diagnostico de posible schwannoma a nivel de fosa pterigomaxilar.
La paciente fue intervenida mediante cirugía endoscópica, gracias a la cual fue posible la exéresis completa de la tumoración, cuyo análisis anatomopatológico posterior confirmó el diagnóstico.

234

MICETOMA ESFENOIDAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

R. de la Fuente Cañibano, L. García Pérez, M. Jáñez Moral, J.C. Carlos del Pozo de Dios, L. Sgambatti Celis, P. Santos Gorjón
Hospital Clínico Univ., Salamanca.

Introducción: La incidencia de sinusitis micótica varía ampliamente. Puede clasificarse en cuatro categorías: 1) fulminante aguda: invasión vascular con isquemia trombótica 2) invasora crónica: proliferación con extensión regional 3) micetoma: infección micótica que se desarrolla en cavidad de huésped normal 4)alérgica: infección crónica que aparece en individuos atópicos.
Material y métodos: Paciente mujer de 60 años. Acude a urgencias por cefalea intensa de dos meses de evolución, episódica fundamentalmente nocturna sin fiebre ni congestión nasal que mejoró con tratamiento antibiótico y analgesia. Presentó un episodio de rinorrea posterior. Sólo presentó una epistaxis anterior. No presentó sintomatología otológica ni faringolaríngea. A la exploración de la fosa nasal se observa tumoración en fosa nasal derecha no sangrante pero necrótica dependiente de etmoides posterior.

Resultados: Se pide analítica con hemograma, bioquímica y coagulación: discreta anemia con hemoglobina de 11.2. En TAC de senos paranasales: se aprecia hiperintensidad de señal a nivel de seno esfenoidal que sugiere la presencia de ocupación del mismo por material probablemente inflamatorio-infeccioso. Se realiza PAAF de la lesión que es informada como micetoma esfenoidal.
Conclusión: En la sinusitis micótica no invasora se debe establecer diagnóstico diferencial con enfermedades como tuberculosis, sífilis, rinoescleroma, plasmocitoma maligno, mioesferulosis y pseudotumor inflamatorio. El tratamiento consiste en la limpieza y ventilación de los senos afectos, mediante CENS. En principio no están indicados los antifúngicos pues la enfermedad es de causa alérgica y no invasiva.

217

PERFORACIÓN DE HIPOFARINGE COMO COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA SOBRE COLUMNA CERVICAL

P. Santos Gorjón, A. Batuecas Caletrio, P. Blanco Pérez, F. Sánchez González, F.J. del Rey Tomás-Biosca, S. Santa Cruz Ruiz
Hospital Clínico Univ., Salamanca.

Introducción: Las complicaciones de la cirugía de la columna cervical anterior como la perforación esofágica o faríngea son infrecuentes pero pueden provocar graves complicaciones. El origen puede ser infeccioso o iatrogénica durante la cirugía o por cierre insuficiente o decúbito de material de osteosíntesis o cicatrización anómala.
Caso clínico: Presentamos un caso de abscesos retrofaríngeos de repetición tras una cirugía traumatológica (disquectomía y artrodesis cervical).
Discusión y conclusiones: La perforación esofágica se produce normalmente en hipofaringe y esófago proximal porque sus paredes son más débiles. La clínica aparece en el postoperatorio, puede conducir a una sepsis o mediastinitos tanto de forma precoz como de forma tardía. Es necesario tener en cuenta, ante un paciente con absceso cervical, la posibilidad de que haya sufrido cirugía en esa región.

464

BIOFILMS Y RESISTENCIA BACTERIANA

N. Mena Viveros, M. Almela Rojo, R. Arce Martínez, L. Rosique López, L.M. Amorós Rodríguez
Hospital Univ. Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: De forma creciente vemos en nuestra actividad asistencial diaria casos de infecciones recalcitrantes y en general lo asociamos, ente otros aspectos, con el aumento de la resistencia bacteriana. Con respecto a este tema, tradicionalmente se ha considerado que las bacterias se encuentran en estado libre, sin organización evidente, en parte quizá por la facilidad para estudiarlas de esta forma. Sin embargo, la realidad es que en la naturaleza, la gran mayoría de estos gérmenes, forman colonias complejas adheridas a las superficies que han recibido el nombre de biofilms. De acuerdo al Instituto de Salud de Estados Unidos de Norteamérica, "más del 60% de todas las infecciones microbianas están causadas por biofilms". Un biofilm es un conglomerado de células de una o varias especies, que crecen adheridas a una superficie viva o inerte y que están embebidas en una matriz de exopolisacáridos, la cual tiene carga negativa y una organización estructural tridimensional y funcional compleja. Las características fenotípicas de un biofilm le confieren protección contra el efecto del sistema inmunológico del cuerpo humano y contra la mayoría de los antibióticos a nuestra disposición y son éstas también, las que le permiten al biofilm resurgir o bien colonizar otras áreas.
Material y métodos: Se llevó a cabo una revisión exhaustiva en la Librería Nacional Americana de Medicina y en La Colaboración Cochrane, abarcando revistas de alto impacto de Otorrinolaringología y de otras disciplinas como la Microbiología.
Resultados: Se realizó un resumen actualizado de los aspectos relevantes, básicos y avanzados de la formación de los biofilms, enfatizando la gran importancia que tienen en relación con la Medicina y de manera específica con nuestra área.
Conclusiones: Dada la gran repercusión de estas biopelículas, es importante impulsar la investigación en ellas, ya que encontrar un método efectivo para erradicarlos de forma segura, será un hito en nuestra área y en general en la Medicina y debe ser en la actualidad, un objetivo primario.

450

POLYBONE: USOS Y APLICACIONES EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

R. del Castillo López, C. Cenjor Español, J. Sanabria Brassart, R. Gutiérrez, J.M. Villacampa Aubá, F. Cogolludo Pérez, V. Vasallo García, F. Guerra Blanco, H. Moreno
Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Existen diversas áreas en otorrinolaringología en las que se se elimina o suprime hueso que posteriormente no es posible reponer (mastoidectomías abiertas, osteoplastia frontal, fístulas LCR, etc.). Se utilizan diversos materiales para la reconstrucción tales como cartílago, grasa, tisucol, etc. para intentar corregir los defectos óseos pero sin llegar a tener las características que posee el hueso y con desventajas como puede ser cambios con el tiempo en sus propiedades.(reabsorción).
Materiales y métodos: Presentamos un sustituto de hueso llamado Polybone que tiene la capacidad de regenerar hueso tras su aplicación. Existen diversos formas de este sustituto (cemento, granulado, etc.). Se ha utilizado en nuestro caso la forma en cemento bien en pasta o en forma inyectada.
Resultados: Existen diversos usos en el campo de la otorrinolaringología como puede ser el cierre de fístulas de LCR, reconstrucción de pared posterior de CAE, cierre defecto en osteoplastia frontal, etc. El polybone posee excelente capacidad osteoconductora así como osteoinductora. Además de su fácil aplicación como pasta o inyectable, se puede moldear y no produce reacción exotérmica.
Discusión: Existen otros productos sustitutivos de hueso o cementos que han sido utilizados en ORL pero que tenían inconvenientes tales como producir reacciones exotérmicas, biocompatibilidad (extrusión) o tener escaso o nula capacidad para regenerar hueso.
Conclusión: El polybone es una buena opción cuando necesitamos cerrar un defecto óseo o necesitamos un sustituto de hueso que sea biocompatible, no produzca calor y además nos permita regenerar el hueso y sea estable a lo largo del tiempo.

51

TBC GANGLIONAR (ESCRÓFULA) EN EL CONTEXTO DE UNA TBC PULMONAR Y MESENTÉRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Muñoz Fernández, J. García Callejo, I. Alonso Castañeira, M.T. Achiques Martínez, N. Conill Tobías, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Univ., Valencia.

Introducción: La linfadenitis es la forma más frecuente de TBC extrapulmonar. En las personas VIH negativas suele ser unilateral y de localización cervical. El lugar más frecuente es a lo largo del borde superior de ECM, donde se presenta como una masa firme, a veces dolorosa, con eritema, que puede fluctuar y fistulizar (escrófula).
Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 27 años procedente de Bolivia y sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a urgencias por tumoración cervical abscesificada (foto) a punto de fistulizar. Se realiza TAC cervicotorácico (foto) siendo compatible con afectación ganglionar, pulmonar y mesentérica por TBC. Presencia de una lesión de naturaleza quística, multiloculada de 3 × 2,4 cm localizada en íntimo contacto del la cara anterior del ECM afectando a fascia superficial y al plano graso subcutáneo y piel. Se visualizan múltiples adenopatías bilaterales en todos los niveles. Nódulos pulmonares mal definidos, uno de ellos con cavitación, e infiltrados alveolares múltiples en región apical del lóbulo superior y posterior derecho. Presencia de adenopatía mesentérica hipodensa de aproximadamente 2 cm. Los resultados del examen microbiológico del pus y del esputo dieron positivo a los 12 y 19 días de incubación respectivamente para el crecimiento de BAAR identificándose Mycobacterium tuberculosis complex.
Resultados: El paciente quedó ingresado a cargo de la Unidad de enfermedades infecciosas tras drenaje y limpieza de la escrófula cervical. Lleva tratamiento antituberculoso y evoluciona satisfactoriamente.
Conclusiones: Debemos de tener presente el incremento de la incidencia en España que puede atribuirse a: inmunodepresión, inmigración desde países subdesarrollados y hacinamiento de grupos y aumento de

la longevidad y supervivencia de personas con enfermedades crónicas y debilitantes, sobre todo pulmonares, diabetes, cirrosis, pacientes subsidarios de hemodiálisis, etc. A menudo es necesario una biopsia para estudio histológico y cultivo para micobacterias con fines diagnósticos o si persiste después del tratamiento. La PAAF evacuadora está indicada en casos de fluctuación, para reducir las molestias locales.

334

FÍSTULA LABERÍNTICA EN VENTANA OVAL

M. Jáñez Moral, S. Santa-Cruz Ruiz, P. Blanco Pérez, A. Batuecas Caletrio, F. Sánchez González, P. Santos Gorjón
Hospital Clínico Univ., Salamanca.

Introducción: Las fístulas laberínticas son patologías que pueden producirse de forma espontánea, en el curso de la cirugía de otitis medias crónicas colesteatomatosas, procesos neoplásicos de oído medio y también en el contexto de etiología traumáticas y yatrogénicas.
Material y métodos: Paciente intervenido de timpanoplastia tipo II cerrada con reconstrucción con PORP por otitis media crónica colesteatomatosa que presenta hipoacusia fluctuante derecha con acúfeno continuo en el mismo oído, que en exploración de oído derecho presenta imagen de de otitis media crónica adhesiva con extrusión de prótesis. Se le realiza revisión quirúrgica en la que se coloca drenaje transtimpánico en neotímpano derecho, en las revisiones periódicas se produce un cuadro vestibular de 24 horas de evolución después del aspirado de la zona de la ventana oval.
Resultados: Se nos presenta un caso de oído crónico operado en 2 ocasiones con aparición de cuadro vestibular secundario a limpieza y aspiración de oído sobre ventana oval. El cuadro se resolvió con tratamiento quirúrgico mediante colocación de injertos de fascia de temporal y pericondrotragal underlay.
Conclusiones: Las fístulas laberínticas secundarias a procesos traumáticos son muy infrecuentes y suelen precisar tratamiento quirúrgico.

324

RADIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO DEL CÁNCER GLÓTICO EN ESTADIOS PRECOCES

J. Verge González, R. Tenor Serano, V. Jiménez Oliver, R. Ruiz-Rico Ruiz-Morón
Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El cáncer glótico constituye una de las neoplasias de cabeza y cuello con mayor incidencia. Prácticamente en casi dos tercios de los casos se diagnostica cuando aún está localizado (Tis, T1N0M0 o T2N0M0) lo que va a suponer un mejor resultado terapéutico y un mayor porcentaje de curación. En la mayoría de ocasiones se trata de carcinomas epidermoides bien diferenciados, cuyo pronóstico es más favorable. Distintos estudios sobre la materia demuestran que tanto la radioterapia como la cirugía obtienen resultados favorables, en estadios iniciales. La tendencia habitual es a usar la radioterapia como 1ª opción, al ser funcionalmente superior a la cirugía.
Material y métodos: Se ha realizado una revisión retrospectiva de 51 pacientes recogidos entre enero de 1996 y diciembre del 2002 en el Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, diagnosticados de carcinoma glótico T1-T2(de acuerdo con la clasificación de la UICC de 2002).
Resultados: Los 51 pacientes del estudio fueron diagnosticados de T1 o T2 glótico mediante microcirugía laríngea con toma de biopsia. En 34 casos se administró radioterapia externa y en 17 se optó por la cirugía. En la mayoría de los casos tratados con radioterapia, se decidió por una dosis total de energía que osciló entre 61 y 65 Gy, a 2,1-2,4 Gy por sesión, un total de 45 días aproximadamente, usándose la técnica de fraccionamiento estándar. El control local de la enfermedad a los 5 años (no evidencia de tumor) fue del 76,4%.
Discusión: Hoy en día, el tratamiento de elección en los estadios iniciales del cáncer glótico es la radioterapia, una vez demostrado que los índices de control local y supervivencia a largo plazo son superponibles a los de la cirugía, consiguiendo de este modo conservar el órgano. En estos estadios, tanto la radioterapia como la cirugía, obtienen excelentes resultados, motivo por el cual está indicado emplear de inicio tratamiento radioterápico, reservando la cirugía para los casos de recidivas.

112

CARCINOMA BASOCELULAR DE PABELLÓN AURICULAR

S. Regueiro Villarín, M. Álvarez-Buylla Blanco, P. Parente Arias
Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: El carcinoma basocelular es un tumor de crecimiento lento y malignidad local que evoluciona sin dar metástasis aunque sí recidiva localmente. El tratamiento es siempre quirúrgico.
Material y método: Presentamos el caso de un varón de 56 años, fumador de 40 c/d y bebedor moderado, operado de un T1N0M0 glótico hace 5 años y de un carcinoma basocelular en región malar derecha hace 2 años con buena evolución. Presenta un basalioma retroauricular tratado con exéresis del mismo que recidiva a nivel de pabellón auricular derecho. En la exploración se visualiza una tumoración de 3cm, dura y fija, que afecta a trago y pared inferior del CAE que infiltra parótida. Se realiza parotidectomía superficial derecha, con conservación del nervio facial y exéresis del tumor, resecando la mitad inferior del pabellón auricular y porción cartilaginosa del CAE con reconstrucción del defecto a través de un colgajo de deslizamiento cutáneo.
Discusión: El carcinoma de células basales es una neoformación maligna de la piel, de crecimiento lento que rara vez ocasiona metástasis, pero si infiltración de los tejidos adyacentes, parótida y oído medio. La forma más frecuente es la úlcero-nodular. Los basaliomas producen pocos síntomas, siendo los más frecuentes dolor y prurito. El tratamiento es quirúrgico y exige un margen de seguridad amplio.

114

RINORREA UNILATERAL COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE MELANOMA NASOSINUSAL

R. Corrales Millán, E. Berrocal Postigo, P. Santos Acosta, F.T. Herrerro Salado
Hospital Univ. Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El 3% de los tumores malignos nasosinusales son melanomas, de los cuales un 1% son malignos. No muestran prepondereancia de sexo. La edad media de aparición es 65 años las localizaciones más frecuentes son: cornete inferior, medio, seno maxilar, y pared anterior del tabique.
Material y método: Mujer de 81 años con ap: presbiacusia, ceguera bilateral, histerectomía por miomas múltiples, que acude por rinorrea serosanguinolenta de fosa nasal izquierda de meses de evolución .Pruebas complementarias TAC de senos paranasales: tumoración en fosa nasal izquierda que ocupa toda ésta de densidad de tejidos blandos que expande la cavidad nasal y erosiona la pared lateral de la misma y los cornetes. También se aprecia ocupación del seno maxilar y de los senos etmoidales izquierdos. Anemia microcítica normocrómica.
Resultados: Diagnóstico histológico: melanoma maligno con infiltración de márgenes.
Conclusiones: Se realiza tratamiento quirúrgico mediante CENS con extirpación de la lesión. Dado que los márgenes quirúrgicos estaban infiltrados se planteó tratamiento complementario con radio- quimioterapia .según la literatura revisada: el elevado número de recidivas locales postcirugía exclusiva hace de la asociación cirugía- radioterapia externa el tratamiento de referencia. Hasta ahora la quimioterapia no ha demostrado ninguna utilidad en el tratamiento de primera elección de este tipo de tumores. La inmunoterapia con interferón se ha demostrado igualmente ineficaz. La supervivencia a los 5 años no sobrepasa el 35%.El riesgo de recidiva local y metastásica tardía justifica un control prolongado.

36

RARA LOCALIZACIÓN DE MIOEPITELIOMA MALIGNO

U. Bolinaga Zubizarreta, J. Estéfano Rodríguez, E. Pérez Samitier, J. Algaba Guimerá
Hospital Donostia, Guipúzcoa.

Introducción: Los mioepiteliomas son infrecuentes, la mayoría se hallan en glándulas salivares; excepto diversas localizaciones como: Mama, pulmón, traquea o glándulas lacrimales.
Material y método: Presentamos el caso de un hombre de 55 años con una tumoración en fosa nasal de componente epitelial-mioepitelial con criterios de malignidad.

Resultados: El paciente acude por presentar una masa que ocluye la fosa nasal derecha. A la exploración se observa que la tumoración ocupa el cornete inferior, la biopsia que fue informada como tumor mixto de glándula salivar. Se realizó extirpación de la masa vía con CENS dada benignidad. La intervención consistió en la extirpación del cornete inferior, cornete medio y antrotomía maxilar amplia. El examen anatomopatológico definitivo informó: como tumor de doble componente mioepitelial con criterios de malignidad. Ante este resultado recibió tratamiento radioterápico. El paciente es controlado con una periodicidad de 3 meses mediante controles radiológicos y nasofibroscopia, estando actualmente asintomático.
Conclusiones: El carcinoma mioepitelial es un tumor raro, de origen en las glándulas salivares, su localización en cavidad nasal es excepcional. El diagnóstico se basa en el examen anatomopatológico y en el inmunohistoquímico con la actina y la positividad para CK y S- 100. El tratamiento de primera elección es la cirugía, en este caso el diagnóstico primario fue de tumoración benigna y accesible, optando por CENS. Ante un diagnóstico de tumoración maligna como el mioepitelioma maligno se recomienda la cirugía abierta nasal. La radioterapia puede ser beneficiosa para las recidivas; el papel de la quimioterapia no está tan claro.

117

ABSCESO PERIAMIGDALINO BILATERAL

P. Eza Núñez, R. González Aguado, T. Laviana Muslera, R. Megía López, Á. Mazón Gutiérrez, J.A. Rama Quintela
Hospital Univ. Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Introducción: El absceso periamigdalino es la complicación más frecuente de la amigdalitis aguda. La presentación bilateral es mucho menos común, siendo su diagnóstico complicado ya que en la exploración física se observa una orofaringe simétrica, frente a la asimetría típica del unilateral.
Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 18 años, previamente sano, que acude a urgencias por intensa odinofagia de 48 horas de evolución, disfagia, faringolalia, trismus, y disnea. En la exploración se visualiza gran hipertrofia amigdalar con abombamiento de ambos pilares anteriores y paladar blando, úvula centrada y orofaringe simétrica. Presenta fiebre de 38 ºC. En el hemograma se objetivan 18900 leucos y 5 cayados. En el TAC cervical se observan dos abscesos en ambos espacios periamigdalinos, mayor el del lado izquierdo que presenta aire en su interior.
Resultados: Se realiza punción con salida de contenido purulento en ambos pilares drenándose posteriormente con anestesia local. Precisa nuevo drenaje en dos ocasiones más. Recibe tratamiento endovenoso con piperacilina-tazobactam, metrodinazol y corticoides, siendo su evolución satisfactoria. Permaneció ingresado 8 días.
Discusión/Conclusiones: Ante un paciente en el que la exploración de la orofaringe se aprecia una simetría amigdalar, con úvula centrada es difícil sospechar la presencia de un absceso periamigdalino. No debemos olvidar que, aunque es poco frecuente, es posible encontrarnos con un absceso bilateral. La clínica es la que nos tiene que hacer sospecharlo, así como la analítica. Si no pensamos en esta opción, el tratamiento no será el correcto y las consecuencias pueden ser desastrosas.

125

NOCARDIOSIS CAUSANTE DE PARÁLISIS LARÍNGEA

N. Bejarano Panadés, F. Trobat Company, P. Epprecht González, E. Novas Valiente, P. Sarría Echegaray
Hospital Univ. Son Dureta, Mallorca

Introducción: Esta enfermedad infecciosa es causada por Nocardia sp, tras inhalación, contacto transcutáneo o ocular. Se caracteriza por formar abscesos con infiltrados y necrosis. Se manifiesta como enfermedad pulmonar (neumonías y absceso), extrapulmonar (más común cerebro, piel y riñones y raramente laringe) o cutánea. Se presenta el caso de paciente inmunocompetente con cuadro de nocardiosis diseminada con afectación inicial laríngea.
Material y métodos: Varón de 63 años, fumador (40 paq/año) que acude por disfonía de 1 mes. Como antecedente, ingreso por absceso pulmonar. En la nasofibrolaringoscopia se objetiva lesión vegetante de cuerda vocal izquierda sin compromiso de movilidad. Sin masas en la palpación. La tomografía computarizada (TC) muestra masa que engloba espacios glótico y supraglótico. Tras revisión a las dos semanas, se objetiva crecimiento con afectación de cuerda, ventrículo y banda y parálisis laríngea izquierda.
Resultados: Programado para panendoscopia, laringectomía total y vaciamientos funcionales. Se realiza traqueotomía debido a imposibilidad de intubación. Las biopsias intraoperatorias muestran infiltrados con granulomas. En la cervicotomía se observan múltiples adenopatías bilaterales negativas para malignidad. Ante aparente ausencia de oncogenecidad se conserva la laringe. Tras dos semanas, acude por desorientación y cefalea. En la TC cerebral se aprecian múltiples lesiones intraparenquimatosas compatibles con metástasis. En el TC torácico varios nódulos pulmonares. Ante posible enfermedad metastásica, se plantea tratamiento con quimioterapia paliativa y radioterapia holocraneal rechazadas debido a falta de positividad maligna. Tras repetición de cultivos de esputo se obtiene crecimiento de Nocardia sp. Con el diagnóstico de nocardiosis diseminada se inicia tratamiento endovenoso con buena respuesta.
Discusión/Conclusiones: Considerar la nocardiosis dentro de causas infecciosas de parálisis laríngeas. Su diagnóstico requiere abordaje multidisciplinar, con múltiples cultivos de esputo, o repetidas biopsias. La nocardiosis diseminada cursa con elevada mortalidad (> 50%), requiere largo tratamiento endovenoso (3 meses) y puede precisar de cirugía para el desbridamento de abscesos.

15

SARCOMA GRANULOCÍTICO DE LOCALIZACIÓN NASOSINUSAL Y ORBITARIA COMO PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA (LMA)

N. Conill Tobías, C. de Paula Vernetta, P. Segarra, O. Stirbu, P. Amat Martínez, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Univ., Valencia.

Introducción: El sarcoma granulocítico (SG) es una rara manifestación extramedular de la LMA, es un tumor formado por precursores mieloides y mieloblastos leucémicos que adoptan un patrón tumoral. La incidencia de SG en la LMA varía del 2,5-8% siendo 5 veces más frecuente en la leucemia mieloide crónica (LMC).Su localización más frecuente es a nivel del hueso (esternón y huesos largos, partes blandas, ganglios y piel). En el área ORL puede aparecer en hueso temporal, faringolaringe y senos, siendo extremadamente rara la localización en seno maxilar.
Material y métodos: Varón de 18 años de edad remitido a nuestro hospital por cuadro de dacrioadenitis del ojo izquierdo (OI) con importante proptosis y disminución de la agudeza visual, presentando hipoacusia subjetiva bilateral e insuficiencia respiratoria nasal más acusada en fosa nasal izquierda(FNI).Se realiza otoscopia ,rinoscopia anterior y nasofibroscopia, visualizando una masa de aspecto polipoideo en techo de FNI, decidiendo solicitar RMN y TAC y realizando posteriormente biopsia de masa en FNI, siendo informada como SG.
Conclusión: El SG en la esfera ORL no precisa de tratamiento quirúrgico, limitándose únicamente nuestra actuación a su diagnóstico y remisión a oncohematología.

52

TORUS PALATINUS. A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Muñoz Fernández, M.T. Achiques Martínez, N. Conill Tobías, I. Alonso Castañeira, C. de Paula Vernetta, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Univ., Valencia.

Introducción: Las exostosis (hiperostosis) son protueraciones óseas benignas que asientan sobre la lámina central afectando al esqueleto mandibular con frecuencia. El torus palatino junto con el torus mandibularis son dos de las más comunes exostosis intraorales. Se trata de una anomalía de crecimiento lento a lo largo de la vida. Puede ser debido a una leve isquemia periosteal crónica secundaria a una suave presión del septum nasal. La prevalencia del torus es de 27/1000 adultos, cerca del 10% de la población general está afectada. Pueden ser prominentes o multilobulados pero mayoritariamente son únicos. Llegan a albergan los 4 cm de diámetro pero son usualmente menores de 1.5cm.También se ha establecido un factor hereditario, que junto con factores ambientales pueden determinar el riesgo de esta entidad. Ninguna de las exosto-

sis óseas o torus requieren tratamiento a menos que sean grandes, alteren la función, ubicación, acción del diente, produzcan trauma de la superficie como la ulceración. Si estuviera indicado las lesiones pueden ser talladas o pueden ser removidas cortándose desde la base de la unión.
Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 61 años que es remitido a nuestra consulta por tumoración en paladar duro. Nuestro paciente no refiere ninguna clínica molesta en los últimos años ni ningún trastorno a la masticación ocasionado por dicha formación.
Resultados: Se decide actitud expectante ante la ausencia de clínica.
Conclusiones: Los torus palatinus deben formar parte del diagnóstico diferencial de las neoformaciones de la cavidad oral. En muchas ocasiones no debemos plantearnos ningún tratamiento sino realizar un correcto diagnóstico.

77

PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO SUBGLÓTICO

R. Lobato Pérez, M. Fernández de Pinedo, A. Zulueta Lizaur, J. Algaba Guimera
Hospital Donostia, Guipúzcoa.

Introducción: Los tumores primarios localizados en subglotis son raros, entre los malignos destacamos el carcinoma escamoso, carcinoma quístico adenoideo, condrosarcoma, fibrosarcoma, rabdomiosarcoma y entre los benignos el fibroma histiocitario, papiloma, neurilemoma, condroma, hemangioma o neurofibroma. El diagnóstico de fibroma histiocitario o pseudotumor inflamatorio se basa en la gran variabilidad celular, identificándose histiocitos, eosinófilos, componente inflamatotio con células linfocitarias y plasmáticas, sin formas atípicas.
Material y método: Mujer de 52 años que acude al Servicio de Urgencias por afonía con sensación disneica a esfuerzos moderados y al acostarse, así como algunos episodios de sangrados orales autolimitados. Como antecedentes personales cuenta los siguientes diagnósticos diabetes mellitus tipo II adenocarcinomade mama tratado mediante tumorectomía, linfadenectomía y quimioterapia.
Resultados: En la exploración se realiza nasofibroscopia, visualizándose ambas cuerdas vocales con buena movilidad y sin hallazgos patológicos por debajo de ellas, a nivel subglótico, se observa una lesión redondeada de aspecto quístico. Se realiza un TAC que identifica a nivel de laringe subglótica una masa sólida de 1 cm de diámetro en contacto con la cara anterior del cricoides y cuerda vocal izquierda. Como tratamiento inicial se realiza exéresis de la lesión mediante láser CO_2 previa realización de traqueostomía con anestesia local y sedación. El estudio anatomopatológico concluye que se trata de un tumor raro en esta localización, se trata de un tumor fibrohistiocitario.
Conclusión: El pseudotumor inflamatorio es una lesión benigna pero debido a su localización puede ser letal debido a la obstrucción de la vía aérea, su tratamiento consiste en su exéresis completa.

220

SÍNDROME DEL ACUEDUCTO VESTIBULAR AUMENTADO EN LA INFANCIA

P. Santos Gorjón, F. Benito González, F. Sánchez González, F.J. del Rey Tomás-Biosca, L.J. Sgambatti Celis, J.C. del Pozo de Dios
Hospital Univ., Salamanca.

Introducción: El acueducto vestibular es un canal óseo que se extiende desde la pared medial del vestíbulo hasta la cara posterior del hueso petroso, por el que discurren el conducto y saco endolinfáticos. Se considera que está aumentado cuando mide más de 1,5 mm de anchura. La asociación de pérdida auditiva neurosensorial de inicio temprano y la malformación anatómica constituye el "síndrome del Acueducto Vestibular Aumentado".
Material y métodos: Se han detectado dos casos en la consulta de alto riesgo de hipoacusia, que no han pasado el cribado de la hipoacusia neonatal y que presentan esta alteración. Se realiza OEATC, PEATC que se repite a los 6 meses de edad y TAC de alta resolución o RMN.
Discusión: Ambos pacientes presentan una hipoacusia neurosensorial unilateral de inicio precoz, aunque también están descritos en la literatura la bilateralidad. Ambos tenían aumento del calibre del acueducto vestibular solamente en el lado afecto. Es más frecuente la afectación bilateral, y existe un ligero predominio en el sexo femenino. No suelen existir antecedentes familiares. La severidad de la pérdida auditiva no se corresponde con el tamaño del acueducto. La existencia de pacientes con hipoacusia neurosensorial, con CT normal y conducto y saco endolinfáticos dilatados (falsos negativos del CT), permite afirmar que la RM es una técnica más sensible para detectar esta malformación.
Conclusión: Este síndrome tiene una baja incidencia. Un TAC normal no excluye este diagnóstico, por lo que debemos hacer RMN a todo paciente con hipoacusia neurosensorial unilateral para descartar ésta y otras alteraciones.

218

FARINGOSTOMA GIGANTE POSTRADIOTERAPIA.

P. Santos Gorjón, P. Blanco Pérez, A. Batuecas Caletrio, F. Sánchez González, R. de La Fuente Cañibano, S. Santa Cruz Ruiz
Hospital Univ., Salamanca.

Introducción: Los faringostomas son fístulas faringo-cutáneas que se producen en postoperatorio de laringuectomías totales, fistuloplastias fonatorias, radionecrosis, infecciones cervicales o recidiva tumorales. Es más frecuente también en tejidos irradiados si además coexiste malnutrición, hipoproteinemia o diabetes.
Caso clínico: Paciente tratado con bucofaringectomía transmandibular y vaciamiento funcional izquierdo hace 9 años por tumoración amigdalar y radioterapia posterior. Presenta nuevo tumor en espacio parafaríngeo izquierdo con infiltración carotídea y adenopatías submentales, y se trata con radioterapia de nuevo a altas dosis. Progresivamente se va observando la aparición de un faringostoma por el que se visualiza osteonecrosis mandibular a través del gran defecto cutáneo. Se realiza mandibulectomía y reconstrucción con colgajo miocutáneo de pectoral mayor izquierdo.
Discusión: Los colgajos libres, que permiten el aporte de un tejido más adaptado a la reconstrucción digestiva cervical, aportan un resultado funcional superior a las técnicas que utilizan los colgajos miocutáneos pediculados, pero tienen una tasa de fracaso del 17%. Con el pectoral la duración de la hospitalización es corta, se produce recuperación rápida de la deglución (entre 10 y 15 días) y baja morbilidad. Se puede o no plantear la opción de cierre del defecto interno con injerto libre de yeyuno con microanastomosis vascular o colgajo deltopectoral.
Conclusión: Es necesario un exhaustivo control postoperatorio y postradioterapia y solucionar tempranamente los problemas para evitar complicaciones mayores.

246

EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES DE PROCESO DESTRUCTIVO CENTROFACIAL EN PACIENTE COCAINÓMANO

R. Tenor Serrano, J. Verge González, C. Gamero Díaz, A. Lazarich Valdés, G. Rodríguez Baro.
Hospital Clínico Univ. Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El consumo de cocaína es en nuestro medio la causa más frecuente, junto a la traumática, de lesiones destructivas mediofaciales. La progresión de estas lesiones puede dar lugar a complicaciones oculares.
Material y método: Presentamos el caso de un paciente que ingresa en diversas ocasiones por complicaciones oculares, en el contexto de un proceso necrótico nasal secundario a consumo de cocaína.
Discusión: Ante un proceso destructivo de estructuras centrofaciales debemos plantearnos diagnóstico diferencial con diversas enfermedades locales y sistémicas. La progresión del proceso destructivo puede ocasionar complicaciones extranasales, como la del caso que presentamos. Exponemos el diagnóstico diferencial que hemos llevado a cabo, así como la evolución en imágenes a lo largo de varios años de seguimiento del paciente. Actualmente el paciente presenta una destrucción total de senos paranasales y septum nasal, así como ceguera de un ojo por afectación de nervio óptico.
Conclusiones: Si bien en un proceso destructivo mediofacial podemos conocer la etiología fácilmente con la historia clínica y un cultivo de exudado nasal, existen otras causas poco frecuentes que debemos considerar. La progresión del proceso destructivo puede originar compilaciones importantes.

67

LIPOMA HIPOFARINGE

R. Lobato Pérez; A. Zulueta Lizaur, F. Gorostiaga Aznar, J. Algaba Guimera

Hospital de Donostia, Guipúzcoa.

Introducción: Los lipomas son tumores benignos de origen mesenquimático formados por células de tejido adiposo, infrecuentes en el área faringolaríngea (1-2%). Son más frecuentes en el sexo masculino en una proporción de 5:1 y aparecen en la 6ª y 7ª década de la vida.
Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 76 años, sin antecedentes personales de interés. Acude a nuestra consulta tras el hallazgo casual en una endoscopia digestiva alta de una masa supraglótica, no tenía clínica de disfagia, disfonía o tos. En la exploración ORL se le realiza una estroboscopia donde se aprecia una masa bilobulada que aparece originada en el seno piriforme derecho.
Resultados: La realización de TAC confirma la lesión, se trata de una imagen hipodensa con intensidades grasas que se corresponden con un lipoma, la RMN aporta más información muestra una señal hiperintensa en T1 y opaca y negra en T2. Se propone exéresis mediante láser CO_2, el resultado de la anatomía patológica es de tejido adiposo sin atipias.
Conclusiones: Los lipomas son tumores benignos de crecimiento lento, que dan síntomas cuando adquieren un gran tamaño. Son muy raros en área faringolaríngea, pero no debe despreciarse su existencia. El TAC y RMN aportan mucha información, sin embargo no es posible descartar el liposarcoma por técnicas radiológicas, siendo su diagnóstico definitivo la histopatología de la muestra, por ello el tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

349

COMPLICACIÓN LOCAL E INTRACRANEAL INFRECUENTE DE UNA OTITIS EXTERNA

D. Poletti Serafini, A. Encinas Vicente, C. Martín Oviedo, A. Lowy Benoliel, X. Araujo Piedra, C. Fernández Jáñez, B.Scola Yurrita

Hospital General Univ. Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La otitis externa constituye una patología frecuente de consulta en la urgencia otorrinolaringológica, cuyo índice de complicaciones graves es muy bajo.
Material y método: Se presenta el caso de un paciente adulto mayor, diabético tipo 2 que acude a la urgencia por otitis externa oído derecho y con antecedentes de múltiples ciclos de tratamiento atb en los 2 meses previos, volviendo a recidivar la misma. Se realiza tratamiento con ciprofloxacina tópica y antiinflamatorios. En el transcurso de la horas el paciente presenta deterioro del estado de conciencia, nauseas, vómitos y rigidez de nuca. Se realiza punción lumbar, obteniendo LCR turbio y a presión, TC craneal evidenciando ocupación de CAE y disrupción cortical, hipodensidad en lóbulo temporal adyacente y neumoencéfalo, y toma de material para cultivo.
Resultados: El paciente es ingresado en UVI por empeoramiento del cuadro, donde se instituye tratamiento con vancomicina y meropenem, sin mejoría del cuadro. El resultado de cultivo de material purulento de CAE es estéril (sin pseudomona). Se realiza nuevo TC constatando presencia de osteomielitis de escama del temporal, arco cigomático y CAE y la presencia de un absceso cerebral. Ante la rápida progresión del cuadro se decide realización de desbridamiento de área afecta mediante petrosectomía subtotal y craneotomía para drenaje de absceso cerebral.
Discusión/Conclusiones: Si bien la evolución tórpida de una otitis externa no es rara, si lo es una complicación grave de magnitudes similares al paciente en cuestión, por lo que ante un paciente inmunodeprimido, se deben extremar los métodos diagnósticos y terapéuticos al constatar una respuesta desfavorable. Cabe destacar entre los diagnósticos probables la otitis externa maligna, aun con cultivos estériles, ya la terapéutica antibiótica prolongada puede solapar una sintomatología florida, y no así evitar complicaciones graves.

254

MELANOMA DE FOSA NASAL. RECIDIVA A PESAR DE OBTENER MÁRGENES LIBRES

N. Conill Tobías, M. Achiques Martínez, L. de la Fuente Arjona, I. Alonso Castañeira, N. Muñoz Fernández, J. Marco Algarra

Hospital Clínico Univ; Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: Los melanomas primarios de mucosa de cabeza y cuello son lesiones poco comunes que representan 0,4-1,8% del total de melanomas de mucosa. Se ubican más frecuentemente en cavidad nasal y senos paranasales presentando generalmente un curso agresivo.
Material y método: Paciente de 55 años quien consulta por epistaxis por fosa nasal izquierda. Presenta tumoración hiperpigmentada que ocupa toda la fosa nasal izquierda. Se toma biopsia con resultado compatible con melanoma. RMN: Lesión ocupante de dos tercios anteriores de fosa nasal izquierda. RMN cerebral y TAC: Sin evidencia de enfermedad metastásica.
Resultados: Se realiza rinotomía paralateronasal. Exéresis de septum nasal con tumoración de 3 a 4 cm pediculada al mismo. Se extirpa tabique nasal con margen de 1 cm. El estudio histopatológico reporta melanoma nodular, bordes libres. Oncología no considera necesario tratamiento complementario. A los 3 meses consulta nuevamente por presentar masa que ocupa toda la cavidad nasal, con anatomía patológica que reporta recidiva de melanoma nodular. Se remite a oncología médica para tratamiento.
Discusión: Actualmente la resección completa de la lesión con márgenes libres es el tratamiento de elección. A pesar de que los factores pronósticos de este tipo de tumores no están claramente establecidos, estudios recientes sugieren que el pronóstico de los melanomas de mucosa esta definitivamente influenciado por la obtención de márgenes de resección libres, sin embargo a pesar de resecciones aparentemente completas como en este caso, éste es un tumor muy agresivo que en más de 50% tiende a recidivar.

8

SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE SENO MAXILAR EN PACIENTES TRATADOS CON RADIOTERAPIA POSTOPERATORIA

R. Manrique Lipa, J.L. Rodríguez Fernández, C. Santidrián Hidalgo

Hospital do Meixoeiro, Pontevedra.

Objetivo: El cáncer del seno maxilar es una neoplasia relativamente rara, permaneciendo silente por largos periodos de tiempo, invadiendo durante su evolución estructuras adyacentes. El objetivo del presente trabajo es describir la tasa de supervivencia del cáncer de seno maxilar en pacientes tratados con radioterapia postoperatoria.
Pacientes y métodos: El presente es un estudio descriptivo, retrospectivo, no randomizado realizado en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, de 23 pacientes con cáncer de seno maxilar que recibieron tratamiento con fines curativos entre los años 1995 y 2004. Todos fueron sometidos a cirugía radical y radioterapia post operatoria.
Resultados: 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. Se encontró que los adenocarcinomas tienen la mejor supervivencia (54,5%). Más del 50% de los pacientes sometidos a resección del maxilar superior con o sin disección cervical están vivos y sin evidencia de enfermedad, la supervivencia de los pacientes con cáncer en la supraestructura fue del 24% y de la infraestructura del 52%.
Conclusiones: Los factores pronósticos con significancia estadística que afectaron el control local y la supervivencia fueron: el estadio clínico, la localización del tumor en la supraestructura y los márgenes de sección quirúrgicos positivos.

Comunicaciones Vídeo

Se pueden ver todos los vídeos en dos pantallas dedicadas que estarán en la zona de pósteres durante todos los días del Congreso

23

SELLADO ENDOSCÓPICO CON POLIBONE® (INJERTO ÓSEO BIFÁSICO DE ÚLTIMA GENERACIÓN) DE UNA FÍSTULA DE LCR NASAL

V. Campos Paradinas, R. Sanz Fernández, C. Molina Quirós, M. Colmenero Ruiz, M. Sánchez Potenciano, E. Montiel Díez, C. Herrero Fernández. E. Martín Sanz

Hospital Univ. de Getafe, Madrid.

Introducción: Las fístulas de líquido cefalorraquídeo espontáneas son menos frecuentes que las postraumáticas. Se asocian más frecuentemente con una presión de LCR normal; localizándose predominante-

mente a nivel de la lámina cribiforme y silla turca. En un 90% se deben a defecto congénitos. El síntoma de presentación es la rinolicuorrea que aparece en bipedestación, flexión cervical y maniobras de Valsalva. Su asociación un encefalocele es excepcional.
Material y métodos: Presentamos una paciente con rinolicuorrea nasal izquierda espontánea de dos meses de evolución. Endoscópicamente se objetiva la presencia de líquido transparente en la fosa izquierda, que aumenta con el valsalva. En el TAC se observa una dehiscencia en la porción medial de la lámina cribosa de FNI, con acúmulo de LCR en celdas etmoidales posteriores. La paciente fue sometida a CENS guiada por neuronavegador. Se evidenció la existencia de meningoencefalocele con la ayuda de maniobra de valsalva provocada, que fue cauterizado con pinza bipolar, con posterior reparación del defecto mediante aplicación de Polibone®.
Resultados: Un mes después de la cirugía, se comprueba mediante endoscopia la ausencia de recurrencia de fístula.
Conclusión: La utilización de Polibone® para el sellado de las fístulas de LCR nasales es un método quirúrgico sencillo que puede llevarse a cabo mediante abordaje extracraneal con CENS y navegador para ubicar la dehiscencia ósea. Es una opción quirúrgica a considerar por su sencillez y baja morbilidad.

119

ABORDAJE ENDÓSCÓPICO DE MUCOCELE FRONTAL

F. Ortiz Bish, U. Bidón Gómez, C. Alonso González, M. Pavón Gómez, M. Arana Ortega

Hospital Juan Ramon Jiménez, Huelva.

Introducción: Los mucoceles son lesiones crónicas, pseudoquísticas y expansivas de los senos paranasales y su pared está formada por su propia mucosa. Clásicamente la mayoría han sido tratados por vía externa, actualmente la cirugía endoscópica está extendiéndose disminuyendo la morbilidad con respecto al abordaje externo. Inicialmente es asíntomático y posteriormente erosionan las paredes oseas contiguas produciendo síntomas oftalmólogicos y rinológicos. El tratamiento curativo de elección es el quirúrgico mediante abordaje endóscopico o abordaje externo si no fuera posible el anterior.
Material y método: Presentamos un vídeo de abordaje endóscopico para un mucocele frontal derecho que cierra completamente el ostium frontal por hueso neoformado. Bajo anestesia general se realiza infundibulotomía, etmoidectomía anteroposterior y entrada en seno frontal con cucharilla y fresa hacia delante al igual que un Draf tipo II. Se deja un drenaje de silicona para evitar el cierre por la amplia exposición ósea que fue retirado a las 6 semanas.
Resultado: A pesar del cierre del ostium frontal a nivel del receso se pudo realizar abórdaje endóscopico manteniendose abierto hasta la fecha.
Discusión/Conclusiones: Los mucoceles frontales subsidiarios de abordaje endóscópico son aquellos en los que la TAC muestre espacio suficiente entre la base de cráneo y el receso frontal. El abordaje endóscópico tiene como pricipales ventajas: La menor morbilidad, respeta fisiología sinusal, menor estancia hospitalaria y como desventajas: La dificultad técnica con el riesgo de fístula LCR y riesgo de reestenosis por la estimulación de osteogénesis por la exposición ósea.

154

IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA B.A.H.A. TÉCNICA ACTUAL.

J.J. Ramos Fernández, J.C. Casqueiro Sánchez, J.M. Martínez Salazar, J.J. López Moya

Servicio ORL. Hospital Severo Ochoa, Madrid.

Introducción: El Sistema BAHA es una prótesis auditiva implantable que utiliza la conducción ósea directa, estimulando el oído interno a través de un implante de titanio osteointegrado en el hueso temporal. Está indicado en la hipoacusia conductiva y/o mixta bilateral no corregible protésica o quirúrgicamente: otitis media crónica, hipoacusia en oído único y malformaciones congénitas de oído externo y medio.
Material y método: Puede implantarse en una (adultos) o dos fases (niños), bajo anestesia local o general. Se describe paso a paso la técnica quirúrgica: colgajo cutáneo, reducción de partes blandas, fresado óseo, colocación del implante con pedestal y cierre. Esta técnica se ha simplificado mediante varias modificaciones: dermatomo eléctrico para tallar el colgajo dérmico de espesor parcial, equipo de fresado con irrigación incorporada y el BAHA "Fast System". Este último incluye el implante autorroscado, el pedestal premontado, el sistema de fresas simplificado y el implante con montura premontada (cirugía en dos fases).
Resultados: El índice de fracaso de la osteointegración del implante a largo plazo es menor del 2%. Las reacciones cutáneas son más frecuentes pero no suelen requerir revisión quirúrgica. La implantación del Sistema BAHA es muy simple en la actualidad, habiéndose reducido notablemente su complejidad y el tiempo quirúrgico.
Discusión/Conclusiones: El Sistema BAHA es una técnica ya establecida, con buenos resultados si se utiliza una técnica meticulosa. Para ello hay que causar el mínimo traumatismo al hueso, evitar contaminar el titanio y reducir al máximo los tejidos blandos alrededor del implante.

184

ABORDAJE TRANSESFENOIDAL CON NEURONAVEGADOR Y CIRUGÍA A CUATRO MANOS EN EL MANEJO DE TUMORES HIPOFISARIOS

E. Morera, M. Tomás, J. Ibáñez

Servicios de ORL y Neurocirugía, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: El abordaje transesfenoidal para la cirugía de tumores hipofisarios ofrece una serie de ventajas claras sobre los abordajes tradicionales. La ausencia de craneotomía, la preservación de los filetes olfatorios y el pequeño tamaño de la apertura ósea, directamente sobre la neoplasia, permite un tiempo quirúrgico mucho menor, un postoperatorio más corto y cómodo y una menor tasa de complicaciones.
Pacientes y métodos: Mostramos nuestra técnica de abordaje transesfenoidal asistida por neuronavegador. En tumores que requieran apertura del espacio dural utilizamos el colgajo de Haddad.
Resultados: El tiempo quirúrgico se reduce drásticamente con el abordaje transesfenoidal; la utilización de neuronavegador disminuye el riesgo de lesión de estructuras vitales. La cirugía a cuatro manos en conjunto con el neurocirujano amplia las posibilidades de manejo en el campo quirúrgico. La utilización de colgajos vascularizados de mucosa nasal reduce la incidencia de fístula de LCR postoperatoria.
Discusión/Conclusiones: El abordaje transesfenoidal y la cirugía a cuatro manos conjunta con el neurocirujano suponen un avance en el tratamiento de los tumores hipofisarios.

237

UTILIZACIÓN DE LA MASCARILLA LARÍNGEA

N. Gómez Estancona

Hospital de Cruces, Vizcaya.

Introducción: La mascarilla laríngea es un método fácil de utilizar en las intervenciones de O.R.L. , con menos complicaciones que la intubación traqueal.
Material y método: Las amigdalectomías, adenoidectomías, miringotomías y timpanoplastias operadas en el Hospital Infantil de Cruces se benefician de las ventajas de la mascarilla laríngea.
Resultados: Método fácil de utilizar, con menos complicaciones que la intubación.
Discusión/Conclusiones: Se evita relajar al paciente, menos medicación. Rapidez de control de la vía aérea en emergencias. Seguridad en la vía aérea y menos traumática que la intubación traqueal. Ausencia total de complicaciones y se acorta el tiempo de estancia en quirófano.

299

REHABILITACIÓN DE LA DEGLUCIÓN MEDIANTE POSTURAS Y MANIOBRAS FACILITADORAS

D. Herrero Calvo, J. Pérez Sáez, C. Sánchez Herrero, E. Sánchez Terradillos, L.M.Gil-Carcedo García

Hospital Univ. Del Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Existen numerosas situaciones patológicas que afectan al proceso de la deglución. Es necesario que el otorrinolaringólogo conozca las técnicas que se han diseñado para facilitar la deglución en sus pacientes.

Material y método: Presentamos un vídeo en el que se muestran técnicas físicas para la rehabilitación de los trastornos de la deglución en diferentes situaciones patológicas. Gestos sencillos como posturas y movimientos al tragar, facilitan la alimentación en pacientes con patología crónica que afecta a su deglución. La enseñanza de estos procedimientos a los pacientes se facilita mediante esquemas y vídeos.
Discusión: Existen varias posturas que el paciente puede adoptar en el momento de la deglución que facilitan el tránsito del bolo por las diferentes etapas del proceso deglutorio y evitan el paso de contenido alimenticio a la vía aérea. Se han diseñado, además, varias técnicas activas, como la maniobra de Mendelsohn, que tienen similares objetivos. La prevención de la aspiración es el objetivo fundamental de este tipo de técnicas, además de la correcta nutrición de los pacientes. La alimentación oral es, no sólo una necesidad fisiológica, sino además un acto social. Restablecerla, en la medida de lo posible, mejorará la calidad de vida de los pacientes.
Conclusión: La terapia de rehabilitación deglutoria –tanto activa como pasiva– es un instrumento al alcance de todo otorrinolaringólogo. El paciente puede mejorar su calidad de vida con sencillas posturas y movimientos en el momento de la deglución.

300

ESTAPEDECTOMÍA CON PRESERVACIÓN DE TENDÓN DEL MÚSCULO ESTAPEDIAL. TÉCNICA QUIRÚRGICA

L.A. Vallejo
Hospital Univ. Del Río Hortega, Valladolid.

Introducción: La cirugía de sustitución estapedial realizada en casos de otosclerosis altera diversos elementos anatómicos del oído medio (osiculares, ligamentosos y vasculares), lo que modifica sus propiedades físicas y biológicas.
Material y método: En el siguiente vídeo presentamos la técnica de estapedectomía con preservación del tendón del músculo del estribo que realizamos en nuestro servicio. La conservación de la supraestructura estapedial añade una serie de dificultades a la técnica clásica de estapedectomía. Durante años se ha depurado la técnica para vencer al máximo estas dificultades y facilitar su aprendizaje y realización.
Discusión: Se han descrito varias técnicas para el tratamiento quirúrgico de la otosclerosis que preservan el tendón del músculo estapedial. En todas ellas la conservación del tendón del músculo del estribo supone una importante mejora biológica con respecto a las técnicas que lo seccionan, ya que por un lado mantienen un sistema de protección coclear ante ruidos intensos y por otro preservan la vascularización que, a partir del tendón, alcanza la apófisis larga del yunque (lo que previene su necrosis por isquemia). Además, las características mecanoacústicas del oído son preservadas en mayor medida manteniendo la unión de la cadena osicular al músculo estapedial, lo que repercute en una mejor discriminación del lenguaje en ambientes ruidosos.
Conclusiones: La estapedectomía con preservación del tendón del músculo del estribo posee beneficios biológicos y mecanoacústicos demostrados. El perfeccionamiento de la técnica y su estandarización permite vencer las dificultades técnicas y facilitar su aprendizaje.

312

CAVITACIÓN ULTRASÓNICA AMIGDALAR

C. Fragola, P. Cabrera, G. Eisenberg, G. De los Santos Granados
Hospital Univ. Ramón y Cajal. Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: La reducción volumétrica amigdalar mediante cavitación ultrasónica constituye una novedosa técnica para abordar tanto la hipertrofia amigdalarobstructiva como la halitosis secundaria al acúmulo de caseum en las criptas amigdalares
Materiales y métodos: Presentamos varios casos de reducción volumétrica amigdalar mediante cavitación para el tratamiento de: hipertrofia amigdalar obstructiva, halitosis secundaria a acúmulo de caseum y amigdalitis de repetición. Se presenta tanto el material empleado como los diferentes tiempos quirúrgicos y detalles técnicos tanto de la anestesia como de la intervención.
Resultados: Se muestran imágenes postoperatorias inmediatas y a medio plazo de los resultados obtenidos con la técnica quirúrgica.
Conclusiones: La reducción amigdalar mediante cavitación ultrasónica ofrece unos excelentes resultados en patologías diversas, algunas de las cuales no tenían una clara solución quirúrgica aceptada.

313

CAVITACIÓN ULTRASÓNICA EN LA HIPERTROFIA TURBINAL INFERIOR

C. Fragola, P. Cabrera, G. Eisenberg, G. De los Santos Granados
Hospital Univ. Ramón y Cajal. Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: La reducción volumétrica turbinal inferior constituye una novedosa técnica para abordar una patología extraordinariamente frecuente en las consultas de rinología.
Materiales y métodos: Presentamos una reducción de volumen de cornetes inferiores en varios pacientes con hipertrofia turbinal mediante cavitación ultrasónica, se muestra el material utilizado, la técnica anestésica empleada y la cirugía con las particularidades que la diferencian de otras técnicas que se emplean de forma habitual para esta patología. En el vídeo se pretende mostrar de forma práctica cómo realizar la técnica en sus diferentes tiempos quirúrgicos.
Resultados: Se muestran imágenes postoperatorias endoscópicas inmediatas y a medio plazo de los resultados obtenidos con la técnica quirúrgica y evaluación de la función nasal del paciente.
Conclusiones: La reducción volumétrica de cornetes inferiores mediante cavitación ultrasónica ofrece unos excelentes resultados con una importante mejoría en la relación coste/beneficio frente a otras técnicas empleadas para realizar la misma técnica.

375

MALFORMACIÓN CHIARI TIPO I: ABORDAJE QUIRÚRGICO MEDIANTE ENDOSCOPIA

R. Manrique, P. Baptista, B. Bejarano, C. Gimeno-Vilar, L. Montes-Jovellar
Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: La descompresión microquirúrgica vía transoral es el procedimiento estándar en lesiones compresivas de la unión cérvico-medular; en los último años se describe una nueva modalidad de abordaje, por vía endoscópica.
Material y métodos: Paciente afecta de malformación de Chiari tipo I con platibasia, sintomática, intervenida previamente por vía transoral. En los últimos meses presenta sintomatología que sugiere un síndrome cerebeloso vermiano, hemisférico y de la región floculo-nodular. Las pruebas de imagen describen una horizontalización del clivus junto con hipoplasia de la apófisis odontoides.
Resultados: Se realiza tratamiento quirúrgico vía endoscópica para la reducción de la platibasia y exéresis de la zona que engloba la apófisis odontoides. Técnica quirúrgica empleada: sinutomía esfenoidal bilateral hacia suelo y lateralmente limitándose por estructuras vitales; se amplia hacia pared posterior de nasofaringe.
Conclusiones: Esta nueva modalidad vía endoscópica, disminuye las complicaciones, duración del ingreso y trauma psicológico. Actualmente en nuestro caso estamos pendientes de la evolución clínica.

399

EXÉRESIS DE COLESTEATOMA MEDIANTE TÉCNICA DE BONDY

E. Durio Calero, E. Montiel Díez, C. Herrero Fernández, M. Gil Calero, R. Sanz Fernández
Hospital Univ. de Getafe, Madrid.

Introducción: Bondy describió esta técnica en el año 1910 y su indicación es para colesteatomas encapsulados y laterales a la cadena con integridad de la misma, con buena audición y ausencia de patología en mesotimpano.
Material y métodos: Describimos el caso de una paciente de 47 años de edad con antecedente de cirugía de oído izquierdo y que presenta hipoacusia mixta moderada-severa del oído izquierdo y normoacusia de

oído derecho. A la exploración del oído derecho, se evidencia una perforación atical por el que salen escamas de epitelio, resto de la membrana intacta. Oído izquierdo, cavidad de mastoidectomía regular y sin actividad. En el CT se aprecia en el oído derecho masa de partes blandas lateral a la cadena que permanece integra y en la que no se identifica erosiones de la misma.
Conclusiones: Es una técnica de indicación muy limitada y excelente para la erradicación del colesteatoma epitimpánico, cuando el oído contralateral tiene una hipoacusia importante y existe posibilidad de preservar la audición.

425

IMPLANTE COCLEAR EN CAVIDAD COMÚN

L. Lassaletta, R. Pérez-Mora, M. Bastarrica, A. Castro, B. Herrán, I. Rabanal, J. Gavilán
Hospital Univ. La Paz, Madrid.

Introducción: La implantación coclear en casos de malformación severa del oído interno constituye un reto quirúrgico, y los resultados son bastante impredecibles.
Material y métodos: Presentamos el video de un caso completo de implante coclear en un niño con malformación de oído interno tipo cavidad común, incluyendo las pruebas de imagen preoperatorias, la cirugía, los resultados audiológicos, las programaciones y la evolución.
Resultados: La inserción de un electrodo especial fabricado a la medida de la cavidad se llevó a cabo con éxito. La evolución del niño es satisfactoria.
Conclusiones: La implantación coclear en las malformaciones cocleares severas es compleja pero posible, y debe intentarse antes de plantear otras alternativas como el implante de tronco cerebral.

435

SEPTORRINOPLASTIA EN PACIENTE CON ESTENOSIS DE FOSA NASAL POSTQUIRÚRGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

F.J. Guerra, J.M. Villacampa, V. Vasallo, H. Moreno, R. Del Castillo, C. Cenjor, F.J. Cogolludo, J. Sanabria, R. Gutiérrez
Fundación Jiménez Díaz. Clínica Nuestra Señora de la Concepción, Madrid.

Introducción: La septoplastia de revisión es una cirugía compleja en cuanto a que afrenta los cambios postquirúrgicos previos así como la alteración de base de la anatomía de las fosas nasales.
Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente de 30 años con antecedentes de 3 cirugías septales previas sin aportar informes, habiendo sido realizadas en su país de origen. Acude a consulta por insuficiencia respiratoria nasal izquierda que persiste a pesar de la última intervención en 2005. Refiere antecedentes de perforación timpánica izquierda en la infancia. A la exploración se objetivó una perforación timpánica central subtotal seca. A la rinoscopia se apreció únicamente un orificio septal de 3 mm en área II derecha y una estenosis completa de la entrada de la fosa nasal izquierda observándose un único orificio de apenas 7 mm de diámetro a fosa nasal contralateral. Resto de la exploración ORL sin alteraciones de interés. Solicitó TC senos paranasales.
Resultados: La TC describió una desviación izquierda ósea en área II-IV de Cottle, asociada a una estenosis de partes blandas en región anterolateral izquierda. Se planteó al paciente una septoplastia secundaria con pla posibilidad de la utilización de injerto de cartílago auricular y fascia temporal. Bajo anestesia general se realizó mediante abordaje abierto nasal, reconstrucción septal hallando gran fibrosis piramidal y septal, sin apenas restos de cartílago cuadrangular, disecando mediante técnica de corte, logrando al final cierre mediante unión directa de los bordes de la perforación. Se colocó hueso de vomer autólogo tallado entre colgajos, con sutura izquierda, derecha y transfixiante septal, con colocación de férulas de silicona y taponamientos tipo merocel en dedo de guante bilateral. A los dos meses el paciente presenta cierre completo de la perforación y fosas permeables.
Discusión/Conclusiones: Creemos de interés este caso por su complejidad y por la escasa posibilidad de realizar una previsión quirúrgica adecuada ya que la técnica debe ir adaptándose a los hallazgos quirúrgicos.

457

RESECCIÓN DE LARINGOCELE MEDIANTE LARINGOSCOPIA DIRECTA ASISTIDA POR LÁSER CO_2

R. Barberá, P. Cabrera
Hospital Univ. Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Un laringocele es un divertículo del sáculo del ventrículo laríngeo, se clasifican en internos, externos y mixtos, dependiendo de si atraviesa la membrana tirohioidea. Los agentes causales no están claros, aunque se suele citar el aumento de la presión transglótica como posible responsable, existe una relación más clara con el carcinoma de laringe o malformaciones congénitas.
Material y método: El manejo de los laringoceles es quirúrgico. Clásicamente el abordaje es por vía externa para la extirpación definitiva en adultos, y sobre todo si existe un componente externo. Presentamos un vídeo con la extirpación de un Laringocele izquierdo, interno, de aproximadamente 2,5 cm de diámetro, a través de laringoscopia directa con láser CO_2. Se observa el procedimiento de resección completa de la masa quistica, con escaso sangrado, controlado con coagulación local. El paciente evoluciono satisfactoriamente, sin presentar complicaciones en el postoperatorio, con franca mejoría de la voz y alta hospitalaria en 24 h.
Conclusión: La cirugía endoscópica asistida por láser CO_2 permite el tratamiento de patologías que anteriormente, por el grado de complejidad o el difícil acceso se reservaban a la cirugía abierta, esta idea es aplicable a patología tanto benigna como maligna, y los límites aún no están claros, aunque las expectativas en este aspecto son bastante amplias.

459

MICROCIRUGÍA CON LÁSER CO_2 EN LESIONES LARÍNGEAS BENIGNAS

F. Ropero Romero, E. Alarcón Linares, J. Gutiérrez Jodas, P. Figueroa Crespo, R. Sánchez Gutiérrez, R. Mellado Rubio
Hospital Univ. Reina Sofía, Córdoba

Introducción: La cirugía mediante láser CO_2 supone desde hace años un gran avance en el tratamiento de lesiones laríngeas. Patologías que hace supondrían una cirugía agresiva o mutilante hoy pueden solucionarse sin demasiadas dificultades mediante un abordaje por laringoscopia directa, minimizando así las posibles complicaciones.
Material y métodos: Presentamos una comunicación tipo video ilustrando dos casos clínicos de lesiones benignas laríngeas que fueron tratadas mediante microcirugía láser. El primero de ellos es un paciente varón de 49 años que presenta una lesión excrecente redondeada en región subglótica posterior, que parece depender del cartílago cricoides, la cual provocaba ataques de tos y disfonía. Durante la intervención el corte muestra islotes cartilaginosos. Mediante la cirugía se reseca parcialmente la lesión, regularizando la luz subglótica. El análisis anatomopatológico lo clasifica como condroma. El segundo de los casos es un varón de 53 años con una historia de heces melénicas y anemia (que precisa transfusión sanguínea en varias ocasiones) de aproximadamente un mes de evolución. La laringoscopia muestra una lesión roja de aspecto morular de alrededor de 1 cm de diámetro en cara lingual de epiglotis. Durante la exploración se evidencia un sangrado no muy intenso pero continuo hacia el seno piriforme derecho. Mediante microcirugía laser se consigue extirpar en su totalidad la lesión, mejorando sustancialmente la clínica a las pocas semanas de la intervención. El estudio histológico informa de hemangioma cavernoso.
Conclusión: Esta comunicación pretende ilustrar la utilidad de la microcirugía con láser CO_2 en el tratamiento de las lesiones benignas laríngeas, a propósito de dos casos poco frecuentes: un condroma cricoideo y un hemangioma de vallécula lingual.

462

RESECCIÓN PARCIAL DE PALADAR MEDIANTE LÁSER CO_2

ME Alarcón Linares, J. Gutiérrez Jodas, F. Ropero Romero, P. Figueroa Crespo, J- Roldán Nogueras
Hospital Univ. Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El láser CO_2 ha revolucionado la cirugía de la vía aerodigestiva superior, encontrándose cada vez más aplicaciones a esta técni-

ca. Una de ellas es la resección parcial de paladar para tratar la hipertrofia del mismo, en patologías como el SAHS.
Método: Presentamos una comunicación tipo vídeo que ilustra la técnica de resección parcial del paladar usando el láser CO_2, como una variante a la técnica clásica con electrocauterio.
Conclusión: La resección parcial del paladar mediante láser CO_2 es una variante válida para la realización de esta técnica. No debemos dejar de buscar nuevas aplicaciones para la cirugía láser.

489

TIROPLASTIA TIPO III PARA TRATAMIENTO DE DISFONÍAS POR ELEVACIÓN DEL TONO

I. García López, J. Peñarrocha Teres, F. Sánchez Fernández, M. Pérez Ortín, A. Pérez Del Notario
Unidad de Patología de la Voz. Hospital Madrid, Madrid.

Introducción: Se define disfonía como el cambio en las características normales de la voz: tono, timbre e intensidad. Las disfonías por alteración del tono en relación al sexo pueden producir graves alteraciones de la comunicación, deterioro de la autoimagen, dificultades en las relaciones sociales e incluso problemas laborales serios.
Material y método: Presentamos el caso de un varón de 28 años de edad que presenta una disfonía por elevación de la frecuencia fundamental en relación al sexo. Dicha disfonía le produce una importante disminución de la autoestima, así como problemas severos en las relaciones sociales e importante repercusión en su actividad laboral. Ha realizado tratamiento rehabilitador vocal durante 4 meses sin mejoría. Se propone tratamiento quirúrgico con la finalidad de agravar la voz, realizando una tiroplastia tipo III de Isshiki. Se presentan los datos de la evaluación clínica (valoración psicoacústica, valoración aerodinámica, análisis acústico, índice de incapacidad vocal y valoración laringoestroboscópica) antes y después del tratamiento quirúrgico. Se realiza una descripción detallada de la técnica quirúrgica.
Resultados: Tras la intervención quirúrgica se consigue un agravamiento significativo de la frecuencia fundamental, que pasa de 169 Hz a 103 Hz, con una intensidad máxima postoperatoria de 108 dB. El índice de incapacidad vocal prequirúrgico era de 72 y descendió hasta 19 tras la cirugía.
Discusión/Conclusiones: La tiroplastia tipo III es una técnica eficaz para reducir la frecuencia fundamental de la voz en las disfonías por elevación del tono en relación al sexo.

512

LIGADURA DE LA ARTERIA ESFENOPALATINA COMO TRATAMIENTO EN LA EPISTAXIS SEVERA RECURRENTE POSTERIOR

B. Agreda Moreno, R. Artal Sánchez, E. Serrano Añón, A. Urpegui García, J.I. Alfonso Collado, H. Vallés Varela
Hospital Clínico Univ. Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: La epistaxis es una de las urgencias más frecuentes en la práctica diaria de la otorrinolaringología. Tan sólo un 10% de ellas se origina en el territorio posterior, y menos del 5 % del total de epistaxis requieren tratamiento quirúrgico. La arteria esfenopalatina proporciona el principal aporte sanguíneo a la fosa nasal, e irriga la parte posterior del tabique, los cornetes y la pared lateral nasal. Las distintas alternativas de tratamientos utilizados hasta ahora, como son la ligadura de la arteria maxilar interna mediante Caldwell Luc, o la embolización, conllevan más riesgos para el paciente, tienen tasas más altas de complicaciones, y son técnicas menos eficaces.
Material y métodos: Presentamos un vídeo donde se muestra la ligadura de esta arteria y sus ramas a su salida por el orificio esfenopalatino, comentamos nuestra experiencia con diversos pacientes, y explicamos la técnica quirúrgica.
Conclusiones: La ligadura de la arteria esfenopalatina para el tratamiento de las epistaxis posteriores severas, es una alternativa eficaz y con escasas complicaciones.

SÁBADO, 18 DE OCTUBRE

AUDITORIO AUGUSTO

CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO Y BASE DE CRÁNEO

08,30-09,30

Sesión de comunicaciones orales 1

Presidente: Raimundo Gutiérrez Fonseca
Secretario: David Virós Porcuna

54

DISTANT METASTASES AFTER TRANSORAL LASER MICROSURGERY FOR LARYNGEAL AND HYPOPHARYNGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA

M. Caballero Borrego, I. Vilaseca González, M. Bernal Sprekelsen, J.M. Guilemany Toste, M. Moragas, J.L. Blanch
Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: El objetivo de este estudio es evaluar si esta cirugía se asocia a una mayor incidencia de metastasis a distancia.
Método: Estudio retrospectivo de 340 pacientes consecutivos diagnosticados de carcinoma escamoso de laringe o hipofaringe y tratados con cirugía transoral con laser carbónico.
Resultados: Veinticuatro de 340 (7,1%) pacientes presentaron una metastasis a distancia. El tiempo medio de aparición después de la cirugía fue 19,1 meses (rango: 1-41). El estudio de regresión multivariado demostró que la localización (seno piriforme: OR = 15,37, p = 0,025), N (N2: OR = 7,36, p = 0,003, N3: OR = 19,28, p = 0,027) y la afectación de los márgenes quirúrgicos (OR 5,32, p = 0,005) predicen de forma independiente la aparición de metástasis a distancia.
Discusión: La incidencia de metastasis a distancia fue de 7,1%, similar a la de la literatura (4.2 a 23.8%). Los tumors fueron más frecuentes en pulmón, hueso e hígado. Los tumores de hipofaringe presentaron mayor porcentaje de metástasis a distancia (31,0%), seguido por el cáncer de supraglotis (11,2%), y glótico (1,5%) coincidente con otras series operadas vía transoral, vía externa o con tratamiento conservador de órgano. Como en la mayoría de los estudios la afectación de ganglios linfáticos, la ruptura de su cápsula y la afectación de los márgenes quirúrgicos se ha relacionado con las metástasis.
Conclusiones: El desarrollo de metástasis a distancia después de cirugía transoral con laser carbónico para el tratamiento de los carcinomas escamosos de laringe e hipofaringe depende principalmente de la localización del tumor, la presencia de metástasis ganglionares y la afectación de los márgenes quirúrgicos.

63

COMPLICACIONES DE LA FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA FONATORIA

M. Carrasco Llatas, C. López Mollá, E. Estellés Ferriol, T. Seijas Rosales, J. Dalmau Galofré
Hospital Univ, Dr. Peset, Valencia.

Introducción: La fístula traqueoesofágica con inserción de prótesis fonatoria constituye actualmente el mejor método de rehabilitación vocal tras una laringuectomía total. Sin embargo, como toda técnica quirúrgica, no está exenta de riesgos. Según la bibliografía existe una tasa de complicaciones menores del 18-52% y mayores del 25%.
Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo con un total de 370 pacientes al que se realizó una fístula traqueoesofágica fonatoria en nuestro servicio y recopilamos las complicaciones mayores y menores encontradas.
Resultados: Dividimos las complicaciones menores en complicaciones referentes al estoma, referentes a la fístula y referentes a la prótesis. Encontramos estenosis del estoma en un 6%, granulolmas en un 30,6%, dilatación de la fístula en un 11,1%, migración de la fístula en el 12%,colonización de la prótesis por hongos en un 17,1%, rotura de la prótesis en el 7,2%, choque de la prótesis contra la pared posterior en un 9,8%, inversión de la prótesis en un 14% y extrusión en un 22,6%. En cuanto a las complicaciones mayores presentamos un 0,3% de mediastinitis y un 0,3% de abscesos cervicales.
Conclusiones: La restauración quirúrgica de la voz mediante la creación de una fístula fonatoria es uno de los desarrollos más significativos de la cirugía de cabeza y cuello. Como toda técnica quirúrgica no está exenta de riesgos, aunque la mayoría de complicaciones serán menores. El paciente debe de estar concienciado y motivado y dispuesto a establecer un estrecho contacto con el personal sanitario.

99

DIVERTÍCULO DE ZENKER: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ACTUAL EN NUESTRA EXPERIENCIA

D. Virós Porcuna, Z. Piñeiro Agüín, A. Pujol Olmo, R. Krakowiak Gómez, I. Zarraonandia Andraca, M. Quer i Agustí
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La patología del esfínter esofágico superior es poco frecuente. Básicamente su tratamiento es quirúrgico, bajo abordaje externo, o a través de la vía endoscópica si existe divertículo. Esta última puede realizarse con la utilización del láser CO_2, grapadoras endoscópicas tipo GIA, equipos de diatermia.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 13 pacientes tratados en nuestro servicio entre 2001 y 2008. Para su diagnóstico se utilizó la fibrolaringoscopia y radiología baritada en todos los casos, la manometría esofágica y la gastroscopia se emplearon en casos seleccionados. Se analizó el tipo de tratamiento llevado a cabo, tamaño del divertículo, tiempo quirúrgico, tiempo hasta la ingesta oral, complicaciones quirúrgicas, estancia hospitalaria, resultado funcional, y la presencia de recidiva.
Resultados: El 92% de los pacientes presentaron divertículo de Zenker por el 8% que presentó acalasia cricofaríngea. Un 76% de los casos fueron tratados mediante cervicotomía, mientras que en el 24% se pudo realizar un abordaje endoscópico. La media de tamaño del divertículo fue de 3,25 cm en los casos tratados con cirugía abierta y de 2,16 cm en aquellos con cirugía endoscópica. Se presentó recidiva de la patología en 2 ocasiones (15%), después de abordaje abierto. De estos, un caso fue tratado con nuevo abordaje externo y otro bajo vía endoscópica con éxito en ambos casos.
Conclusiones: El divertículo de Zenker es una patología que se puede sospechar bajo fibrolaringoscopia, y se deben realizar exploraciones complementarias. Si comparamos la técnica endoscópica con la abierta clásica, encontramos un tiempo quirúrgico significativamente reducido, menor morbilidad quirúrgica, menor estancia hospitalaria. En nuestra serie aparece una tasa de recidivas mayor en la técnica abierta. Si no se puede obtener una buena exposición endoscópica se debe llevar a cabo un tratamiento abierto clásico.

200

DIAGNÓSTICO, RESULTADOS Y COMPLICACIONES DE 100 PAROTIDECTOMÍAS

J.M. Aparicio Fernández, A. Toledano Muñoz, C. Herraiz Puchol, M.A. Mate Bayón, C. Navas Molinero, I. Gallego Aranda, C. Ruiz Escudero, S. Marcos
Hospital Alcorcón, Madrid.

Introducción: La glándula parótida es asiento fundamentalmente de patología inflamatoria y tumoral. La patología tumoral parotídea re-

presenta aproximadamente el 3% de las neoplasias de cabeza y cuello, desde lesiones benignas hasta otras muy agresivas y de mal pronostico.
Material y método: Revisamos las 100 primeras parotidectomías realizadas en nuestro hospital desde el año 1999 hasta el año 2007. El procedimiento diagnóstico que incluye PAAF y al menos una técnica de imagen (ecografía, TC y/o RM), El procedimiento quirúrgico que incluye parotidectomías superficiales o suprafaciales, parciales y totales y las complicaciones quirúrgicas.
Resultados: La práctica totalidad de las parotidectomías se realizaron por patología tumoral. El 90% tumores primarios, de los cuales el 80% son benignos. El tumor más frecuente es el adenoma pleomorfo seguido del tumor de Warthin. El 80% de las técnicas fueron suprafaciales. Las complicaciones fueron todas menores (principalmente seromas) y no existe ninguna parálisis facial definitiva.
Discusión/Conclusiones: La parotidectomía es una técnica segura con muy buenos resultados en el control de los tumores benignos y con mínimas complicaciones. En el futuro debemos estudiar si las nuevas técnicas parciales son seguras y obtienen buenos resultados en el control tumoral.

291

LESIONES CONGÉNITAS CERVICALES: QUISTE TIROGLOSO. NUESTRA EXPERIENCIA

C. Gutiérrez Castillo, E. Monerris García, I. Monjas Cánovas, A.B. Vadillo Díez, J.R. Gras Albert
Hospital General Univ., Alicante.

Introducción: La patología congénita del cuello constituye un área compleja porque se precisa un correcto conocimiento de la embriogénesis de los diferentes componentes del cuello. La localización anatómica, edad de aparición y la forma de presentación (quiste, seno o fístula) nos orienta acerca del origen, que puede ser branquial, tiroideo, dermoide, linfoide, vascular, tímico... Las anormalidades del conducto tirogloso son las lesiones congénitas más frecuentes del cuello. Consiste en la persistencia de un tracto epitelial entre la glándula tiroides y el foramen caecum. Las pruebas de imagen son fundamentales para su diagnóstico, siendo la ecografía, la TAC y la RNM las de mayor utilidad. El tratamiento suele ser quirúrgico, procediendo a la extirpación completa de la lesión, para así evitar los procesos infecciosos de repetición.
Objetivo: Describir la experiencia de nuestro servicio con respecto a este tipo de lesión cervical congénita, tanto en niños como adultos, en los últimos de 10 años.
Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo, recogiéndose 78 casos diagnosticados de quiste tirogloso en el H. G. U de Alicante, 57 niños y 21 adultos, desde 1997 a 2007.
Resultados: Se comparan características clínicas, y resultados postquirúrgicos entre adultos y niños, entre otros parámetros.
Conclusión: El quiste tirogloso es una patología más frecuentemente diagnosticada en la infancia. Su forma de presentación clínica habitual es la asintomática y tiene un leve predominio en el sexo masculino.

351

CARCINOMA DE NASOFARINGE: 8 AÑOS DE NUESTRA EXPERIENCIA

F. de la Rosa Astacio, P. Cabrera Morín, D. Pérez Pérez, C. Frágola Arnau, G. de los Santos Granados
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El carcinoma de nasofaringe se diferencia de otros carcinomas de cabeza y cuello epidemiológica e histológicamente. Su evolución y respuesta terapéutica también difieren. En nuestro medio es una patología poco frecuente.
Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo de los carcinomas de nasofaringe diagnosticados entre 1998 y 2005 en nuestro hospital. Las historias clínicas de 26 pacientes fueron revisadas. El sexo, la edad, estadio tumoral, protocolos terapéuticos y la evolución, fueron analizados.
Resultados: Se diagnosticaron 26 pacientes: 20 hombres y 6 mujeres. Media de edad 49 años (18-72 años). Los síntomas de presentación más frecuentes fueron la obstrucción nasal y adenopatía cervical (38% cada una) y la otitis media serosa (23%). El tipo histológico más frecuente fue el indiferenciado (tipo III de WHO). El 38% y 27% correspondieron a los estadios III y IVA, respectivamente. El 96% fue tratado con radio-quimioterapia de primera línea. Cirugía de rescate en el 21% (vaciamientos ganglionares cervicales). La media de seguimiento fue 39 meses. Supervivencia global del 69%.
Conclusiones: La clínica, inicialmente, suele ser escasa o nula. El diagnóstico suele realizarse en estadios avanzados. La respuesta de esta patología a la radio-quimioterapia es favorable, reservándose la cirugía de rescate ante la persistencia o recidiva de la enfermedad. El diagnóstico precoz mejoraría el rango de supervivencia ya que el pronóstico está directamente relacionado con el estadio tumoral.

09,30-11,00

Mesa Redonda

MR01 Cirugía de tiroides - Thyroid surgery

Presidente: Manuel Vázquez Bobillo
Secretario: César Antonio Álvarez Marcos
Moderador: Primitivo Ortega Del Álamo
Panelista: Salvatore Conticello
Panelista: Pablo Ortíz García
Panelista: José Dalmau Galofre
Panelista: Eloy Infante Matarredona

11,00-11,30

Conferencia

CF03 Carcinoma avanzado de tiroides: tratamiento - Advanced thyroid carcinoma: treatment

Conferenciante: Giuseppe Spriano
Modera: Bartolomé Scola Yurrita

11,30-12,00 **Pausa Café**

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS01 Cirugía de paratiroides - Parathyroid surgery

Moderador: Carlos Suárez Nieto
Panelista: José Martínez Vidal
Panelista: David Terris
Panelista: Mario Fernández Fernández
Panelista: Ricardo Bernáldez Millán
Panelista: Francísco José García-Purriños García

14,00–16,00 **Comida**

16,00-17,00

Curso de instrucción

45

CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE CUELLO

M. Fernández Fernández, P. Parente Arias, A. Martínez Moran
Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

Resumen: Durante muchos años, la cirugía de cuello ha experimentado pocos cambios debido a sus buenos resultados. Sin embargo, actualmente se han introducido nuevas tecnologías y técnicas que han mejorado la eficacia y los resultados de las intervenciones y que han permitido la adaptación de técnicas endoscópicas ampliamente utilizadas en otros ámbitos de la cirugía en el área cervical: el uso de ópticas, la introducción del bisturí de ultrasonidos o el sellador bipolar de vasos. La tiroidectomía mínimamente invasiva videoasistida, descrita por Paolo Mícoli, técnica endoscópica para exéresis de lóbulos tiroideos sin gas, se está haciendo poco a poco indispensable en el arsenal de técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la patología tiroidea, por la disminución de la secuela estética, la estancia hospitalaria y el dolor postquirúrgico. Es también importante la adaptación de la técnica de Micoli para el tratamiento de otras patologías cervicales, como la submaxilectomía mínimamente invasiva videoasistida En el presente curso se expondrán los fundamentos de estás tecnologías y su aplicación mediante vídeos, así como se analizará de forma crítica las ventajas que han aportado con respecto a las técnicas convencionales.

17,10-18,10

Curso de instrucción

37

PALPACIÓN CERVICAL. ¿LA REALIZAMOS CORRECTAMENTE? CURSO BÁSICO DE PALPACIÓN CERVICAL

E. Gil-Carcedo Sañudo, D. Herrero Calvo, C. Sánchez Herrero, E. Sánchez Terradillos, L.M. Gil-Carcedo García
Hospital Universitario Del Río Hortega, Valladolid.

Resumen: La presencia de "masas" cervicales es uno de los signos más frecuentes en una consulta de nuestra especialidad. Habitualmente se trata de procesos inflamatorios-infecciosos benignos, pero en ocasiones se producen por enfermedades subyacentes graves que pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente. Para poder realizar un buen diagnóstico ante una masa cervical es sin duda imprescindible una completa anamnesis y una correcta exploración clínica. La anamnesis debe recoger: edad del paciente, antecedentes médicos, hábitos tóxicos, factores que nos hagan sospechar un origen infeccioso y tiempo de evolución de la lesión a estudiar. Conocer las maniobras correctas y regladas de la exploración cervical es un pilar fundamental en la formación del especialista ORL. La palpación debe ser rigurosa y siguiendo un orden sistemático. Se expondrá un video donde se refleja la forma de realizar la exploración y sus puntos clave. Con el fin de facilitar el estudio de las tumoraciones cervicales, dividimos la región en 3 subregiones: Línea media, porción lateral y zona posterior. Las neoformaciones según su origen se clasifican en extranodales y ganglionares. Se exponen escalas de tamaño, consistencia y movilidad. Saber sentar un diagnóstico de presunción con la palpación cervical nos ayuda en la solicitud de pruebas complementarias y en la planificación del tratamiento. El objetivo del curso es, que tras la presentación del video y ayudados con esquemas e imágenes de pruebas diagnósticas complementarias (TC, RM, Angiografía), conseguir un diagnóstico provisional. Un coloquio final sobre el diagnóstico diferencial completará esta actividad docente.

18,10–18,40

Conferencia

CF04 Cirugía endoscópica tiroidea - Endoscopic thyroid surgery

Conferenciante David Terris
Modera: Carlos Suárez Nieto

18,40–19,10

Conferencia

CF05 Cirugía reconstructiva en cabeza y cuello - Reconstructive surgery in the head and neck region

Conferenciante: René Leemans
Modera: Miquel Quer i Agustí

SÁBADO, 18 DE OCTUBRE

SALA EUTYCHES

COMISIÓN DE VOZ Y FONIATRÍA

08,30-09,30

Sesión de comunicaciones orales 2

Presidente: 0
Secretario: 0

102

IDENTIFICACIÓN NEURO-MUSCULAR INTRALARÍNGEA PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DISFONÍA ESPASMÓDICA

E. Mora Rivas, E. Maranillo Alcaide, I. Cobeta Marco
Hospital Ramón y Cajal; Universidad Complutense, Madrid.

Introducción: El tratamiento aceptado actualmente de la disfonía espasmódica aductora es la infiltración con toxina botulínica. Se expone en esta comunicación la fase experimental para el desarrollo de una técnica quirúrgica que permita resultados estables en el tratamiento de dicha patología.
Material y método: Mediante tiroplastia posterior de 15 laringes de cadáver, se diseca la porción intralaríngea del nervio recurrente, identificando, bajo visión microscópica, sus ramas terminales (para los músculos tiroaritenoideo y cricoaritenoideo lateral), los fascículos musculares de los mismos, y la rama anterior de la arteria y la vena laríngea inferiores.
Resultados: La ventana en la región posterior del ala tiroidea necesaria para la identificación del nervio recurrente, tiene de media una altura de 14,5 mm y una anchura de 16,5 mm. La distancia de dicha ventana a los bordes del cartílago tiroides es (media): 2,6 mm del borde inferior, 15,3 mm del superior, 6,4 mm del lateral y 14,6 mm de la línea media. Las distribución de las ramas terminales del nervio recurrente: 57% presentan una única rama inferior, el resto dos, 57% presentan dos ramas superiores, 43% una y 14% tres. En cuanto a las relaciones topográficas con los vasos arteriales y venosos, de forma general, se presentan en un plano superficial y superior al del nervio.
Discusión: La gran variabilidad en la anatomía de las ramas terminales del nervio recurrente y la dificultad en la disección de dicha región hacen imprescindible el estudio de la misma de forma experimental previo a la realización en pacientes afectos de disfonía espasmódica, para establecer un protocolo de disección quirúrgica.

156

ASPECTOS CLÍNICOS Y TRATAMIENTO DE LOS QUISTES INTRACORDALES. NUESTRA EXPERIENCIA EN 75 PACIENTES

J. Knäpper Martín, C.Iglesias Valera, C. García-Vaquero Millán, P. Fortuny Amorós, E. Perelló Scherdel
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Los quistes de cuerda vocal son lesiones benignas de la laringe y se manifiestan en la mayoría de los casos por disfonía. La patogenia se relaciona con un origen traumático o inflamatorio por mal uso de la voz y en un 15% de los casos presentan otras lesiones asociadas Existen dos tipos descritos: los quistes de retención mucosa y los quistes de inclusión epitelial. La estroboscopia los describe como una lesión en una o ambas cuerdas vocales con poca o nula ondulación y asimetría. La laringoscopia directa orienta a la posibilidad del tratamiento quirúrgico. La fonocirugía es el tratamiento de elección más frecuente y se lleva a cabo mediante unas cuidadosas técnicas de microcirugía endolaríngea para evitar la recidiva. Tras reposo vocal se plantea un tratamiento foniátrico.
Material y métodos: Se revisan 75 historias clínicas de pacientes intervenidos por quistes intracordales desde 2004 hasta 2008 en nuestro centro. Se registran datos sobre la edad, sexo, antecedentes personales, clínica, reeducación vocal previa, estroboscopia previa, técnica quirúrgica, diagnóstico anatomopatológico, tratamiento posterior y complicaciones.
Resultados: La muestra se compone de 75 pacientes con diagnóstico de quiste intracordal. La edad promedio de los pacientes fue de 34,17 (rango: 13-67 años) y un 86% fueron mujeres. En cuanto a los hábitos tóxicos, un 64 % de los casos eran fumadores mientras que tan sólo un 10% presentaban hábito enólico. El motivo de consulta más frecuente fue de disfonía.
Conclusiones: Los quistes intracordales son un motivo de consulta frecuente de disfonía entre pacientes jóvenes. Nuestro estudio recoge la experiencia en el diagnóstico, manejo y resultados del tratamiento de quistes intracordales.

191

ALTERACIONES PRECOCES EN LA PRODUCCIÓN VOCAL DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA TIROIDEA

J.M. Verdaguer Muñoz 1, J. I. de Diego Sastre 2, M.P. Prim Espada, A.J. del Palacio 2, R. Bernáldez Millán 2, J. Gavilán Bouzas 2
Hospital Puerta de Hierro 1, Hospital La Paz 2, Madrid.

Introducción: La tiroidectomía es una intervención de rutina en la mayor parte de los centros hospitalarios. Una de sus complicaciones es la aparición ocasional de pacientes con alteraciones de la voz pese a mantenerse la integridad del nervio recurrente laríngeo (NRL). Resulta esencial el conocer las fases normales por las que transcurre la función vocal de nuestros pacientes operados de la glándula tiroides.
Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo caso control en 132 pacientes intervenidos en nuestro centro (94 casos y 38 controles) de cirugía tiroidea y otológica. La voz fue medida en 4 diferentes ocasiones (antes de la cirugía, 3 horas después, 24 horas después y tras 7 días). Se realizó un análisis acústico en todos los sujetos durante estos exámenes. Asimismo se realizó una estroboscopia laríngea en todos los controles salvo el de 3 horas postcirugía. El análisis acústico comprendió el estudio de 6 variables: Frecuencia Fundamental, Jitter, Shimmer, Relación Armónico-Ruido (HNR), Energía Normalizada del ruido (NNE) y la relación ruido señal (SNR).
Resultados: Se encontró que tanto en los pacientes del grupo de casos como en el de controles alteraciones en las medidas del análisis acústico vocal en todas las variables a las 3 horas de la intervención, que se normalizan a partir de las 24 horas sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.
Discusión/Conclusiones: Los cambios aparecidos tras la cirugía tiroidea cuando el nervio laríngeo se encuentra preservado son similares a los encontrados en sujetos normales tras una intubación endotraqueal.

211

NUESTROS RESULTADOS EN TIROPLASTIA TIPO IV

E. Mora Rivas, I. Cobeta Marco
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La tiroplastia tipo IV de Isshiki tiene como finalidad la agudización de la voz, mediante el incremento de la frecuencia fundamental, gracias al aumento de tensión externa del músculo cricotiroideo.
Material y método: Analizamos los parámetros básicos del análisis acústico antes y después de la cirugía, así como la grabación de la voz, de 10 pacientes que presentan disfonía tonal.

Resultados: El rango en el que se encuentra la frecuencia fundamental prequirúrgica es de 92 a 185 hZ, y el postquirúrgico de 188 a 394 hZ (incremento por tanto de una octava). El 90% de las pacientes refieren estar satisfechas con el tono de su voz tras la intervención, refiriendo el 15% cierto grado de ronquera. Nuestro seguimiento en el momento actual es a 10 meses de la cirugía. No disponemos de datos a largo plazo, debido al reciente inicio de la realización de esta cirugía en nuestro centro.
Discusión: Dos tratamientos están descritos en la literatura con el fin de conseguir agudizar el tono vocal. La rehabilitación logopédica, como tratamiento conservador, y la tiroplastia tipo IV como tratamiento quirúrgico. Estudios de la calidad vocal a largo plazo son necesarios para poder comparar los resultados de ambos tratamientos a largo plazo.

301

USO DE MITOMICINA C EN PAPILOMATOSIS LARÍNGEA

D. Ocampos Gubler, R. Monge Jodra, C. Almodóvar Álvarez
Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Paciente de 35 años de edad que presenta papilomatosis laríngea recurrente tratada con microcirugía láser en varias ocasiones con sinequias en comisura anterior, tratada posteriormente con cirugía láser CO_2 más mitomicina C.
Material: Láser CO_2. Mitomicina C tópica 1 ml (0,5mg/ml).
Resultados: La paciente es operada en dos oportunidades con microcirugía láser más aplicación tópica con mitomicina C observándose la no recurrencia de la papilomatosis con una mínima sinequia anterior a los 14 meses.
Discusión: El uso tópico de la mitomicina C para evitar la formación de sinequias presentaría una gran utilidad en cirugías de cuerdas vocales con alta tasa de sinequias como la papilomatosis laríngea.

404

LABORATORIO DE VOZ: VÍDEO Y AUDIO EN PLATAFORMA PACS

M. Ollé Moliner 1, J.F. García-Rodríguez 1, E. Juan Pastor 1, A. Mir Le-Meur 1, J. Oliver 2, A. Contestí 2, J.R. Secades 1
Servicio de ORL 1, Servicio de Informática 2, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

Introducción: El Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca, inaugurado en 2001, es pionero en la Historia Clínica Informatizada (HCI). El "Picture Archives Comunication System" (PACS®) vinculado a la HCI aporta calidad y sofisticación a una forma de trabajar "sin papeles". Otorrinolaringólogos e informáticos, a propósito de la creación de una unidad de voz, damos un paso adelante en la explotación del PACS®: el tratamiento de la imagen vídeo + audio aplicado a la exploración laríngea estroboscópica.
Material y método: La unidad de voz consta de dos otorrinolaringólogos y una logopeda, con el soporte técnico de nuestros informáticos. Hemos personalizado el documento de HCI para la patología vocal (anamnesis, exploración, VHI), disponemos del Dr Speech 4.4® para análisis acústico y estroboscopia para el estudio laríngeo. La captura, digitalización, edición y transferencia de imágenes y vídeo al PACS® se realiza mediante el programa MIO®. Recogemos la información del paciente en una base de datos vinculada a HCI.
Resultados: Presentamos nuestro protocolo de trabajo: circuito asistencial, organización del laboratorio de voz y tratamiento de imagen pionero a nivel mundial por la incorporación de vídeo en color en un soporte común hospitalario (PACS®).
Conclusiones: Nuestro método: optimiza recursos (aprovecha el sistema informático sustituyendo software o sistema de grabación externo), permite la exportación de imágenes (para uso asistencial y científico en cualquier punto del hospital, incluso en otros hospitales de la red IB-Salut) y mejora la calidad asistencial (satisfacción del personal y del paciente). En definitiva aumenta la eficacia y eficiencia del sistema sanitario.

09,30–11,30

Taller de trabajo

WS02 Esfínter esofágico superior

Moderador: Gabriel Jaume Bauza
Panelista: José María Cuyás De Torres
Panelista: Raimundo Gutiérrez Fonseca
Panelista: Guillermo Til Pérez
Panelista: Ricardo Carrau
Panelista: Jesús Iniesta Turpín

11,30-12,00 Pausa Café

12,00-13,30

Mesa Redonda

MR02 Atención a los trastornos de la voz cantada

Presidente: Julián López-Ríos Velasco
Moderador: Faustino J. Núñez Batalla
Panelista: Ferrán Ferrán Vila
Panelista: Ignacio Cobeta Marco
Panelista: Cori Casanova
Panelista: Bruno Coulombeau
Panelista: Isabel García López

13,30–14,00

Conferencia

CF06 Valoración médico-foniátrica pre y post fonocirugía

Conferenciante: Ricardo Luis Serrano
Modera: Faustino J. Núñez Batalla

14,00–16,00 Comida

16,00-17,00

Curso de instrucción

28

CASOS CLÍNICOS EN PATOLOGÍA VOCAL

A. Pérez Izquierdo, J.C. Casado Morente, M. Landa Aranzábal, C. Gorriz Gil, A. Zabala López de Maturana
Hospital de Basurto, Vizcaya, Hospital Costa del Sol, Málaga.

Introducción: Los grandes avances tecnológicos en la exploración de la patología vocal, los progresos en la aparición de nuevos métodos de tratamiento tanto médico, quirúrgicos como rehabilitadores, hacen que la actuación y el manejo en los pacientes con patología de voz, sea mucho más compleja que hace unos años. Además entran en juego varios pro-

fesionales tanto médicos como no médicos (logopedas, profesores de canto, pedagogos, otorrinos, foniatras...). Por otro lado no existen aún consensos y protocolos para poder discutir y publicar bajo un estándar común.

Material y métodos/Resultados: En este 3er curso de instrucción queremos exponer varios casos clínicos correspondientes a diferentes patologías que podemos encontrar en nuestras consultas de ORL general y por profesionales de diferentes centros. Nuestro objetivo es intentar mostrar: 1- El abanico de pruebas diagnósticas de que disponemos en la actualidad. 2- Puntos guía que nos ayudan a enfocar y decidir el tratamiento más adecuado. 3- Técnicas quirúrgicas que utilizamos con sus indicaciones y resultados. 4- Hallazgos quirúrgicos y estroboscópicos que nos han sorprendido, y cuya experiencia nos ayudan a tomar futuras decisiones.

Conclusiones: Se trata de un curso básico, que interesa no sólo al especialista de voz, sino a los residentes y otorrinos que desean ampliar sus conocimientos mediante visualización de imágenes y audición de voces, y dejando abierta la discusión de los casos a todos los asistentes.

17,10–18,10

Curso de instrucción

2

DISFUNCIÓN LARÍNGEA: DIFICULTAD EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CLÍNICO

C. Milstein, C.A. Solares
Cleveland Clinic. Ohio, EEUU

En Estados Unidos hay una población cada vez más creciente de pacientes que sufren de problemas de la voz/deglución/respiración en ausencia de lesiones o daño de tejidos de laringe/faringe. Síntomas como la tos crónica, la pérdida súbita de la voz, dificultad severa de respiración con exposición a irritantes o durante actividad física intensa son cada vez más frecuentes en las consultas otorrinolaringológicas. Un gran porcentaje de médicos tiene dificultad en entender estos síntomas y hacer un diagnóstico correcto. Estos pacientes son mejor diagnosticados y tratados por profesionales en el área de foniatría. En los últimos años cantidad de estudios han permitido entender mejor el proceso de disfunción laríngea en casos en que el problema es funcional sin patología anatómica. Estos pacientes presentan con estudios endoscópicos normales o casi normales, pero sus síntomas interfieren dramáticamente con su calidad de vida, muchas veces resultando en visitas frecuentes a la sala de emergencias, pérdida de la capacidad laboral, o dificultad severa en comunicación. El propósito de este curso es ayudar a definir las tres condiciones funcionales más comunes: a) disfonía o afonía funcional, b) disfunción de cuerdas vocales o movimiento paradójico de cuerdas vocales, y c) síndrome de irritabilidad laríngea. Se discutirá las distintas técnicas para hacer un diagnóstico diferencial correcto, y técnicas efectivas de tratamiento foniátrico que permiten reestablecer función laríngea normal y reintroducir pacientes a su calidad de vida normal.

18,10–18,40

Conferencia

CF07 Fonocirugía - Phonosurgery

Conferenciante: Delfo Casolino
Modera: Primitivo Ortega del Álamo

18,40–19,10

Conferencia

CF08 Protocolo de exploración videoestroboscópica

Conferenciante: Bruno Coulombeau
Modera: Ferrán Ferrán Vila

SÁBADO, 18 DE OCTUBRE

SALA GENIUS I+II
COMISIÓN DE OTOLOGÍA

08,30-09,30

Sesión de comunicaciones orales 3

Presidente: Luis Mª Gil-Carcedo García
Secretario: Rebeca de la Fuente Cañibano

279

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS POSTQUIRÚRGICOS EN ESTAPEDOTOMÍAS DE GAP MENOR O IGUAL A 20

A. Albertí Casas 1, E. Figuerola Massana 2
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès 1, Barcelona; Hospital Univ. Joan XXIII 2, Tarragona.

Introducción: La estapedotomía es un método efectivo para eliminar las pérdidas auditivas conductivas. Generalmente se prefiere esperar a tener una pérdida conductiva grande para plantear la cirugía, que varía según los autores entre 35-40dB i 20-25dB (Wiet RJ, Causse JB).
Material y método: Estudio retrospectivo de una serie de casos, que incluyen todas las estapedotomías realizadas en el Hospital Joan XXIII de Tarragona entre el 1998 y el 2000, con un total de 189 casos, siendo 26 con GAP menor o igual a 20. Se comparan los resultados postoperatorios entre las estapedotomías con GAP pequeño, con los resultados de las estapedotomías con GAP mayor a 20. Se considera éxito cuando en GAP postoperatorio es menor o igual a 10dB.
Resultados: Los resultados postoperatorios inmediatos (al mes) son de un 80'8% de éxitos en el grupo de GAP pequeño y del 72'39% en el grupo de GAP mayor, no siendo estadísticamente significativas las diferencias por ser la muestra pequeña, pero sí clínicamente relevantes. No existió ninguna cofosis en la serie.
Discusión/Conclusiones: Las estapedotomías con GAP pequeño no presentan un índice mayor de malos resultados que las que se intervienen con GAP mayor, incluso los resultados son mejores en el postoperatorio inmediato. La ganancia auditiva objetiva y subjetiva es considerable, y se debe considerar la cirugía cuando queremos solucionar la hipoacusia que provoca, prevenir complicaciones de la evolución de la otosclerosis o restituir la audición simétrica en etapas precoces de la enfermedad.

140

COMPLICACIONES DE LA ESTAPEDECTOMÍA EN RELACIÓN CON EL TUBO DE POLIETILENO. NUESTRA EXPERIENCIA

M. Calderón Sánchez, R. Polo López, I. Isasa González de Ubieta, C. Sierra Grañón
Hospital Univ.Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La estapedectomía con utilización del tubo de polietileno como tratamiento quirúrgico de la otosclerosis es la técnica de elección en nuestro hospital.
Materiales y métodos: Presentamos los datos recogidos en nuestro centro en los últimos 5 años. En este periodo se han realizado un total de 287 estapedectomías con platinectomía total o parcial y colocación de pericondrio autólogo y prótesis de polietileno. De éstas han sido necesario la revisión de la técnica quirúrgica en un total de 22 pacientes (7,6%).
Resultados: La revisión de estapedectomía revela las causas principales del fracaso de esta técnica que en un porcentaje del 91% de los casos tiene relación con el tubo de polietileno. En nuestra casuística en los 22 casos reintervenidos encontramos: 1. Movilización de la prótesis en un 32% de los casos; 2. Necrosis de la apófisis larga del yunque en un 41%; 3. Fibrosis en relación con el tubo en un 18% del total de los casos.
Conclusiones: Presentamos nuestra autocrítica en la utilización de la prótesis de polietileno en la técnica de la estapedectomía.

143

MIRINGOLPLASTIA CON GRASA EN ADULTOS. RESULTADOS DE 5 AÑOS

J.J. Navarro Sampedro, J. Gómez, M. Landa Aranzábal, X. Altuna Mariezkurrena, Z. Basterra, J. Algaba Guimera
Hospital Donostia, Guipúzcoa.

Introducción: En nuestro hospital se utiliza la grasa de lóbulo auricular como un arma más en el tratamiento quirúrgico reconstructivo de la membrana timpánica, concretamente en los casos de pequeñas perforaciones. Se exponen la técnica quirúrgica (vídeo), indicaciones y nuestros resultados de 5 años de miringoplastia con grasa en adultos.
Material y métodos: Se han revisado las historias de los pacientes adultos operados con esta técnica entre los años 2002 y 2006; se trata de 11 varones (47,8%) y 12 mujeres (52,2%) todos mayores de 14 años, de los cuales 14 (60%) tenían antecedente de miringoplastia previa. Todos fueron intervenidos bajo anestesia local. Por localizaciones el 43% de las perforaciones era anterior, 39% posterior y 18 inferior.
Resultados: La tasa de éxito global es del 87,5%. Por localizaciones el éxito fue del 100% para la perforaciones anteriores e inferiores y del 66,7% para las posteriores. No se obtuvo diferencia significativa entre los pacientes con antecedente de miringoplastia previa y sin ella, siendo el éxito para los primeros del 83,3% y del 90% para los segundos. No se han encontrado diferencias significativas en cuanto al éxito por sexos. No se exponen los resultados auditivos puesto que no se modifican sustancialmente con esta técnica.
Discusión: Nuestros resultados coinciden con los resultados publicados en otras series. La grasa posee nutrientes que favorecen la angiogénesis y la epitelización; se usa la grasa de lóbulo auricular porque su tejido conjuntivo es más denso que el de otras localizaciones. Se ha descrito un mejor pronóstico en los casos de perforaciones con tamaño entre el 5 y 30% de la superficie timpánica. El tamaño de la perforación es el único factor pronóstico.
Conclusiones: Es una técnica fácil, fiable, con una buena tasa de éxito y sin complicaciones.

222

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO CON CLARITROMICINA DE LAS DEHISCENICAS CUTÁNEAS EN IMPLANTES COCLEARES

M. Saínz Quevedo, J. García-Valdecasas Bernal, C. Pérez Torres
Hospital San Cecilio, Granada.

Introducción: Las alteraciones cutáneas representan una complicación frecuente de la implantación coclear (Incidencia 1.7-10/100 implantados/año) a pesar de las mejoras en las incisiones cutáneas y en los tratamientos antibióticos empleados. Estas complicaciones obligan en ocasiones a ingresos hospitalarios e incluso reimplantes cocleares, causando retrasos en la utilización de los mismos. Recientemente, estas complicaciones han sido relacionadas con la formación de biofilm bacterianos, que se adhieren de forma duradera a la superficie de determinados implantes, siendo resistentes a los agentes antibacterianos. El empleo de macrólidos ha demostrado una reducción en el crecimiento y desarrollo del biofilm en la superficie de diversas prótesis y superficies mucosas debido a su efecto inmunomodulador. El objetivo del estudio es estudiar la eficacia del empleo de la claritomicina como prevención de las complicaciones cutáneas de los implantes cocleares.
Material y métodos: Desde julio 2005 hasta diciembre 2007, 196 implantes cocleares fueron realizados en nuestro servicio. En octubre de 2006 el tratamiento profiláctico peroperatorio clásico, basado en ceftriaxona, curas locales y vendajes compresivos, fue implementado con el empleo de claritromicina durante 6 semanas, siendo tratados de esta forma 100 pacientes. Se compara la incidencia de complicaciones durante un seguimiento mínimo de 3 meses.

Resultados: Una vez comprobada la homogeneidad de ambas muestras, se realiza un estudio de incidencias. 8 pacientes (8,33%) del grupo con tratamiento clásico presentaron una infección cutánea tras la implantación coclear, mientras que únicamente 1 (1%) integrado en el grupo implementado con claritromicina presento dichas complicaciones, apreciando diferencias significativas (chi-cuadrado; $p < 0,05$). Se presentan los resultados estratificados en función del modelo de implante, patologías asociadas y edades de los pacientes.
Conclusiones: La claritromicina constituye una forma eficaz de prevenir las infecciones cutáneas en la implantación coclear, aportando una menor morbilidad y una mayor eficacia en el tratamiento rehabilitador de la hipoacusia.

231

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA SERIE IMPLANTES COCLEARES DEL COMPLEJO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

R. de la Fuente Cañibano, A. del Cañizo Álvarez, S. Santa Cruz Ruiz, A. Batuecas Caletrio, P. Blanco Pérez, M. Jáñez Moral
Hospital Univ., Salamanca.

Introducción: Estudio descriptivo.
Material y métodos: Se realiza revisión de pacientes candidatos a implantación de dispositivo y se estudian las variables edad, sexo, etiología, antecedentes personales y familiares ORL, otoscopia, portador de audífonos, valoración de imágenes (mediante TAC y RMN), PEATC, tipo de implante, resultado de implantación y complicaciones.
Resultados: Hemos examinado 290 casos de nuestra base de implantes cocleares. Hemos considerado 195 para nuestro estudio. La muestra comprende 102 hombres (52,30%) y 93 mujeres (47,70%).138 implantados en oído derecho (70,77%). Sobre la etiología en 127 no se encontró ninguna causa aparente (65,12%). 27 (13,85%) presentaron causa infecciosa, destacando sarampión y meningitis. En 32 pacientes se sospechó causa genética hereditaria por presentar antecedentes familiares de sordera (17,39%). 127 pacientes (70,77%) no presentaron antecedentes de otra otopatía, mientras que en 22 pacientes había otitis de repetición (11,28%). TAC y RMN fueron normales en gran porcentaje. Los PEATC en población infantil ó adultos incapacitados cerebrales fueron ausentes en el 100%. 10 pacientes (5,13%) presentaron implantación parcial del dispositivo. 12 (6,15%) presentaron como complicación inmediata más frecuente síndrome vestibular. 5 presentaron como complicación tardía más frecuente extrusión de guía portaelectrodos (2,56%). El dispositivo más implantado en 61 pacientes, (31,28%) nucleus contour 24.
Conclusión: El implante coclear es una técnica eficaz y segura para el tratamiento de la sordera coclear bilateral profunda.

09,30–11,00
Mesa Redonda

MR03 Otoesclerosis - Otosclerosis

Presidente: Luis María Gil-Carcedo García
Secretario: Iván Mendez-Benegassi Silva
Moderador: Francisco Antolí-Candela Cano
Panelista: Nicola Quaranta
Panelista: Víctor Palomar García
Panelista: Carlo Antonio Leone
Panelista: Carlos Sprekelsen Gassó

11,00–11,30
Conferencia

CF10 El tratamiento quirúrgico del nervio facial - Surgical treatment for the facial nerve

Conferenciante: Antonio Quaranta
Modera: Manuel Manrique Rodríguez

11,30–12,00 Pausa Café

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS03 Estado actual del tratamiento del síndrome de Ménière

Moderador: Nicolás Pérez Fernández
Panelista: Carmelo Morales Angulo
Panelista: Emilio García-Ibáñez Ferrándiz
Panelista: Rafael Barona De Guzmán
Panelista: Antonio Alonso Seco
Panelista: Alfonso Ambel Albarrán

14,00–16,00 Comida

16,00–17,00

Curso de instrucción

57

IMPLANTES COCLEARES

M. Manrique Rodríguez, A. Ramos Macías
Clínica Univ. 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 otorrinolaringológica. 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

Curso de instrucción

15

ESTAPEDECTOMÍA PASO A PASO. TRUCOS, INCIDENCIAS, DIFICULTADES Y SUS SOLUCIONES

J.L. Dalmau Galofre, V. Murcia Puchades, F. Pons Rocher
Hospital Univ. Dr. Peset, Valencia.

Introducción: En nuestro centro, desde hace unos 25 años, con aproximadamente unas 1000 intervenciones sobre el estribo, realizamos la estapedectomía con sustitución estapedial por prótesis tipo pistón teflón-metálica "sin cierre de vestíbulo".

Material 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.

18,10-18,40

Conferencia

CF09 Histopatología

Conferenciante: José Natalio Fayad
Modera: Ángel Ramos Macías

18,40–19,10

Conferencia

CF11 Diagnóstico precoz y tratamiento del NF2 - NF2 early diagnosis and treatment

Conferenciante: Rick A. Friedman
Modera: Francisco Antolí-Candela Cano

SÁBADO, 18 DE OCTUBRE

SALA MEDUSA

COMISIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL

08,30-09,30

Sesión de comunicaciones orales 4

Presidente: Pedro Sarriá Echegeray
Secretario: Luis Jiménez Ferreres

568

LESIONES DE LA VÍA AERO DIGESTIVA SUPERIOR CAUSADAS POR INHALACIÓN DE AMONIACO PRESENTACIÓN DE 1453 CASOS

R. Antolín Zárate García
Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos, México.

Introducción: Existe poca información en la literatura sobre el diagnóstico y tratamiento de las lesiones producidas por la inhalación de amoniaco en la vía aerodigestiva superior ocasionada por una reacción exotérmica es por esto que la experiencia obtenida en el manejo de 1453 pacientes que sufrieron este problema queremos compartirla con la comunidad otorrinolaringológica.
Material y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de 1453 pacientes que inhalaron amoniaco en la Ciudad de Minatitlán Veracruz de manera súbita y única y que presentaron síntomas de afección a la vía aerodigestiva superior y que solicitaron atención médica en el servicio de urgencias.
Resultados: De los 1453 pacientes, 1142 fueron atendidos en el servicio de urgencias del Hospital de Petróleos Mexicanos, todos con irritación de la vía aero digestiva superior y a nivel ocular, de estos 230 sufrieron grados variables de disnea y disfonía, 83 requirieron de hospitalización por datos de insuficiencia respiratoria y 11 ingresaron a terapia intensiva en donde 5 fueron intubados por neumonitis química y uno requirió de traqueotomía de urgencia, un paciente falleció. Todos los pacientes presentaron lesiones en la mucosa oral, nasal y laríngea en grados variables. El seguimiento en 11 pacientes fue de un año.
Discusión/Conclusiones: Debido a la mínima información internacional del manejo de este tipo de lesiones dirigimos el tratamiento a la prevención del desarrollo de infecciones, mantener un adecuado aclaramiento mucociliar, con la vigilancia estrecha de la función ventilatoria y posteriormente la rehabilitación foniátrica.

89

MICROCIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EN PATOLOGÍA ONCOLÓGICA DE CABEZA Y CUELLO

J. Tornero Salto, J. Nogués, M. Maños Pujol, C. Viña Soria, A. Farré Guiu, J. Skufca Vieitez, C. Tortajada Bustelo, I. Clemente, A. López, I. Domènech, R. Jiménez Montoya
Hospital Univ. Bellvitge, Barcelona.

Introducción: La cirugía oncológica comporta a menudo importantes defectos y mutilaciones. Es en este aspecto que la cirugía reconstructiva tiene un papel esencial, permitiendo una disminución de las secuelas y una mayor radicalidad en el momento de la exéresis de las lesiones. Consideramos que el hecho de asumir el otorrinolaringólogo el tiempo quirúrgico de la reconstrucción, nos ofrece una importante autonomía y una mayor seguridad al realizar la cirugía exerética necesaria.
Material y método: Presentamos una serie de once casos clínicos afectos de carcinoma escamosos de cabeza y cuello que precisaron cirugía reconstructiva con colgajos libres microvascularizados entre marzo del 2006 y abril del 2008.
Resultados: Se muestra en una tabla de resultados el estadiaje tumoral, la cirugía realizada, el tiempo de ingreso y las complicaciones presentadas. El tumor primario se localizó en ocho casos en orofaringe y en tres, en hipofaringe. En uno de los casos se realizó un colgajo libre anterolateral del muslo; en el resto se practicó un colgajo libre antebraquial, dos de ellos tubulizado y uno, con doble isla cutánea.
La reconstrucción resultó exitosa en ocho de los once casos realizados.
Discusión/Conclusiones: La cirugía reconstructiva requiere un proceso de aprendizaje a dos niveles, la microsutura vascular y la extracción de distintos colgajos libres. Se trata de una cirugía altamente precisa y metódica, con lo que la experiencia es claramente decisiva. Concluimos insistiendo en la importancia de la cirugía reconstructiva en cuanto a disminución de secuelas funcionales y que ésta sea realizada por el otorrinolaringólogo, aportando ello una importante autonomía.

106

CONSIDERACIONES EN LA RECONSTRUCCIÓN DE LA PREMAXILA CON COLGAJOS LIBRES

J.L. Llorente Pendás, R. Cabanillas Farpón, V. Suárez Fente, C. Martín, S. Carnero, F. López Álvarez, G. Cuello, R. Charlone, C. Suárez Nieto
Hospital Central, Asturias.

La región de la premaxila es un área que cuando se ve ampliamente afectada por un tumor resulta difícil de reconstruir para obtener unos resultados funcionales y estéticos óptimos. Existen numerosas posibilidades reconstructivas con cierres directos o colgajos locales pero en determinadas situaciones el defecto es tan complejo y precisa de una cantidad de tejido que no se puede lograr a no ser que sea con un colgajo libre.
Pacientes y material: Se presenta la experiencia con 11 pacientes operados por tumores del área de la premaxila y reconstruidos con un total de 13 colgajos libres (en dos pacientes se utilizaron 2 colgajos). En 8 casos se utilizó un colgajo libre antebraquial (en un caso con hueso radial), en 3 un colgajo anterolateral de muslo, en uno un peroné y en otro un paraescapular. Ningún colgajo se necrosó y no se presentaron complicaciones destacables ni en la zona donante ni en la receptora.
Discusión: El área de la premaxila es una zona difícil de reconstruir desde el punto de vista estético y funcional. Se presentan y discuten las indicaciones y las principales consideraciones técnicas a tener en cuenta en la reconstrucción con colgajos libres.

535

USO DE TÉCNICAS CONSERVADORAS EN LA PUNTA NASAL. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

P.A. Escobar Rincón, E. Macón Liquete, R. Barnoya Sanchinelli, J. Gómez-Ullate, P. Ortega del Álamo
Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: En la cirugía de la punta nasal para obtener buenos resultados estéticos y funcionales que además sean estables y predecibles a medio y largo plazo, disponemos de varias técnicas conservadoras que combinan el uso de injertos cartilaginosos y suturas que ayudaran a moldear los cartílagos laterales inferiores (CLI) mejorando la definición, proyección, simetría y rotación de la punta.
Materiales y métodos: En esta comunicación presentamos una serie de 10 casos seleccionados de los realizados en los últimos 10 años en nuestro servicio. A los pacientes se les realizó una completa historia clínica, exploración externa y endonasal. Para el diagnóstico de asimetría, falta de proyección o definición de la punta nasal, nos basamos en la exploración. Para el estudio de la posición de la columela, de la proyección ideal y de la rotación ideal de la punta se usaron respectivamente las medi-

das de Gunter, Byrd y Powel-Humphreys. Para evaluar los resultados se uso el estudio fotográfico preoperatorio y el último postoperatorio. Además mediante una encuesta a cada paciente obtuvimos el nivel de satisfacción estético y funcional.
Resultados: En todos los casos se mejoró la definición, rotación, simetría y proyección de la punta nasal. No se reportaron complicaciones de las suturas empleadas ni la reabsorción de los injertos empleados. No hubo casos de retracción alar, columela colgante o pinzamiento alar.
Conclusión: Actualmente el uso de técnicas conservadoras que evitan la sobrerresección de los CLI en el tratamiento de la punta nasal nos ofrece mayor predictibilidad y estabilidad de los resultados a largo plazo.

541

NUESTRA EXPERIENCIA CON EL COLGAJO FAMM PARA COBERTURA DE PEQUEÑOS Y MEDIANOS DEFECTOS INTRAORALES

C. Vega García, X. León Vintró, G. Pons Playa, S. López Fernández, M. Fernández Garrido, J. Masià Ayala
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: En la reconstrucción de pequeños y medianos defectos de la cavidad oral, disponemos de varias técnicas (injertos cutáneos, colgajos locales random y axiales, colgajos regionales y transferencias libres). El colgajo FAMM (facial artery musculomucosal flap) es una buena opción, consiguiendo una alta especificidad reconstructiva con una mínima morbilidad.
Material y método: Presentamos 7 casos realizados desde julio 2006 hasta abril 2008, siendo uno de ellos bilateral. La edad media fue 57,1 años, 4 eran mujeres y 3 hombres.
Resultados: El ancho máximo del colgajo FAMM fue 2,5 cm y la longitud máxima 9 cm. Por necesidades reconstructivas, uno se diseñó con pedículo superior y el resto con pedículo inferior. 5 colgajos se destinaron a la cobertura de defectos de suelo de boca (50%) y de maxilar superior (13%) secundarios a exéresis por carcinoma escamoso y 3 colgajos fueron elevados para la cobertura de un foco de osteoradionecrosis mandibular (37%). Se observó una supervivencia total del 100 % de los colgajos, con mínimo sufrimiento distal en un caso y un caso de dehiscencia. No se apreciaron secuelas de la zona donante. En un caso se autonomizó el pedículo para el uso de una prótesis dental, en otro fue posible la rehabilitación dental mediante implantes osteointegrados.
Conclusiones: En ocasiones, los pequeños y medianos defectos intraorales plantean problemas a la hora de decidir la posible reconstrucción. Si la arteria facial está conservada, el colgajo FAMM es una buena opción. Su elevación es sencilla, su vascularización fiable y la reconstrucción obtenida funcionalmente adecuada, con una mínima morbilidad de la zona donante.

09,30–11,00

Mesa Redonda

MR04 Rejuvenecimiento facial - Facial rejuvenation

Presidente: Juan José Navarro Sampedro
Secretario: Pablo Casas Rodera
Moderador: Pedro Clarós
Panelista: Eduardo Morera Serna
Panelista: Pietro Palma
Panelista: Nuria Mir Ulldemolins
Panelista: Julián Bernardo Trujillo Piedrahita

11,00–11,25

Conferencia

CF12 Manejo del tercio superior facial

Conferenciante: Julián Bernardo Trujillo Piedrahita
Modera: Manuel Tomás Barberán

11,25–11,45

Conferencia

CF38 De ORL general a cirujano plástico facial: cómo hacer la transición - From general ENT to facial plastic surgeon: how to make the transition

Conferenciante: Pietro Palma
Modera: Adolfo Sarandeses García

11,45–12,00 **Pausa Café**

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS04 Casos de reconstrucción facial

Moderador: Eduardo Morera Serna
Panelista: Manuel D. Tomás Barberán
Panelista: Alfonso Moñux Martínez
Panelista: Alfonso García Piñero
Panelista: Esteban Scola Pliego

14,00–16,00 **Comida**

16,00–17,00

Curso de instrucción

53

REJUVENECIMIENTO DEL TERCIO MEDIO FACIAL

J.B. Trujillo Piedrahita
Clínica del Pacífico, Cali, 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 inframalar 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 fi-

siopatología 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

Curso de instrucción

24

RINOPLASTIA DE AUMENTO

E. Scola Pliego, C. Ramírez Calvo
Hospital General Univ. Gregorio Marañón, Práctica Privada, Madrid.

Aunque menos comunes que las rinoplastias de reducción, las rinoplastias de aumento son cada vez más frecuentes. Varios factores influyen en este incremento de su realización: popularización del abordaje abierto, necesidad de corregir excesos de rinoplastias antiguas, mejor comprensión del papel estético de la nariz, necesidades funcionales, aumento de la población no caucásica... Sin embargo, no por menos frecuentes resultan menos gratificantes para el cirujano y el paciente.
El curso pretende mostrar las situaciones más comunes en nuestra práctica clínica, las alternativas para su corrección y la elección y ejecución de las mismas en nuestra experiencia, incluyendo como pieza básica los factores que determinan la elección del abordaje. Se incluye una pequeña serie de casos para su análisis y crítica, esperamos que feroz, por parte de los ponentes y la sala.

18,10–18,40

Conferencia

CF13 Manejo del tercio inferior de la cara

Conferenciante: Julián Bernardo Trujillo Piedrahita
Modera: Manuel Tomás Barberán

18,40–19,10

Conferencia

CF14 Tratamiento de las secuelas de la parálisis facial

Conferenciante: Manuel D. Tomás Barberán

SÁBADO, 18 DE OCTUBRE

SALA SALA ESCIPIÓN

COMISIÓN DE RONCOPATÍA Y TRASTORNOS DEL SUEÑO

08,30-09,30

Sesión de comunicaciones orales 5

Presidente: Mª Dolores Bulnes Plano
Secretario: Manuel Oliva Domínguez

527

VITAL DYES IN MICROVASCULAR ASSESSMENT USING CONTACT ENDOSCOPY

J. Amaral, A. Santos, M.J. Barrós, M. Simã, C. Macor, O. Dias, M. Andrea
Departamento de ORL, Voz e perturbações da comunicação; Hospital de Santa Maria, Portugal.

Introducción: Contact endoscopy allows, in vivo and in situ, the observation of the superficial layers of the epithelium as well as the submucous micro vascular network with magnifications of 60x and 150x. The authors have been using methylene blue for the recognition of vascular pattern and cellular changes of all ENT territories. The objective was to test new vital dyes in the oral epithelium of living pigs and assess their natural histological capacities and tolerability.
Material y método: 5 different new vital dyes (bengala rose, fenol red, cristal violet, indigo carmin and china ink) were tested on the oral epithelium of pigs both isolated and in combination with each other and with methylene blue, using contact endoscopy. Micro-injection in venulas was also tested. The pigs were monitorized over one month to assess complications.
Resultados: Methylene blue in combination with bengala rose showed to be useful for microvascular assessment because it allowed the simultaneous observation of the microvascular network and cellular pattern often difficult with methylene blue alone. Indigo carmin in combination with fenol red showed an enhancement of the nucleus/ cytoplasm contrast witch can be useful for the determination of cellular changes and altered mitosis. The pigs were assymptomatic in follow-up.
Discusión/Conclusiones: Everyday new dyes are created and some of them have characteristics that can be advantageous for cellular and microvascular assessment by contact endoscopy. Our recent experiment showed that the combination of methylene blue and fenol red was useful for the observation of microvascular network of oral epithelium.

356

TRASCENDENCIA CLÍNICA DE LA CORTACTINA EN EL DESARROLLO Y PROGRESIÓN DE LOS CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE CABEZA Y CUELLO

G. Mancebo Mata, J.P. Rodrigo, D. García-Carracedo, L.A. García, S. Tirados Menéndez, M.V. González, M.F. Fresno, J.M. García-Pedrero, C. Suárez Nieto
Hospital Univ. Central, Asturias.

Introducción: La amplificación de la región 11q13 constituye una alteración genética prevalente en los CECC. Se investigó la importancia clínica de la amplificación de la cortactina (CTTN) y la ciclina D1 (CCND1) en la progresión y transformación maligna de estos tumores. Las correlaciones entre CTTN mRNA y la expresión de proteínas con el estado genético y el resultado de la enfermedad.
Material y métodos: La amplificación de CTTN y CCND1 ha sido analizada con técnicas de PCR en una serie prospectiva de 202 carcinomas de laringe y faringe y 27 lesiones premalignas archivadas. Las alteraciones moleculares han sido asociadas con parámetros clínico-patológicos y el resultado de la enfermedad.
Resultados: Amplificaciones de CTTN (37%) y CCND1 (45%) de estos tumores. La amplificación de CTTN ha sido asociada con recurrencia y disminución de la supervivencia específica (p = 0,0022) y tuvo un impacto diferente sobre la supervivencia dependiendo del lugar de localización del tumor (p = 0,0001 en laringe y p = 0,68 en faringe). La amplificación de CCND1 fue detectada en fases tempranas de la carcinogénesis y se incrementaba con la severidad de la displasia. La amplificación de CTTN sólo se encontró en displasias de alto grado que progresaron a carcinoma. El estado del gen CTTN estaba fuertemente correlacionado con el mRNA y la expresión proteica.
Conclusiones: CTTN podría servir como un valioso marcador pronóstico para identificar pacientes con tumores laríngeos con alto riesgo de recidiva y mal pronóstico. Se destapa el potencial de CTTN como un marcador de riesgo cancerígeno.

439

CAMBIOS EN LA EXPRESIÓN DE MMP-9 TRAS TRATAMIENTO CORTICOIDEO ORAL EN LA POLIPOSIS NASAL

G. Eisenberg Plaza[1], J. Pradillo[2], C. Frágola Arnau[3], G. Plaza Mayor[1] y M.A. Moro[2]
[1]Serv. ORL, Hospital Fuenlabrada; [2]Dpto. Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Complutense; [3]Serv. ORL, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El aumento de expresión de la metaloproteinasa de la matriz MMP-9 en la poliposis nasal está descrito. Incluso se ha relacionado sus niveles de expresión con la evolución clínica, aunque a ese respecto hay literatura controvertida. Con este trabajo se trató de relacionar la respuesta de esta enfermedad a tratamiento corticoideo oral y la expresión de MMP-9.
Material y método: Se comparó la expresión de MMP-9 medido mediante Western-blot y zimografía en biopsia de pólipos de 15 pacientes antes de recibir tratamiento corticoideo oral (metil prednisolona 1 mg/kg/día a dosis decreciente durante dos semanas), a los 15 días y a los 2 meses. Antes de cada biopsia se registro valores de olfatometría, rinomanometría, escala analógica visual y hallazgos endoscópicos. Para el análisis estadístico se consideró la variable densidad óptica como variable de distribución no normal. Para el contraste de hipótesis se utilizó tests no paramétricos.
Resultados: Los niveles de expresión de MMP-9 disminuyeron tras tratamiento corticoideo oral. También Se describe correlación obtenida entre disminución de expresión de MMP-9 y mejoría de las medidas de la exploraciones realizadas (olfatometría, rinomanometría, escala analógico visual y hallazgos endoscópicos).
Conclusión: La MMP-9 podría adoptar un papel pronóstico de esta enfermedad. Cada vez hay más evidencias de su importancia en la fisiopatología de esta enfermedad.

497

HIPOACUSIA INDUCIDA POR GENTAMICINA. ESTUDIO EXPERIMENTAL COMPARATIVO DE DISTINTOS TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

M. T. Achiques Martínez[2], E. Bas Infante[1], J. Marco Algarra[1,2,3], J.M. Láinez[2] y F. Martínez-Soriano[3]
[1]Fundación Investigación Hospital Univ.; [2]Hospital Univ.; [3]Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: Los aminoglucósidos producen un aumento de especies de radicales libres oxigenados (ROS) en las células ciliadas que origina una respuesta inflamatoria, la activación de la proteín cinasa activadora de la mitosis (MAPK) y por tanto la de c-Jun N-terminal cinasa (JNK) desencadenando la apoptosis de las células ciliadas de la cóclea. El obje-

tivo del presente trabajo es estudiar el efecto protector de melatonina (MLT, antioxidante), dexametasona (DXM, antiinflamatorio) y tacrólimo (TCR, inhibidor de MAPK-JNK) en la cóclea tras lesionar la cóclea con gentamicina (GM).
Metodología: Se emplearon ratas Wistar a las que se les aplicó localmente GM y se les administraron los compuestos. Se realizaron mediciones de los productos de distorsión de las otoemisiones acúsicas (DPOAE), curvas de crecimiento de DPOAE a 3000 y 6000 Hz y Potenciales evocados del tronco cerebral (PEATC). Se realizaron estudios histológicos con el fin de evaluar la pérdida de células ciliadas externas (CCE).
Resultados: El grupo de animales tratados con GM sufró una caída de los DPOAE, así como de las curvas de crecimiento a ambas frecuencias. Los tres productos tuvieron un efecto otoprotector impidiendo la caída de valores de los DPOAE a los 7 días y una recuperación de los niveles basales de éstos a los 21 días. Sin embargo, tacrólimo a frecuencias más bajas no es tan efectivo como dexametasona y melatonina. En cuanto a los PEATCs los oídos que fueron tratados con GM ven aumentado su umbral (63 dB) respecto de los que recibieron suero fisiológico (27 dB). Los animales tratados con DXM y MLT mantuvieron sus niveles basales (24 dB y 28 respectivamente), mientras que los tratados con tacrólimo experimentaron un aumento de estos valores (37 dB), aunque significativamente inferiores a los tratados sólo con GM ($p < 0,01$). Los estudios histológicos indican pérdida de CCE en las cócleas de los animales tratados con GM, sin embargo esta pérdida se ve drásticamente reducida en los animales a los que se les administró los productos.
Conclusiones: Los resultados de este trabajo indican que los tres compuestos ofrecen protección frente a la ototoxicidad. Sin embargo, MLT y sobre todo DXM fueron más eficaces reduciendo la lesión por GM de tal forma que con DXM se recupera totalmente la funcionalidad auditiva.

498

ESTUDIO EXPERIMENTAL COMPARATIVO DE DEXAMETASONA, MELATONINA Y TACRÓLIMO EN HIPOACUSIA INDUCIDA POR RUIDO

M. T. Achiques Martínez[2], E. Bas Infante[1], J. Marco Algarra[1,2,3], J.M. Láinez[2], F. Martínez-Soriano[3]
[1]Fundación Investigación Hospital Univ.; [2]Hospital Univ.; [3]Universidad de Valencia, Valencia

Introducción: La sobreestimulación de las células ciliadas debido a a un ruido intenso lleva a un aumento de los niveles de calcio intracelular, la generación de radicales libres y a la necrosis o apoptosis de las células dañadas. Se ha estudiado el efecto protector de melatonina (antioxidante), dexametasona (antiinflamatorio) y tacrólimo (inhibidor de MAPK-JNK) en la cóclea tras provocar una lesión por ruido con el fin de comparar sus eficacias.
Metodología: Ratas Wistar fueron expuestas a ruido intenso, los compuestos se inyectaron via IP. Se realizaron mediciones de los productos de distorsión de las otoemisiones acústicas (DPOAE) y potenciales evocados auditivos del tronco cerebral (PEATC). La expresión de genes (c-fos, factor de necrosis tumoral-α (TNF-α) y caspasa-3) y los citococleogramas se realizaron en las cócleas de las ratas a la tercera semana.
Resultados: Los animales sometidos a ruido vieron mermada su funcionalidad auditiva, con una disminución de los valores de DPOAE y un incremento en los PEATC. Se produjo una sobreexpresión de los genes estudiados y la pérdida de células ciliadas externas (CCE) en la zona media de frecuencias fue del 11-33%. El tratamiento con dexametasona no produjo incremento de la funcionalidad auditiva. Se observó un incremento en la expresión de c-fos y caspasa-3 y una pérdida del 40-50% de CCE. Los animales tratados con melatonina experimentaron una mejora en la funcionalidad auditiva. Melatonina redujo la expresión de los genes estudiados y la pérdida de CCE (0-13%). Los animales inyectados con tacrólimo recuperaron totalmente la audición y se redujo la expresión de los genes y la pérdida de CCE (0-15%).
Conclusiones: Los resultados de este trabajo sugieren que dexametasona induciría la apoptosis de las CCE tal y como se desprende del aumento de la expresión de c-fos y caspasa-3 observado. Aunque melatonina actúa a niveles tempranos captando radicales libres e inhibiendo la cascada de reacciones que llevan a la apoptosis, el efecto protector fue tardío. Sin embargo, el efecto protector de tacrólimo fue temprano, indicando que la inhibición de la vía MAPK-JNK es una pieza clave en la protección del daño coclear inducido por ruido.

09,30–11,00 Mesa Redonda

MR05 Trastornos respiratorios obstructivos del sueño en el niño

Presidente: Manuel Fernández-Vega Diego
Secretario: Enrique Perelló Scherdel
Moderador: Enrique Fernández Julián
Panelista: Rafael Fernández Liesa
Panelista: Juan Lorente Guerrero
Panelista: Juan Francisco Rivero Suárez
Panelista: Juan Ignacio de Diego Sastre

11,00–11,30

Conferencia

CF15 Inflamación y síndrome de apnea obstructiva del sueño

Conferenciante: Eugenio A. Vicente González

11,30–12,00 Pausa Café

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS05 Papel del ORL en el manejo de pacientes con roncopatía crónica y/o trastornos del sueño, discusión de casos

Moderador: Enrique N. Fernández Julián
Panelista: Eugenio A. Vicente González
Panelista: Isabel Vilaseca González
Panelista: Julio Rama Quintela
Panelista: Marina Carrasco Llatas
Panelista: José Luis Serdio Arias

14,00–16,00 Comida

16,00–17,00

Curso de instrucción

14

EXPLORACIÓN ENDOSCÓPICA MEDIANTE SUEÑO INDUCIDO. ¿QUÉ NOS APORTA EN LOS TRASTORNOS OBSTRUCTIVOS DEL SUEÑO?

J.B. Trujillo Piedrahita
Clínica del Pacífico, Cali, Colombia.

En el diagnóstico de los trastornos obstructivos del sueño es fundamental el papel del ORL, pues es el especialista que mejor conoce la vía aérea superior (VAS). También somos los encargados de realizar el tratamiento quirúrgico de los mismos. No obstante, debido a la variabilidad

de la VAS, la indicación de la cirugía no será la misma en todos los pacientes. Además debemos recordar que las apneas sólo tienen lugar durante el sueño, donde influyen tantos factores anatómicos como neurales y musculares. No existe una técnica de elección para el diagnóstico de la zona de obstrucción en el SAHS, en teoría debería ser reproducible, fácil, barata y valorar la VAS durante el sueño. La mayoría de estos criterios los cumple la exploración endoscópica mediante sueño inducido. Presentamos la técnica y los resultados de la exploración de los pacientes mediante la inducción del sueño con propofol en dos hospitales distintos, donde se viene realizando esta técnica como parte del diagnóstico de la zona de obstrucción de la VAS en pacientes que desean tratamiento quirúrgico.

17,10–18,10

Curso de instrucción

51

RADIOCIRUGÍA EN ORL. APLICACIONES ACTUALES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

J.M. Colio Pérez, F. Ruiz De la Cuesta Juste, F. Beltrán Sirvent
Hospital General Marina Alta, Denia, Alicante.

En este curso se transmitirá nuestra experiencia con la aplicación de la radiocirugía en los diferentes campos de la cirugía ORL. Hemos utilizado como fuente de radiofrecuencia el equipo fabricado por Ellman Int. debido a la gran versatilidad de este equipo y a la variedad de terminales que nos han permitido el desarrollo de nuevas aplicaciones, como su aplicación a través de endoscopia flexible.
El curso de dividiría en : 1. Fundamentos físicos de la radiocirugía; 2. Equipamiento y terminales; 3. Aplicaciones clásicas. Cirugía de cornetes. Cirugía de lesiones nasales. Exéresis de lesiones cutáneas. Cirugía tiroidea y parotídea. Glosectomías; 4. Nuevas aplicaciones: Cordectomías. Cirugía de lesiones faríngeas. Cirugía de lesiones benignas de laringe a través de endoscopia flexible (con paciente despierto).Cirugía del laringopiocele. Amigdalotomías. Miringotomías; 5. Nuevas Perspectivas de futuro: Se presentará la posibilidad de aplicación de radiocirugía en laringe e incluso en tráquea, para exéresis de lesiones a este nivel, sin intubación, utilizando los nuevos sistemas de mascarilla laríngea. La presentación se apoyaría con vídeos originales de cada una de las técnicas.

18,10–18,40

Conferencia

CF16 Presente, pasado y futuro del síndrome de apnea obstructiva del sueño

Conferenciante: Enrique Perelló Scherdel

18,40–19,10

Conferencia

CF17 Cirugía nasal y SAOS

Conferenciante: Juan Manuel Adema Alcover

SÁBADO, 18 DE OCTUBRE

ZONA PÓSTER

Comunicaciones póster - Sesión 1

Presidente: Gonzalo de Santos Granados
Secretario: Iván Menéndez-Benegassi Silva

443

HEMATOMA RETROFARÍNGEO, ASOCIADO A SÍNDROME DE CAVA SUPERIOR

J. Zubicaray Ugarteche, R. López Diu, F. Idoate, S. Quer, L. Arbizu
Hospital Virgen del Camino, Clínica San Miguel, Navarra.

Introducción: Presentamos este caso por su rareza, dado que en las pocas referencias bibliográficas existentes el paciente falleció y nuestra paciente esta viva por lo que queremos exponer el procedimiento que seguimos.
Material y método: Mujer 43 años, un mes de evolución de dolor faríngeo tratado con analgésicos, posteriormente comienza con dolor cervical interpretado como problemas cervicales. Acude a urgencias con edema facial .Al día siguiente acude de nuevo por dolor, aumento del edema facial asociado a dificultad para tragar y disnea. Se realizó RX de tórax, TAC cervical y torácico, RM, arteriografía.
Resultados: Se realizó consulta con ORL por supuesto absceso retrofaríngeo . Trombosis de ambas yugulares, trombosis de cava superior. Sdr. de cava sup. Se drenó con abordaje faríngeo saliendo sangre oscura. Se ingresó en UCI, se heparinizó y se realizó mediastinoscopia y traqueotomía con toma de biopsias, de adenopatías mediastínicas. Se realizaron dos fibrinólisis sistémicas. Presentó embolismo pulmonar, se realizó soporte vital y antibioterapia. Presentó una neuropatía del paciente crítico. Actualmente esta de alta con disfonía residual por parálisis recurrencial izd en relación a secuelas de la mediastinoscopia.
Conclusiones: No hemos encontrado la causa que desencadenó el proceso. La actuación ante la ausencia de noxa fue improvisando ya que no hemos encontrado nada descrito. En estos casos no hay que tirar la toalla nunca. Presentamos el caso para que pueda servir de ejemplo en caso de encontrar una situación similar.

216

ABSCESO RETROFARÍNGEO TRAS ESPONDILODISCITIS C5-C6

P. Santos Gorjón, F. Franco Calvo, M. Gil Melcón, F. Sánchez González, L.J. Sgambatti Celis, M. Jañez Moral
Hospital Universitario, Salamanca

Introducción: Las infecciones del Espacio RetroFaríngeo (ERF) tienen una baja incidencia. Suceden entre los 2-5 años de edad normalmente. En adultos son raros y puede haber una historia previa de cuerpo extraño, esofagoscopias, intubación orotraqueal o traumatismos o infecciones adyacentes. Son polimicrobianas aunque dominan estreptococo, staphylococcus y anaerobios. Producen dolor faríngeo, fiebre y disfagia con rigidez cervical. Se evidencia un abombamiento de la pared posterior faríngea a la exploración.
Caso clínico: Presentamos un caso de adulto diabético que presenta dolor en región cervical posterior de 15 días de evolución, que acude por cuarta vez a urgencias hasta que se explora por ORL. Presentaba mal estado general, sensación distérmica y fiebre y tortícolis. Tras radiografía lateral de cuello que muestra un desplazamiento esofágico y traqueal anterior y presentar abombamiento de pared posterior hipofaríngea se solicita TAC. Se evidencia un absceso del ERF secundario a una discitis C5-C6, por lo que se procede a la incisión y drenaje mediante cervicotomía lateral.
Discusión: La TAC cervical es la prueba diagnóstica de elección; hace el diagnóstico en estadio temprano a la vez que permite hacer la diferenciación entre celulitis y absceso. El absceso retrofaríngeo rara vez se resuelve espontáneamente, siendo necesaria la antibioterapia intravenosa y si es mayor de 3cc drenaje quirúrgico vía transoral o externo mediante cervicotomía lateral.
Conclusión: La prueba gold-standard es la TAC. Las complicaciones pueden ser muy severas.

123

TÉCNICA DE REANIMACIÓN FACIAL: SUSPENSIÓN FACIAL CON FASCIA LATA

N. Bejarano Panadés, E. Novas Valiente, F. Culaciati, C. Artigas Sapiain, E. Morera Serna, M. Tomás Barberán
Hospital Univ. Son Dureta,Islas Baleares.

Introducción: La parálisis facial periférica completa se asocia tanto a defectos funcionales como a una alteración estética severa. Existen múltiples técnicas quirúrgicas descritas para la reanimación facial, como las anastomosis nerviosas (como la de hipoglosofacial, u otras como transfaciales o trigénimofacial), métodos estáticos y suspensiones (mioplastias, transferencias musculares..). También puede actuarse en el lado sano (miectomías, neurotomías o aplicación de toxina botulínica).
Material y método: Se presenta el caso de una paciente de 68 años de edad con parálisis facial periférica completa derecha grado VI de H-B tras resección de schwannoma vestibular. Se plantea suspensión de ángulo oral con fascia lata ante la imposibilidad de realización de anastomosis hipogloso-facial.
Resultados: La paciente es intervenida bajo anestesia general, extrayéndose la fascia lata y suturándola al modiolo, y músculo orbicular de los labios inferior y superior y suspendiéndola a la fascia temporal profunda. La cirugía se completa con una comisuroplastia ipsilateral. El tratamiento se completará con la aplicación de toxina botulínica en el lado sano.
Discusión/Conclusiones: El candidato para una cirugía de reanimación facial es el paciente con una parálisis facial completa de 18 meses a 2 años de evolución, sin signos de recuperación clínica ni eléctrica. Es necesario una correcta e individualizada decisión terapéutica del tipo de cirugía necesaria y de la más eficaz en cada caso.

427

ABSCESO INTRATIROIDEO SECUNDARIO A FÍSTULA DE SENO PIRIFORME

V. Palomar Asenjo, I. Pérez Hernández, S. Tobías Gómez, A. Ruiz Giner, V. Palomar García
Hospital Univ. Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: Los abscesos en el interior de la glándula tiroides son una patología infrecuente que puede llegar a comprometer la vida del paciente por extensión a estructuras mediastínicas. Estos abscesos pueden ser producidos por diseminación hematógena o por extensión desde estructuras vecinas.
Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 55 años que acudió al Servicio de Urgencias de nuestro centro por presentar dolor cervical anterior y disfagia de 3 semanas de evolución. Previamente había sido visitado en otro centro y se había catalogado como tiroiditis subaguda, iniciando tratamiento, sin mejoría de la sintomatología. Tras realizar el estudio pertinente fue diagnosticado de absceso tiroideo secundario a fístula de seno piriforme izquierdo. Fue intervenido de hemitiroidectomía izquierda junto con exéresis de la fístula.
Discusión: Ante la aparición de un absceso intratiroideo siempre se debe pensar en la posibilidad de que este sea producido por una fístula de seno piriforme. Para diagnosticar estos trayectos es necesario realizar un esofagograma con bario. El tratamiento debe ser quirúrgico, resecando la fístula procedente del seno piriforme pudiendo asociarse a hemitiroidectomía.

428

OSTEÍTIS NECROTIZANTE BENIGNA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

V. Palomar Asenjo, S. Tobías Gómez, I. Pérez Hernández, A. Ruiz Giner, V. Palomar García
Hospital Univ. Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: La osteítis necrotizante benigna de conducto auditivo externo es una afectación infrecuente que se presenta en forma de otorrea crónica con una necrosis avascular subyacente en el hueso temporal.
Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 40 años que fue derivado a nuestro centro por presentar otorrea crónica de oído derecho, tras haber realizado múltiples tratamientos. Tras la valoración se solicitó un TC de mastoides en el que se observaba una zona de erosión ósea en el conducto auditivo externo. Fue diagnosticado de osteítis necrotizante benigna de conducto auditivo externo, por lo que fue intervenido quirúrgicamente para eliminar las regiones afectadas.
Discusión: La osteitis necrotizante benigna es un proceso que aparece en pacientes sanos que no asocian diabetes mellitus. La etiología es desconocida. Se debe hacer un diagnóstico diferencial con respecto a la otitis externa maligna. El tratamiento quirúrgico de elección es, en este caso, la exéresis quirúrgica del hueso afecto.

12

TUMORACIÓN ATÍPICA DE OÍDO MEDIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

M. Alfonso Martínez, J. Carne Subiranas, M. Castro Foros, A.M. Hernández Sánchez
Hospital Residencia Sant Camil. Sant Pere de Ribes, Barcelona.

Introducción: Los tumores de oído medio son entidades que comparten un síndrome clínico parecido: ototaponamiento, hipoacusia (87%), acúfenos, paresia/parálisis facial y otalgia, por lo que se hace difícil su diagnóstico tanto clínico, radiológico e histológico.
Caso clínico: Hombre de 65 años visitado en el año 2000 por hipoacusia de oído izquierdo de años de evolución, refiere posible otorrea y al examen sólo se aprecia abombamiento atical y hipoacusia conductiva importante. Se pauto tratamiento y solicitamos TAC donde se informa de ocupacion generalizada de aspecto inflamatorio y mucoso por lo que se decide colocar DTT. Mejora clínica y perdimos control del paciente que regresa en 2002 con aumento de la hipoacusia. En nuevo TAC aparece ocupación generalizada de oído medio que podría ser compatible con colestatoma por lo que se decide timpanoplastia retro-auricular tipo III, encontrándose en caja tejido de aspecto lipomatoso y color gris, con áreas de fibrosis, se realiza limpieza de caja y se coloca PORT entre cabeza de martillo. La anatomía patológica nos informa de tumor carcinoide. Actualmente el paciente mantiene buena audición, no otorrea y último TAC de control está libre de recidivas.

177

OSTEOMA FRONTAL CON CRECIMIENTO EXCLUSIVO HACIA FOSA CRANEAL ANTERIOR

L.M. Gil-Carcedo García, E. Gil-Carcedo Sañudo, L.Á. Vallejo Valdezate, A.F. Dusuky, D. Herrero
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Los osteomas de los senos paranasales son tumores benignos, no infrecuentes, de crecimiento impredecible; los senos frontales son la localización más habitual, el tumor en su crecimiento va ocupando la cavidad del seno pudiendo llegar a sobrepasarla.
Material y métodos: Se expone un caso de osteoma de la tabla posterior del seno frontal izquierdo, con crecimiento exclusivo hacia fosa craneal anterior (FCA). Se muestra la imaginería diagnóstica. Se relatan, con imágenes de cada tiempo quirúrgico, las vicisitudes de la intervención realizada para su resección.
Resultados: TC axial, coronal y sagital delimitan perfectamente el osteoma. Para el abordaje se utiliza la incisión oreja-oreja (coronal) y una amplia craneotomía frontal. En el tiempo de exéresis se realiza el despegamiento del tumor, que es inseparable de la duramadre en una zona de unos 16 mm; la masa se reseca junto con la pared postero-inferior del seno. Se decide la cranealización del seno frontal. Se repara la duramadre mediante sutura y se reconstruye el suelo de la FCA con colgajo pediculado de pericráneo. El fragmento óseo de craneotomía se fija mediante sustentadores craneofix®.
Discusión/Conclusiones: 1. Los osteomas naso-paranasales son imprevisibles, no solo en su crecimiento, también en su dirección de expansión. 2. Cuando un osteoma crece hacia la FCA debe preverse su adherencia a la duramadre. 3. En este caso el abordaje osteoplástico convencional por la tabla anterior no hubiera sido adecuado. 4. El tratamiento quirúrgico de un osteoma frontal con invasión de la FCA puede ser complejo.

124

HEMORRAGIA PROGRESIVA CRÁNEO-CERVICAL

N. Bejarano Panadés, C. Artigas Sapiain, F. Culaciati, E. Novas Valiente, E. Morera Serna
Hospital Univ. Son Dureta,Islas Baleares.

Introducción: Las malformaciones vasculares cutáneas son relativamente comunes en la región de cabeza y cuello. Estas lesiones se dividen en hemangiomas y malformaciones arteriovenosas, subdividiéndose el último grupo en malformaciones sencillas (arteriales, venosas, capilares y linfáticas) o complejas (combinación de las anteriores). Presentamos el caso de una complicación hemorrágica aguda cráneo-cervical.
Material y método: Paciente de 48 años que acude a urgencias por presentar dolor agudo y tumefacción en región parietal derecha. Entre los antecedentes personales destacan dos intervenciones en la infancia por disóstosis craneofacial. En las horas sucesivas la masa aumenta rápidamente de tamaño. Se realiza TAC objetivándose una gran masa subcutánea de vértex craneal a hioides, de localización retroauricular, que desplaza el pabellón auricular rostralmente. Con contraste se aprecia extravasación activa hacia la colección, no identificándose el punto de sangrado. Se aprecia displasia temporoccipital derecha con venas transdiploicas hiperplásicas. No se observa la presencia de sangrado intracraneal.
Resultados: Debido a la sospecha de hemorragia activa de malformación vascular, se procede a terapia con embolización de las ramas terminales de carótida externa derecha por el servicio de radiología intervencionista. Tras ella se realiza drenaje quirúrgico del hematoma mediante incisión retroauricular ampliada. El paciente se mantiene intubado y con vendaje compresivo. En los siguientes días precisa dos nuevas intervenciones hasta poder controlar el sangrado.
Discusión/Conclusiones: Las malformaciones vasculares de cabeza y cuello presentan un potencial de sangrado constante. El tratamiento de la hemorragia implica un abordaje multidisciplinar, tanto del servicio de radiología intervencionista como al servicio de ORL.

169

SARCOMA PREFARÍNGEO RADIOINDUCIDO EN PACIENTE INTERVENIDO DE LARINGUECTOMÍA TOTAL

E. Berrocal Postigo, J. Martín Mora, T. Herrero Salado, S. Sánchez Gómez
Hospital Univ. Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La radioterapia juega un papel fundamental en el tratamiento de distintos tipos de cáncer, tanto de manera curativa como paliativa. Sin embargo, el riesgo de carcinogénesis secundario a las radiaciones ha sido conocido desde 1944. La incidencia acumulativa de sarcoma postirradiación es del 0,03-0,3%. Éstos suponen el 12% de las neoplasias postirradiación, de los cuales solo el 13-16% se localizan en cabeza y cuello. Los sarcomas radioinducidos de tejidos blandos más frecuentes son los histiocitomas fibroso maligno (70%), seguido del osteosarcoma, rabdomiosarcoma, angiosarcoma, fibrosarcoma, condrosarcoma y leiomiosarcoma. El tratamiento de elección es quirúrgico.
Material y métodos: Paciente de 70 años exfumador y exbebedor , intervenido a los 49 años de laringuectomía total con vaciamiento cervical funcional bilateral y complementariamente radioterapia cervical y de sobreimpresión traqueostoma. Revisiones anuales dentro de la normalidad. A los 19 años aparece gran tumoracion en línea media cervical de rápido crecimiento. TAC C/C: Tumoración de 4,5 cm × 2,9 cm de localización prefaríngea, con infiltración carotídea.

Resultados: Histología: Sarcoma de células pleomórfico de alto grado, fenotipo S-100 positivo.
Conclusiones: Dado la afectación de márgenes faríngeos de resección, tras la cirugía se planteó tratamiento quimioterápico. La proteína S-100 es un marcador específico de tumores derivados de la cresta neural, tales como células de Schwann y melanocitos. La supervivencia de los sarcomas radioinducidos es menor del 30% a los 5 años.

369

ANGIOLEIOMIOMA AURICULAR: UN TUMOR RARO

R. Hijano Esqué[1], D. Villán Marco[2], F. Crego De Pablos[1], J. Serra Carreras[1], I. Homs Moreno[1], F.X. Subirana Pozo[1], F. Aguilar[1]
[1]Servicio ORL, [2]Servicio Anatomía Patológica, Hospital Fundació Asil de Granollers, Barcelona.

Introducción: El angioleiomioma es un tumor de predominio en las extremidades. Pocos casos han sido descritos en la región de cabeza y cuello. Histológicamente se caracteriza por la presencia de numerosos vasos rodeados de capas de células de músculo liso hiperplásicas y desorientadas.
Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 52 años que acude a la consulta por presentar una tumoración sólida, de consistencia elástica y de color marrón violáceo en la zona del hélix izquierdo. La tumoración estaba presente desde hacia una década, con crecimiento fluctuante e indolora.
Resultados: Se propusó cirugía con el fin de establecer el diagnóstico definitivo. Se llevó a cabo una exéresis completa de la tumoración, con márgenes completamente bien definidos, y una reconstrucción de la zona auricular. La anatomía patológica demostró que se trataba de un angioleiomioma. A los seis meses de la cirugía no hay signos de recidiva y la reconstrucción es bastante aceptable.
Discusión/Conclusiones: A pesar de que los angioleiomiomas son tumores muy poco habituales en la esfera otorrinolaringológica, ante un tumor con las características descritas de color, consistencia e indoloro en la zona del hélix, hay que tener presente esta entidad en el diagnóstico diferencial. El tratamiento quirúrgico debe ir enfocado hacia la exéresis completa y una corrección cosmética adecuada a la zona. El diagnóstico definitivo nos lo dará la anatomía patológica de la pieza.

372

CUERPOS EXTRAÑOS FARINGO-LARÍNGEO-TRAQUEO-BRONQUIALES

R. Moya Martínez
Hospitales Univ. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los cuerpos extraños con localización en la vía aérea constituyen una patología que afecta frecuentemente tanto a niños como adultos, que puede llegar a ser muy grave si obstruyen severamente la luz respiratoria y que requiere en gran parte de casos la actuación urgente del especialista otorrinolaringólogo.
Material y métodos: Se exponen una serie de 11 casos clínicos de pacientes con sospecha de cuerpo extraño que acuden con clínica variable de odinofagia, disnea, estridor y tos con antecedente previo de ingesta.
Resultados: Se presentan imágenes tanto de pruebas complementarias empleadas en el diagnóstico como de cuerpos extraños extraídos satisfactoriamente.
Conclusiones: Los cuerpos extraños en área faringo-laríngeo-traqueo-bronquial es una patología muy frecuente en nuestro ámbito que requiere un rápido diagnóstico y tratamiento puesto que es una de las principales causas de muerte en el área otorrinolaringológica.

224

CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS Y FUNCIONALES DE LA AFECTACIÓN ÓTICA EN LA OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA.

M. Sainz Quevedo, J. García-Valdecasas Bernal, A. Aviñoa Arias
Hospital Univ. San Cecilio, Granada.

Introducción: La osteogénesis imperfecta es un trastorno genético del tejido conjuntivo caracterizado por fragilidad ósea, osteopenia, escleróticas azules, alteraciones dentarias, hiperlaxitud ligamentosa e hipoacusia. La severidad de este cuadro varía según el subtipo de dicha patología. La forma más leve es la enfermedad autonómica dominante, tipo I, caracterizada por fracturas no deformantes, escleróticas azules o grises e hipoacusia progresiva. El objetivo del presente estudio es describir morfológicamente los diversos estadios de la hipoacusia y discutir los posibles tratamientos de la misma, prótesis estapediales, implantes de oído medio, implantes osteointegrados e implantes cocleares.
Material y métodos: 3 pacientes, 2 varones y 1 mujer, aquejados de osteogénesis imperfecta tipo 1 han sido estudiados en nuestro servicio en los 3 últimos años. La edad media de inicio de la hipoacusia fue 27 años (DE 7,13 años). Se realizó un exhaustivo estudio audiológico y radiológico, mediante tomografía axial computadorizada, de los pacientes.
Resultados: Las imágenes de la TAC demuestran una gran desmineralización del hueso temporal, incluyendo la cadena osicular, desapareciendo celdas mastoideas y reduciéndose el grosor de la capsula ótica y el revestimiento óseo de estructuras vitales, tales como el golfo de la yugular y la carótida interna. El estudio audiológico muestra inicialmente una hipoacusia de transmisión que va evolucionando hasta una hipoacusia mixta de carácter moderado y posteriormente severo.
Discusión: Inicialmente la hipoacusia de transmisión, causada por la fijación y engrosamiento de la platina del estribo, la hipervascularización de la mucosa del promontorio y las fracturas osiculares, puede ser tratada con buenos resultados a corto plazo con prótesis estapediales e implantes de oído medio. Posteriormente, se instaura una hipoacusia mixta causada por microfracturas, hemorragias y ocupación por tejido fibroso del espacio coclear, que dificultan en gran medida los resultados de los dispositivos anteriores e incluso la colocación de los implantes cocleares.

438

OTOPLASTIA. DIFERENTES TÉCNICAS PARA UN MISMO OBJETIVO

F.J. Avilés Jurados, J.I. Merán Gil, E. Doménech Vadillo, M.E. Tobed, C. Pueyo, J. Maldonado, Y. Royo, E. Figuerola i Masana
Hospital Univ. Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: Las orejas prominentes representan una situación antiestética corriente. En nuestra sociedad representa uno de los criterios evidentes de los cánones de belleza. Su separación exagerada con respecto a la pared lateral del cráneo puede ser mal tolerada y originar complejos que el sujeto que lo padece.
Material y método: Presentamos esquemáticamente la anatomía y las técnicas de otoplastia más frecuentes, variaciones la mayoria de veces de la técnica de Mustardé, así como imágenes de video de los pasos más importantes de la técnica de otoplastia que realizamos en nuestro centro. También esquematizamos los diferentes pasos a seguir.
Resultados: Los resultados de dichas operaciones normalmente corresponden al del estudio prequirúrgico que se realiza. Realizamos toma de imágenes prequirúrgicas y a los seis meses de la cirugía. Se debe obtener una oreja armoniosa, sin irregularidades y con artificios visibles y lo más simétrica posible. Los diferentes autores reconocen una cifra de éxitos aproximada del 90%.
Conclusiones: En nuestra experiencia, creemos que un estudio preoperatorio correcto, con imágenes y una correcta información de las expectativas al paciente y sobre todo a sus familiares se llegan a tasas de éxito y satisfacción muy elevadas. Se han descrito multitudes de técnicas (más de cien), entre ellas las más habituales la de Mustardé (tubulización sin incisión cartilaginosa), Becker modificada (tubulización con condrotomías posteriores), etc. Sobre las base de dichas técnicas se pueden realizar modificaciones específicas. Debemos tener en cuenta que no nos encontramos defectos idénticos sino grupos de ellos que se intentan solucionar bajo una técnica parecida.

20

TUMOR CARCINOIDE DEL OÍDO MEDIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Martín Sanz, J.M. Teba Luque, V. Campos Paradinas, M. Sánchez Potenciano, E. Montiel Díez, C. Herrero Fernández, R. Sanz Fernández
Hospital Univ. de Getafe, Madrid.

Introducción: Los tumores carcinoides son neoplasias con diferenciación epitelial y neuroendocrina. Más frecuentemente diagnosticados en pulmón, páncreas y tubo digestivo, pueden aparecer en el oído medio.

Descritos inicialmente por Murphy en 1980, todavía existe controversia en cuanto a su diferenciación de los adenomas del oído medio, por su similitud histopatológica.
Material y métodos: Presentamos una paciente de 41 años con hipoacusia conductiva unilateral de varios años de evolución , sin antecedentes de otitis media crónica ni otra sintomatología asociada.. La otomicroscopia evidenció una masa polipodea proveniente de caja que protruía hacia el CAE. El TAC puso de manifiesto una ocupación de todo el mesotímpano de densidad de partes blandas, sin evidencia de afectación ósea u osicular. Con el diagnóstico de otitis media crónica, la paciente fue intervenida de una timpanoplastia con mastoidectomía cerrada clásica, donde se identificó una masa sólida, compacta, que ocupaba todo el mesotímpano, con base de implantación atical, que se pudo resecar sin dañar el resto de estructuras.
Resultados: El estudio histológico e inmunohistoquímico llegó al diagnóstico de tumor carcinoide de oído medio.
Conclusión: El tumor carcinoide es una entidad infrecuente en el oído medio. Los pacientes refieren los síntomas esperados de una masa en el oído medio. El tratamiento quirúrgico es de elección y es necesario un seguimiento a largo plazo por la gran tasa de recurrencia descrita en la literatura.

391

MANEJO TERAPÉUTICO CONSERVADOR EN EL PARAGANGLIOMA YUGULOTIMPÁNICO: REVISIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

M.G. Álvarez-Morujo de Sande, M.J. Hervás Núñez, M.A. Rodríguez Pérez, S. Senao Fernández, E.C. Porras Alonso; A. Martín Mateos
Hospital Univ. Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Los paragangliomas yugulotimpánicos son tumores del sistema neuroendocrino, de crecimiento lento en general, que afectan preferentemente a mujeres en edad media de la vida. El manejo terapéutico de los pacientes se basa fundamentalmente en la cirugía, no obstante, en ocasiones, el control clínico y la radioterapia externa pueden ser opciones terapéuticas adecuadas.
Material y métodos: Presentamos dos casos clínicos que corresponden a dos pacientes con paragangliomas. La primera paciente de 79 años de edad presentaba clínica de acúfenos en oído izquierdo junto con hipoacusia de años de evolución asociada posteriormente a disfonía y disfagia ocasional. En la otoscopia se observaba una membrana timpánica engrosada y enrojecida. La segunda paciente de 72 años de edad presentaba acúfenos no pulsátiles hipoacusia y crisis de vértigo con cambios posicionales cefálicos. La imagen de la otoscopia se encontraba dentro de los patrones de normalidad. En los dos casos se realizó TAC craneofacial, RMN de cráneo, peñasco y mastoides junto con arteriografía craneal comprobándose la existencia de paraganglioma yugulotimpánico en la primera paciente y paraganglioma yugular en la segunda paciente. Ambos casos fueron enviados para valoración por la Unidad de Base de Cráneo que debido al carácter benigno de la lesión, su lento crecimiento y la edad de las dos pacientes decidió adoptar una conducta expectante controlándose periódicamente mediante RMN En el primer caso tras un año de seguimiento se decide tratar con radioterapia externa con el fin de disminuir la intensidad del acúfeno. En el segundo caso clínico la sintomatología es perfectamente tolerada decidiéndose control clínico. El seguimiento de las pacientes se ha realizado durante un periodo de 8 años
Conclusiones: Nos encontramos ante un caso de paraganglioma yugulotimpánico y un segundo caso de paraganglioma yugular, en los cuales se decide adoptar, analizando individualmente cada paciente, una actitud conservadora con revisiones periódicas anuales. En ambos casos, las pruebas de imagen realizadas durante su seguimiento ponen de manifiesto el lento crecimiento de estos tumores en pacientes de edad avanzada.

68

HEMANGIOMA CAVERNOSO DE LA MEMBRANA TIMPÁNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Ruiz Clemente, A. González Jeute, M.J. Gómez Galán, F. Morote Jiménez, M. Olivencia López, C. Escudero Severín
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

Introducción: Los hemangiomas de la membrana timpánica y del conducto auditivo externo son extremadamente raros. Se trata de tumores de origen vascular que asientan en la capa submucosa de la membrana timpánica.
Material y métodos: Se presenta un caso de una mujer de 33 años de edad que consulta por sensación de taponamiento y acúfenos pulsátiles en el oído izquierdo desde hace meses. En la exploración otomicroscópica se apreciaba una formación vegetante de coloración violácea que ocupaba los cuadrantes posteriores de la membrana timpánica. El estudio audiométrico mostró una hipoacusia transmisiva leve pantonal (GAP de 20-30 dB). Se realizó un TAC de oídos que mostraba una lesión de partes blandas confinada a la membrana timpánica, sin apreciarse alteraciones ni en la cadena osicular ni en la caja timpánica. Se complementó el estudio de imagen mediante una RNM en la que se confirmaba la presencia de dicha lesión en la membrana timpánica, con una alta sospecha de origen vascular de la misma.
Resultados: Mediante anestesia local asistida, se realizó escisión-biopsia de la lesión, colocando a continuación un injerto de pericondrio tragal para cubrir el defecto timpánico residual. Tanto la cadena osicular como la caja timpánica no mostraban alteraciones. El resultado anatomopatológico fue de hemangioma cavernoso de membrana timpánica. Tras la cirugía, desaparecieron tanto los acúfenos como la sensación de taponamiento ótico. A los 3 meses tras la cirugía, se realizó nuevo estudio audiométrico que resultó normal. Tras 2 años de la intervención, no hay signos de recidiva de la lesión.
Conclusiones: Los hemangiomas de la membrana timpánica son entidades extremadamente raras. El diagnóstico se sospecha mediante la clínica, los hallazgos otomicroscópicos y el estudio de imagen mediante TAC-RNM, pero sólo puede confirmarse mediante su estudio anatomopatológico. El tratamiento se basa en la extirpación quirúrgica completa de la lesión.

199

TRAQUEOCELE ADQUIRIDO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

A. López Llames, C. Barrera Blázquez, F. Sánchez López, M. Arroyo Domingo
Hospital de Torrevieja, Alicante.

Introducción: El traqueocele o divertículo traqueal es una lesión quística, de contenido aéreo de localización paratraqueal.
Material y método: Presentamos el caso de un varón de 35 años que acude a consultas por presentar una masa cervical anterior de un mes de evolución. Su tamaño fluctuaba, en relación con el esfuerzo. Como antecedente personal, destaca un accidente de tráfico 16 años antes, que llevó a la realización de una traqueotomía por intubación prolongada. En el examen físico se apreciaba una tumoración de unos 2 cm, mal definida y crepitante, a nivel de la horquilla esternal. La TAC reveló una imagen diverticular de contenido aéreo pretraqueal derecha de 2.7x2.2 cm. Se realizó una cervicotomía bajo anestesia general, disecando la lesión hasta su origen en la pared lateral derecha de la traquea, a nivel del segundo anillo.
Resultados: La evolución es satisfactoria tras diez meses de seguimiento.
Discusión: El traqueocele es una entidad clínica rara. Hay dos tipos: congénito y adquirido. Las formas adquiridas se han descrito en relación con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica y como complicación en el cierre de una traqueotomía. Se cree que corresponden a una invaginación de la mucosa traqueal a través de una zona de pared traqueal debilitada, secundaria al aumento de la presión intraluminal. Los síntomas más frecuentes son la tos crónica y las molestias faríngeas. La base del diagnóstico es el estudio radiológico mediante TAC. No hay acuerdo en la literatura respecto al manejo del traqueocele. La decisión entre realizar el tratamiento conservador médico de los síntomas y el tratamiento quirúrgico, debe de ser tomada teniendo en cuanta la edad y estado general del paciente, la severidad de los síntomas y la morbilidad de la cirugía.

70

LINFOMAS Y OTROS SÍNDROMES LINFOPROLIFERATIVOS PRIMARIOS EXTRAGANGLIONARES DE CABEZA Y CUELLO

F.J. Avilés Jurado, E. Doménech Vadillo, J. Merán Gil, M. Tobed, A. Soley, E. Figuerola, J. Risco
Hospital Univ. Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: Los linfomas ocupan el segundo lugar en frecuencia de las neoplasias malignas de cabeza y cuello. Pueden aparecer tanto a ni-

vel ganglionar como extraganglionar (anillo de Waldeyer, cavidad nasal, paladar, mandíbula, glándula tiroides, glándulas salivales). Otros síndromes linfoproliferativos se pueden manifestar en esta área como es el caso del plasmocitoma extramedular.
Material y método: Presentamos una revisión retrospectiva de casos de linfomas primarios extraganglionares de cabeza y cuello, así como un caso de plasmocitoma extramedular, diagnosticados y tratados en nuestro centro durante del período comprendido entre octubre del 1999 hasta mayo del 2007. Se realiza una revisión bibliogràfica relacionada.
Resultados: Los linfomas primarios de cabeza y cuello de localización extraganglionar son menos frecuentes que los de localización ganglionar, tanto en el caso de los linfomas no Hodgkin como, sobre todo, los linfomas Hodgkin. En cuanto al diagnóstico, la PAAF es orientativa, pero se requiere una biopsia para el diagnóstico de certeza. De los 14 casos que hemos revisado, 12 han sido linfomas no Hodgkin, 1 linfoma Hodgkin i 1 plasmocitoma extramedular. Por lo que se refiere a la localización, 8 asientan sobre el anillo de Waldeyer y 6 sobre tejido extralinfático (nasal, paladar, encías, mandíbula, glándula tiroides, glándula parótida.). Los linfomas son procesos patológicos a tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial en la patología de nuestra área.

352

RECONSTRUCCIÓN NASAL POST RINECTOMÍA PARCIAL POR CARCINOMA EPIDERMOIDE NASAL

F. Culaciati Tapia, C. Artigas Sapiain, E. Novas Valiente, N. Bejarano Panadés, E. Morera Serna, M. Tomás Barberán
Hospital Univ. Son Dureta, Islas Baleares.

Introducción: Los papilomas invertidos son tumoraciones benignas que pueden aparecer en diversas localizaciones tales como vías urinarias y cavidades nasosinusales, siendo más frecuente su aparición en éstas últimas. Se caracterizan por su alta tendencia a recidivar asi como un bajo potencial de malignización a carcinoma epidermoide.
Material y método: Paciente de 41 años con antecedentes de VHC crónico, EPOC, tabaquismo, VIH positivo. En el año 2006 se reseca tumoración de Vestíbulo Nasal siendo compatible con papiloma invertido. Posteriormente sufre 2 nuevas intervenciones debido a recidivas. En Noviembre del 2007 aparece nueva tumoración en dorso nasal cuya Paaf es compatible con carcinoma epidermoide, por lo que se realizó rinectomía subtotal en diciembre del 2007. El paciente siguió controles postoperatorios en consultas de ORL hasta la realización de su reconstrucción nasal.
Resultados: Resección completa de la tumoración en controles anatomopatológicos e imagenológicos con la consiguiente reconstrucción quirúrgica nasal.
Discusión/Conclusiones: Si bien la cirugía en el papiloma Invertido nasosinusal y sus frecuentes recidivas es algo a lo que los otorrinolaringólogos no les supone un mayor reto, queremos destacar que esto cambia radicalmente cuando nos enfrentamos a una malignización de esta patología. Es ahí donde queremos recalcar el desafío que supone no sólo lograr un éxito quirúrgico desde el punto de vista oncológico sino también desde el punto de vista del resultado estético, rol cada más importante en la formación y tratamiento integral de las patologías que maneja nuestra especialidad.

25

FÍSTULA TRAQUEOSOFÁGICA ADQUIRIDA NO MALIGNA

M. González Pena, J.M. Blanc Curto, J. Pardo la Plana
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tarragona.

Introducción: Las fístulas traqueosofágicas adquiridas no malignas pueden ser el resultado de diversas causas: infecciosas, traumáticas, rotura de divertículo esofágico, etc.
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente te 42 años que fallece como complicación de una fístula traqueosofágica adquirida no maligna causada por una intubación prolongada en el contexto de diversas patologías de base (DM, hipoalbuminemia, IAM)
Discusión/Conclusiones: Las fístulas traqueosofágicas adquiridas tienen una morbimortalidad elevada (favorecidas por el estado crítico del paciente y comorbilidades). Es preciso realizar una anamnesis detallada y tener un alto índice de sospecha ante una clínica sugestiva como: secreciones aumentadas, neumonías de repetición, tos tras la ingesta... El cierre espontáneo es poco frecuente por lo que se recomienda la corrección quirúrgica si es posible. No es menos importante la prevención de las mismas manteniendo unas presiones de globo endotraqueal correctas, realización de traqueostomías en caso de ventilación mecánica prolongada y uso de guía broncoscópica para la realización de las mismas si es preciso.

325

SENO OBLITERADO DE PRIMERA HENDIDURA BRANQUIAL

J.A. Díaz Manzano[1], J. Iniesta Alcázar[1], J. Moreno Requena[1], M.F. Cegarra Navarro[2]
[1]Hospital Comarcal del Noroeste; [2]Hospital General Reina Sofía, Murcia.

Introducción: Las anomalías de la primera hendidura branquial suponen menos del 8% de todas anomalías branquiales. Su rareza y presentaciones diversas han supuesto frecuentemente un diagnóstico equivocado y un tratamiento inapropiado. Es necesario determinar las características clínicas que pueden ayudar en el diagnóstico exacto.
Material y método: Mujer de 46 años que consultó por otalgia derecha y otorrea de 2 semanas de evolución, además de molestias inespecíficas en dicho oído en los últimos 5 años. Tras tratamiento de otomicosis subyacente se objetiva masa de aspecto cordonal desde cara interna de trago hasta membrana timpánica. También presentaba un apéndice preauricular homolateral. En la TC se identifica imagen con densidad de partes blandas, sin imágenes quísticas en áreas pre e infraauricular derechas. Con la sospecha de proceso malformativo branquial se somete a exéresis de la lesión, en toda su extensión, via endoaural.
Resultados: En el estudio AP se objetivan fragmentos revestidos por epidermis sin lesiones sobre una dermis con glándulas sebáceas y anejos sin anomalías, así como fragmentos de cartílago bien constituidos, con área de fibrosis compacta en dermis superficial. Todo esto le hacía compatible con un seno obliterado de primer arco tipo II de Work.
Discusión/Conclusiones: Aunque la presentación típica de estas anomalías suele ser en forma de quiste o fístula, la mayoría de las veces en íntima relación con el nervio facial, no es descartable, como en nuestro caso, que se presente como una lesión silente, cuya única manifestación sea la patología ótica asociada a la estenosis del CAE.

380

CAUSA POCO HABITUAL DE DISFONÍA

R. Wegmann Vicuña, J. Vila Martín, J. Knäpper Martín, C. Iglesias Valera, M. García-López
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Los quistes laríngeos más frecuentes se localizan en las cuerdas vocales y en las valléculas. Los quistes localizados en la banda ventricular son muy infrecuentes.
Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 70 años que acudió a su ORL de zona por disfonía progresiva de meses de evolución. Era fumadora de 3 paquetes al día. La laringoscopia mostraba una lesión neoformativa, de contornos redondeados en la banda ventricular derecha, asociada a edema de Reinke. Se le hizo una TC que informaba de la lesión sin que produjese invasión de estructuras adyacentes. Se le realizó laringoscopia directa y se apreció que la lesión era quística, de aproximadamente 1 cm^3, que se consiguió extirpar completamente, por disección roma.
Resultados: Tras la intervención quirúrgica, la paciente presentó mejoría de la calidad de su voz. El análisis anatomopatológico de la lesión fue de quiste sacular.
Discusión: El sáculo corresponde a una prolongación de la porción anterior del ventrículo laríngeo. Las alteraciones de éste van desde aumento de su tamaño, laringocele, hasta quiste sacular. La clínica más frecuente del quiste sacular en adultos son los cambios de voz y menos frecuentemente compromiso de vía aérea.

331

DISFONIA SECUNDARIA A PARAGANGLIOMA YUGULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.M. Gil Calero, E. Durio Calero, D. Moreno Jiménez, R. Sanz Fernández
Hospital Univ. de Getafe, Madrid.

Introducción: Los paragangliomas cervicofaciales representan el 0,6% de las neoplasias de esta región. Clásicamente ocurren en mujeres de

edad media que consultan por hipoacusia y acúfeno pulsátil. Presentamos un caso clínico con síntomas iniciales diferentes.
Caso clínico: Mujer de 90 años de edad con antecedentes de síncopes repetidos e hipoacusia bilatereral sin acúfenos, de años de evolución. Consulta por disfonía y disfagia progresiva para líquidos. En la exploración física se objetivó parálisis de cuerda vocal derecha junto con afectación del IX y XII pc derecho. Mediante la otoscopia del oido derecho visualizamos una masa hiperémica pulsátil que ocupaba meso e hipotímpano. La audiometría tonal manifiesta hipoacusia neurosensorial bilateral simétrica. A continuación se realiza RMN de base de cráneo: tumoración en foramen yugular derecho hiperintensa con alguna imagen hipointensa en su interior ("imagen en sal y pimienta") de 2,6 × 1,7 × 2,5 cm sugestivo de paraganglioma. Juicio clínico: paraganglioma yugular. Evolución: dada la edad de la paciente se decidio observación. No empeoramiento tras un año de seguimiento.
Discusión: Por su localización el glomus yugular puede iniciarse clínicamente con una afectación de pc bajos sin repercusión otológica: en este caso del IX, X y XII pc derecho, que clásicamente se conoce como síndrome de Coller-Sicard. Ante dichos hallazgos destacamos la importancia de una exploración ORL completa, puesto que sólo con la otoscopia podríamos tener un diagnóstico probable. El tratamiento en algunos casos es controvertido: observación, radioterapia o cirugía. Así se deben analizar beneficios/riesgos teniendo en cuenta múltiples factores: edad, estado general, tamaño tumoral y localización entre otros.

229

BOCIO MULTINODULAR ENDÓGENO

E. Sánchez Legaza, W. Elhendi , J.R. Ruiz , A. Rodríguez, A. Caravaca, A. Sanmartín, A. Ruiz-Mondéjar

Hospital de Punta Europa, Cádiz

Introducción: El bocio multinodular es una patología muy frecuente y heterogénea clínicamente (asintomático a compresión de estructuras vecinas e hipertiroidismo).
Material y métodos: Paciente mujer con bocio multinodular, HTA, DM-NID y cardiopatía que acude a Urgencias por disnea. Exploración y TAC: gran tumoración leñosa que deforma el cuello y estenosa tráquea.
Resultados: Se extirpa el bocio, remitiéndose a anatomía patológica que confirmarlo.
Discusión/Conclusiones: El bocio multinodular requiere tratamiento endocrino, salvo el de larga evolución, gigantesco que es quirúrgico seguido de estudio histológico para descartar su evolución a carcinoma anaplásico.

511

MENIGIOMA DEL AGUJERO RASGADO POSTERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Serrano Añón, B. Agreda Moreno, R. Artal Sánchez, J. Royo López, L. Carmen Samperiz, J.I. Alfonso Collado, H. Vallés Varela

Hospital Clínico Univ. Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: El meningioma es un tumor bien conocido en la literatura. Deriva de las células meningoteliales y comprende un amplio espectro de variedades morfológicas. Es más frecuente en las mujeres (65%) frente a los hombres (35%) y en la edad media de la vida (entre los 40-49 años el 35%). La clínica viene determinada por su localización. El diagnóstico se establece principalmente por radiología. Suelen tener un comportamiento benigno con un crecimiento lento.
Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente de 28 años que presenta asimetría cervical y de cintura escapular de 12 años de evolución. En el ultimo año ha presentado contracturas de los músculos trapecio y supraespinoso derecho, además de disfagia, por lo que consulta en nuestro servicio. En el examen físico se observa parálisis de los pares craneales IX, X y XI derechos, con atrofia del músculo esternocleidomastoideo. Se solicitan pruebas de imagen (TC y RMN) apreciándose una tumoración que erosiona el agujero rasgado posterior derecho con extensión extracraneal e intracraneal. La paciente es referida a otro centro hospitalario con unidad de base de cráneo y experiencia en este tipo de tumores donde se reseca la totalidad de la lesión mediante abordaje lateral de fosa posterior. Actualmente es controlada en nuestro servicio.
Discusión: Se estudia el caso de una paciente con diagnostico de síndrome del agujero rasgado posterior por meningioma de dicha región y se realiza una revisión bibliográfica de las causas, diagnostico y tratamiento del mismo.

409

COLGAJOS MICROVASCULARES. NUESTRA EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

A. Plà Mocholi, S. Brotons, E. Ferrandis Perepérez, J.B. Vendrell Marqués

Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Introducción: El empleo de colgajos microvascularizados se ha extendido en los últimos años como una de las opciones más favorables en la reconstrucción de defectos postquirúrgicos en cabeza y cuello. Los podemos clasificar en fasciocutáneos, musculocutáneos, osteomusculares y osteomusculocutáneos. Estos colgajos nos permiten reconstruir defectos grandes y complejos con resultados estético-funcionales satisfactorios.
Material y método: Presentamos una revisión retrospectiva de los colgajos microvascularizados realizados en el Instituto Valenciano de Oncología en los últimos 10 años, presentando un total de 59 casos intervenidos.
Resultados: De un total de 59 colgajos, en 42 ocasiones se utilizó un colgajo radial antebraquial, en 6 casos un colgajo peroneo (defectos mandibulares), en 8 casos un colgajo de Recto Abdominal, y en 1 ocasión un colgajo de yeyuno, 1 colgajo lateral de brazo y 1 colgajo de cresta ilíaca (sínfisis mandibular). Los defectos reconstruidos correspondieron a glosectomías (20%), lesiones en orofaringe (18,5%), defectos cutáneos (17%), mucosa yugal (11%), suelo de boca (10%), mandíbula (10%), maxilar superior (5%), paladar (5%), e hipofaringe (1,8%).
Discusión/Conclusiones: De la gran variedad de colgajos microvasculares aceptados para reconstruir defectos en cabeza y cuello, la mayoría de las ocasiones utilizamos el colgajo radial antebraquial. Ante grandes defectos nos vemos obligados a recurrir a colgajos de mayor tamaño como el colgajo de Recto Anterior Abdominal. La reconstrucción de defectos mandibulares requiere recurrir a colgajos peroneos o de cresta ilíaca.

364

LEIOMIOMA DE LARINGE

M.A. García Villarán, A. Menoyo Bueno, J.F. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez de Agüera, E. Mata López, M.A. López González, F. Estéban Ortega

Hospitales Univ. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El leiomioma de laringe es un tumor benigno muy poco frecuente que puede presentarse con disfonía, disnea y disfagia; y requiere un estudio anatomopatológico para su diagnóstico.
Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente con clínica de disfonía y disnea progresiva que en la nasofibroscopia presenta lesión pediculada procedente de comisura anterior que bloquea la luz glótica casi en su totalidad requiriendo traqueotomía de urgencia. En tomografía axial computarizada se observa una masa redondeada de predominio quístico y realce periférico con contraste en relación con banda o ventrículo laríngeo derechos.
Resultados: Se realiza toma de biopsia bajo microcirugía endolaríngea extirpándose por completo la lesión que se envía para estudio anatomopatológico, resultando leiomioma ulcerado de laringe.
Conclusiones: El leiomioma laringeo es un tumor de comportamiento benigno cuyo aspecto histológico se caracteriza por la presencia de células musculares lisas bien diferenciadas que contienen miofibrillas, sin atipias nucleares. Macroscópicamente se presenta como una tumefacción firme bien delimitada y a menudo sesil, determinando una clínica de disfonía y disnea. Su tratamiento de elección es la exéresis mediante microcirugía laríngea.

410

MENINGITIS NEUMOCÓCICA DE ORIGEN OTÓGENO

A. Caravaca García, J.R. Ruiz Fito, W. Elhendi Halawa, A. Rodríguez Fernández-Freire, E. Sánchez Legaza, A. Sanmartín Anaya, A. Ruiz Mondéjar

Servicio ORL, Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Introducción: Si bien la meningitis neumocócica es un cuadro de presentación relativamente frecuente en nuestro medio y asociado con pa-

tología de la esfera ORL, el caso que presentamos tiene la particularidad de no existir antecedente alguno que sugiera la patología ótica como factor desencadenante, y ser un hallazgo casual en el TAC que le realiza el médico de infecciosos que lleva a la paciente.
Material y método: Se presenta un caso de una mujer de 57 a., ingresada de urgencias ante cuadro febril, obnubilación y signos meníngeos, diagnosticada de meningitis neumocócica, se trata farmacológicamente con una evolución favorable, pero con persistencia de febrícula, motivo por el que se consulta a nuestro servicio donde se advierte exploración ORL dentro de la normalidad con otoscopia dentro de la normalidad, y presencia de escaso material inflamatorio en antro en TAC de cráneo, tras solicitar TAC específico de oído se confirma la presencia de dicho material. Se propone intervención realizándose cirugía otológica.
Resultados: Del estudio A.P. de los restos extraídos durante la cirugía realizada: radical mastoidea modificada, se confirma la presencia de colesteatoma que erosiona el techo del antro mastoideo. La evolución posterior es favorable desapareciendo la fiebre.
Discusión: El colesteatoma a tímpano íntegro a veces nos juega malas pasadas, sobre todo cuando se manifiesta en una complicación grave como es una meningitis. El alto grado de alerta es la única medida que podemos tomar en cuadros donde la persistencia del síntoma fiebre sigue alertando de un problema no resuelto. La gravedad del cuadro y la precariedad de signos clínicos y radiológicos hacen de esta presentación, a nuestro entender digna de ser expuesta.

182

ABSCESO PRIMARIO DE LENGUA.

W. Elhendi Halawa, A. Caravaca García, J.R. Ruiz Fito, E. Sánchez Legaza, A. Rodríguez Fernández-Freire, A. Sanmartín Anaya, A. Ruiz Mondéjar
Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Introducción: Presentamos un caso de macroglosia aguda con edema del suelo de boca, debida a un absceso lingual primario, se comenta el papel de técnicas diagnósticas y actitud terapéutica.
Material y método: Paciente con dolor agudo de suelo de boca, afebril, disfagia pero no disnea, sin antecedentes infecciosos ni traumáticos, sin mejoría con tratamiento médico. Exploración: edema de lengua, suelo de boca y empastamiento submentoniano y submaxilar bilateral sin compromiso de vía aérea. Se confirma el absceso mediante TAC, RM y ecografía. Tratamiento mediante drenaje quirúrgico vía oral asociado a tratamiento parenteral antibiótico y anti-inflamatorio.
Resultados: Buena evolución, confirmada por técnicas de imagen, con permanencia durante días de imagen de colección serosa mínima que se resuelve espontáneamente. Asintomático pasados meses del episodio.
Discusión: El absceso lingual primario es una patología rara, que hay que sospechar ante una macroglosia aguda, la mayoría se localizan en los dos tercios anteriores y no causan compromiso de vía aérea a diferencia de los posteriores. Las técnicas de imagen, sobre todo RM, juegan papel fundamental en su diagnóstico. El abordaje quirúrgico depende de su localización. Ocasionalmente es necesario traqueostomía preventiva.

108

RINOPLASTIA EN NARIZ TRAUMÁTICA

V. Vasallo García, J. Sanabria Brassart, R. del Castillo López, F.J. Guerra Blanco, H. Moreno, F.J. Cogolludo, J.M. Villacampa, R. Gutiérrez, M. Tomás Barberán, C. Cenjor Español
Fundación Jiménez Díaz, Madrid; Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: Se presenta un caso de desviación septopiramidal de origen traumático (accidente de tráfico). La deformidad es tan manifiesta que recurrimos a una corrección quirúrgica mediante septorrinoplastia con doble línea de osteotomías percutáneas, mediales y laterales con extracción de cartílago autólogo. Consideramos que esta técnica ofrece importantes ventajas, con mayor control del trazo de fractura, menor incidencia de techo abierto y de escalón lateral, sin provocar secuelas cicatriciales.
Material y métodos: Presentamos detallada iconografía sobre una mujer de 41 años que refiere traumatismo nasal en accidente de tráfico asociada a insuficiencia respiratoria nasal derecha. Buena ventilación nasal previa. El resto del área ORL permanece asintomática. A la exploración ORL encontramos una desviación septal severa derecha con hundimiento de la suprapunta nasal con tumefacción de la zona piramidal y lateral derecha. Tres meses después de su consulta se realiza bajo anestesia general y en régimen de hospitalización septorrinoplastia abierta con reconstrucción nasal, mediante septoplastia bajo técnica de Cottle modificada con extracción de láminas de cartílago autólogo (del pabellón auricular) que son utilizadas para la reconstrucción del dorso en forma de poste, estandarte y doble lámina para el dorso longitudinal con fijación cutánea con sutura reabsorbible. Se realizan osteotomías percutáneas laterales y mediales.
Resultados: Se presentan los resultados evolutivos del paciente en relación al tratamiento propuesto junto con las imágenes respectivas.
Discusión/Conclusiones: El paciente que se someta a una rinoplastia postraumática es necesario que comprenda que no se trata de una intervención sencilla, que es muy importante una exploración exhaustiva y completa para poder trasmitir al paciente que aspectos podrán ser mejorados y cuales no y, en definitiva, que grado de mejora estética y/o funcional podrá ser obtenido en cada caso.

341

FERINGECTOMÍA PARCIAL POR VÍA LATERAL

E. Flores Carmona, J. Verge González, A. Cordero Jiménez, J. Solano Romero, G. Rodríguez Baro
Hospital Clínico Univ. Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: Esta técnica implica la exéresis de una zona más o menos extensa de la pared lateral de la hipofaringe. Se utiliza únicamente para los tumores localizados en la pared lateral del seno piriforme membranoso. Sus indicaciones son limitadas, deben ser lesiones de pequeño tamaño, alejadas del ángulo anterior, del fondo del seno piriforme, así como de la pared posterior de la hipofaringe.
Material y métodos: Presentamos dos casos clínicos en los que se indicó realizar una faringectomía lateral.
Discusión: Ambos casos se trata de segundos primarios, y ambos han recibido tratamiento QT+RT, por lo que la mejor opción es la cirugía. Presentamos imágenes y esquemas de la cirugía, y se discuten las ,mejores opciones de tratamiento.

326

NEOPLASIA LARÍNGEA DE ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE

J.F. Muñoz Villanueva, A. Medinilla Vallejo, D. Castro Gutiérrez, I.M. Reyes Tejero, F.J. Aguilar Vera, E.A. Mata López, R. Moya Martínez, M.A. García Villarán, A. Mochón Martín, F. Esteban Ortega
Hospitales Univ. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El tumor de células granulares, tumor de Abrikossoff o mioblastoma es una neoplasia benigna poco frecuente descrita por primera vez en 1926 por Abrikossoff. Puede aparecer en pacientes de cualquier edad pero es más frecuente entre la cuarta y la sexta década de la vida. Se localiza generalmente en cabeza y cuello, siendo la lengua su localización más frecuente. Suele ser un nódulo único, indoloro y firme, a nivel submucoso. El tratamiento es esencialmente quirúrgico, siendo las recidivas excepcionales.
Material y método: Se presenta el caso de un paciente fumador de mediana edad que presenta disfonía progresiva de varios meses de evolución. La laringoscopia muestra una lesión que afecta a banda y ventrículo derecho, estando ambas cuerdas libres y móviles. La TAC informa de lesión bien localizada a este nivel, sin afectación de estructuras adyacentes así como sin apreciarse adenopatías.
Resultados: Se somete a microcirugía láser CO_2 para extirpación completa de la lesión, informándose la pieza como tumor de células granulares con márgenes libres de enfermedad. Tras 1 año de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático y sin evidencia de recidiva tumoral.
Conclusiones: El tumor de Abrikossoff es una enfermedad poco común que afecta fundamentalmente a cavidad oral, aunque también se encuentran en otras localizaciones. Aunque la mayoría de las formas son benignas, las malignas se asocian con un alto índice mitótico. El diagnóstico definitivo es mediante estudio anatomopatológico y el tratamiento de elección es quirúrgico, con amplios márgenes de seguridad para evitar recidivas locales.

24

TUBERCULOSIS EN OÍDO MEDIO

M. González Pena, J.M. Blanc Curto, J. Pardo la Plana

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tarragona.

Introducción: La tuberculosis de oído medio es una enfermedad infrecuente. Debido a su rareza y a su curso insidioso, el diagnóstico suele ser tardío. Este retraso diagnóstico pude llevar a complicaciones tales como la parálisis facial o la pérdida irreversible de audición, entre otras. El diagnóstico se confirmará si se encuentra presencia de bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) en secreciones de oído medio, si crece el Mycobacterium tuberculosis (M. Tb) en el cultivo, si se encuentra la histología característica (si el paciente se ha sometido a cirugía) y/o si es positiva la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para el bacilo tuberculoso.
Métodos: Presentamos el caso de una mujer de edad avanzada en la que una otorrea crónica, resistente al tratamiento convencional, ocurre como primera manifestación clínica de la enfermedad.
Discusión/Conclusiones: Debería tenerse un alto índice de sospecha de tuberculosis frente una otorrea crónica intratable que presenta en su evolución parálisis facial y pérdida auditiva progresiva. El tratamiento de elección es la terapia médica antituberculosa que, en ocasiones, se puede acompañar de cirugía.

310

VIDEOLARINGOSCOPIA EN CIRUGÍA ENDOLARÍNGEA

E. Doménech Vadillo, J.L. Merán Gil, F.J. Avilés Jurado, C. Áñez, J.C. Flores, E. Figuerola i Masana, J. Risco Arenas

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: Una buena y completa visión de la endolaringe puede ser dificultosa en algunos casos de microcirugía laríngea, por diferentes razones. Hay descritos en la literatura dispositivos y técnicas de videolaringoscopia para salvar algunas de estas dificultades, la mayoría en el campo de la anestesiología (intubación en situaciones de vía aérea difícil), siendo menos numerosas las publicaciones en otorrinolaringología.
Material y métodos: Presentamos un caso de polipectomía de cuerda vocal mediante un dispositivo de videolaringoscopia diseñado para casos de intubación difícil. Se muestran imágenes del procedimiento.
Resultados: La cirugía fue llevada a cabo sin mayores dificultades que las derivadas del manejo del instrumental a través de la angulación del dispositivo, sin otras complicaciones asociadas, con buen resultado anatomofuncional.
Conclusión: La videolaringoscopia es una buena técnica para una mejor exposición endolaríngea. La angulación diseñada en el campo de la anestesia, para casos de intubación difícil, es un obstáculo para la cómoda utilización del material convencional en cirugía endolaríngea. Existen dispositivos descritos con fin quirúrgico, a partir de ópticas acopladas a laringoscopios convencionales, aportando una mejor visión, menos obstaculizada por los instrumentos quirúrgicos, sin necesidad de refocalización y más óptimos a nivel docente, en otras ventajas.

260

COMPLICACIONES DE LOS PIERCINGS

C. Martín González, M. Pinilla Urraca, A. Martínez Ruiz-Coello, F.M. González, A. Ibáñez Mayayo, B. Arellano Rodríguez, J.M.Verdaguer Muñoz

Hospital Univ. Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: Actualmente existe una gran tendencia al uso de piercings, cada vez a edades más tempranas. Generalmente no producen patología importante, pero en ciertas personas dan lugar a cicatrices hipertróficas en las regiones donde se colocan, siendo el pabellón y el lóbulo auricular zonas frecuentes de asiento de queloides. Existen distintas opciones de tratamiento: exéresis quirúrgica, criocirugía, inyección local de corticoides o compresión local, cuyo resultado no siempre es el esperado. Además suelen ser lesiones que recurren, sobre todo si se vuelven a utilizar piercings.
Material y métodos: Presentamos cuatro pacientes jóvenes que desarrollaron queloides en uno o los dos pabellones y/o lóbulos auriculares tras el uso de piercings. Todos los casos fueron tratados mediante exéresis quirúrgica con anestesia local.
Resultados: En todos los casos se realizó exéresis completa de cada queloide, objetivando mediante soporte gráfico el estado de la lesión antes y después de la cirugía. Uno de los casos corresponde a una tercera recurrencia debido a que la paciente volvió a usar piercings en la misma localización.
Conclusión: Debido al uso cada vez más extendido de piercings se ha objetivado una mayor tendencia al desarrollo de queloides en la región auricular, cuyo tratamiento incluye diferentes técnicas con resultados controvertidos. Creemos que la exéresis quirúrgica completa de la lesión es una buena opción de tratamiento, siempre que el paciente no vuelva a usar piercings.

287

POLICONDRITIS RECIDIVANTE

F. Muñoz del Castillo, P. Figueroa Crespo, B. Fernández-Conde, F. Ropero Romero, J. Gutiérrez Jodas, E. Alarcón Linares, J. Ortega Carpio, A. Jurado Ramos

Hospital Univ. Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La policondritis recidivante (PCR) es una inflamación episódica y progresiva de los cartílagos nasales y auriculares que puede afectar también a otros órganos. La etiología es autoinmune de origen desconocido, produciendo una destrucción de la matriz cartilaginosa.
Material y método: Mujer de 46 años en estudio tras múltiples ingresos por pericondritis de pabellones auriculares sin traumatismos previos. Ha presentado igualmente congestión nasal, epístaxis y episodio de edema de pirámide nasal que cedió espontáneamente.
Resultados: Presenta condritis auricular con dolor e inflamación del pabellón OI sin afectación de lóbulo. En estudio por Reumatología por poliartritis asimétrica y dolor de articulaciones esternoclaviculares de años de evolución. Ante la sospecha de cuadro autoinmune sistémico, se realiza biopsia de cartílago septal, confirmando el diagnóstico de presunción.
Discusión/Conclusiones: La PCR es un cuadro sistémico que afecta a pabellones, cartílagos nasales y con menor frecuencia cartílagos bronquiales, pudiendo ocasionar colapso respiratorio, neumonías de repetición, insuficiencia valvular cardíaca y aneurismas aórticos. Se debe sospechar ante pericondritis de repetición sin traumas previos.

98

RECONSTRUCCIÓN ANATÓMICA DE LA PUNTA NASAL CON INJERTO EN ALAS DE GAVIOTA

P.A. Escobar Rincón, F. Calle, W. Muñoz, P. Vallejo, Y. Velasco, D. Ulloa, F. Pedroza

Hospital de Móstoles, Madrid; Universidad CES (Programa de Cirugía Plástica), Colombia.

Introducción: El exceso de resección de los cartílagos laterales inferiores (CLI) es la causa principal de las alteraciones iatrogénicas de la punta nasal. Existen varios injertos que tratan de solucionar éstas complicaciones, el alar spreader graft, el anchor graft o el alar batten graft entre otros. El injerto en alas de gaviota diseñado por Fernando Pedroza en 1981 a diferencia de otros injertos si consigue reemplazar de forma efectiva y casi por completo la anatomía original de los cartílagos laterales inferiores, habiendo sido probada con gran éxito en más de 500 pacientes revisionales.
Material y método: En este póster presentamos un caso de reconstrucción con el injerto en alas de gaviota. Los resultados obtenidos se evaluaron usando el estudio fotográfico preoperatorio y las últimas fotografías postoperatorias. Para realizar esta técnica se utilizó cartílago de la concha auricular, el cual se moldeó hasta conseguir una estructura anatómicamente similar a los cartílagos laterales inferiores (CLI).
Resultados: El estudio fotográfico muestra que el injerto en Alas de Gaviota mejora la definición, la proyección, la desviación, la asimetría y la sobrerrotación de la punta nasal. Además corrige el pinzamiento alar y la retracción alar consiguiendo una adecuada función valvular externa.
Conclusión: La técnica de las alas de gaviota diseñada por Fernando Pedroza hace más de 27 años es una forma segura, eficiente y anatómica

para la reconstrucción estética y funcional de problemas causados por sobrerresección de los CLI.

88

OSTEOMA MASTOIDEO GIGANTE

D. Piédrola Maroto[2], G. Blanco Eguren[1], M. Ortiz Rueda[2], H. Fardoun Fardoun[2], R. Urquiza De la Rosa[2], M. Conde Jiménez[2]
[1]Servicio de Radiodiagnóstico, [2]Servicio ORL, Hospital Costa del Sol, Málaga.

Introducción: Los osteomas son proliferaciones benignas expansivas de hueso maduro que tienen lugar en el interior del hueso. Las exostosis, localizadas frecuentemente en el conducto auditivo externo, son asimismo proliferaciones benignas expansivas de hueso, pero que ocurren en la superficie del hueso. Los osteomas se encuentra casi exclusivamente en el hueso membranoso de los huesos del cráneo y cara, más comúnmente en los senos frontales seguido de los senos etmoidales.
Material y métodos: Presentamos un caso clínico de una mujer de 47 años que acude a consulta por tumoración retroauricular derecha de años de evolución, de crecimiento progresivo y que genera molestias en región laterocervical derecha con irradiación inferior a través del músculo esternocleidomastoideo. Se realiza TC de mastoides observando una lesión mastoidea derecha, densa, pedunculada, lobulada, con criterios radiológicos de baja agresividad, compatible con osteoma mastoideo.
Resultados: Se realiza intervención quirúrgica con exéresis de lesión vía externa que requiere desinserción parcial de esternocleidomastoideo. Se confirma anatomía patológica de la lesión mejorando la paciente su sintomatología tras la intervención.
Discusión: Se exponen imágenes preoperatorios, intraoperatorias y postoperatorias de la lesión y se realiza una revisión de la literatura del cuadro clínico presentado.

505

PLASMOCITOMA SOLITARIO ÓSEO COSTAL CON INVASIÓN LARÍNGEA

C. López-Ladrón García de la Borbolla, E.J. De Mingo Fernández, M. Ceballos Cauto, T. Herrero Salado
Hospital Univ. Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Los plasmocitomas son tumores derivados de células plasmáticas. Se dividen en óseos, si se generan en algún hueso, y extramedulares, si se asientan en tejidos blandos. El plasmocitoma solitario óseo representa el 5% de los casos de alteraciones de células plasmáticas. Afecta predominantemente a varones. La edad media de presentación es de 55 años.
Material y método: Paciente varón de 74 años, diagnosticado de plasmocitoma solitario en pared costal izquierda, de aprox. 10 cm, con protrusión de la mama ipsilateral. Presenta antecedentes de apnea obstructiva del sueño en tratamiento con BIPAP, prostatismo, osteoporosis y hernia discal L5-S1. En tratamiento con poliquimioterapia sistémica. A los 6 meses del diagnóstico ingresa de urgencias por un cuadro de disfonía y disnea, junto con sensación de disfagia.
Resultados: TAC cérvico-torácico: Lesión osteolítica costal paraesternal izquierda con gran componente de partes blandas, invasión cervical y pretraqueal. Laringoscopia directa: Desestructuración laríngea, invasión multifocal tumoral, se toma biopsia de cuerda vocal izquierda con el resultado de infiltración por tumor maligno de células plasmáticas. Se practica coniotomía de urgencia dada la afectación extensión pretraqueal de la masa tumoral.
Discusión/Conclusiones: El plasmocitoma es una entidad poco frecuente dentro de las neoplasias de laringe. Puede aparecer en esta localización bien de forma secundaria por extensión local de un foco extralaríngeo, o bien como primario en el caso de un plasmocitoma extramedular laríngeo. En ambos casos aparecerán síntomas de disnea y disfagia. Los plasmocitomas extramedulares se localizan predominantemente en la supraglotis, manifestándose generalmente como lesiones polipoides, no ulceradas en epiglotis y repliegues ariepiglóticos. El tratamiento de elección es la radioterapia.

86

ANÁLISIS ACÚSTICO Y ELECTROGLOTOGRÁFICO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CORDECTOMÍA EXTERNA Y LÁSER CO2

M. Tamarit Conejeros, R. Balaguer García, P. Nieto, E. Estelles Ferriol, J. Dalmau Galofre,
Hospital Dr. Peset, Valencia.

Introducción: se pretende analizar y comparar la calidad de la voz en pacientes intervenidos de cordectomía externa (laringofisura) y cordectomía láser base a dos tipos de análisis: el acústico y el electrococleográfico. Se obtienen las variables acústicas y se realiza un análisis perceptivo de las mismas.
Material y métodos: estudio prospectivo con un total de 30 individuos, divididos entre grupo control, cordectomías externas y cordectomías láser. De cada paciente se obtienen muestras de habla a través de un protocolo estandarizado. Para el estudio de percepción de dichas muestras se analizan las distintas grabaciones sin y con varios grados de enmascaramiento con un ruido blanco.
Discusión: el porcentaje de errores en la identificación de palabras es siempre mayor en el grupo de pacientes de intervenidos de cordectomía láser respecto a los cordectomizados vía externa y de éstos respecto al grupo control. Dichos hallazgos se mantiene y son estadísticamente significativos ($p<0.05$) con los distintos grados de enmascaramiento utilizados. Sin enmascaramiento no hay diferencias significativas entre los grupos de cordectomizados.
Conclusiones: los distintos puntos de apertura y cierre del plano glótico parece influir escasamente en la inteligibilidad de las palabras debido al desarrollo de mecanismos compensadores. Las diferencias a nivel perceptivo se establecen fundamentalmente a nivel del material verbal no significativo es decir, de las palabras que no tiene significado alguno.

553

VOZ EN PARÁLISIS MUSCULARES DEL CIERRE GLÓTICO

J.R. Mozota Núñez, M.L. Mozota Núñez, M.J. Mozota Núñez, J.R. Mozota Ortiz
Servicio Navarro de Salud Osasunbidea, Navarra.

Introducción: Las parálisis de los músculos del cierre glótico muchas veces no son diagnosticadas porque el enfermo no acude a Consulta ya que no dan signos respiratorios.
Objetivos: Unificar criterios ante las parálisis de los músculos del cierre glótico entre las decisiones de 1.- Prescribir una reeducación ortofónica, 2.- Esperar una compensación natural, 3.- Tratamiento médico 4.- Esperar curación espontánea.
Métodos de estudio: 1.- Con la laringofibroscopia estudiar la morfología, movilidad, color, pliegues y cinesia de la glotis, observar el comportamiento de la glotis en la fonación y en la tos, y, visualizar el comportamiento de la glotis ante la deglución de saliva y localización de señales de reflujo. 2.- Estudio computarizado de la voz con investigación de las cualidades acústicas y aerodinámicas.
Resultados clínicos: Cierre vocal incompleto, con voz disfónica en 93%; Mayor esfuerzo y fuga en el soplo fonatorio en 90%; tos ineficaz persistente y rebelde a tratamientos en 85 % y disfagia ocasional con aspiración de líquidos y saliva en 80% de casos.
Conclusiones: En nuestra estadística son más frecuentes las parálisis cricoaritenoidea lateral y tiroaritenoidea que las interaritenoideas y cricoaritenoidea posterior. En nuestro estudio inciden más las parálisis de los músculos de cierre glótico por causas infecciosas y mecánicas menos las neuro-hormonales y en baja frecuencia las renales y a frígore.

85

SÍNDROME DEL ACUEDUCTO VESTIBULAR GRANDE

M. Tamarit Conejeros, R. Balaguer García, V. Murcia, J. Dalmau Galofre
Hospital Univ. Dr. Peset, Valencia.

Introducción: El síndrome del acueducto vestibular grande es la anomalía congénita del oído interno más frecuente en pruebas de imagen. Se debe a la detención del desarrollo del oído interno dando lugar a un saco endolinfático grande y una ligera displasia coclear. El niño

oye al nacer pero la audición se va deteriorando los primeros años de vida.
Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 47 años sin antecedentes personales de interés, con una hermana con hipoacusia desde la infancia. Presenta una clínica de hipoacusia bilateral progresiva desde los 6-7 años de edad, peor del oído izquierdo, de etiología incierta aunque según refieren sus familiares se produjo tras un traumatismo cefálico. Lleva prótesis auditiva en oído derecho. En la exploración la otoscopia es normal y audiométricamente presenta una cofosis del OI y resto auditivos en OD. En los estudios de imagen (TC y RM) se detectan unos acueductos vestibulares amplios siendo el izquierdo de mayor tamaño. La paciente tras pasar los protocolos pertinentes se interviene de implante coclear de OI, sin incidencias quirúrgicas y con un resultado postoperatorio exitoso.
Conclusiones: El síndrome del acueducto vestibular grande se presenta de forma autosómica recesiva y lleva a una hipoacusia NS progresiva y bilateral (en el 90% de los casos), profunda y adquirida. Los traumatismos cefálicos leves pueden acelerar la hipoacusia, lo cual parece deberse a una cóclea (frágil) y propensa a sufrir daños por estos traumatismos debido a deficiencias infraestructurales microscópicas. Además debemos tener en cuenta que en esta patología existe un mayor riesgo de derrame perilinfático durante la implantación coclear.

557

CARCINOMA PLEOMORFO DE CONDUCTO AUDITIVO

J.R. Mozota Ortiz, M.L. Mozota Núñez, M.J. Mozota Núñez, J.R. Mozota Núñez
Servicio Navarro de Salud Osasunbidea, Navarra.

Objetivos: 1º.- Estudiar y describir estos tumores malignos originados en glándulas anexiales o parótidasy que recidivan con facilidad múltiples veces, presentando infiltración metastásica en adenopatías pretragales o infra-auriculares, antes de su extensión intracraneal. 2º.- Establecer el diagnóstico exacto precoz y definitivo de carcinoma anexial pleomorfo por un protocolo de biopsia pronto ante toda otalgia y otodinea que no ceda a tratamientos habituales.
Caso clínico 1: ACH de 61 años, visto por otorraquia espontánea después de tres semanas de otalgia con otodínea rebelde y persistente a los tratamientos analgésicos habituales. Masa polipoidea exofítica en c.a.e. que se biopsia con el resultado de carcinoma pleomorfo. El TC como se comprueba en las fotografías nos permite delimitar la extensión y ausencia de metástasis. Tratamiento de exéresis quirúrgica.
Caso clínico 2: EDG, mujer de 56 años de edad con diagnóstico de otitis externa difusa rebelde a tratamientos de protocolo. Otalgia continua lacerante que impide dormir desde hace tres días. Taponamiento y presión en oído, con mareos y acúfenos. Depresión reactiva a otalgia y acúfeno, en tratamiento con su neurólogo. Patología de tiroides controlada por su médico internista con Levotroid. En otoscopia amplificada tapón carnoso sangrante que ocluye totalmente CAE del que se toma biopsia con el resultado de carcinoma pleomorfo. Tratamiento quirúrgico de exéresis de todo el tumor con bordes libres. Adenopatías centinela preauricular e infraótica negativas para tumor.

80

VIDEOFIBROSOMNOSCOPIA, NUESTRO PROTOCOLO DE EXPLORACIÓN

N. Baviera Granell, M. Carrasco Llatas, P. Estrems Navas, G. Pastor Canicio, R. Balaguer García, J. Dalmau Galofré
Hospital Univ. Dr. Peset, Valencia.

Introducción: La videofibrosomnoscopia es una técnica exploratoria que consiste en la inducción farmacológica del sueño para ver, con la ayuda de un fibroscopio flexible, lo que sucede en la vía aérea superior (VAS) cuando el paciente está durmiendo permitiendo objetivar, en los pacientes con trastornos respiratorios del sueño (TRS), las zonas de vibración y colapso en el momento en que se produce el ronquido y la apnea en condiciones similares al sueño natural.
Material y método: Realizamos la técnica a aquellos pacientes diagnosticados de roncopatía simple o SAHS que tengan interés en la cirugía. El sueño se induce mediante la perfusión de propofol a través de un sistema TCI de infusión y se monitorizan las constantes del paciente, especialmente la saturación de oxígeno. Observamos las zonas de vibración y de colapso, así como la morfología y grado de cierre. Las imágenes son grabadas en un soporte digital. Todos estos datos se recogen en el protocolo que presentamos.
Resultados: Exponemos nuestro protocolo de recogida de datos de manera detallada, analizando las principales zonas de vibración y colapso (paladar, bese lingual, paredes laterales faríngeas, amígdalas y epiglotis), así como la morfología y grado de cierre. Aportamos imágenes que lo ejemplifican.
Discusión/Conclusiones: La videofibrosomnoscopia es una técnica útil para la exploración los pacientes con TRS: nos permite identificar las zonas de vibración y colapso de la VAS, y su morfología de cierre, y en base a ello podemos seleccionar mejor a los candidatos a cirugía y orientar el tratamiento más adecuado.

294

TÍTULO: RECONSTRUCCIÓN NASAL EN EX-COCAINÓMANA

C. Artigas Sapiain, F. Culaciati, E. Novas Valiente, N. Bejarano Panades, J. García, E. Morera Serna
Hospital Univ. Son Dureta, Islas Baleares.

Introducción: La adicción a la cocaína es un problema muy vigente en nuestra sociedad. España es uno de los países con más consumo de Europa por lo que nos encontramos en nuestras consultas con un gran número de estos pacientes que consultan por molestias respiratorias nasales. La perforación septal y la epistaxis son las manifestaciones más frecuentes en este tipo de pacientes. Ocasionalmente nos encontramos con grandes deformidades nasales de difícil tratamiento.
Material y métodos: Mujer con antecedentes personales de consumo de cocaína, que acude a consulta ORL por gran deformidad nasal con perforación septal subtotal y deformidad en silla de montar severa. Se realiza reconstrucción nasal a través de una rinoplastia abierta con cartílago costal y de concha auricular. Se coloca injerto septal en "L", injerto en alas de gaviota, poste columelar, escudo de sheen, injerto de tip y supratip, injerto de dorso y avance de piel de columela.
Resultados: Excelente resultado estético y funcional en el postquirúrgico inmediato y tardío.
Discusión/Conclusiones: Las técnicas de reconstrucción nasales en casos tan deformantes deben ser abordadas mediante abordaje abierto, lo que facilitará la colocación de todos los injertos cartilaginosos que sean necesarios para devolver a la nariz el esqueleto cartilaginoso perdido. Muy importante es tener la confirmación por parte del paciente, previa a la cirugía, que ha superado la adicción a la cocaína en forma definitiva. Puede ser necesaria la realización de cirugías de retoque si existieran imperfecciones no solucionadas lo que se realizaría no antes de 6 meses.

7

CAUSAS DEL FRACASO DEL TRATAMIENTO EN EL CÁNCER DE SENO MAXILAR

R. Manrique Lipa, J.L. Rodríguez Fernández, C. Santidrián Hidalgo
Hospital do Meixoeiro, Pontevedra.

Objetivo: Llama la atención que a lo largo de los últimos años los resultados del tratamiento en el cáncer del seno maxilar no han cambiado mucho. El objetivo del presente trabajo es describir las causas del fracaso del tratamiento en pacientes con cáncer de seno maxilar tratados con radioterapia postoperatoria.
Pacientes y métodos: El presente es un estudio retrospectivo, realizado entre los años 1995 y 2004 en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, de 23 pacientes con cáncer de seno maxilar que recibieron tratamiento con fines curativos. Todos fueron sometidos a cirugía radical y radioterapia post operatoria.
Resultados: Encontramos que la recidiva local en el área irradiada fue la mayor causa de fracasos; así 7 de 12 pacientes (58,3%) recurrieron localmente (4 pacientes) o tuvieron enfermedad persistente (3 pacientes). Metástasis a distancia se presento en un paciente (8,3%), Uno falleció con segundo primario, uno por enfermedad intercurrente no neoplásica y dos fallecieron por causas no conocidas.

Conclusiones: La recurrencia local es muy alta y generalmente la principal causa de muerte. Debiéndose explorar nuevos protocolos de tratamiento.

126

AFECTACIÓN MÚLTIPLE DE PARES CRANEALES. DIFICULTAD DIAGNÓSTICA

M. Pinilla Urraca, C. Martín Gnzález, F.M. González, C. Górriz Gil, R. Martínez Monedero, E. Tejerina, B. Brea
Hospital Univ. Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La afectación simultánea de múltiples pares craneales no sólo es rara, si no que conlleva una gran dificultad diagnóstica dado el difícil acceso a las lesiones para su confirmación histológica.
Material y métodos: Presentamos a un paciente varón de 58 años con antecedente de parálisis facial periférica derecha, tres años antes, sin recuperación funcional y estudio de RNM normal; que es remitido a nuestra consulta por disfonía y disfagia de 15 días de evolución y con una RNM con el diagnóstico de neurinoma intracanalicular derecho. A la exploración se observa parálisis de cuerda vocal derecha y afectación del V, VI, VII, X y XII ipsilaterales. La imagen otoscópica derecha muestra una lesión redondeada, eritematosa y no pulsátil transtimpánica que parece emerger de zona atical, que fue biopsiada por timpanotomía exploradora.
Resultados: Presentamos las pruebas complementarias realizadas en este paciente para llegar al diagnóstico y la actitud terapéutica realizada. El estudio histológico demostró la existencia de una metástasis de un carcinoma adenoide quístico.
Conclusiones: La diseminación metastásica neural en múltiples pares craneales de un carcinoma adenoide quístico de origen desconocido es una rareza y resulta complicado realizar un diagnóstico diferencial en estos casos.

258

MALFORMACIÓN DEL OIDO INTERNO EN PACIENTE DE 55 AÑOS

H. Moreno Pardo, F.J. Cogolludo Pérez, F.J. Guerra Blanco, V. Vasallo García, J.M. Villacampa Aubá, J. Sanabria Brassart, R. Gutiérrez , C. Censor Español
Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Se presenta el caso de un paciente de 55 años con diagnostico de una malformación del oído interno como hallazgo casual durante su estudio por otoesclerosis.
Material y métodos: Paciente de 55años que acude a servicio de urgencias y es valorado por mareos con giro de objetos de segundos de duración y dudosa perdida de conocimiento. Como antecedente otológico presentaba desde hace años hipoacusia severa no filiada y portaba audífono izquierdo con escaso rendimiento. Antecedente familiar de hermana intervenida por otosclerosis bilateral. Exploración ORL sin hallazgos (otoscopia y exploración vestibular en consulta dentro de la normalidad). En audiometría: hipoacusia mixta bilateral simétrica con umbral medio a 60 dB (escotadura en 2000 Hz hasta 50 dB). Timpanograma: curvas A de Jerger y ausencia bilateral de reflejos estapediales. Se realizó videonistagmografía detectándose hipofunción vestibular derecha en pruebas calóricas.
Resultados: Se realizaron estudios de imagen (TC, RM) siendo finalmente diagnosticado de otosclerosis fenestral y displasia utriulosacular con alteración en la morfología del canal semicircular lateral, asimilado al vestíbulo.
Discusión/Conclusiones: Las malformaciones de oído interno son un capítulo complejo dentro de la patología otológica, existiendo múltiples clasificaciones según criterios anatómicos y embriológicos. Tras realizar una revisión sobre las mismas, el caso que presentamos puede encuadrarse en el apartado genérico de malformaciones vestibulares (no está definido un tipo de malformación que se corresponda exactamente con nuestro caso dentro de la clasificación actualmente vigente). Generalmente, las malformaciones del oído interno se manifiestan clínicamente antes de la edad adulta y suelen ser confirmadas mediante pruebas de imagen complementarias, teniendo sólo tratamiento sintomático.

87

HEMANGIOMA CAPILAR TELANGIECTÁSICO DE MEMBRANA TIMPÁNICA

M.P. Prim, J.I. De Diego, A. Fernández Zubillaga, D. Hardisson Hernáez
Hospital Univ. La Paz, Madrid.

Introducción: Los hemangiomas son tumoraciones extremadamente infrecuentes en la membrana timpánica.
Material y métodos: Presentación de un caso clínico.
Resultados: Presentamos un caso inusual de hemangioma capilar de membrana timpánica izquierda en un varón de 79 años de edad que presentaba hipoacusia mixta y otorragia. La neoformación se insertaba en el cuadrante postero-superior del tímpano. La tomografía computadorizada mostró una tumoración proveniente de la membrana timpánica izquierda. La lesión se resecó con anestesia local, siendo su diagnóstico histopatológico el de hemangioma capilar. Dieciocho meses tras la operación el paciente está libre de enfermedad. Sin embargo, presenta una perforación residual persistente.
Discusión: Los hemangiomas capilares telangiectásicos constituyen la variedad menos frecuente de neoformaciones vasculares de la membrana timpánica. Su localización habitual es el cuadrante postero-superior del tímpano. Para un estudio adecuado previo al tratamiento se requiere una prueba de imagen que suele ser la tomografía computadorizada, reservándose la resonancia magnética para casos de diagnóstico más dudoso.

127

LINFOMAS PAROTÍDEOS: REVISIÓN DE OCHO CASOS

M. Álvarez-Buylla Blanco, J.C. Vázquez Barro, J. Martínez Vidal
Hospital Univ. Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: Aunque la localización parotídea de los procesos linfoproliferativos es infrecuente, entran en el diagnóstico diferencial de las masas parotídeas. Presentamos un grupo de 8 pacientes con masas parotídeas diagnosticadas de linfoma, desde el punto de vista clínico, diagnóstico y terapéutico.
Material y método: Estudio retrospectivo de 8 pacientes diagnosticados de linfoma parotídeo en el Hospital "Juan Canalejo" entre el 2000 – 2008. Recogemos los aspectos relacionados con: sexo, edad, clínica, métodos diagnósticos y terapéutica. Comparamos nuestros resultados con los de la literatura médica.
Resultados: Entre 2000-2008, fueron diagnosticados ocho pacientes de LNH cuyo único signo de presentación fue el de una masa parotídea de crecimiento progresivo. En todos los casos se practicó, un TAC y una PAAF, esta última, en todos los casos, se informó como sugestiva de linfoma. En nuestro grupo, los más frecuentes correspondieron al tipo MALT (37,5%) y alto grado de célula grande difusa (37,5%). La terapéutica incluyó quimioterapia y radioterapia, y en 6 ocasiones, anteriormente, se realizó una parotidectomía superficial diagnóstica.
Discusión: Aunque la localización parotídea de los procesos linfoproliferativos es infrecuente, entran en el diagnóstico diferencial de las masas parotídeas. Los linfomas localizados en glándulas salivares no muestran ninguna característica clínica que los difiera del resto de tumores de dicha región, si bien la PAAF tiene una alta sensibilidad y especificidad (81 y 95%), por lo que, en manos expertas, tiene un alto valor diagnóstico. El diagnóstico definitivo incluye la realización de una parotidectomía superficial. La terapéutica incluirá, según el tipo, quimio y radioterapia.

248

OTOMASTOIDITIS COMPLICADA CON ABSCESO INTRACRANEAL Y CERVICAL

D. Graterol Torres, E. Genestar Bosch, J. Knapper Martín, C. García-Vaquero Millán, M. Saderra Estellers, J. Lorente Guerrero, F. Mateu
Hospital Univ. Vall d´Hebron, Barcelona.

Introducción: El absceso intracraneal de origen ótico es un patología poco frecuente pero con una mortalidad que puede llegar hasta 18%. La colección extradural es la más frecuente seguida por los abscesos cerebrales y los cerebelosos. La afectación cervical se produce por extensión

de la infección desde a punta de la mastoides hacia las fascias y vainas musculares cervicales, denominándose absceso de Bezold.
Caso clínico: Varón de 51 años con antecedente de otitis media crónica bilateral, DM tipo 2 y hábito enólico que presenta clínica de fiebre, inestabilidad cefálica y de la marcha de 48 horas de evolución. La exploración física reveló dolor a la palpación mastoidea derecha, parálisis facial derecha, y marcha atáxica. Se le realiza TC que evidencia mastoiditis derecha con absceso epidural. Se le realiza mastoidectomía derecha con drenaje de la colección e ingresa para antibioticoterapia. Dos semanas después presenta empeoramiento clínico por lo que se le realiza TC que evidencia colección cerebelosa y cervical posterior. Se reinterviene realizando craniectomía occipital y se drena tanto la colección intracraneal como la cervical. Tras resolución de cuadro infeccioso persiste la parálisis facial, sin ninguna otra secuela neurológica.
Discusión: La afectación intracraneal y extracraneal simultánea como complicación de una otitis media crónica es una patología infrecuente en la práctica clínica. Es una complicación de resolución quirúrgica y de manejo multidisciplinario. Los estudios de imagen, antibióticos y técnicas quirúrgicas han disminuido la morbimortalidad de las complicaciones intracraneales de origen ótico.

245

ACÚFENO PULSÁTIL. UNA VARIANTE DE LA NORMALIDAD

P. Gómez Latorre, J.M. Pérez-Barrios Pedraza, J.A. Márquez Moyano, M.C. Poyato Zamorano
Servicio ORL, Hospital de Montilla. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Servicio ORL C.H.A.R.E. de Puente Genil, Córdoba.

Introducción: Los acúfenos tienen un origen multifactorial y una de sus causas puede estar dada por trayectos vasculares aberrantes, patológicos o no, que en su proximidad con el oído medio supongan una percepción anómala del propio latido.
Material y método: Presentamos el caso de un paciente que acude a la consulta por la percepción de 6 meses de evolución de un acúfeno pulsátil en oído derecho. El paciente lo describe sincrónico con el pulso.
Resultados: Tras la exploración básica en consulta con otoscopia normal, acumetría normal y audiometría con leve escotoma en frecuencias agudas en el oído izquierdo se decide la realización de TAC de mastoides que objetiva conducto carotídeo derecho más profundo de lo habitual contactando con caja timpánica.
Conclusiones: Los trayectos anómalos de los vasos sanguíneos, arteriales o venosos, han de ser incluidos en el diagnóstico diferencial de los acúfenos para poder descartar procesos de interés patológico.

446

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EN LOS EPITELIOMAS FACIALES

I. Pérez Hernández, M. Borràs Perera, S. Tobías Gómez, V. Palomar Asenjo, L. Andreu Mencía, J.C. Fortuny Llanses, V. Palomar García
Hospital Univ. Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: Cada vez son más frecuentes las neoplasias cutáneas debido a la exposición solar. Por su potencial de malignización, estas lesiones requieren tratamiento quirúrgico radical. Para el cierre del defecto tisular existen múltiples técnicas reconstructivas. Dentro de las diferentes opciones quirúrgicas, los colgajos son los más utilizados permitiendo una aportación tisular y vascular adecuada al defecto.
Material y métodos: Presentamos 6 casos de neoplasias malignas cutáneas intervenidos en nuestro servicio durante el año 2007. Para la reconstrucción tisular hemos utilizado diferentes tipos de colgajos cutáneos.
Resultados: La viabilidad ha sido completa en los 6 casos sin presentarse complicaciones postquirúrgicas. La resección se realizó con márgenes suficientes en todos los casos. No se han descrito alteraciones funcionales ni sensitivas en el área receptora ni en la donante. El resultado anatomopatológico de las lesiones fue de carcinoma basocelular en un 66,6% y carcinoma espinocelular 33,3%.
Conclusiones: Los carcinomas basocelulares son los epiteliomas más frecuentas en el área ORL. Los carcinomas epidermoides requieren un mayor margen de seguridad debido a su alta agresividad. Los colgajos cutáneos son de gran utilidad en la reconstrucción facial realizando exéresis con márgenes de seguridad amplios. Permiten aportar un tejido similar al del defecto, obteniendo óptimos resultados tanto oncológicos como estéticos.

58

PIOLARINGOCELE MIXTO. ABORDAJE QUIRÚRGICO

R. Vera Llaó[1], A. Albertí Casas[2], M. Guirao Cano[2], K. Recher[1]
[1]Hospital de Sant Boi (Orde Hospitalari Sant Joan de Déu); [2]Hospital Comarcal Alt Penedès, Barcelona.

Introducción: El laringocele es una rara enfermedad laríngea causada por una dilatación del sáculo del ventrículo laríngeo. Cuando se sobreinfecta nos hallamos ante un piolaringocele. Dicha dilatación del sáculo laríngeo puede extenderse internamente hacia la luz laríngea o externamente a través de la membrana tirohioidea, resultando en un laringocele interno, externo o mixto. Las formas de presentación clínica son muy variadas: disfonía, tos, disnea, sensacion de cuerpo extraño o tumoración laterocervical. En ocasiones se ha asociado a la presencia de carcinoma escamoso supraglótico. Las opciones de tratamiento pasan por la observación (casos asintomáticos), resección vía endoscópica, abordaje externo o abordajes combinados.
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente que consultó por disfonía y tumoración cervical de meses de evolución. El diagnóstico se estableció en base a la imagen laringoscópica y de TC.
Discusión: Se practicó abordaje cervical y exéreis del piolaringocele mixto. Se repasa, en imágenes, los diferentes pasos quirúrgicos para una completa excisión de la lesión y revisamos las particularidades de esta rara entidad.

53

CEFALÉA COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE SAHS

N. Muñoz Fernández, E. Fernández Julián, M.T. Achiques Martínez, I. Alonso Castañeira, N. Conill Tobías, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Univ., Valencia.

Introducción: La cefalea forma parte de los síntomas diurnos que caracterizan los SAHS. Suelen ser matutinas, de predominio frontoparietal y desaparecer a lo largo de la mañana. Se deben a la vasodilatación cerebral producida por la hipercapnia durante las apneas nocturnas. Afecta a la mitad de los pacientes aproximadamente.
Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 56 años que tras varios años en tratamiento con neurólogos y psiquiatras por predominio de cafaleas diurnas que, en ocasiones le impiden realizar su actividad normal y en tratamiento con diversos fármacos que no llegan a calmar su cefalea, nos es remitido a nuestra consulta de ORL. Se realiza historia clínica y exploración física. En cuanto a la anamnesis dirigida a patología del sueño no relata padecer apneas ni despertares asfícticos ni hipersomnia diurna, únicamente ronquido y excesiva cefalea.
Resultados: Tras estudio con poligrafía cardiorrespiratoria nocturna e interconsulta con neumología se decide instaurar de inmediato CPAP, puesto que su índice de IAH era mayor de 20, reduciendo significativamente la cefalea diurna. Actualmente la tolerancia es óptima, siendo el uso de analgésicos limitado.
Conclusión: El uso de la CPAP en el tratamiento de la cefalea dentro del contexto del SAHS consigue unos resultados óptimos con mínimos efectos secundarios. Es importante tener en cuenta el SAHS dentro de la etiología de una cefalea.

50

MASA CERVICAL COMO DEBUT DE LINFOMA LINFOBLÁSTICO T

N. Muñoz Fernández, M.J. Montoro Elena, N. Conill Tobías, I. Alonso Castañeira, M.T. Achiques Martínez, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Univ., Valencia.

Introducción: La leucemia linfoblástica de precursores/Linfoma Linfoblástico T (LLT) es una neoplasia de linfoblastos que afecta a la médula ósea y a la sangre y que a veces se presenta con afectación ganglionar o de lugares extraganglionares. Constituye el 80-90% de los linfomas y es más frecuente en varones adolescentes. El 50% de los pacientes presen-

tan masa mediastínica y otros sitios de afectación son la piel, anillo de Waldeyer, hueso, tejidos blandos y ganglios.
Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 37 años fumador con antecedentes de neumonía. Amigdalectomizado. Actualmente sin domicilio. Acude a Urgencias ORL por tumoración de crecimiento progresivo a nivel laterocervical izquierda de meses de evolución. Se decide ingreso ante la sospecha de TBC ganglionar abscesificada para estudio y tratamiento ATB. En el TAC se observan múltiples adenopatías cervicales bilaterales y mediastínicas. La citología ganglionar resulta sugestiva de proceso linfoproliferativo. Se decide realizar cervicotomía donde se describen áreas con necrosis caseosa central sugerente de TBC, así como proliferación de linfocitos intermedios y grandes con cromatina laxa y nucleolo evidente CD20/CD10/CD79a negativos, MPX -, TdT +, Ki67 95%, todo ello compatible con Linfoma linfoblástico T.
Resultados: Con el diagnóstico de LLT y sospecha de TBC ganglionar ingresa a cargo de Oncología y Hematología para completar estudio y tratamiento. Los estudios microbiológicos posteriores para TBC fueron negativos. Se inicia tratamiento QT intensivo con HyperCVAD/AM y profilaxis del SNC. El estudio del TAC posterior al tratamiento muestra que se encuentra en situación de remisión completa a pesar de provocarle períodos de neutropenia y trombopenia entre ciclos.
Conclusiones: El tratamiento del linfoma linfoblástico es la quimioterapia, con profilaxis sobre SNC por el riesgo de recaídas. Un linfoma puede debutar como una masa cervical de crecimiento rápido o progresivo y debemos de realizar un buen diagnóstico diferencial. Recurrir a las técnicas de inmunohistoquimia permite filiar los diferentes tipos de linfomas.

43

HIPOACUSIA BILATERAL PROGRESIVA

F. Muñoz del Castillo, E. Alarcón, B. Fernández-Conde, E.Cantillo, J. Gutiérrez, J. Ortega, P. Figueroa Crespo, A. Jurado Ramos
Hospital Univ. Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La enfermedad de Paget es una osteodistrofia hereditaria de curso clínico progresivo, afectando a varones mayores de 40 años. Esta enfermedad puede afectar a todo el cráneo, incluidos los peñascos, donde puede comenzar por la punta y extenderse lateralmente afectando a la parte escamosa. La afectación ótica comienza por la capa perióstica fuera de la cápsula, presentándose como anquilosis estapediovestibular, por modificación del ligamento anular o por fijación del martillo y yunque en el ático
Material y método: Paciente de 56 años sin antecedentes familiares destacables que presenta hipoacusia bilateral progresiva de años de duración acompañado de cefaleas inespecíficas y artralgias mecánicas de caderas con lumbalgia. La otoscopia es normal y la audiometría muestra una hipoacusia mixta bilateral más acusada en tonos agudos.
Resultados: El estudio radiológico simple muestra un engrosamiento de tabla craneal externa en "grumos de algodón" con vértebras en "marfil". En la TC se evidencia invaginación basilar con platibasia y estenosis bilateral de CAIs por deformidad ósea, lo que confirma el diagnóstico.
Discusión/Conclusiones: En primeras fases, la cápsula ótica se mantiene indemne, con densidad elevada con respecto al resto del hueso craneal. En la progresión, la cápsula se adelgaza y termina por desmineralizarse, comenzando la deformidad característica de temporal en imagen "lavada" con depósitos irregulares de hueso deformado. La mayoría de los pacientes se mantienen asintomáticos, apareciendo la clínica por la deformidad ósea del cráneo, provocando compresión nerviosa.

40

PÓLIPO VELLOSO NEONATAL

F. Muñoz del Castillo, E. Alarcón, B. Fernández-Conde, E.Cantillo, J. Gutiérrez Jodas, P. Figueroa Crespo, J. Ortega, A. Jurado Ramos
Hospital Univ. Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Los pólipos vellosos o dermoides son las formas más primitivas de teratoma, que pueden aparecer en cualquier zona del organismo, siendo especialmente raros en oro o nasofaringe. Presenta obstrucción intermitente de la vía aérea con estridor y dificultad en la deglución. En la EF aparecen como tumores rosados pediculados de origen en las paredes de la faringe.
Material y método: Presentamos el caso de un neonato de 10 días de vida que presenta sialorrea, rechazo de tomas, estridor con crisis de apneas y acrocianosis en forma de cuadros de aparición brusca. A la exploración no se aprecia atresia coanal, con cavidad oral y orofaringe sin hallazgos. En la TAC cráneo-cervical aparece irregularidad en pared posterior hipofaríngea.
Resultados: En la radiografía simple con contraste, se aprecia tumoración pediculada que se aloja en esófago cervical, de origen faríngeo alto. En la fibrolaringoscopia se observa tumoración redondeada consistente con largo pedículo de origen en pilar posterior faríngeo, que es regurgitada hacia cavidad oral y nuevamente es deglutida. Se realiza exéresis de la masa y su pedículo mediante resección con electrocoagulación y ligadura de la base. Se realiza examen anatomopatológico, con el resultado de pólipo velloso o teratoma faríngeo.
Conclusiones: Deben sospecharse diferentes estirpes de tumores faringolaríngeos ante la aparición de sintomatología obstructiva alta a nivel de vía aerodigestiva superior en neonatos.

38

MICROCIRUGÍA TRANSORAL LÁSER CO2.

A.J. Fernández Pérez, M.J. Gámiz Maroto, M.S. Gómez Fiñana
E.P.Hospital de Poniente, Almería.

Introducción: La microcirugía transoral con láser CO_2, es una técnica ampliamente aceptada para el tratamiento de los carcinomas laríngeos en estadio T1 y T2, y T3 seleccionados. Ofreciendo grandes ventajas en cuanto a recuperación del paciente. Hoy en día en los hospitales de segundo nivel, nos enfrentamos a la necesidad de dar una atención de calidad, sin olvidar la seguridad del paciente, y con unos resultados oncológicos similares a los centros de referencia.
Material y métodos: Realizamos una revisión de 29 pacientes intervenidos en los últimos tres años en nuestro centro mediante MCT láser CO_2 de carcinoma epidermoide de laringe; correspondiendo 21 casos a la localización glótica y 8 a carcinomas supraglóticos; todos en estadio T1 y T2. Registrando días de ingreso, hemorragias postoperatorias precoces y tardías, colocación de SNG, aspiraciones, traqueostomía transitoria y permanente.
Resultados: Se analizan los resultados de supervivencia mediante la curva de Kaplan Meier, así como complicaciones precoces y tardías que nos han aparecido en esta serie. Recidivas locales y posibilidad de rescate quirúrgico, así como tipo de cirugía practicada.
Discusión: Se compara los resultados con otras series, así como con cirugía abierta. Se discute la necesidad de traqueostomía en este tipo de cirugía; sobre todo en los hospitales de segundo nivel donde no existe ORL de presencia física las 24 horas del día.

Conclusiones: La MCT láser CO_2 es una técnica segura, para carcinomas laríngeos en estadio T1 y T2; no aumenta los riesgos para el paciente, disminuye los días de ingreso y con resultados oncológicos similares a otras alternativas terapéuticas.

33

ALGO MÁS QUE UN PUNTO EN EL CUELLO

E. Hernández Montero, M. Mesa Marrero, B. de Frías Berzosa, P. Rivas Lacarte

Hospital de San Lorenzo, Barcelona.

Introducción: Dentro del diagnóstico diferencial de las tumoraciones cervicales deben incluirse las lesiones congénitas, que abarcan desde los quistes relacionados con los primordios branquiales, tímico, tiroideo, paratiroideo y linfático. El espectro de edad en el que pueden manifestarse es muy amplio, desde el período neonatal hasta la edad adulta, por lo que conviene conocer sus presentaciones anatómicas específicas para poder instaurar un tratamiento precoz.
Material y método: Mujer de 37 años de edad con clínica de supuración maloliente intermitente, a veces espontánea y otras provocada por presión digital, a través de un minúsculo punto de drenaje situado en el tercio distal y vientre anterior del esternocleidomastoideo derecho. No sufrió ningún episodio de infección franca ni refiere antecedentes médicos de interés.

Tras estudio radiológico mediante TC cervical y fistulografía, se observa un trayecto que se extiende desde el punto mencionado hasta la fosa amigdalina palatina derecha. Se procede a su exéresis quirúrgica bajo anestesia general mediante la realización de dos incisiones de cervicotomía horizontales paralelas, completando su resección a través de la cavidad oral. El postoperatorio transcurre satisfactoriamente.
Discusión/Conclusiones: Las anomalías branquiales del segundo arco representan el 92-99% de todas las anomalías branquiales. Las segundas en frecuencia son las del primer arco (8%). Las de los demás arcos son mucho más raras. Dentro de las originadas en el segundo arco los quistes predominan sobre los senos, siendo las fístulas extremadamente infrecuentes. El tratamiento es su exéresis quirúrgica completa para prevenir recurrencias.

26

DISNEA AGUDA TRAS INGESTA DE ESPINA DE PESCADO

M. González Pena, J.M. Blanc Curto, J. Pardo la Plana
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tarragona.

Introducción: Los cuerpos extraños (CE) del tracto digestivo alto pueden ser tragados accidentalmente o intencionadamente. La clínica de presentación puede variar desde situaciones críticas agudas hasta cuadros crónicos sutiles sin una historia clara.
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente que acude a urgencias por un cuadro de disnea alta aguda tras ingesta de espina de pescado que obliga a una traqueostomía urgente. La historia clínica posterior revela una manipulación digital traumática por parte de la paciente con el intento de autoprovocarse el vómito que conlleva un importante hematoma retrofaríngeo. Una fibrogastroscopia flexible posterior visualiza y extrae una espina de pescado enclavada en el tercio superior esofágico.
Discusión/Conclusiones: La localización más frecuente donde se impactan los CE de esófago, tanto en niños como en adultos, es el tercio superior del mismo. Esta región está predispuesta de modo fisiológico al enclavamiento de CE debido, entre otras causas, a la primera estrechez esofágica y a la debilidad de la musculatura en esa zona. Respecto al tipo de CE más frecuentemente hallado, los niños acostumbran a ingerir monedas mientras que los adultos tienen problemas con los huesos de carnes y bolo alimentario. El síntoma más frecuentemente manifestado tras el enclavamiento del CE en el esófago es la disfagia. Hay que resaltar, sin embargo, la posibilidad de dos o más síntomas a la vez en un mismo paciente. En cuanto al tratamiento, destacamos el papel de la fibrogastroscopia flexible ya que permite una extracción del CE bastante segura sin la necesidad de someter al paciente a una anestesia general.

17

ADENOMA DE OÍDO MEDIO CON DIFERENCIACIÓN NEUROENDOCRINA

I. Clemente, I. Doménech, T. Soler, E. Amilibia, M. Maños Pujol, J. Skufca Vieitez, R. Jiménez
Hospital Univ. de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: El adenoma neuroendocrino, es un raro tumor benigno que puede presentarse en el oído medio. Aproximadamente 100 casos se han publicado en la literatura desde que fueran descritos por primera vez por Murphy et al, en 1980.
Caso clínico: Presentamos un caso de una mujer de 45 años de edad, que consultó por plenitud ótica, acúfenos e hipoacusia progresiva en oído derecho. El examen físico, mediante otoscopia mostró una tumoración retrotimpánica. Acumetría y audiometría eran compatibles con, hipoacusia transmisiva. El TC y RM, presentaban ocupación de oído medio y celdillas mastoideas sin signos de erosión ósea, ni lisis de cadena osicular. Se realizó extirpación de la masa por medio de abordaje endomeatal, preservando integridad de cadena osicular. La microscopia e inmunohistoquímica, informó el diagnóstico de adenoma neuroendocrino de oído medio.
Discusión: La sintomatología de estos tumores es inespecífica. El examen físico y las pruebas complementarias tampoco aportan datos patognomónicos. Su diagnóstico se realiza mediante microscopia e inmunohistoquímica. El tratamiento de elección es la extirpación del tumor junto con la cadena osicular. Un seguimiento clínico y regular es necesario ya que la recurrencia es posible.
Conclusión: Los adenomas neuroendocrino son tumores raros cuya clínica es totalmente inespecífica y debe ser sospechado ante la presencia de una masa retrotimpánica. Su diagnostico se realiza mediante anatomía patológica con técnicas inmunohistoquímicas. El tratamiento es quirúrgico y un seguimiento regular es necesario.

2

SEMINOMA CERVICAL DE ORIGEN DESCONOCIDO

M. García-Giralda Ruiz, F. Fernández López, J.A. Sánchez Rozas
Hospital Comarcal de Baza, Granada.

Introducción: Se trata de un varón de 50 años que consulto por tumoración laterocervical, siendo la exploración ORL normal. Se realizó vaciamiento funcional cervical izquierdo. Resultando un conglomerado ganglionar metastásico de germinoma. La exploración urológica y TAC abdominal fue normal. Se comentan los diferentes tipos de germinomas, casuística y tratamiento.
Material y método: Varón de 50 años que consulta por haberse notado una nodulación cervical en la región submaxilar izquierda desde hacia 30 días, no dolorosa ni adherida a planos. La exploración ORL y fibroscopia laríngea es normal. En el TAC se aprecian varias adenopatías por debajo del esternocleidomastoideo y en la cadena del espinal, posterior al paquete vasculonervioso izquierdo. Se realiza vaciamiento cervical izquierdo.
Resultados: La anatomía patológica, indica metástasis de tumor de células germinales de tipo mixto. En el corte realizado, el componente mayoritario (90%) es de tipo seminoma y hay un componente focal de carcinoma de alto grado indiferenciado. Ante el diagnostico de tumor germinal se realiza exploración urológica y TAC abdominal, siendo normal. El estudio analítico de la hormona gonadocoriónica y alfafetoproteína, fue normal. Se derivó al servicio de Oncología y tiene pendiente un PET.
Discusión/Conclusiones: Se comenta la rareza de los primarios desconocidos, los diferentes tipos anatomopatológicos y el tratamiento quirúrgico y radioterápico, pues son muy sensibles.

569

INYECCIÓN DE UNA LIOFILIZACIÓN DE CEPA NO VIRULENTA DEL STREPTOCOCCUS PYOGENES DEL GRUPO A COMO TRATAMIENTO DEL LINFANGIOMA QUÍSTICO CERVICAL

R. Terré Falcón, I. Anguita Sánchez, F. Sánchez González, M. Martínez Sempere, J. Caballero Villena
Hospital de Mérida, Badajoz.

Introducción: El linfangioma quístico es una tumoración rara y benigna provocada generalmente por alteraciones congénitas en el desarrollo del sistema linfático. Su localización más frecuente es la cabeza y el cuello y dado su mayor carácter congénito se diagnostica más frecuentemente en la infancia, antes de los 2 años de edad.
Material y método: En este trabajo presentamos el método de aplicación y los resultados obtenidos en la utilización del OK-432 como primera opción terapéutica en un caso de linfangioma quístico cervical en la infancia que comprometía estructuras nobles cervicales.
Discusión: La extirpación quirúrgica sigue siendo para muchos autores el tratamiento de primera intención para este tipo de patología , pero la naturaleza invaginante del linfangioma genera característicamente múltiples cisternas de uniones delicadas, que en ocasiones engloban estructuras nobles, haciendo muy difícil la cirugía, e incluso imposible la extirpación completa sin dañar las mismas. En los últimos años, un número importante de publicaciones recogen el uso exitoso del OK-432 como agente esclerosante en el tratamiento del linfangioma de cabeza y cuello en niños. Y aunque Ogita et al. en principio propuso la utilización del OK-432 en lesiones donde no era posible la resección quirúrgica, actualmente nuevas publicaciones la proponen como primera opción terapéutica para los linfangiomas.

514

RECONSTRUCCIÓN DE FRACTURA-HUNDIMIENTO DEL HUESO FRONTAL SECUNDARIA A TRAUMATISMO

R. Artal Sánchez, E. Serrano Añón, B. Ágreda Moreno, A. Urpegui García, J.I. Alfonso Collado, H. Vallés Varela
Hospital Clínico Univ. Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: Las fracturas del seno frontal se producen como resultado de impactos de alta energía, por lo que es frecuente observarlas en pacientes politraumatizados y con otras fracturas faciales. Existen numerosas clasificaciones en cuanto a éstas fracturas, pero valoraremos fundamentalmente la afectación de la pared posterior y anterior del seno frontal y/o conducto nasofrontal. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, existiendo controversia en cuanto al algoritmo terapéutico. Es importante considerar que un tratamiento inadecuado de las fracturas del seno frontal pueden conducir a serias complicaciones, principalmente infecciosas, incluso muchos años después del traumatismo. El abordaje quirúrgico suele ser multidisciplinar dada la asociación del seno con otras estructuras anatómicas.
Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 42 años que sufrió un traumatismo craneoencefálico abierto en un accidente laboral, con fractura de hueso frontal afectando a seno frontal, celdas etmoidales y alcanzando la duramadre. Tras varias intervenciones quirúrgicas reconstructivas el paciente presenta en la actualidad una fístula cutánea infectada, por lo que se interviene en colaboración con el Servicio de Neurocirugía.
Conclusiones: La osteoplastia frontal es una técnica quirúrgica para la patología traumática del seno frontal. La aparición de nuevos materiales puede ayudarnos en la realización de ésta técnica.

158

SCHWANNOMA AMIGDALAR

I. Castillo Iturralde, I. Luqui Albisua, L. Mutio Zalacaín
Hospital de Zumárraga, Guipúzcoa.

Introducción: Los schawannomas o neurilemomas son tumores benignos que se originan de la vaina de Schwann, generalmente de crecimiento lento y asintomáticos. Su localización en la amígdala es muy infrecuente.
Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 44 años que acude por presentar una llamativa hipertrofia amigdalar derecha asintomática y de meses de evolución. Se le realiza TAC orofaríngeo-cervical y ante la sospecha de posible linfoma se realiza amigdalectomía.
Resultados: El resultado anatomopatológico es de schwannoma de amígdala derecha. El paciente permanece asintomático y sin recidiva a los tres meses de la intervención.
Discusión/Conclusiones: A pesar de que del 25 al 45% de los schwannomas extracraneales ocurren en cabeza y cuello, su localización en la amígdala es extremadamente infrecuente. Aprovechamos la presentación de este caso para realizar una revisión de ésta patología, de su estudio y de su tratamiento.

529

HEMANGIOMA CAPILAR LOBULAR EN EL ÁREA ORL: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

F. Rodríguez Domínguez, A. Barrios Recio
Hospital Univ. Santa María del Rosell, Murcia.

Introducción: El hemangioma capilar lobular (HCL), también conocido como granuloma piógeno, es un tumor benigno vascular habitualmente pediculado y que se suele localizar en la piel y en mucosa de la cavidad oral. Aparece a cualquier edad pero es más habitual en la tercera década, y afecta más al sexo femenino. Entre sus factores etiológicos se incluyen antecedentes de microtraumatismos o factores hormonales, el diagnóstico es anatomopatológico y el tratamiento su excisión quirúrgica.
Casos clínicos: El primer caso clínico es un paciente magrebí de 35 años que acude por insuficiencia respiratoria nasal unilateral derecha de 9 meses de evolución acompañada de epistaxis de repetición. En la rinoscopia anterior se observó una masa que protruía en la narina derecha, bloqueando por completo la fosa e impidiendo el estudio endoscópico. El estudio AP dio el diagnóstico de angiofibroma, y las técnicas de imagen nos mostraron que se trataba de una tumoración del tercio anterior del septum nasal vascular y pediculada, realizándose una resección submucosa de la lesión cuyo examen histológico dio el resultado de HCL. El segundo caso es un paciente magrebí de 41 años que acude por disfonía de varios meses de evolución sin otra sintomatología, apreciándose en la rinofibrolaringoscopia una masa en el tercio posterior de la cuerda vocal izquierda de aspecto congestivo y granulomatoso. Se realizó su exéresis mediante microcirugía endolaríngea, apreciándose una lesión sangrante, friable y pediculada cuyo diagnóstico fue HCL. 9 meses después no existen signos de recidiva.
Discusión: El HCL debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las masas endonasales y faringolaríngeas de aspecto vascular o granulomatoso, siendo el tratamiento de elección su exéresis quirúrgica.

163

MEDIASTINITIS DESCENDENTE NECROSANTE: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 14 CASOS

F. Sánchez González, A. Batuecas Caletrio, P. Blanco Pérez, S. Santa Cruz Ruiz, P. Santos Gorjón, A. Muñoz Herrera
Hospital Univ., Salamanca.

Introducción: La mediastinitis descendente necrosante es una entidad con escasa incidencia pero con elevada mortalidad. La etiología más frecuente son las infecciones cervicales, especialmente de origen dentario. La infección penetra en el mediastino a través de las fascias del cuello, con celulitis, necrosis y formación de abscesos. La virulencia del germen, la ventilación y la presión negativa del tórax facilitan la difusión del proceso infeccioso. La flora aislada en los cultivos indica que habitualmente participan gérmenes aerobios y anaerobios.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de 14 pacientes ingresados en nuestro hospital, que cumplieron los criterios de mediastinitis descendente necrosante desde Junio de 1998 hasta diciembre de 2007.
Resultados: Los enfermos presentaron una media de edad de 59±19 años. Predominio femenino (57%). Un 64,3% de los pacientes fueron remitidos desde otros centros hospitalarios para el tratamiento de esta patología. La etiología más frecuente fue absceso dentario (2 pacientes), absceso parafaríngeo (2), cirugía de hernia discal (2) y perforación esofágica secundaria a endoscopia disgestiva (2). El 64% de los pacientes referían fiebre, el 50% odinofagia y disnea como síntomas iniciales. Todos enfermos requirieron un abordaje torácico. En el 86% de los pacientes también fue preciso un drenaje cervical. Como complicaciones destacaron sepsis (50%), seguido de shock séptico (43%) junto con insuficiencia renal aguda (36%). El 38% de los pacientes fallecieron.
Discusión/Conclusiones: La mediastinitis descendente necrosante es una entidad que presenta una alta mortalidad, alcanzando el 50% en algunas series. El pronóstico depende de un diagnóstico precoz, basado en una alta sospecha clínica, junto con antibioterapia de amplio espectro y drenaje quirúrgico agresivo tanto cervical como torácico.

149

TUMOR METASTÁSICO SIN PRIMARIO CONOCIDO CUYA MANIFESTACIÓN INICIAL ES UN CUADRO VASOVAGAL

J. Aranberri Aresti, C. Zubimendi Eguiburen, H. Trelles Vargas, S. Quer, J. Zubicaray Ugarteche, R. López Diu, I. Arruti, P. Rodríguez
Hospital Virgen del Camino, Navarra.

Introducción: Presentamos el caso de un hombre de 65 años que acude por cuadro de mareo, inestabilidad y pérdida de conciencia ocasional.
Material y métodos: Paciente que presenta episodios de inestabilidad, mareo y síntomas vegetativos. En uno de los episodios, pérdida de nivel de conciencia y del control de esfínteres. No estupor postcrítico. Exploración neurológica normal. TAC craneal normal. Exploración ORL: masa laterocervical izquierda dolorosa a la palpación.
Resultados: El diagnóstico diferencial se establece entre un paraganglioma cervical y metástasis ganglionares. TAC: masa infiltrativa en espacio superior a bifurcación carotidea. Estudio anatomopatólogico: tumor maligno pobremente diferenciado. Estudio de búsqueda de primario: negativo.

Discusión/Conclusiones: El cuadro vagal es un síntoma descrito en los paragangliomas cervicales. Su aparición como cuadro inicial de una tumoración escamosa sin primario conocido, es inusual.

139

COMPLICACIONES INUSUALES DEL IMPLANTE COCLEAR

M. Calderón Sánchez 1, C. Sierra Grañón 1, I. Isasa González de Ubieta 1, M. Marín Gutke 2

Unidad Otología e implante coclear 1. Servicio ORL. Servicio Cirugía Plástica y Reparadora 2, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Una de las complicaciones de la cirugía del implante coclear aparece en relación con la extrusión del componente interno del implante así como problemas en la cicatrización de los colgajos cutáneos que lo cubren.
Material y métodos: Presentamos el caso clínico de una niña con hipoacusia neurosensorial bilateral profunda secundaria a tratamiento quimio y radioterápico administrado para la curación de un meduloblastoma. La colocación de un implante coclear como solución a dicha sordera se complica de forma repetida por problemas de cicatrización de la piel a su vez también afectada por el tratamiento radioterápico administrado.
Resultados: Presentamos los diferentes procesos quirúrgicos realizados para la resolución de las complicaciones aparecidas con buen resultado, tanto funcional del implante como estético.
Conclusiones: Las diferentes técnicas quirúrgicas reconstructivas son imprescindibles para la corrección de los problemas que aparecen relacionados con la extrusión del componente interno del implante coclear. En pacientes con tratamientos previos radioterápicos es fundamental conocer los riesgos que se asocian con la cicatrización de los tejidos.

153

CARÓTIDA INTERNA ABERRANTE EN SÍNDROME DE AUMENTO DE RESISTENCIA DE VÍA AÉREA SUPERIOR

J.A. Díaz Manzano[1], L. Galera Mendoza[1], J. Iniesta Alcázar[1], M.F. Cegarra Navarro[2]

[1]Hospital Comarcal del Noroeste; [2]Hospital General Reina Sofía, Murcia.

Introducción: La incidencia de variaciones anatómicas de la arteria carótida interna (ACI) se estima entre el 4 y el 66% en la población general. Estas variaciones incluyen trayectos tortuosos y bucles. Cuando esto ocurre, la carótida se expone a lesiones durante los procedimientos quirúrgicos orofaríngeos rutinarios.
Material y método: Presentamos el caso de un paciente de 76 años que consultó por SARVAS diagnosticado por polisomnografía, para exploración de vía aérea superior. En orofaringe se apreciaba masa blanda, redondeada y pulsátil, detrás de pilar periamigdalino posterior derecho, que contribuía a comprometer el espacio aéreo.
Resultados: En la TC se objetivó ACI con trayecto aberrante (bucle) por pared posterior orofaríngea. El paciente se adaptó CPAP con buena tolerancia.
Discusión/Conclusiones: El conocimiento previo a la cirugía de estos trayectos anómalos permite al cirujano evitar complicaciones. La etiología de las anormalidades de la ACI es desconocida, pero incluye alteraciones del desarrollo embrionario y causas adquiridas, como enfermedades cardiovasculares. Estos vasos aberrantes son asintomáticos en más del 80% de los casos.

269

TÉCNICAS REPARADORAS BÁSICAS TRAS LA CIRUGÍA DE EXÉRESIS EN TUMORES CUTÁNEOS DE LA PIRÁMIDE NASAL

J. Lloréns Navarro, E. Linares, P. Moreno Salvador, J. Horno López, A. De Oña Navarrete, M. Mata Ferrón, J.I.Santaella Saez

Hospital Univ. Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: El objetivo de esta presentación es mostrar diferentes alternativas utilizables por el ORL para cubrir defectos generados tras la extirpación de neoplasias mucocutáneas nasales, apoyándose en unos conocimientos básicos de plástica facial que pueden resultar muy útiles para los médicos residentes de nuestra especialidad.
Material y métodos: Presentamos una serie de casos clínicos en formato de secuencia de imágenes (fotografías quirúrgicas), de manera que resulte más gráfico y docente. Se muestran técnicas básicas de colgajos descendentes, colgajos de avance, injertos libres, utilización de mucosa turbinal y de mucosa oral, como ejemplos aplicados a pacientes diagnosticados de melanomas y carcinomas basocelulares, fundamentalmente.
Resultados: La gran mayoría de los casos presentados siguieron una evolución favorable, con integridad de los colgajos e injertos, y mostrando una recuperación estética más que satisfactoria, si bien ésta queda condicionada por la magnitud del defecto mucocutáneo y/o cartilaginoso a reparar.
Conclusiones: La viabilidad de los colgajos en la pirámide nasal se basa en una infiltración previa cuidadosa, la preservación de un pedículo adecuado, y un seguimiento estricto con curas locales y material cicatrizante. El buen manejo de algunas nociones reconstructivas básicas supone un notable incremento de recursos quirúrgicos para el especialista ORL.

508

ABORDAJE SENO MAXILAR POR CALDWELL-LUC

C. Pérez Torres, S. García Fernández, E. Fernández Pascual, R. Mahmoud

Hospital Clínico Univ. San Cecilio, Granada.

Introducción: El objetivo de esta técnica es la extracción de las lesiones y de la mucosa sinusal mediante el acceso anterior del seno.
Material y métodos: Presentamos a una mujer de 43 años de edad con clínica de años de evolución de algias hemifaciales izdas con sensación de presión y abombamiento en región maxilar izquierda.
Resultados: Tras una exploración endoscópica nasal objetivando abombamiento de la pared lateral de la fosa hasta contactar con septum cartilaginoso, sin romper estructuras ósea, por lo que se procede a realizar TAC rinosinusal con el resultado de imagen sugerente de mucocele gigante del seno maxilar izdo, por lo que debido al tamaño se procede a su exéresis mediante Cadwell-Luc.
Discusión/Conclusiones: Los mucoceles se desarrollan por obstrucción de un orificio sinusal o un compartimiento de un seno tabicado. La pared de la lesión está formada por la mucosa sinusal y la cavidad del seno se expande, dando lugar a adelgazamiento de las paredes y remodelación de las mismas. Las mejoras de los sistemas ópticos han reducido las indicaciones de la técnica Caldwell-Luc, no obstante esta técnica debe seguir formando parte del arsenal del otorrinolaringólogo, en particular en caso del fracaso de la microcirugía endonasal.

518

TUBERCULOSIS LARÍNGEA, A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Artal Sánchez, B. Ágreda Moreno, E. Serrano Añón, P. Rivas Rodríguez, J.M. Sebastián Cortés, J. Alfonso Collado, H. Vallés Varela

Hospital Clínico Univ. Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: La tuberculosis se ha descrito a lo largo de la historia de la humanidad. Fue Robert Koch en 1882, quien identificó el bacilo responsable de la enfermedad. La tuberculosis laríngea es una forma de presentación infrecuente que puede ser primaria o secundaria. Los criterios utilizados para el diagnóstico incluyen clínica de disfonía, disfagia y odinofagia; imagen de lesión eritematosa, edema, úlceras, granulomas o masa en la laringoscopia y confirmación por biopsia de la laringitis granulomatosa o aislamiento de Mycobacterium tuberculosis en esputo .Debida a la alta eficacia del tratamiento, éste debe iniciarse cuando se sospecha la presencia de enfermedad observando frecuentemente una rápida mejoría en éstos pacientes.
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 53 años de edad que refiere odinofagia, disfonía y fiebre de 3 meses de evolución. En la exploración se observa edema de úvula, laringe eritematosa, granulomas y parálisis de CVI. Se decide su ingreso para estudio y tratamiento. La baciloscopia es positiva para BAAR, El DNA es positivo para M. tuberculosis y la Rx y TC toraco-abdominal son compatibles con tuberculosis miliar. Se instauró tratamiento quimioterápico. La evolución fue satisfactoria y actualmente se le practican revisiones periódicas en nuestras consultas.

Conclusiones: La tuberculosis laríngea es una entidad rara en la actualidad que debemos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la patología laríngea. El tratamiento suele ser médico, reservando biopsia y cirugías para los casos en que tras 3-4 semanas no aparece mejoría clínica y/o laringoscópica.

579

TUMORES INFRECUENTES DE PALADAR

M.J. Gómez Galán, C.J. Ruiz, A. González Jeute, F. Morote Jiménez, M. Olivencia Pérez, C. Escudero Severín
Hospital San Juan de Dios de Aljarafe, Sevilla.

Introducción: Presentamos dos casos de tumores poco frecuentes de paladar: leiomioma y adenoma pleomorfo. Ambos tumores son de crecimiento lento, bien delimitados, cuyo diagnóstico es principalmente determinado por estudio histológico, siendo la extirpación quirúrgica el tratamiento de elección.
Material y método: Presentamos dos casos de tumores infrecuentes de paladar. *Caso 1:* Paciente varón de 72 años con antecedentes de EPOC moderado, tabaquismo y enolismo. Enviado a nuestro servicio por tumoración de larga evolución, redondeada, de bordes lisos y dura al tacto que ocupa hemipaladar izquierdo. Se realiza TAC con contraste informado como masa heterogénea de 6,5 cm de diámetro, sin invasión local y sin adenopatías asociadas. Se realiza extirpación de la misma bajo anestesia general, realizando disección mucosa con creación de colgajo para posterior reconstrucción y disección por planos hasta extirpación completa tumoral que se extiende en profundidad hasta capa muscular. Anatomía Patológica informada como leiomioma con técnica de inmunohistoquímica positiva para actina músculo liso. *Caso 2:* Varón de 38 años, remitido por tumoración orofaringea de crecimiento lento que ocupa paladar izquierdo extendiéndose a pilar amigdalino anterior. Se realiza TAC y RNM informada como tumoración de 5 × 4 cm multilobulada, no infiltrante y sin afectación ganglionar. Se realiza extirpación de la misma bajo anestesia general, realizando colgajo cutáneo palatino. Estudio anatomopatológico informado como adenoma pleomorfo.
Resultados: En ambos casos la extirpación tumoral fue completa, sin incidencias en el postoperatorio y sin evidencia de recidiva local.
Conclusiones: Tanto el leiomioma como el adenoma pleomorfo son tumores infrecuentes de paladar, de crecimiento lento y sin invasión local, cuyo diagnóstico definitivo es el estudio anatomopatológico y cuyo tratamiento de elección es la extirpación mediante cirugía.

Comunicaciones Vídeo

Se pueden ver todos los vídeos en dos pantallas dedicadas que estarán en la zona de pósteres durante todos los días del Congreso

Se pueden consultar los textos de los resúmenes en la pág. 62

Domingo, 19 de octubre

AUDITORIO AUGUST
Comisión de ORL pediátrica

08,30-09,00

Conferencia

CF18 Pertinencia y seguridad de las tonsilectomías y adenoidectomías: guías oficiales italianas, rev. 2008 - Adequacy and safety of tonsillectomy and adenoidectomy: Italian Official Guidelines, Rev. 2008

Conferenciante: Renato Piantanida
Modera: Javier Cervera Escario

09,00–09,30

Conferencia

CF19 Linfangioma congénito de cabeza y cuello: evolución natural, valoración clínica y tratamiento - Congenital lymphangioma of the head and neck: natural history, clinical evaluation and treatment

Conferenciante: Renato Piantanida
Modera: Javier Cervera Escario

09,30–11,00

Mesa Redonda

MR06 Manejo de la vía aérea en el niño

Presidente: J. Antonio Viñuela Díaz
Secretario: Josep F. Casamitjana Claramunt
Moderador Marc Pellicer i Sa Rasa
Panelista: Tomás Mogollón-Cano Cortés
Panelista: Andrés Clarós
Panelista: Miguel Muñoz Colado
Panelista: Juan Luis Miró Viar

11,00–11,30

Conferencia

CF20 Visión crítica de las nuevas técnicas en amigdalectomía

Conferenciante: Javier Cervera Escario

11,30–12,00 **Pausa Café**

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS06 Otitis media recurrente

Moderador: Blas A. Pérez Piñero
Panelista: Félix Pumarola Segura
Panelista: Margarita Bartolomé Benito
Panelista: José J. Zubicaray Ugarteche
Panelista: Miguel Ángel Villafruela Sanz
Panelista: Ángel Ramos Macías

14,00–16,00 **Comida**

DOMINGO, 19 DE OCTUBRE

SALA MINERVA
COMISIÓN DE ORL PEDIÁTRICA

16,00–17,00

Curso de instrucción

47

AMIGDALECTOMÍA CON LIGASURE®

I. Jiménez Huerta, M.A. Villafruela Sanz, L. Ayala, M.A. Alañón, Martínez
Hospital 12 de Octubre, Madrid, Hospital Santa Bárbara, Ciudad Real.

Introducción: Son múltiples las técnicas de amigdalectomía con las que contamos los especialistas ORL hoy en día. Hoy por hoy no existen claras ventajas de unas técnicas sobre otras. Sí bien, sí que es significativa la pericia y habilidad de cada cirujano con cada una de las técnicas de cara a las posibles y temidas complicaciones de este tipo de cirugía. Quisiéramos presentar en España, a la comunidad de Especialistas ORL, una nueva técnica de amigdalectomía con la tecnología LigaSure®.
Material y método: El principio de esta tecnología se basa en la fusión de vasos sanguíneos de hasta 7mm de diámetro con seguridad y sin necesidad de disección ni ligaduras. Se fusionan los vasos de forma permanente mediante la disrupción del colágeno y elastina de los tejidos y la inmediata formación de una única fase completamente sellada. En este curso de instrucción queremos mostrar esta nueva técnica, el funcionamiento del aparataje así como la más correcta utilización de las pinzas Ligasure Precise®. Se comentarán las dificultades más frecuentes así como cómo atajarlas.
Resultados: Hasta el momento hemos realizado más de un centenar de amigdalectomías con esta técnica y afortunadamente no hemos sufrido ninguna complicación severa. Exponemos los pros y contras de esta técnica.
Discusión/Conclusiones: Presentamos una nueva técnica quirúrgica para la cirugía de amígdalas cuya principal ventaja es el prácticamente nulo sangrado per y postoperatorio, bajo traumatismo sobre el lecho amigdalino y la sencillez de la técnica. Es nuestro deseo presentar, mostrar e instruir en esta nueva e innovadora técnica a nuestros colegas Otorrinolaringólogos cuya aplicación es tanto para pacientes pediátricos como para adultos.

17,10–18,10

Curso de instrucción

38

HIPOACUSIA NEONATAL. DE LA DETECCIÓN AL TRATAMIENTO ANTES DEL AÑO. ¿ES POSIBLE LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA A ESTA EDAD?

M.J. Lavilla Martín de Valmaseda, A. Huarte Irujo, E. Juan Pastor, G. Pardo Romero
Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, Hospital Son Llàtzer, Baleares, Clínica Universitaria, Navarra.

Está ya bien documentado que la sordera durante los 6 primeros meses de vida interfiere en el desarrollo normal del habla y el lenguaje oral. Por ello la hipoacusia en recién nacidos debería detectarse idealmente antes de los 3 meses de edad y el tratamiento comenzar antes de los 6 meses, lo que es fundamental para iniciar el apoyo en el momento óptimo de plasticidad cerebral que permita prevenir las secuelas del déficit auditivo, mejorando así en potencia la calidad de vida y las oportunidades de aquellos niños afectados. Este es en definitiva el objetivo final de los programas de screening neonatal. Sin embargo a pesar de ellos, algunos estudios constatan que en el 40% de los casos, el diagnóstico se retrasa hasta 1-2 años. Teniendo en cuenta pues que la utilidad de un sistema de cribado depende de la habilidad para confirmar el tipo y grado de hipoacusia en la infancia, y que el screening puede ser relativamente sencillo pero el diagnóstico audiológico a esta edad no, intentaremos responder en este curso, entre otras, a las a las siguientes cuestiones: ¿Es posible confirmar el diagnóstico de sospecha a esta edad? ¿Es posible cuantificar los umbrales de hipoacusia neurosensorial permanente? ¿Es posible determinar si la amplificación auditiva es la suficiente como para lograr la adecuada progresión y adquisición de las habilidades comunicativas? ¿Cómo podemos valorar si existen trastornos asociados? ¿Cómo asegurarnos que todo ello no es suficiente y hemos de pasar al implante coclear antes del año?
Basados en la experiencia de nuestros tres centros en la detección, diagnóstico y tratamiento de la sordera infantil, así como de la visión conjunta de profesionales en los campos de otorrinolaringología, audiología pediátrica, y logopedia, expondremos las herramientas de que disponemos para estos fines, introduciendo además el concepto de " habilitación diagnóstica" en el que se solapan las técnicas de la estimulación temprana con técnicas de observación y evaluación que apoyarán la certeza diagnóstica.

18,10–19,10

Sesión de comunicaciones orales 6

Presidente: Miguel Ángel López González
Secretario: Carlos Ruiz Escudero

281

COMPLICACIONES EN IMPLANTES COCLEARES UNI Y BILATERALES, EN NIÑOS

A. Valdivieso, F.J. Cervera-Paz, M. Manrique Rodríguez
Clínica Universitaria, Navarra.

Introducción: El control de las complicaciones en la población infantil de un programa de Implantes Cocleares es de suma importancia, ya sea desde el punto de vista de mejora de la tecnología, como para las modificaciones en los procedimientos quirúrgicos.
Material y métodos: Se realizó una revisión de la base de datos de nuestro programa de implantes cocleares infantil. Se clasificó las complicaciones en Mayores y Menores, de acuerdo a Hoffman y Cohen. Se analizaron todas las implantaciones en niños, uni y bilaterales, realizadas en nuestro programa, desde 1991 a diciembre de 2007.
Resultados: De un total de 363 implantes cocleares realizados en niños, se encontraron 13 complicaciones, de las cuales 10 requirieron una reintervención. Se evalúa las causas de las mismas y su resolución.
Conclusiones: La tasa de complicaciones en nuestro programa infantil es muy bajo, comparado con la literatura. La cirugía del implante coclear es un procedimiento seguro, tanto para los procedimiento unilaterales como para los bilaterales.

344

IMPLANTES AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL EN NIÑOS CON MALFORMACIONES DEL NERVIO COCLEAR: PROTOCOLO DE TRABAJO Y RESULTADOS

A. Huarte Irujo, B. Bejarano, M. Alegre, L. Cavallé, C. Morera, R. Pérez Aguilera, M. Manrique Rodríguez
Clínica Universitaria, Navarra.

Introducción: Los implantes auditivos de tronco cerebral (IATC) han venido siendo indicados de forma convencional en pacientes afectos 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 del VIII par, 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.
Material y métodos: Se ha elaborado un protocolo de selección y seguimiento adaptado para la valoración de pacientes no tumorales tratados con un IATC. Este protocolo, diseñado para un trabajo de colaboración entre centros, recoge información sobre aspectos auditivos, lenguaje, imagen, parámetros de estimulación y complicaciones en cada una de las fases del programa: selección, cirugía y seguimiento-rehabilitación. Hasta la fecha son tres los niños tratados con un IATC, de edades comprendidas entre 13 meses y 8 años. Todos ellos presentaban una hipoacusia neurosensorial profunda de aparición congénita, debida a una hipoplasia-aplasia bilateral de nervios cocleares. Fueron estudiados en el Hospital Clínico La Fe de Valencia y en la Virgen de la Arrixaca de Murcia y operados y programados en la Clínica Universitaria de Navarra.
Resultados: Por abordaje suboccipital, se accedió a la fosa posterior constatando la aplasia del nervio coclear. Se identificó la superficie de los núcleos cocleares en el receso lateral y se practicó la colocación del IATC. Intraoperatoriamente se registraron respuestas auditivas en todos los electrodos implantados. En dos de los niños, al mes de la cirugía, se procedió a la activación de los mismos. La estimulación ha estado exenta de respuestas auditivas no deseables alcanzando en pocos días niveles satisfactorios de detección y discriminación de sonidos. En el tercero de los niños aún no ha transcurrido el tiempo necesario para iniciar la activación. En el momento de celebración del congreso se mostrarán los resultados obtenidos dentro del primer año de seguimiento.

413

IMPLANTES COCLEARES EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS. RESULTADOS

J. Marco Algarra, A. Morant, E. Latorre, A. Platero, M. I. Pitarch Ribas, I. Alonso Castañeira, N. Conill Tobías
Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: Los implantes cocleares (IC) han demostrado su eficacia en la adquisición de una audición útil en adultos postlinguales, mientras que los resultados obtenidos en su aplicación a niños con hipoacusias prelinguales parece estar relacionado con el denominado periodo crítico para la adquisición del lenguaje, con un límite superior situado entre los 4 a 6 años e idealmente con anterioridad a los dos años. Analizamos aquí los resultados obtenidos en pacientes menores de 2 años y los comparamos con otro grupo implantado a los 12 meses.
Material y métodos: Estudiamos a 25 niños implantados a los 2 años con un implante 90K de Advanced Bionics, y 8 niños implantados al año con el mismo implante. En estos niños estudiamos su nivel de audición y comprensión del lenguaje utilizando audiometría tonal con refuerzo visual y encuestas y tests auditivos (Nottingham, MAIS, bisílabos y frases).
Resultados: La audiometría tonal en campo libre obtenida mediante refuerzo visual muestra como todos sitúan los umbrales auditivos en los 25-30 dB. El test de Nottingham muestra un progreso continuo hasta alcanzar una media de 8.8 sobre 10 y con los tests de bisílabos alcanza el 100% a los 4 años tras el implante, con la excepción de los casos con otros déficit asociados. Lo mismo ocurre con el test de frases en donde a los 3 años alcanzan un 90%. En aquellos implantados al año la progresión es la misma pero con mayor velocidad.
Conclusiones: La edad de implantación es un factor determinante en la obtención de un lenguaje adecuado a la edad natural en los primeros años de vida. La implantación al año de edad cumple con estas mismas conclusiones.

525

COLESTEATOMAS EN EDAD PEDIÁTRICA

M.M. Pérez Ortín, I. García López, J. Peñarrocha Teres, A. Carrasco Gómez, I. Rabanal, J. Gavilán Bouzas
Hospital La Paz, Madrid.

Introducción: Los colesteatomas en edad pediátrica tienen características radiológicas y clínicas que los distinguen de esta patología en adultos. Es además una patología relativamente frecuente aunque existen pocas series largas publicadas sobre el tema.
Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo, revisando los colesteatomas intervenidos en el Hospital Infantil de La Paz desde el año 2000. Se recogen características demográficas, diagnósticas, radiológicas y su correlación con los hallazgos quirúrgicos, comparando estos con la literatura y mostrando sus diferencias con la patología colesteatomatosa en adultos.
Resultados: Se revisan 87 historias clínicas, encontrando un predominio masculino (alrededor del 70% son varones). La edad media al diagnóstico 9,2 años. La gran mayoría acudían por otorrea como motivo de consulta, siendo la hipoacusia el segundo motivo más frecuente de consulta. Existe una alta incidencia de OMAS y otitis serosas de repetición. Encontramos pocos casos con malformaciones craneofaciales o antecedentes familiares de patología otológica. Casi el 60% presentan imagen otoscópica de colesteatoma adquirido primario con retracción atical o aticotomía espontánea. Más del 90% presentaba alguna prueba de imagen , en las cuales en el 50% no tenían signos claros de osteolisis. Quirúrgicamente la mitad precisaron técnicas abiertas. Se discuten asimismo los hallazgos quirúrgicos y audiométricos. Las reintervenciones son frecuentes.
Conclusiones: Los colesteatomas en la edad pediátrica tienen frecuentemente un comportamiento agresivo aunque no siempre los hallazgos clínicos y quirúrgicos tienen una correlación directa con las pruebas de imagen. Esto debemos tenerlo en cuenta a la hora de planificar la cirugía. En este trabajo pretendemos mostrar esas características diferenciadoras del colesteatoma infantil para intentar lograr un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.

540

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE RADIOFRECUENCIA DE ADENOIDES

I. Méndez-Benegassi Silva, F. Márquez Dorsch, F. Villazón, F. Lorenzo, P. Escobar Sanz-Dranguet, J. Bruzón, S. Fernández
Hospital La Moraleja, Madrid.

Introducción: Desde el inicio de la técnica de coblación y coagulación por radiofrecuencia en Otorrinolaringología han ido apareciendo aplicaciones , varias de ellas más consolidadas como la radiofrecuencia de cornetes y de paladar. En el área de la otorrino infantil se viene utilizando para la reducción de amígdalas pero su aplicación en las adenoides todavía no se ha desarrollado de manera habitual.
Material y métodos: Presentamos un vídeo de la técnica que utilizamos en el Hospital La Moraleja de radiofrecuencia de adenoides en casos de hipertrofia sintomática y el análisis de resultados en 30 pacientes comparando con la técnica habitual de adenoidectomía en otros 30 niños las variables de duración de la cirugía y tipo de anestesia, complicaciones, capacidad de reducción y escalas de satisfacción. El tamaño de las adenoides y su posterior reducción se valoran mediante fibroscopia una semana antes de la cirugía, a la semana y al mes de la misma.
Resultados: De los 30 pacientes en los que se aplicó la nueva técnica no se obtuvieron complicaciones hemorrágicas o de otra naturaleza significativos, con una reducción media del 75% en su tamaño valorado mediante endoscopia y un grado de satisfacción muy alto. El grado de control en la reducción de las adenoides fue más preciso que con la adenoidectomía.
Discusión/Conclusiones: Consideramos que la radiofrecuencia de adenoides es una técnica igual de eficaz y con un menor riesgo de sangrado y complicaciones respecto a la adenoidectomía clásica y se perfila como una alternativa más segura y con mayor control.

321

TRAQUEOTOMÍA PEDIÁTRICA. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

I. Monjas Canovas, E. Delgado Moreno, C. Gutiérrez Castillo, A. Vadillo, M. Sancho Mestre, J. R. Gras Albert
Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: La traqueotomía en la edad pediátrica es una técnica quirúrgica con una mayor morbimortalidad que en la edad adulta. A pesar de tratarse de una técnica antigua, sus indicaciones en las últimas déca-

das han evolucionado, y actualmente, no están del todo establecidas.
Objetivo: Se presentan nuestra experiencia y resultados en traqueotomías pediátricas entre los años 2003 y 2007 y se analiza el cambio en las indicaciones de esta técnica en las últimas décadas.
Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo a partir de 24 niños ingresados en el servicio de UCI pediátrica que requirieron realización de traqueotomía entre los años 2003 y 2007. Se describen las distintas indicaciones y se comentan los resultados.
Resultados: Se realizaron un total de 24 traqueotomías en pacientes menores de 14 años. La media de edad en el momento de la traqueotomía fue de 3,7 años siendo el 62,5% (15/24) niños varones frente al 37,5% de niñas (9/24). Las indicaciones más frecuentes en nuestra serie fueron la necesidad de ventilación asistida prolongada y la obstrucción de la vía aérea superior. Se consiguió la decanulación en un 25% de los pacientes. No existieron complicaciones mayores derivadas de la traqueotomía. La mortalidad global de la serie fue menor del 15%.
Conclusiones: Las indicaciones de la traqueotomía infantil han evolucionado durante las últimas décadas. Actualmente, esta técnica ha dejado de ser un procedimiento de emergencia que salva una obstrucción de la vía aérea para convertirse en un acceso a la vía aérea en aquellos pacientes que requieren un soporte ventilatorio prolongado.

DOMINGO, 19 DE OCTUBRE

SALA EUTYCHES
COMISIÓN DE RINOLOGÍA Y ALERGIA

08,30–09,30

Sesión de comunicaciones orales 7

Presidente: José María Cuyás de Torres
Secretario: Adolfo Ruiz Mondéjar

565

MELANOMA MUCOSA NASOSINUSAL: SERIE DE 6 CASOS

C. Tortajada Bustelo, X. González, A. Farré Guiu, J. Skufka Viéitez, I. Clemente, A. Callejo, L. Samara, R. Jiménez
Hospital Univ. de Bellvitge, Barcelona.

Se presenta una serie de 6 casos de melanoma maligno de mucosa nasosinusal con un tiempo de seguimiento medio de 8 años (5 mujeres y un hombre, de edades comprendidas entre los 77 y 34 años); realizándose una comparación entre estadiaje inicial, tipo de tratamiento aplicado y respuesta al mismo. Así mismo, se realiza una revisión literaria del tratamiento actual, y perspectivas en dicha patología.

6

CUERPOS EXTRAÑOS EN SENO MAXILAR

E. Bodet Agustí, V. Martínez Vecina, C. Romeu Figuerola, I. Viza Puiggrós
Ntra.Sra. de Meritxell, Andorra.

Introducción: La presencia de cuerpos extraños en seno maxilar (CESM) de cualquier naturaleza es una entidad clínica poco frecuente. Su diagnóstico es habitualmente radiológico en el contexto de una rinosinusitis crónica maxilar unilateral. El tratamiento es la extracción quirúrgica.
Material y métodos: Revisión de 56 casos de sinupatía maxilar crónica unilateral intervenidos en nuestro centro entre los años 1999 y 2007 en busca de la presencia de CESM.
Resultados: De los 56 casos estudiados con sinupatía maxilar crónica unilateral, solo en 9 casos (16%) se identificaron cuerpos extraños intrasinusales. De estos 9 casos con presencia de CESM, en 8 (88%) se atribuyó el cuerpo extraño a un origen dentario y en un caso (11%) a un origen no dentario. De los 9 casos, 7 (77%) presentaban clínica de rinosinusitis crónica en el momento del diagnóstico y todos mostraban manifestaciones radiológicas. Su extracción quirúrgica se realizó mediante meatotomía endonasal en 6 casos (66%) y en los 3 restantes (33%) se precisó un abordaje combinado de meatotomía endonasal y antrotomía oral. En todos los casos se comprobó la resolución completa del proceso mediante tomografía computerizada a los tres meses.
Discusión/Conclusiones: La presencia de CESM es un hallazgo poco frecuente que debe sospecharse ante una sinusitis crónica unilateral con el antecedente de manipulación dentaria. Su origen es casi siempre dentario, siendo mucho más raros los CESM de origen no dentario secundarios a traumatismos externos en accidentes o agresiones. Se discute también la naturaleza de estos cuerpos extraños, así como sus implicaciones clínicas y tratamiento propuesto.

4

PATOLOGÍA DE LA OLFACCIÓN, NUESTROS RESULTADOS 2006-2008

P. Martínez Molina, M. Faubel y Serra, B. Cano Cuenca, E. Grau, M.T. Llavero Segovia, L. Pardo Mateu, J.L. Estors
Hospital de La Plana, Castellón.

Introducción: Presentamos los resultados de la unidad de patología olfativa del Hospital de La Plana de Vila Real, tras más de 2 años de diagnóstico y tratamiento.
Material y métodos: Un total de 112 pacientes explorados mediante anamnesis rigurosa, TAC si procede y endoscopia nasosinusal. Resultados de olfatometrías, diagnóstico y tratamientos realizados.
Resultados: Pacientes remitidos por patología olfatoria de los que un 82% refieren hiposmia/anosmia, un 14% disosmia y un 4% disosmia. Por patologías un 42% refieren enfermedad inflamatoria nasosinusal crónica, un 26% refieren hiposmia tras proceso de VRA, un 22% tras accidente de tráfico o traumatismo craneal y un 10% refiere alteración olfativa espontánea. Los tratamientos van desde la cirugía para tratamiento de enfermedad inflamatoria nasosinusal a tratamiento médico, hormonal o de rehabilitación. Se consigue un diagnóstico en el 77% de los casos, a los 6 meses un 86% han mejorado su olfacción, aunque en seguimiento a largo plazo dicho porcentaje disminuye al 69%.
Conclusiones: Existen pocos centros en España dedicados al estudio monográfico de la olfacción. Creemos necesario un estudio integral pluridisciplinar y personalizado de dicha patología claramente invalidante y a la que quizás no dedicamos la atención necesaria

145

CIRUGÍA DE LA VÍA LAGRIMAL, REVISIÓN DE LOS 100 PRIMEROS CASOS EN NUESTRO CENTRO

J.A. Márquez Moyano, J. Jordano Pérez, C. Poyato Zamorano, P. Gómez Latorre, J. Márquez Báez, C. Ruiz Lomas
Hospital de Montilla, Córdoba.

Introducción: La dacriocistorrinostomía es una técnica que se ha incorporado a la práctica clínica de muchos otorrinolaringólogos. El desarrollo de nuevas técnicas ha simplificado la intervención quirúrgica, especialmente el advenimiento del láser de diodo. Presentamos en esta comunicación una descripción de la técnica quirúrgica y los resultados obtenidos con ella.
Material y métodos: Presentamos los resultados obtenidos de intervenir quirúrgicamente a 100 pacientes en nuestro centro, se muestran los criterios de inclusión, técnica anestésica, régimen de ingreso.
Resultados: El tiempo quirúrgico medio fue de 20 minutos, la energía acumulada media fue de 580 Julios. El 80% de los pacientes presentó mejoría de la epífora, hasta el momento de la revisión ninguno ha sufrido dacriocistitis aguda. Ningún paciente presenta un grado mayor de epífora que el previo a la intervención. Como complicaciones hemos tenido 3 episodios de epistaxis, 1 enfisema orbitario, 1 quemadura cutánea.
Discusión: La DCR con láser de diodo es una técnica rápida, de fácil ejecución y con una baja morbilidad que aporta unos muy buenos resultados en el manejo de la patología de vías lagrimales. El alta hospitalaria es precoz y la incorporación del paciente a su actividad cotidiana se acorta con respecto a otras técnicas.

247

MUCOCELE: NUESTRA CASUÍSTICA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

D.J. Graterol, J.J. Chamizo, E. Genestar, R. Wegmann, R. Hijano, J.L. Quesada, J. Piñas
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El mucocele es una lesión benigna de senos paranasales que ocupa por completo el seno afectado, produciendo remodelación ósea de sus paredes. Tienen su origen en la obstrucción de los conductos de drenaje de los senos paranasales con retención de contenido mucinoso y en ocasiones purulento.
Material y método: Presentamos nuestra experiencia durante los últimos 10 años, en el diagnóstico y tratamiento de un total de 28 pacientes, 12 mujeres y 16 hombres. Se obtuvo información de antecedentes qui-

rúrgicos, traumáticos, patología nasosinusal previa, manifestaciones clínicas, tiempo de evolución, localización de la lesión, tipo de cirugía y de la existencia o no de recurrencia de la enfermedad.
Resultados: Edad promedio fue de 54,2 años, 12 pacientes tenían antecedente de cirugía nasosinusal, sólo 2 presentaban antecedente traumático evidente. En 21 pacientes se evidenció patología nasosinusal previa, siendo la poliposis la más frecuente. Aproximadamente el 50 % se presentó como tumefacción de partes blandas. A todos los pacientes se les realizó TC de senos paranasales. La localización maxilar fue la más frecuente, a diferencia de la literatura consultada. A 27 pacientes se les realizó tratamiento quirúrgico, siendo la cirugía endoscópica nasosinusal la técnica más empleada. Se evidenció recurrencia de la enfermedad en 7 pacientes.
Conclusiones: Es una patología que se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino entre la 5ª y 7ª década de la vida. Presenta una evolución silente, debutando como complicación local. El seno maxilar es el más frecuentemente afectado en nuestra serie. El tratamiento de elección es el quirúrgico.

449

MELANOMAS PRIMARIOS DE MUCOSA NASAL

S. Álvarez Carrillo, F. Mera Menéndez, J. Horna Castiñeiras, J. García de Gregorio, A. Hinojar Gutiérrez, E. Raboso García-Baquero
Hospital de la Princesa, Madrid.

Introducción: Los melanomas son tumores malignos que afectan más frecuentemente a la piel, sin embargo pueden presentarse raramente en mucosas, representando estos el 1,3% de todos los melanomas. Habitualmente se encuentran en pacientes mayores de 50 años, sin predilección de género, la raza modifica significativamente la incidencia, aumenta en zonas con baja prevalencia de melanoma cutáneo como Japón, en negros e hispanos y disminuye en zonas de alta prevalencia cutánea, caucásicos.
Materiales y métodos: Se presenta una revisión retrospectiva de 6 casos de melanomas primarios de mucosa nasal diagnosticados en nuestro servicio entre los años 2000 al 2007. Se describirán los datos clínicos, patológicos, tratamiento, supervivencia así como revisión de la literatura.
Resultados: Los motivos de consulta principales fueron epistaxis e insuficiencia respiratoria nasal. El tratamiento primario en los 6 casos fue la cirugía, en 4 de ellos se completó el tratamiento con radioterapia postoperatoria, a pesar del tratamiento se observaron recidivas locales en 4 de los casos (media tiempo de recidiva 10 meses), 2 de los cuales fueron tratados con cirugía y quimioterapia con esquema CVD.
Conclusiones: El pronóstico de esta enfermedad es pobre con menos del 30% de supervivencia a los 5 años, lo que hace que el diagnóstico temprano sea importante de cara a un tratamiento agresivo y multidisciplinario con intención de controlar la enfermedad, aunque lesiones pequeñas sean consideradas igualmente de mal pronóstico, el examen físico meticuloso en pacientes que refieran clínica inespecífica pero progresiva, sería fundamental para el diagnóstico y posterior tratamiento.

09,30–11,00

Mesa Redonda

MR07 Problemas en rinoplastia - Problems in rhinoplasty

Presidente: José María Fabra Llopis
Secretario: Alejandro Martínez Morán
Moderador: Adolfo Sarandeses García
Panelista: Joan Ramón Montserrat i Gili
Panelista: Alfredo Jurado Ramos
Panelista: Pietro Palma
Panelista: Juan Ramón Gras Albert

11,00–11,30

Conferencia

CF21 Concepto de belleza en la rinoplastia actual - Concept of beauty in contemporary rhinoplasty

Conferenciante: Pietro Palma
Modera: Adolfo Sarandeses García

11,30–12,00 **Pausa Café**

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS07 Inflamación nasal y tendencias de futuro - Nasal inflammation and future trends

Taller de trabajo esponsorizado por GlaxoSmithKline

Moderadora: Ramona Soler Vilarrasa
Panelista: Miguel Armengot Carceller
Panelista: Borja Cosío
Panelista: Philip Gevaert
Panelista: Joaquim Mullol i Miret
Panelista: Alfonso del Cuvillo Bernal

14,00–16,00 **Comida**

16,00–18,00

Curso de instrucción

55

CURSO BÁSICO DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL

H. Massegur Solench, J.M. Adamá 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, mucoceles maxilares, etmoidectomía anterior, etmoidectomia posterior y esfenoidotomía al mismo tiempo que se explican las posibles complicaciones en cada acción quirúrgica y la forma de solucionarlas.

18,10–18,40

Conferencia

CF22 Superantígenos en la poliposis nasal: implicaciones terapéuticas - Superantigens in nasal polyposis: therapeutic implications

Conferenciante: Philip Gevaert
Modera: Ramona Soler Vilarrasa

18,40–19,10

Conferencia

CF23 Cirugía endoscopia de seno frontal (técnica de Lothrop)-Frontal sinus "drill out"-Modified Endoscopic Lothrop Procedure

Conferenciante: Elgan Davies
Modera: Cristóbal López-Cortijo Gómez Salazar

DOMINGO, 19 DE OCTUBRE

SALA GENIUS I+II
COMISIÓN DE AUDIOLOGÍA

08,30-09,30

Sesión de comunicaciones orales 8

Presidente: Ángel Ramos Macías
Secretario: Mª Pilar Gómez Tapiador

136

LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL COMO CAUSA DE HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL

M. Foglia Fernández, M. Oliver, J. Benito González, R. Ferre, N. Plana, L. Masana
Hospital Sant Joan de Reus, Tarragona.

Introducción: La cóclea es un órgano terminal desde el punto de vista vascular por lo que se plantea como posible causa de la afectación de la función coclear la isquemia crónica o aguda producida por la lesión de los pequeños vasos que llegan a la estría vascular. Nos ha parecido interesante plantear un estudio clínico prospectivo en nuestro medio que correlacione la audición de los pacientes con factores de riesgo vascular con la disfunción endotelial que presentan.
Objetivo principal: La finalidad del proyecto es demostrar que los pacientes con disfunción endotelial tienen un mayor grado de hipoacusia neurosensorial que la población general.
Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo y de actuación terapéutica para establecer la fuerza de asociación de la audición con determinadas variables que causan daño vascular y disfunción endotelial. Se ha formado un grupo de 150 pacientes con riesgo cardiovascular y un grupo control sin factores de riesgo cardiovascular. Se realiza un estudio de la función endotelial mediante el Endo-Pat 2000, una audiometría tonal liminar y un estudio sanguíneo completo. Se han dividido los pacientes en dos grupos; uno, sigue los controles habituales cada cuatro meses y el otro entra en un programa de intervención intensiva sobre el estilo de vida que consiste en educar al paciente en temas nutricionales que le permitan cambiar sus hábitos alimenticios por otros más saludables, abandono del hábito tabáquico e incremento de la actividad física diaria. A los doce meses se repiten las determinaciones.
Resultados: El análisis de los datos obtenidos se efectuará a partir de una descripción general de las variables motivo del estudio, utilizando un análisis multivariante. El estudio preliminar de estos resultados muestra un 20% del grupo con alteración de la función endotelial y déficit auditivo aunque aún se han de aplicar los filtros por las variables de confusión y quedan dos meses para finalizar el período de actuación terapéutica que nos permitirá una evaluación completa y estadística de toda la información recogida.

430

DIFERENCIA EN LA RESPUESTA CON POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DEL TRONCO CEREBRAL ENTRE RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO Y RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO

J.A. Sistiaga Suárez, F. García Alcántara, F.J. Olarieta Soto, I. Arribas, L. Montes de Oca Fernández, T. Rivera Rodríguez.
Hospital Príncipe de Asturias, Madrid.

Introducción: El objetivo de este trabajo es comprobar con nuestro equipo las diferencias ya demostradas en la literatura en la respuesta de PEATC entre prematuros y nacidos a término, justificadas por el proceso de maduración neurológica del sistema auditivo.
Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo con dos grupos principales: Recién nacidos pretérmino (RNpt) y nacidos a término (RNat), que se subdividen en tres subgrupos: menores de 4 meses, 4-18 meses y mayores de 18 meses, analizándose como variables las latencias de ondas I, III y V y latencias interpico I-III, III-V y I-V a 40 dBs y la latencia de la onda V a 30 dBs. Se excluyeron los pacientes que no presentaban onda V a 30 dBs bilateral o un timpanograma normal y los que presentaban alteraciones anatómicas.
Resultados: Se utilizó una t de Student para comparar globalmente los grupos RNpt (33 casos) con RNat (51 casos) obteniéndose diferencias estadísticamente significativas con las latencias de las ondas I ($p = 0,001$), III ($p = 0,019$), V ($p < 0,001$), las latencias interpico III-V ($p < 0,001$), I-V ($p = 0,001$) y la latencia de la onda V a 30 dBs ($p < 0,001$). En los subgrupos se utilizó una U de Mann-Whitney encontrándose diferencias para las ondas I y V y la interlatencia I-V en los grupos de menores de 4 meses y de 4-18 meses ($p < 0,05$).
Discusión: Se puede concluir que nuestro equipo es sensible a la maduración neurológica del sistema auditivo, y ello se refleja en la diferente respuesta de PEATC entre prematuros y recién nacidos a término.

451

CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON HIPOACUSIA

R.M. Pérez Mora, L. Lassaletta Atienza, C. Alfonso Carrillo, A. Castro Calvo, M. Bastarrica, B. Herrán, M. J. de Sarriá, J. Gavilán Bouzas
Hospital La Paz, Madrid.

Introducción: Numerosas publicaciones muestran los beneficios obtenidos por los niños hipoacúsicos en la percepción y producción del lenguaje con el tratamiento precoz, pero los estudios que valoran su repercusión sobre la calidad de vida son limitados. El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida en niños sordos y su relación con los parámetros clínicos y audiológicos.
Material y métodos: Se incluyeron un total de 30 niños implantados y otros 30 con audífonos tratados en nuestro hospital. Para valorar la calidad de vida de estos pacientes se emplearon dos cuestionarios: el KINDL, un cuestionario genérico con diferentes versiones para niños, adolescentes y padres, y una versión modificada del "Nottingham Paediatric Cochlear Implant Program" sólo para padres.
Resultados: La puntuación total media obtenida en el KINDL según los niños fue de 73,41 en el grupo de implantes cocleares, de 83,33 en el de audífonos y de 77,76 en normooyentes; en el caso de los padres fue de 79,64, 73,27 y 78,12 respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos ni entre padres e hijos. Más del 85% de padres admitían una franca mejoría en las capacidades comunicativas y en la calidad de vida de sus hijos desde el inicio del tratamiento.
Discusión/Conclusiones: Los resultados muestran el beneficio obtenido por los niños hipoacúsicos con el tratamiento, tanto en la percepción y producción del lenguaje y del habla como en sus habilidades sociales y educativas, igualando su calidad de vida a la de otros niños de su edad.

479

LA HIPERBILIRRUBINEMIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL Y SU EFECTO SOBRE LOS POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DEL TRONCO CEREBRAL

L. Montes de Oca Fernández, J. Olarieta Soto, F. García Alcántara, A. Sistiaga Suárez, I. Arribas, T. Rivera Rodríguez
Hospital Príncipe de Asturias, Madrid.

Introducción: Hemos realizado un estudio retrospectivo con el objetivo de determinar la hiperbilirrubinemia como factor de riesgo para hipoacusia neurosensorial y sus consecuencias en el registro de los potenciales evocados auditivos del tronco cerebral (PEATC).
Material y método: Se seleccionó una muestra de 90 pacientes de los cuales 45 presentaban varios factores de riesgo para hipoacusia neuro-

sensorial, entre ellos la hiperbilirrubinemia, y otros 45 que únicamente tenían este factor de riesgo. Se determinó la incidencia de hipoacusia neurosensorial en conjunto. Se analizó el registro de PEATC de aquellos pacientes que sólo presentaban hiperbilirrubinemia comparándolo con el de controles sanos. Asimismo se analizaron los registros de PEATC en función de la cifra de bilirrubina.
Resultados: Se detectó 1 paciente con hipoacusia neurosensorial moderada que presentaba varios factores de riesgo asociados. De los 45 pacientes que tenían como único factor de riesgo hiperbilirrubinemia, 43 presentaban un umbral auditivo en los PEATC de 30 decibelios (dB) y 2 de ellos de 40 dB. En el grupo de hiperbilirrubinemia se apreció un aumento significativo de la latencia de la onda V a 40 dB ($p < 0,001$) y del intervalo I-V respecto a los controles ($p < 0,005$).
Conclusiones: Existen diferencias significativas entre los registros de PEATC en los pacientes con hiperbilirrubinemia independientemente de su umbral auditivo, que sugieren toxicidad aguda para la vía auditiva.

487

PAPEL DE LA DIETA EN EL TRATAMIENTO DEL ACÚFENO

I.M. Reyes Tejero, M.A. López González, F.J. Aguilar Vera, D. Castro de Agüera, J.M. Muñoz Villanueva, E. Mata López, M.A. García Villarán, R. Moya Martínez, F. Esteban Ortega
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La vía dopaminérgica auditiva límbica y el modelo neurotransmisor justifican la estabilidad de los neurotransmisores para el control de los acúfenos, por tanto el tratamiento que pueda afectar al balance GABA-glutamato puede por consiguiente incidir en el acúfeno.
Material y método: En la segunda reunión de la Tinnitus Research Initiative se asignó al Hospital Virgen del Rocío como centro de estudio para evaluar la relación entre dieta y acúfeno. Son numerosas las publicaciones que evidencian esta relación entre la dieta y el efecto que ésta produce sobre el balance cerebral de los neurotransmisores inhibitorios y excitatorios en el sistema nervioso central, como el GABA y el glutamato respectivamente. Por tanto, basándonos en estos estudios podríamos tener un arma terapéutica para el control del acúfeno.
Resultados: Se desarrolla en esta presentación las bases que justifican las recomendaciones que serían beneficiosas: dieta cetogénica, eliminación de los excitantes, aplicación de la dieta de exclusión, administración de neurotransmisores vía oral o restricción de carbohidratos.
Discusión/Conclusiones: Presentamos las bases teóricas que fundamentan la relación entre dieta y acúfeno.

09,30–11,00

Mesa Redonda

MR08 Diagnóstico etiológico de la hipoacusia del lactante

Presidenta: Alicia Huarte Irujo
Secretaria: Cristina Sierra Grañón
Moderador: Germán Trinidad Ramos
Panelista: Antonio Morant Ventura
Panelista: Felipe Moreno Herrero
Panelista: Teresa Rivera Rodríguez
Panelista: María Ignacia Pitarch Ribas

11,00–11,30

Conferencia

CF24 Cirugía atraumática para la colocación de implantes cocleares a la luz de los hallazgos histopatológicos

Conferenciante: José Natalio Fayad
Modera: Ángel Ramos Macías

11,30–12,00 **Pausa Café**

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS08 ¿Qué hacer tras el diagnóstico de una hipoacusia neurosensorial en el adulto?

Moderador: Manuel Manrique Rodríguez
Panelista: Jaime Marco Algarra
Panelista: María José Lavilla Martín de Valmaseda
Panelista: Amparo Postigo Madueño
Panelista: César Orús Dotu
Panelista: Carlos Saga Gutiérrez

14,00–16,00 **Comida**

16,00–17,00

Curso de instrucción

39

IMPLANTE COCLEAR: RESULTADOS Y EXPECTATIVAS SEGÚN LA EDAD DE IMPLANTACIÓN EN NIÑOS PRELOCUTIVOS

M.J. Lavilla Martín de Valmaseda, A. Huarte Irujo, E. Juan, L. Cavallé Garrido, A. Palomino
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 nacional , y con un soporte videográfico y de 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 puntos de vista de otorrinolaringólogos, foniatras, 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.

17,10–18,10

Curso de instrucción

7

MIRINGOPLASTIA MÍNIMA EN DISPENSARIO

C. Orús Dotu, M.P. Venegas Pizarro, J. de Juan Beltrán
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

La miringoplastia es una técnica habitual en la cirugía otológica. La complejidad del procedimiento varía en función del tamaño y localización de la perforación. En la mayoría de centros las perforaciones pequeñas se tratan dentro del mismo circuito que las grandes perforaciones, que implican un quirófano, ingreso del paciente, anestesiólogo, etc. En las perforaciones pequeñas este circuito comporta una desproporción entre los costes económicos y sociales ocasionados y la envergadura del proceso, a la vez que engrosa la lista de espera. Desde hace años, se han descrito en la literatura una serie de simplificaciones técnicas del procedimiento de la miringoplastia habitual, que pretenden minimizar los costes y la morbilidad para el paciente. El curso tiene como objetivo presentar nuestra experiencia en miringoplastia mínima en dispensario. Esta técnica la realizamos en nuestro servicio desde hace unos años obteniendo unos buenos resultados. Las ventajas de esta técnica más significativas son la corta duración del procedimiento, que no se requiere quirófano, ingreso, ni presencia de anestesiólogo. Estas ventajas revierten en una franca disminución del tiempo quirúrgico (12 minutos de media), abarata el coste de intervención (material quirúrgico, personal sanitario) y disminuye la lista de espera. El material utilizado para el cierre de la perforación timpánica es grasa del lóbulo del paciente siguiendo una modificación a la técnica clásica.
En el curso se mostrarán las indicaciones, técnica quirúrgica detallada y los resultados obtenidos.

18,10–18,40

Conferencia

CF25 Estado actual en la detección precoz de la hipoacusia infantil - Current status of early hearing loss diagnosis in children

Conferenciante: Antonio Quaranta
Modera: Manuel Manrique Rodríguez

18,40–19,10

Conferencia

CF26 Evaluación objetiva mediante potenciales evocados contínuos: fundamentos del registro y sus implicaciones clínicas

Conferenciante: Rafael Urquiza de la Rosa

DOMINGO, 19 DE OCTUBRE

SALA MEDUSA
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

08,30–10,30

Forum de investigación

Presidente: Jesús Algaba Guimera
Secretario: Bartolomé Scola Yurrita

1

ANÁLISIS GENÉTICO DE LOS PARAGANGLIOMAS DE CABEZA Y CUELLO

M.A. Sevilla García, M. Hermsen, M.M. Weiss, S. Obeso Agüera, J.L. Llorente Pendás, J.P. Rodrigo Tapia, M. Balbín, C. Suárez Nieto
Hospital Central de Asturias; Instituto Univ. de Oncología del Principado de Asturias; Dpto. de genética clínica Leiden

Introducción: Los paragangliomas (PGL) son tumores benignos, altamente vascularizados, cuyas células se originan en la cresta neural.10-50% son casos familiares y se asocian con mutaciones germinales en los genes de las succinodeshidrogenasas SDHB,SDHC y SDHD, y algunas veces VHL o RET. Entre el 8-25% de los casos esporádicos presentan mutaciones germinales y son por lo tanto, casos familiares ocultos. Poco se conoce de los cambios genéticos en el desarrollo de los PGL.
Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo de 72 pacientes intervenidos en el servicio de ORL del Hospital Central de Asturias; con el diagnóstico de PGL de cabeza y cuello diagnosticados entre 1980-2005. Se analizan en estos casos las mutaciones germinales en los genes SDHB, SDHC, SDHD, VHL y RET mediante secuenciación directa por PCR y en paralelo se emplea además un kit de MLPA. Asimismo, se estudian 24 casos seleccionados de manera aleatoria de los 72 previos para realizar el análisis del genoma del paraganglioma mediante microarrays-CGH. Para priorizar en la decisión de cual es el gen a analizar primero y en que orden continuar se ha seguido el algoritmo sugerido por Neumann et al en un estudio multiinstitucional en el que participamos.
Resultados: Los resultados de este estudio refuerzan el papel de las mutaciones germinales en el gen de la SDH en la etiología de un número significativo de casos de PGL aparentemente esporádicos. Así, de los 58 casos esporádicos, se hallaron 12 pacientes que presentaban mutación germinal en los genes SDHB/SDHD. Se describen 4 mutaciones en los genes SDHD/B no descritas previamente en la literatura. Entre los 24 casos, 6 tenían mutación en SDHB y 8 en SDHD. Nueve de estos 14 pacientes eran casos familiares y 5 esporádicos. No había diferente distribución de las mutaciones SDHB/SDHD entre los casos familiares y esporádicos. Los PGL presentaban pocas alteraciones cromosómicas, que en la mayor parte suponían una pérdida del cromosoma entero. 5 casos mostraron simultáneamente mutaciones SDH y pérdida somática en el otro alelo.
Conclusiones: La frecuencia de las mutaciones germinales en los genes SDHB y SDHD no difiere entre los casos esporádicos y familiares. En general, los PGL de cabeza y cuello presentan pocas alteraciones cromosómicas. Por otra parte, no se pudo demostrar el modelo tumoral de "doble hit" para la inactivación de la actividad de la enzima SDH.

2

ASPECTOS GENÉTICOS Y FUNCIONALES EN EL SÍNDROME DE KARTAGENER

C. García Navalón, M. Armengot Carceller, X. Milara, C. Carda, J.R. Alba, R. Reboll, J. Cortijo, J. Basterra
Hospital General Universitario; Fundación para la Investigación; Facultad de Medicina, Valencia.

Introducción: El síndrome de Kartagener (SK) es una variante clínica de la discinesia ciliar primaria con carácter autosómico recesivo. Su diagnóstico se fundamenta en el estudio de la función y ultraestructura ciliares. Los estudios genéticos se están incorporando al estudio de estos pacientes. El objeto de este estudio es mostrar los hallazgos funcionales y genéticos encontrados en un grupo de 11 pacientes diagnosticados de SK.
Material y método: Se incluyen en el estudio 11 pacientes diagnosticados de SK frente a un grupo control de 34 voluntarios sanos. Se estudia la ultraestructura ciliar y la frecuencia y forma de batida ciliar tras cultivo de células epiteliales ciliadas nasales. Se determina también la expresión de tres genes relacionados con la ciliogénesis y la función del cilio respiratorio: Foxj1, AK7 y DNAI2.
Resultados: La ausencia de brazos de dineína fue la alteración ultraestructural mayoritaria (6 pacientes) y se correlacionó al 100% con inmovilidad ciliar. 4 pacientes presentaron deficiencias parciales de dineína (brazo externo o interno) con movimiento ciliar lento y discinético. Un paciente presentó movilidad ciliar alterada con ultraestructura normal. Se encontraron deficiencias significativas para la expresión de los genes AK7 y DNAI2.
Discusión/Conclusiones: Las alteraciones ultraestructurales y funcionales están estrechamente correlacionadas en el SK. Los genes AK7 y DNAI2 presentan menor expresión en pacientes con SK, por lo que podrían servir como marcadores de enfermedad. La deficiente expresión de estos genes explica los casos con alteración de la función ciliar pero ultraestructura normal.

3

PARAGANGLIOMAS CÉRVICO-CEFÁLICOS: CONSEJO GENÉTICO

R. Reboll Ferrer, M. Juez, J. García Planells, C. García Navalón, M. Armengot, J. Basterra, J. Martínez-León
Servicio de ORL; Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínico Univ. de Valencia; Unidad de Genética Médica, Sistemas Genómicos, Valencia.

Introducción: Los paragangliomas son tumores benignos poco frecuentes y de lento crecimiento con origen neuroectodérmico. En los casos familiares el diagnóstico se realiza a una edad más temprana y hay una mayor frecuencia de formas multifocales bilaterales. Presentan un patrón de herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta condicionada por impronta genética.
Material y métodos: En pacientes diagnosticados clínica y anatomopatológicamente de paragangliomas se realiza el análisis molecular del gen SDHD, cuando el resultado es positivo se realiza un estudio de extensión familiar. Entre los resultados obtenidos hay una mutación no descrita previamente en la bibliografía.
Discusión/Conclusiones: La identificación genética de los familiares con riesgo de desarrollar tumores es posible y es muy importante pues la detección y el tratamiento precoz de los paragangliomas reduce de forma considerable la morbimortalidad.

4

ANÁLISIS GENÉTICO DE SDH EN PARAGANGLIOMAS DE CABEZA Y CUELLO

S. Obeso Agüera, J.L. Llorente Pendás, M. Hermsen, M.A. Sevilla García, R. Sánchez Fernández, C. Suárez Nieto
Hospital Universitario Central, Instituto de Oncología del Principado, Asturias.

Introducción: Los paragangliomas de cabeza y cuello (PGLCC) son lesiones tumorales benignas de baja prevalencia, el 40% de casos tienen agregación familiar. Recientemente se ha descubierto la presencia de mutaciones puntuales germinales en los genes del complejo enzimático succinato deshidrogenasa (SDH) en la mayoría de pacientes con PGLCC familiares y en gran porcentaje de los esporádicos.

Objetivos: Describir la presencia de pérdidas o ganancias de exones de los genes SDHD, SDHB y SDHC en una serie de PGLCC mediante MLPA (Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification). Relacionar los hallazgos con los datos clínico-mutacionales.
Material y métodos: Se estudian 40 muestras tumorales, la mayor parte conservadas en parafina, mediante MLPA con sondas dirigidas hacia los exones de SDHD, SDHC y 8 de los 10 exones de SDHB, además de sus promotores. Revisión de historias clínicas.
Resultados: Nueve de las 31 muestras valorables presentaron pérdidas o ganancias de uno o todos los exones. Se describieron 2 pérdidas de SDHD, 2 pérdidas de SDHC, 2 ganancias de SDHD, 1 ganancia de SDHB, 1 pérdida del exón 4 de SDHB, 1 pérdida del exón 7 de SDHB y 1 pérdida del exón 6 de SDHB junto con ganancia de SDHD. Dos de las delecciones de exones de SDHB fueron falsos positivos.
Discusión: La aplicación de MLPA presenta limitaciones técnicas dependientes de la contaminación por células estromales y la baja calidad del DNA. Se sugiere la pérdida completa de SDHC en PGLCC secretores, así como la posibilidad de falsos positivos cuando el gen con pérdida presenta mutaciones germinales.

5

ESTUDIO CLÍNICO Y GENÉTICO-MOLECULAR DE LOS CARCINOMAS EPIDERMOIDES DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

R. Sánchez Fernández, J.L. Llorente Pendás, S. Obeso Agüera, G. Mancebo Mata, F. López Álvarez, C. Suárez Nieto
Hospital Universitario Central de Asturias.

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). Actualmente el conocimiento de las alteraciones genético-moleculares de este tumor es muy limitado y toma como referencia lo que se sabe de otros tumores de cabeza y cuello mejor conocidos.
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 42 genes simultáneamente. Análisis estadístico mediante SPSS.
Resultados: Supervivencia a los 5 años del 67%; 100% en fase temprana y 50% en estadios avanzados. Estudio por MLPA: alteraciones genéticas en el 100%, siendo las más frecuentes las ganancias de RECQL4 (87%), LMNA (73%), PTP4A3 (67%), CCDNI y ERBB2 (53%), EMS1 y CDKN2D (47%), p53 y BCL2L1 (33%) y las pérdidas de CTNNB1 (53%), NRAS y CDH2(40%), N33 (33%). Relación estadísticamente significativa entre la pérdida de CDH2 y una menor supervivencia (p = 0,003). Probable relación entre la ganancia de BCL2L1 y RECQL4 con los estadíos avanzados, aunque de forma no estadísticamente significativa (p = 0,084 y 0,095 respectivamente).
Discusión/Conclusiones: Las características clínicopatológicas de los pacientes de nuestro estudio eran similares a otras series de la literatura. Estos tumores muestran un patrón de ganancias y pérdidas génicos comparable con carcinomas epidermoides de laringe y faringe. En este estudio se identifican genes que pudieran estar relacionados con la supervivencia y la fase avanzada de la enfermedad.

6

EFECTOS DE LA HUMIDIFICACIÓN EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE CPAP NASAL EN RATAS

B. Martínez Vidal, J.M. Montserrat, R. Farré, M. Torres, I. Almendros, I. Vilaseca
Servicio de ORL; Servicio de Neumología, Hospital Clínic; Biofísica i Bioingeniería; Facultad de Medicina UB, Barcelona.

Introducción: La rinitis es un efecto secundario frecuente de la aplicación de presión positiva continua nasal (CPAPn). La humidificación del aire se aplica empíricamente como tratamiento de estos síntomas, sin embargo sus beneficios son motivo de controversia. Dado que los factores de confusión humanos limitan la obtención de resultados conclusivos se ha diseñado un modelo animal de CPAP nasal.
Objetivos: Estudiar los efectos de la humidificación del aire como mecanismo de reducción de la inflamación nasal durante la aplicación de CPAPn con y sin fuga oral.
Métodos: Fase I: 36 ratas Sprague-Dawley (300-360 g) anestesiadas fueron sometidas a CPAPn = 10 cm H_2O (n = 12), no CPAP (n = 12) y CPAPn con humidificación al 100% a 36° (n = 12) durante 5 horas. Se realizaron raspados nasales para la detección de neutrófilos. Fase II: Se aplicó el mismo procedimiento a 33 ratas expuestas a CPAPn (n = 11), CPAPn con una fuga oral controlada (n = 11) y CPAPn con fuga oral y humidificación (n = 11).
Resultados: El porcentaje de neutrófilos en los raspados nasales es significativamente mayor (p = 0,017) después de 5 horas de CPAPn (0,96 ± 0,90%) en comparación con el grupo control (0,27 ± 0,2%). Al aplicar la humidificación, el porcentaje de neutrófilos fue similar al grupo con CPAPn (0,95 ± 0,9%; p = 0,97). Al aplicar una fuga oral controlada no se encontraron diferencias significativas en el conteo de neutrófilos en comparación con el grupo de CPAPn (0,75 ± 0,5%; p = 0,70). La humidificación del aire en el grupo con fuga oral no cambió el conteo de neutrófilos (1,17 ± 1,2%; p = 0,60).
Conclusiones: La humidificación del aire en un modelo animal agudo de CPAP nasal con y sin fuga oral no reduce la inflamación nasal.
Financiado por CIBERR de Enfermedades respiratorias, Barcelona, España. Beca FIS PI050194 y financiación parcial del Ministerio de Ciencia y Tecnología (SAF2005-00110 and SAF2004-00684).

10,30–11,30

Curso de instrucción

23

EL INFORME PERICIAL EN ORL (II)

F. Cristóbal García, F. Sánchez Fernández, E. García Fernández
Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid.

Introducción: Los profesionales de la medicina, y en concreto de la Otorrinolaringología, pueden ser llamados a declarar en un juicio en calidad de testigo o en calidad de perito (elaborar un informe médico-pericial de un paciente), o bien a instancia 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 esencialmente 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. Lenguaje pericial. -El informe pericial vs el informe clínico. -El informe pericial en lo social (minusvalías e incapacidades). -El Informe pericial en demandas civiles y penales (valoración de secuelas). -Un caso especial: el informe por negligencia médica. - 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.

11,30–12,00 Pausa Café

12,00–12,30

Conferencia

CF27 Hipoacusia neurosensorial severa y profunda e implantes cocleares – Severe sensorineural hearing loss and cochlear implants

Conferenciante: Nicola Quaranta
Modera: Bartolomé Scola Yurrita

12,30–13,15

Conferencia

CF38 Hipersecreción de moco, mucinas y genes MUC en rinitis y rinosinusitis

Conferenciante: Joaquim Mullol i Miret

14,00–16,00 **Comida**

16,00–18,00

Mesa redonda

MR10 Avances en oncología de cabeza y cuello - Updates in head and neck oncology

Presidente: Juan José Álvarez Vicent
Secretario: Guadalupe Sequeiros Santiago
Moderador: Juan Pablo Rodrigo Tapia
Panelista: René Leemans
Panelista: Xabier Altuna Marriezkurrena
Panelista: José Javier Benito González
José Luis de Serdio Arias

18,00–19,00

Curso de instrucción

42

CURSO PRÁCTICO DE CAVITACIÓN ULTRASÓNICA

C. Fragola Arnau, G. Eisenberg Plaza, G. de los Santos Granados
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La reducción volumétrica tisular es una técnica quirúrgica que se viene realizando en nuestra especialidad en diferentes estructuras (cornetes, amígdalas) con instrumental que ha ido cambiando a lo largo del tiempo (electrocauterio, láser, radiofrecuencia). En este curso pretendemos instruir de forma práctica sobre la utilización de una tecnología novedosa, la cavitación ultrasónica, para varias técnicas quirúrgicas que serán descritas y explicadas con detalle durante el curso
Materiales y métodos: Se expondrán de forma práctica (vídeos ilustrativos) las técnicas de reducción volumétrica mediante cavitación ultrasónica en: hipertrofia turbinal inferior, hipertrofia amigdalar obstructiva, amigdalitis de repetición, tonsilolitos y acúmulo de caseum en amígdalas y edema de úvula y roncopatía.
Discusión: La cavitación ultrasónica consigue una fibrosis térmicamente inducida mediante un fenómeno físico denominado "difusión rectificada" que produce una implosión a nivel molecular con escasa liberación de energía consiguiendo con ello una importante preservación de la integridad de la mucosa. Los resultados preliminares que se obtienen son equiparables a otras técnicas. Este curso constituye una ampliación y actualización del que nuestro servicio ha presentado en los dos congresos anteriores de la SEORL-PCF con gran aceptación por parte de los asistentes

DOMINGO, 19 DE OCTUBRE

SALA ESCIPIÓN
COMISIÓN DE OTONEUROLOGÍA

08,30-09,30

Sesión de comunicaciones orales 9

Presidente: José Víctor Tísner Nieto
Secretario: Laura Pérez Delgado

11

IDENTIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE UNA POBLACIÓN DE SIMULADORES MEDIANTE ANÁLISIS ESPECTRAL DEL POSTUROGRAMA SWAYSTAR

M. Oliva Domínguez, M.I. Vázquez Muñoz, M.P. Gómez Tapiador, J. Bartual Magro, J. Bartual Pastor
Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

Introducción: El propósito de este trabajo es identificar el patrón postural de los simuladores otoneurológicos utilizando el análisis espectral del posturógrafo SwayStar.
Material y método: hemos utilizado a 18 individuos sanos, entre 23 y 37 años (media de 27,61), 10 mujeres y 8 hombres. Se les ha informado que deben actuar como simuladores, para intentar conseguir una baja laboral, sin decirles nada más (grupo simulador). Se practicó una batería de pruebas estáticas (de pie en diversas condiciones sensoriales: s2eo, s2ec, s2eof, s2ecf, s1eo, s1ec, s1eof) y dinámicas (andando o moviéndose: cono de estabilidad, w3mrh, w3mph, w3mec, w8tan, barreras, escaleras). A continuación se repiten las mismas pruebas pero esta vez de buena fe, sin simular (grupo no simulador). Registramos los resultados del análisis espectral del posturograma entre las frecuencias 1,4 Hz y 19,3 Hz en los movimientos de balanceo e inclinación. Exploramos su distribución, principales estadísticos y las posibles diferencias significativas con el programa SPSS ver. 15, mediante pruebas no paramétricas (test de Mann-Whitney).
Resultados: en todas las pruebas estáticas, el grupo no simulador tiene una varianza mucho menor que el grupo simulador, siendo esta diferencia más acusada en las frecuencias más bajas (p.e. en s2ecf, inclinación, varianza de 0,908 y 491,792 en no simulador y simulador respectivamente en la frecuencia 1,4 frente a 0,001 y 0,136 en la frecuencia 19,3 Hz). Existen diferencias significativas en todas las frecuencias en todas las pruebas ($p < 0,05$). En las pruebas dinámicas el comportamiento es muy similar en ambos grupos (p.e., en w3mec, inclinación, varianza de 191,081 y 277,715 en 1,4 Hz en no simuladores y simuladores respectivamente, siendo de 0,347 y 0,128 en 19,3 Hz). No hay diferencias significativas en casi todas las frecuencias. Un caso especial es la prueba del cono de estabilidad: sí hay diferencias significativas en las frecuencias graves ($p < 0,05$ entre 2,5 Hz y 9,6 Hz, y $p>0,05$ entre 10,7 y 19,3 Hz).
Conclusiones: los simuladores basan su estrategia en las pruebas estáticas ya que son más fáciles de controlar. Las pruebas dinámicas son indistinguibles en simuladores y no simuladores. En el cono de estabilidad, es más fácil de controlar el centro de gravedad en las frecuencias más graves, circunstancia aprovechada por los simuladores.

78

ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE: EVOLUCIÓN TRAS TRATAMIENTO CON GENTAMICINA INTRATIMPÁNICA

R. Manrique Huarte, N. Pérez Fernández, F. Guillén
Clínica Universitaria, Navarra.

Introducción: La inyección intratimpánica de gentamicina es uno de los posibles tratamientos para la EM. Describimos la respuesta al tratamiento según demanda.
Material y métodos: Análisis de supervivencia en 63 pacientes. Criterios de inclusión: diagnóstico de EM, fracaso del tratamiento médico, no evidencia de enfermedad en el oído contralateral. Tratamiento con gentamicina (26,7 mg/ml) bajo control microscópico en la consulta. Se estudia la evolución valorando la necesidad de aplicar nuevas dosis en caso de nuevas crisis. Mediante test de long-rank se estudia qué parámetros (tiempo de duración de la enfermedad, el grado de paresia canalicular y el grado de hipoacusia) confunden la respuesta terapéutica.
Resultados: El 54% de los pacientes incluidos en el estudio requieren una única inyección de gentamicina para controlar la enfermedad. A los 13,6 meses, el 50% de los pacientes ya ha requerido la segunda dosis de gentamicina. Por otro lado, no se observan diferencias significativas en la respuesta al tratamiento entre los posibles factores confusores.
Conclusiones: El tratamiento intratimpánico con gentamicina en la enfermedad de Ménière, en la mayoría de los casos puede controlar la sintomatología vertiginosa. Esta respuesta no parece afectarse por el grado de paresia canalicular, ni grado de hipoacusia, ni tiempo de duración de la enfermedad.

91

PRUEBA ROTATORIA DE LOS CANALES SEMICIRCULARES VERTICALES

R. Barona de Guzmán, J. Rey Martínez, A. Platero Zamarreño.
Clínica Barona; Hospital Casa de Salud, Valencia.

Introducción: A pesar de que son cinco los elementos sensitivos de cada laberinto, no existen test específicos para la valoración individual de la función de los conductos semicirculares anterior y posterior. En los últimos años se ha comenzado a dar importancia a la valoración de la función de estos conductos estudiándola mediante la realización de la maniobra óculo-cefálica en el plano de los conductos anterior y posterior, maniobra manual, menos sensible que la realización de una prueba rotatoria de parámetros definidos. La prueba vestibular rotatoria ha sido utilizada casi exclusivamente para valorar la función de los conductos semicirculares horizontales, existiendo pocos estudios en los que por medio de pruebas rotatorias se valore la función de los conductos verticales.
Material y método: Presentamos un sillón rotatorio diseñado por nosotros capaz de girar en 2 o 3 planos del espacio, y por tanto capaz de realizar pruebas rotatorias pendulares e impulsivas en cada uno de los ejes del espacio en los que se sitúan los conductos semicirculares a una velocidad de 50° /seg.
Resultados: Se presentan los resultados obtenidos en sujetos normales, valorando el nistagmo perrotatorio provocado por la estimulación de cada uno de los conductos. En la estimulación de los conductos verticales se obtiene un nistagmo perrotatorio con componentes vertical y rotatorio de diferente dirección en dependencia del conducto estimulado; se utiliza el componente vertical provocado para valorar la función del conducto semicircular estimulado.
Discusión/Conclusiones: Mediante la utilización del sillón presentado es posible estudiar la función de los conductos semicirculares verticales anterior y posterior.

238

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS MIOGÉNICOS VESTIBULARES EN PACIENTES CON ALTERACIONES DEL SISTEMA VESTIBULAR

J. Rey Martínez, R. Barona de Guzmán, A. Platero Zamarreño, E. Martín Sanz
Clínica Barona, Hospital Casa de Salud, Valencia.

Introducción: Los Potenciales Evocados Auditivos Miogénicos Vestibulares (VEMP) como prueba de estudio del reflejo vestíbulo espinal, son

usados como herramienta diagnóstica en distintas patologías. Si bien se emplea desde hace varios años, su significado diagnóstico y sus indicaciones son motivo de controversia, al no haber unos criterios de referencia claros a la hora de realizarlos.
Material y método: Estudio retrospectivo realizado con 200 sujetos a lo largo de 4 años. 40 sujetos normales y 160 pacientes con patología vestibular diversa, en el estudio de las cuales se les realizó un VEMP. Se emplearon como parámetros de estudio del potencial las latencias y amplitudes obtenidas mediante estimulación con clicks a 95, 100 y 105 dB en ambos oídos. Estos se analizaron fundamentalmente en función del sexo, edad, diagnóstico clínico, oído lesionado, resultado informado del VEMP y resultados obtenidos con otras pruebas (prueba calórica y resonancia magnética, entre otras).
Resultados: Se obtuvieron los valores de normalidad para nuestro laboratorio de los sujetos sanos. En los pacientes, se obtuvieron resultados significativos para el vértigo posicional (retraso en latencia de onda de 1-4 ms en el lado ipsilesional), enfermedad de Ménière (retraso 2-6 ms ipsilesional y variaciones en la amplitud 30-40%) y neurinoma del acústico (todos los pacientes muestran relevantes alteraciones en el potencial).
Conclusión: El resultado de los VEMPS aporta información clínica de utilidad para las patologías antes descritas, con lo que nos parece adecuado indicarlas en ellas. Se discuten los resultados obtenidos en las restantes patologías estudiadas (neuritis, alteraciones centrales y del equilibrio).

322

NUESTRA EXPERIENCIA CON EL VPPB DEL CSS

I. Arán González, M. Paulos Novoa, H. Rey Martínez, A. Nehme, C. García
Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Introducción: El VPPB del canal semicircular superior es una entidad poco conocida y sobre la que existen pocas publicaciones. Consideramos que el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas, en concreto la videoculografía, han aumentado el diagnóstico y conocimiento de esta entidad. Presentamos nuestra experiencia en la Unidad de otoneurología del CHOP.
Material y métodos: Revisión de 41 pacientes diagnosticados de vppb del css entre los años 2003 y 2007. Se incluyeron sólo pacientes con maniobra de Dix-Hallpike positiva (con nistagmo vertical inferior y clínica de vértigo), sometidos a maniobra de Epley hacia el lado que indica la dirección del componente horizontal. Se realiza análisis estadístico con programa SPSS y G-Stat.
Resultados: El vppb del css supone el 24% del total de pacientes con vppb diagnosticados en nuestra unidad. Análisis epidemiológico: 73,1% mujeres; Edad media: 58,4 años, Asociado a cefalea en 33% y 10% posterior a TCE. Análisis videonistagmográfico: valoramos: D-H: lado positivo, latencias, duración; Head-hanging; Prueba calórica; Head shaking. Se evalúa evolución durante 30 días tras tratamiento con maniobra de Epley; recurrencias.
Conclusiones: Consideramos que hemos realizado un detallado análisis, en un importante número de pacientes con vppb del csss, que contribuirán a un mejor conocimiento epidemiológico y clínico de esta entidad.

481

GENTAMICINA INTRATIMPÁNICA COMO TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE. NUESTRA EXPERIENCIA

L. Pérez Delgado, J. Fraile Rodrigo, P. Astier Peña, S. Herrera Tolosana, M. El Uali Abeida, M.P. Lisbona Alquézar, A. Ortiz García
Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivo: Analizar los resultados de la inyección de gentamicina intratimpánica como opción de tratamiento para los pacientes con enfermedad de Ménière unilateral refractarios al tratamiento médico.
Material y métodos: Estudio descriptivo longitudinal y prospectivo de la respuesta al tratamiento con gentamicina en 71 pacientes diagnosticados de enfermedad de Ménière en el Servicio de ORL del Hospital "Miguel Servet" en los últimos nueve años, tras más de un año de tratamiento médico inefectivo. Se utilizaron los criterios de la AAO-HNS para el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.
Resultados: Se obtuvo un porcentaje de control completo de vértigo (clase A) de 67,6% y un control completo o sustancial (clase A + B) en el 84,5% .13 pacientes (17,33%) sufrieron una pérdida significativa de audición.
Conclusiones: La gentamicina intratimpánica usando este protocolo resulta eficaz en el control de vértigo de la mayoría de los pacientes, y es una buena alternativa a técnicas más agresivas para el tratamiento de los pacientes con enfermedad de Ménière que no responden al tratamiento médico.

09,30–11,00

Mesa Redonda

MR11 Vértigo en la infancia

Presidente: Miguel Orts Alborch
Secretario: Eduardo Martín Sanz
Moderador: Andrés Soto Varela
Panelista: Pedro Manuel Amaro Merino
Panelista: Ana María García Arumí
Panelista: Herminio Pérez Garrigues
Panelista: Rafael Barona de Guzmán

11,00–11,30

Conferencia

CF28 Fístula perilinfática: controversias

Conferenciante: Constantino Morera Pérez

11,30–12,00 **Pausa Café**

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS09 Neuritis vestibular

Moderador: José Antonio López Escámez
Panelista: Gabriel Trinidad Ruiz
Panelista: María Soledad Boleas Aguirre
Panelista: Francisco M. González Martín
Panelista: Ricardo Sanz Fernández
Panelista: Francisco Javier Olarieta Soto

14,00 – 16,00 **Comida**

16,00–17,00

Curso de instrucción

9

PAPEL DE LA VIDEONISTAGMOGRAFÍA EN EL VÉRTIGO DE ORIGEN CENTRAL

E. Martín Sanz, R. Barona de Guzmán
Hospital Univ. de Getafe, Madrid, Hospital Casa de Salud, Valencia.

Introducción: Paralelo al desarrollo que nuestra especialidad ha sufrido en los últimos años, la otoneurología se ha beneficiado de la evolución de las pruebas diagnósticas instrumentales, que hacen más sencillo el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente vertiginoso. 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 vídeos 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.

17,10–18,10

Curso de instrucción

4

POTENCIAL VESTIBULAR MIOGÉNICO EVOCADO. TÉCNICA DE OBTENCIÓN. APLICACIONES PRÁCTICAS. POSIBILIDADES FUTURAS

H. Pérez Garrigues, V. Pérez Guillén, S. Santos Pérez
Hospital Univ. La Fe. Valencia; Hospital de Menorca; Hospital Clínico, Santiago de Compostela.

Introducción: 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 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 esta utilizando en estudios sobre el fenómeno de Tullio, enfermedad de Ménière, 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 PVME, la Técnica de Realización y las Aplicaciones Clínicas
Metodología: Concepto y fundamentos del PVME. Conocimientos actuales. Técnica de realización. Aplicaciones clínicas. Casos prácticos.

18,10–18,40

Conferencia

CF29 Actualización en los conocimientos sobre neurinoma acústico

Conferenciante; José Natalio Fayad
Modera: Constantino Morera Pérez

18,40–19,10

Conferencia

CF30 Tratamiento quirúrgico del vértigo, ¿cuándo y cuál? Estado actual - Surgical treatment for vertigo: when and which? Current status

Conferenciante: Vincent Darrouzet
Modera: Bartolomé Scola Yurrita

DOMINGO, 19 DE OCTUBRE

ZONA PÓSTER

Comunicaciones póster - Sesión 2

Presidente: Gloria Morelló Castro
Secretario: José María Guilemany Toste

243

TUMORACIÓN MANDIBULAR NO DOLOROSA

J.R. Ruiz Fito, W. Elhendi Halawa, E. Sánchez-Legaza, A. Rodríguez Fernández Freire, A. Caravaca García, A. Sanmartín Anaya, A. Ruiz Mondéjar
Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Introducción: La linfadenitis cervical es la manifestación extrapulmonar más frecuente de la tuberculosis. Puede manifestarse como bulto único o múltiple unilateral no doloroso habitualmente en región cervical alta, posterior o supraclavicular. Historia, exploración completa y pruebas complementarias serán necesarias para obtener un precoz diagnóstico y tratamiento previo al diagnóstico definitivo por cultivo y biopsia.
Material y método: Niña de raza blanca de 2 años vista en consulta con bulto no doloroso en rama horizontal mandibular izquierda de 4 meses de evolución y sin ninguna otra sintomatología significativa acompañante. No antecedentes médicos, familiares o sociales de interés y correctamente vacunada hasta la fecha. La exploración muestra una tumoración móvil, de aproximadamente 2 cm de diámetro, consistencia gomosa y no adherida a planos profundos o cutáneos a la palpación; su apariencia externa es lisa, aspecto rosado y existencia de rameado vascular sobre su superficie.
Resultados: Ecografía y resonancia magnética confirman la existencia de una tumoración dermocutánea compatible con placa inflamatoria/infecciosa de 2 × 1 cm. La prueba de Mantoux muestra una induración de 8 mm de diámetro tras lo cual se inicia tratamiento médico antituberculoso. El bulto drenó líquido espontáneamente. Su análisis citológico no resultó valorable, revelando sólo la existencia de hematíes, y el cultivo microbiológico no demostró crecimiento de microorganismos.
Discusión: La adenitis cervical tuberculosa es un desafío diagnóstico y terapéutico porque simula otros procesos patológicos y comporta hallazgos exploratorios y de laboratorio incongruentes. La adenitis tuberculosa requiere tratamiento sistémico con medicación antituberculosa. Las infecciones atípicas pueden ser consideradas como infecciones locales y ser aptas para tratamiento quirúrgico.

241

MÚLTIPLE COMPLICACIÓN POR OSTEOMA GIGANTE DE SENO FRONTAL

M. Conde Jiménez, N. Rodríguez Prado, M. Ortiz Rueda, D. Piedrola Maroto, R. Urquiza de la Rosa
Hospital Costa del Sol, Málaga.

Introducción: Los osteomas son tumores óseos benignos que asientan con frecuencia en los senos paranasales siendo la localización más frecuente el seno frontal, etmoides y más raro seno maxilar y esfenoidal. Rara vez dan síntomas y, cuando se presentan, la cefalea frontal crónica suele ser el más frecuente o la aparición de complicaciones. Presentamos este caso por lo extraordinario en la edad de presentación además de que el debut se produjera con múltiples complicaciones.
Material y método: Se trata de una mujer joven que presentó varias complicaciones producidas por un osteoma gigante que ocupaba la totalidad del seno frontal. Por un lado una sinusitis aguda con meningitis bacteriana secundaria a la ausencia de tabla interna del seno con exposición de las meninges y por otro una celulitis orbitaria y absceso de partes blandas frontales por erosión de la tabla externa y del suelo del seno frontal. Tras el diagnóstico se realizó tratamiento antibiótico intravenoso y quirúrgico mediante abordaje externo y osteoplastia frontal con resolución completa del cuadro.
Discusión: Los osteomas a pesar de ser tumores benignos y de crecimiento lento, tienden a hacerlo de forma progresiva y cuando superan los límites del seno, pueden provocar complicaciones sinusales, oculares o neurológicas. Existe cierta controversia en cuanto al tratamiento quirúrgico de los casos silentes, sin embargo, está claramente indicado cuando el paciente presenta síntomas o complicaciones relacionadas con el tumor.

178

PROTOCOLO PARA LA ORIENTACIÓN DE LA HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL PROFUNDA BILATERAL (HNSPB) EN EL NIÑO

E. Gil-Carcedo Sañudo, L.M. Gil-Carcedo, L.Á. Vallejo, M.E. Menéndez, J. Pérez
Hospital Univ. Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Desde 2001 en Castilla y León es obligatorio el cribado neonatal de la audición para todos los nacidos en centros públicos o privados. El Hospital Universitario Río Hortega es el primero de nuestra autonomía por número de nacimientos/año, nacen 2.200 niños/año, el cumplimiento de la normativa de cribado es de 98,5%. Un 1,5‰ de los neonatos padecen HNSPB.
Material y métodos: Confeccionamos un diagrama para la homogenización del manejo de niños con HNSPB. Los pasos a seguir se muestran claramente en el póster. Constan también en él las circunstancias en que el cumplimiento del protocolo no puede ser rígido, dejando cada caso a la interpretación individual.
Resultados: En el protocolo se prevé un diagnóstico clínico que diferencia: HNSPB, HNSPB dentro de un síndrome y neuropatía auditiva. Se detalla también el diagnóstico audiológico basado en pruebas objetivas electrofisiológicas y en pruebas subjetivas conductuales. Detectada HNSPB el protocolo indica uso de audífonos al menos seis meses, si la respuesta no es adecuada prevé inclusión en programa de implante coclear (IC).
Discusión/Conclusiones: El protocolo propuesto es una guía de interpretación rápida con un árbol de decisiones útil en la mayoría de las situaciones. Seis supuestos escapan a la codificación propuesta: 1- Decisión de límites cronológicos para el IC. 2- Indicación de estimulación eléctrica, bimodal o híbrida. 3- Actitud en la neuropatía auditiva neurono-nuclear. 4- Límite de coeficiente intelectual para el IC. 5- Opinión sobre IC bilateral simultáneo o secuencial en el niño. 6- HNSPB e implante auditivo de tronco cerebral.

239

VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO DINÁMICO MEDIANTE BAROPODOMETRÍA TELEMÉTRICA

J. Rey-Martínez, R. Barona de Guzmán
Clínica Barona. Hospital Casa de Salud, Valencia.

Introducción: De los diversos métodos que se emplean a la hora de valorar el equilibrio de un paciente con patología vestibular, existe en ellos una variable limitación a la hora de adecuarlos a condiciones similares a las situaciones cotidianas que experimentan los pacientes. Nos planteamos evaluar la baropodometría telemétrica como sistema de estudio del equilibrio de baja influencia en el medio en que se realiza. Al requerir únicamente para su uso en el paciente unas plantillas y emisor telemétrico de reducidas dimensiones.
Material y método: Una muestra de 20 sujetos, 10 sanos y 10 con patología vestibular e inestabilidad asociada, es sometida a distintas pruebas de valoración del equilibrio: prueba de Romberg, prueba de marcha estática y marcha a campo abierto (con ojos abiertos y cerrados). Los datos son recogidos mediante el sistema inalámbrico y posteriormente analizados.

Resultados: Se caracterizan los patrones de pisada en sujetos sanos, observándose variaciones en la misma según los diferentes grados de exigencia vestibular de las pruebas. Estos patrones también fueron reconocidos en pacientes con patología vestibular. Habiendo una significativa variación en cuanto a la región anatómica del pie sobre la cual se ejerce la presión, tiempos de pisada, centro de presión y fuerza desarrollada, entre otros.
Conclusiones: El sistema estudiado parece una herramienta útil en el estudio del equilibrio. Ofreciendo la ventaja de poder estudiar a los pacientes en cualquier ambiente, sin producir una alteración biomecánica relevante sobre el cuerpo del sujeto mientras la realiza.

175

ABSCESO DE PALADAR COMO COMPLICACIÓN EN UNA RINOSINUSITIS AGUDA

E.I. Genestar, R.E. Wegmann, C. García-Vaquero, F. Pumarola, M. Pellicer, F. Mateu, E. Perelló
Hospital Univ. Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Las complicaciones orbitarias, óseas e intracraneales de la rinosinusitis son bien conocidas, pero el absceso de paladar duro como complicación infecciosa es poco frecuente y está poco descrito en la literatura. Frecuentemente se asocia a un origen odontógeno.
Caso clínico: Varón de 15 años de edad procedente de Ecuador que acude a urgencias por presentar dolor hemifacial izquierdo, rinorrea mucopurulenta y síndrome febril de 4 días de evolución. A la exploración se observa edema en párpado inferior izquierdo, rinorrea mucopurulenta y abombamiento en paladar duro. En la TC se observa ocupación de senos etmoidal y maxilar izquierdos, tejido adenoideo prominente y colección en la región del paladar. No existen signos de osteolisis.
Discusión: La presencia de una masa en paladar duro nos obliga a realizar un diagnóstico diferencial con abscesos de paladar, neoplasias de glándula salival, tumores neurógenos, fibromas. Es recomendable realizar algún estudio de imagen previa punción o drenaje de dicha masa para evitar complicaciones como la hemorragia. Un absceso de paladar duro debe plantear distintos orígenes infecciosos como el odontógeno o el nasosinusal (rinosinusitis aguda o adenoiditis).
Conclusiones: 1. Ante una masa en paladar duro debe plantearse un diagnóstico diferencial con enfermedades de tipo quístico, neoplásico (linfoma, angiofibroma, hemangiopericitoma) o infeccioso. 2. Existen casos descritos en la literatura de linfomas de paladar que se presentan como abscesos. 3. Puede resultar difícil identificar el foco infeccioso del absceso.

47

CORDOTOMÍA LÁSER EN CIERRE GLÓTICO-SUBGLÓTICO CONGÉNITO

J. Horno López, R.F. Cortés Sánchez, J. Lloréns Navarro, J.. López, A. De Oña Navarrete, J. Salinero Hernández
Hospital Univ. Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Las malformaciónes laríngeas congénitas son relativamente raras. La estenosis congénita a nivel glótico y subglótico es secundaria a una inadecuada recanalización del lumen laríngeo una vez completada la fusión epitelial normal al término del tercer mes gestacional. Es mucho menos frecuente que la estenosis adquirida y puede ser membranosa o cartilaginosa. Se localiza generalmente en áreas anteriores y medias glóticas-subglóticas y cursa con estridor como síntoma principal. El diagnóstico se confirma mediante endoscopia: flexible para observar movilidad cordal y rígida para definir el grado de obstrucción.
Material y método: Paciente de 15 meses de edad con antecedentes de comunicación interventricular subaórtica, comunicación interauricular y alergia al yodo, evaluado en consulta de ORL infantil por presentar disfonía importante, estridor y disnea moderados con visitas repetidas a urgencias pediátricas por crisis de laringitis recurrente desde su nacimiento. Tras exploración ORL se decide realizar laringoscopia directa en quirófano bajo anestesia general donde se visualiza sinequia de los 2/3 anteriores de la glotis dejando un foramen mínimo posterior. Durante la extubación se produce un espasmo glótico con desaturación rápida que hace necesaria la realización de una traqueotomía de urgencia. Una vez estable se programa para realización de cordotomía con láser CO_2 para ampliar la luz glótica y se realiza a las 48 horas apreciándose sinequia continua longitudinal que se extiende por cara anterior de subglotis. Se libera glotis y subglotis con láser. Tratamiento postoperatorio con corticoides y antibioterapia intravenosa.
Resultados: La paciente evoluciona de forma óptima tolerando cánulas de menor diámetro y la oclusión completa del traqueostoma. Se realiza revisión endoscópica bajo anestesia general en quirófano a los 10 días observándose buena luz glótica y subglótica por lo que se decide cierre de traqueotomía. El seguimiento posterior ha sido satisfactorio.
Discusión/Conclusiones: La estenosis subglótica es la tercera patología laríngea congénita más común tras la laringomalacia y la parálisis recurrente congénita. Los casos moderados se hacen evidentes durante las primeras semanas o 3 meses de vida; generalmente requieren cirugía reconstructiva mediante técnicas endoscópicas o abiertas y asociando en muchos casos traqueotomía.

65

SARCOIDOSIS LARÍNGEA PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Ruiz Clemente, M.J. Gómez Galán, A. González Jeute, F. Morote Jiménez, M. Olivencia López, C. Escudero Severín
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica, que cursa con agudizaciones y tiene tendencia a autolimitarse espontáneamente. Su etiología es desconocida. Suele afectar al pulmón, piel, hueso, ganglios linfáticos e hígado. La afectación laríngea sólo ocurre en aproximadamente el 5% de los casos (no se afectan las cuerdas vocales por falta de drenaje linfático), siendo su afectación aislada excepcional (60 casos descritos en el mundo hasta la fecha).
Material y métodos: Se presenta un caso de una niña de 12 años de edad que consulta por ronquido nocturno, sensación de c. extraño faríngeo, odinofagia y disnea en decúbito desde hace meses, así como hipersomnolencia diurna y alteraciones en la capacidad de concentración. Se realizó una exploración mediante nasofibrolaringoscopia flexible, apreciándose un edema difuso, de aspecto pálido y consistencia dura, de epiglotis y aritenoides, que impide visualizar por completo la glotis. Se solicitó también una analítica completa con autoinmunidad y serología, así como TAC y RNM de cuello y estudio polisomnográfico. A continuación se realizó una biopsia mediante microcirugía laríngea que se informó como laringitis crónica granulomatosa no necrotizante. Por tanto, a continuación se realizó TAC pulmonar y fibrobroncoscopia con cepillado telescopado, aspirado broncoalveolar (BAS) y biopsias transbronquiales (BTB) descartándose lesiones broncopulmonares, así como determinación de enzima convertidora de angiotensina (ECA) que se encontraba muy elevada.
Resultados: Ante los hallazgos anteriores, se llegó al diagnóstico de sarcoidosis laríngea aislada. Se comenzó tratamiento con corticoides orales, apreciándose una gran mejoría tanto clínica como en los hallazgos nasofibrolaringoscópicos y polisomnográficos, así como una normalización de los niveles de ECA.
Conclusiones: La sarcoidosis, aunque provoque afectación laríngea en escasas ocasiones, ha de considerarse como posibilidad diagnóstica dentro de las laringitis crónicas granulomatosas, junto a la TBC, lepra, sífilis, actinomicosis, rinoscleroma, micosis laríngeas, Wegener, granuloma letal y amiloidosis.

173

PEVM EN EL SÍNDROME DEL ACUEDUCTO VESTIBULAR DILATADO

E.I. Genestar, D.J. Graterol, R.L. Boemo, J.J. Chamizo, A.M. García-Arumí, M.L. Navarrete, E. Perelló
Hospital Univ. Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La afectación vestibular clínica en el síndrome del acueducto vestibular dilatado (30% de casos) ha sido poco valorada por PEVM. Se comentan dichos hallazgos en relación a nuestro caso clínico.
Caso clínico: Mujer de 26 años de edad con hipoacusia neurosenorial bilateral progresiva desde los 3 años remitida para valoración de implante coclear. Portadora de prótesis auditiva bilateral bien adaptada desde la infancia. Refiere acúfenos bilaterales y algún episodio de vérti-

go ocasional. En el TC se demuestra dilatación del acueducto vestibular bilateral + Mondini bilateral. PEVM dentro de la normalidad.
Discusión: La dilatación del acueducto vestibular es una malformación que se presenta en un 7% de las hipoacusias neurosensoriales.La afectación vestibular subclínica presenta una incidencia todavía no establecida. Los PEVM permiten recientemente valorar el funcionalismo sacular y del nervio vestibular inferior. Por los hallazgos descritos el síndrome del acueducto vestibular podría comportarse como un síndrome de 3ª ventana.
Conclusiones: 1. La afectación vestibular en los potenciales miogénicos no sigue un patrón típico. 2. El síndrome del acueducto vestibular dilatado puede actuar como un síndrome de 3ª ventana. 3. Es preciso un estudio de amplias series para confirmar esta impresión.

39

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA SORDERA BRUSCA

F. Muñoz del Castillo, P. Figueroa, B. Fernández-Conde, F. Ropero, E. Cantillo, E. Alarcón, J. Gutiérrez, A. Jurado Ramos
Hospital Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Se define la sordera súbita como una hipoacusia neurosensorial de, al menos 30 dB en tres frecuencias consecutivas, unilateral y de aparición aguda en minutos o en horas. Es fundamental el diagnóstico precoz del cuadro para su correcto tratamiento y una recuperación efectiva, aunque en un elevado porcentaje de pacientes el pronóstico auditivo es sombrío.
Material y métodos: Varón de 28 años, que acude al Servicio de Urgencias por presentar de forma brusca, sordera completa del oído derecho tras cuadro catarral de vías altas, sin otalgia ni otro síntoma de interés. La exploración otoscópica fue normal, al igual que la impedanciometría. En la audiometría se constata una hipoacusia profunda neurosensorial unilateral.
Resultados: Ante el diagnóstico de hipoacusia súbita, se realiza ingreso en el Servicio de ORL, siendo instaurado tratamiento con pentoxifilina, corticoides y calcioantagonistas, sin resolución del cuadro. En el estudio mediante RMN se objetivaron placas de desmielinización en parénquima cerebral, compatible con esclerosis múltiple.
Conclusiones: La hipoacusia súbita tiene una incidencia de 5-20 casos/100.000 habitantes anuales y la mayoría se presentan en pacientes por encima de la quinta década de la vida. En la mayoría de casos no puede establecerse el agente causal, aunque es necesario realizar un correcto y sistematizado diagnóstico diferencial con otros procesos.

170

EL USO DE MICRODEBRIDADOR EN EL TRATAMIENTO DE PAPILOMATOSIS LARÍNGEA EN POBLACIÓN INFANTIL

E. Mata López, A. Mochón Martín, R. Moreno Luna, F. Aguilar, I. Reyes, J. Muñoz, D. Castro, R. Moya, M. García, F. Esteban
Hospitales Univ. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La papilomatosis laríngea es una patología que se comporta con las características propias de una tumoración benigna. Debido a su localización se convierte en una entidad que puede poner en riesgo la vida del paciente, provocada por el virus del Papiloma Humano (VPH) específicamente los serotipos 6 y 11. Es una enfermedad de difícil tratamiento, ya que tiende a la recidiva y a la extensión ha sido tratada con medios quirúrgicos (vaporización láser, microinstrumental, etc.) y con medios químicos como el interferón alfa, sin embargo ninguno de ellos ha demostrado ser capaz de erradicar la enfermedad y suelen requerirse múltiples intervenciones.
Material y métodos: Se presentan el caso de 2 pacientes pediátricos diagnosticado de papilomatosis laríngea, tratado en múltiples ocasiones mediante vaporización láser, con tendencia a la recidiva en poco tiempo. Se propone como tratamiento de una nueva recidiva el uso de un microdebridador laríngeo.
Resultados: Los resultados posquirúrgicos inmediatos de esta técnica fueron alentadores ya que se pudo eliminar la totalidad las lesiones en un tiempo quirúrgico menor que con la técnica láser. Además el tiempo de recidiva mediante el uso de esta técnica es previsiblemente mayor (aprox. 6 meses, mientras que con la técnica láser es de 3 meses).
Conclusiones: El uso del microdebridador laríngeo representa una opción quirúrgica con ventajas importantes en el tratamiento de la papilomatosis laríngea.

121

AGENESIA DE HUESO VÓMER E HIPERTROFIA COMPENSATORIA DE COLA DE CORNETES INFERIORES

N. Muñoz Fernández, P. Segarra Cortés, N. Conill Tobías, I. Alonso Castañeira, M.T. Achiques Martínez, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: El hueso vómer forma parte del tabique nasal, así como el cartílago cuadrangular, la lámina perpendicular del etmoides y las crestas intermaxilares y palatina. Se desarrolla en dos láminas cartilaginosas paralelas a partir de la octava semana de gestación para luego unirse al tercer mes, momento en el que es reabsorbido el cartílago y comienza a osificarse. Existen teorías que explican la patogenia sobre este defecto estructural, su agenesia.
Material y métodos: Presentamos el caso de una adolescente de 14 años que nos es remitida desde el Centro de Especialidades para intervenir de Radiofrecuencia de cornetes inferiores por gran hipertrofia de éstos, especialmente a nivel de colas. Refiere buena respiración. Asocia voz nasal y su padre nos comenta que en ocasiones no entiende lo que dice. No salida de materiales por la nariz durante la deglución. No clínica infecciosa ni antecedentes traumáticos. Se descartó la existencia de paladar hendido submucoso. Durante la exploración endoscópica nasal se evidencia defecto completo de la estructura mucosa y esqueleto óseo del tabique desde cornete medio hasta coanas. Resto de estructuras normales al igual que resto de exploración ORL.El estudio de TAC muestra la ausencia completa de vómer, sin que existan otras alteraciones del macizo.
Resultados: Debido a la escasa sintomatología que presenta nuestra paciente, ya que dicho defecto no altera de forma significativa la función ventilatoria nasal, se decide no realizar la radiofrecuencia de cornetes inferiores y proponer logopedia.
Conclusiones: Estos defectos aislados de vómer pueden suponer un hallazgo en la técnica endoscópica. No todos los hallazgos de hipertrofia de cornetes inferiores son candidatos a cirugía, por ello conviene realizar una buena exploración ORL.

27

LINFOMA T/NK NASAL

M. González Pena, J.M. Blanc Curto, J. Pardo Laplana, P. Escrivà, R. Bosch
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tarragona.

Introducción: El linfoma T/NK nasal es un tipo de linfoma no Hodgkin. Anteriormente se ha denominado granuloma letal de la línea media, linfoma angiocéntrico, granuloma maligno y reticulosis polimorfa.
Material y métodos: Presentamos dos casos de linfomas T/NK que afectaban a la cavidad nasal. Clínicamente los síntomas principales fueron obstrucción nasal, fiebre, rinorrea purulenta y epífora. La inmunohistoquímica (marcadores como el CD45, CD3, CD56 y LMP-1) reveló que las células eran T/NK. También se realizaron técnicas como la hibridación in situ para establecer la relación con el virus de Epstein-Barr.
Discusión/Conclusiones: Los linfomas T/NK suelen estar asociados (> 95% de los casos) al virus de Epstein-Barr. Los pacientes con este tipo de linfomas acostumbran a diagnosticarse en un estadio inicial. Sin embargo, el diagnóstico de los mismos en un estadio avanzado tiene un impacto negativo en la supervivencia. De ahí la importancia de un diagnóstico precoz, ya que su extensión es el factor que en mayor medida condiciona el pronóstico. A pesar de todo, la evolución de la mayoría de series de linfomas T/NK suele ser nefasta. Por lo que respecta al tratamiento, se basa en la combinación de quimioterapia (tipo CHOP) y radioterapia.

164

ESTENOSIS LARINGOTRAQUEALES EN NIÑOS: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

F. Sánchez González, P. Blanco Pérez, A. Batuecas Caletrío, S. Santa Cruz Ruiz, P. Santos Gorjón, M. Gaboli
Servicio de ORL y Patología Cérvico-Facial; Servicio de Pediatría. UCIP. Hospital Univ., Salamanca.

Introducción: La laringe del niño presenta diferencias anatómicas con la del adulto. Los cartílagos más flexibles y su menor tamaño hace que

sea más propensa al colapso. La mayoría de los cuadros obstructivos en el niño son secundarios a procesos infecciosos, pero la presencia de un estridor puede hacer sospechar una alteración anatómica.
Material y métodos: *Caso 1.* Varón de 6 meses ingresado por cuadro de bronquiolitis, que comienza por estridor inspiratorio y aumento del trabajo respiratorio. Empeoramiento clínico. Se realiza laringotraqueobroncoscopia, apreciándose una lesión violácea subglótica, que ocluye el 60% de la luz, sugerente de hemangioma subglótico. *Caso 2.* Varón de 4 años. Ingresado el mes previo en UCIP por neumonía varicelosa que requirió intubación durante 7 días. Presenta nuevo cuadro de insuficiencia respiratoria con estridor inspiratorio. Se realiza laringotraqueobroncoscopia detectándose una estenosis subglótica que obstruye el 75% de la luz. *Caso 3.* Mujer de mes y medio. Ingreso en UCIP por sospecha de laringomalacia junto con bronquiolitis por virus respiratorio sinciticial, que precisa intubación. Sufre varios episodios de desaturación. Se recambia el tubo con imposibilidad de progresar más allá de la glotis. Se realiza broncoscopia rígida apreciándose una obstrucción casi completa de la luz traqueal.
Discusión/Conclusiones: La presencia de un estridor en niños, especialmente si no se acompaña de signos infecciosos puede orientarnos hacia una obstrucción de la vía aérea congénita o adquirida. En niños de corta edad, la sospecha se centrará en una malformación congénita subglótica. El antecedente de una intubación o traumatismo laríngeo nos hará pensar en una estenosis adquirida postintubación.

18

¿UN DIX-HALLPIKE POSITIVO SIEMPRE INDICA UN VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO?

E. López de Huelva, M. Haro García, D. Rodríguez Contreras, M. Oliva Domínguez, C. de la Plata Sánchez
Hospital Univ. de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: En la práctica clínica diaria una maniobra de Dix-Hallpike positiva ante una sintomatología vertiginosa suele orientarnos hacia un vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB). Sin embargo hay una gran variedad de patologías que también nos pueden dar resultados similares.
Material y métodos: Presentamos una serie de tres pacientes con sintomatología vertiginosa distinta e hipoacusia derecha. Los tres fueron sometidos al protocolo de exploración vestibular de nuestro Servicio junto con RMN.
Resultados: En los tres casos se presentaba Dix- Hallpike positivo, hipofunción derecha y confirmación audiométrica de hipoacusia perceptiva importante del oído derecho. Siendo los diagnósticos finales un neurinoma del VIII, laberintitis progresiva secundaria a OMC e hipoacusia brusca por posible trombosis de la arteria auditiva interna.
Discusión/Conclusiones: Una amplia variedad de patologías nos pueden dar lugar a una maniobra de Dix- Hallpike positiva.

13

PRESBIACUSIA, CONSERVACIÓN DE LA AUDICIÓN

M. Alfonso Martínez, R.D. Ramírez, O. Bravo, G. Arias, L. Encina, A. Ros, M. Vela, D. Dinares, M.T. Llorens, E. Cánovas, M. Méndez
Servicio de ORL y Patología Cérvico-Facial, Hospital Univ. Sagrat Cor, Barcelona.

Introducción: Se considera presbiacusia la alteración del sistema auditivo en relación con la edad avanzada, constituyendo un problema social a medida que envejece la población, por lo que es importante poner en marcha los mecanismos de neuroplasticidad auditiva mediante estímulos sensoriales (audífonos) y de esta forma ayudar a reorganizar el sistema. Partiendo del diagnóstico clínico de presbiacusia bilateral valorar si existen cambios audiométricos y logo audiométricos en un grupo de pacientes con adaptación audioprotésica mono-aural y controlados al año.
Material y método: Seleccionamos 45 pacientes entre 56 y 87 años, con presbiacusia bilateral y que se realizo adaptación audioprotésica auditiva mono-aural, Realizamos audiometría tonal, vía aérea y vía ósea y logoaudiometría mono-aural.
Resultados: En los pacientes estudiados se observa un predominio del sexo femenino que podríamos relacionar con mejor aceptación desde el punto de vista estético. En el estudio de la lateralidad existe un predominio del oído derecho tal y como recogen otros textos que podría estar relacionado con el predominio del hemisferio cerebral izquierdo en los sujetos diestros. Las audiometrías realizadas antes y después de la adaptación se comportan de forma similar tanto en oídos adaptados como no adaptados; siendo significativo en las audiometrías vocales al comparar oídos adaptados y no adaptados en un mismo paciente.
Conclusiones: Los oídos adaptados audioprotésicamente mejoran y mantiene la audiometría vocal al año, lo cual podría estar relacionado con los mecanismos de estímulos y plasticidad auditiva que se ponen en marcha al realizar la adaptación audioprotésica.

249

EFICACIA DE LA AUTOVACUNA SUBLINGUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA RECURRENTE: RESULTADOS PRELIMINARES

J. Horno López, R.F. Cortés Sánchez, J.I. Santaella Saez, J. Lloréns Navarro, J. Salinero Hernández
Hospital Univ. Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivo: Pretendemos demostrar con la mayor evidencia posible la eficacia de la aplicación de autovacunas sublinguales para solucionar gran parte de los problemas que subyacen de padecer faringoamigdalitis aguda recurrente (FAAr).
Material y método: Estudio clínico a doble ciego sobre una muestra total de 102 pacientes entre 14-65 años diagnosticados de FAAr que se dividen aleatoriamente en 2 grupos donde uno recibe autovacuna sublingual y el otro placebo; seguimiento en paralelo a lo largo de un año en citas de revisión a los 3 y 12 meses tras realizar intervención.
Resultados: Del total de la muestra, actualmente tenemos datos recogidos en 16 pacientes, 11 mujeres y 5 hombres entre 15 y 39 años (mediana: 23 años). Como datos de interés recogidos previos a la intervención destacamos unos porcentajes de afectación severa en la calidad de vida (valorando absentismo escolar/laboral, alteración del sueño y alt. de actividad cotidiana) del 93,75% de los pacientes incluidos. Los cultivos de exudado faringoamigdalar tomados como referencia para elaborar la autovacuna informaron de una mayor presencia de colonias de Streptococo pyogenes (6), Staphylococo epidermidis (5) y Streptococo viridans (3). En todos se cumplimentó el protocolo de seguimiento durante 1 año tras la intervención. El 75% fue tratado con autovacuna y el 25% recibió placebo. Se registra una disminución del número de episodios en 12 de los 12 tratados correctamente (50%-ausencia total de episodios tras tto.) frente a 2 de 4 pacientes del grupo placebo; un descenso en la toma de antibióticos y antiinflamatorios considerable entre un 66,67-91,67% en el grupo tratado frente a un 0% en el grupo placebo; una mejoría respecto a la clínica de los episodios y en la calidad de vida de un 100% de los tratados frente al grupo placebo que registró mejoría en 1 caso de 4 y no-variación en los 3 restantes. No existen reacciones adversas registradas en ningún paciente.
Conclusiones: Con estos resultados preliminares nos acercamos a una significación estadística que defiende la eficacia del uso de inmunoterapia sublingual como tratamiento de las crisis recurrentes de infección amigdalar con nula tasa de efectos adversos.

46

HEMANGIOMA CAVERNOSO EN AMÍGDALA PALATINA

J. Horno López, R.F. Cortés Sánchez, J. Lloréns Navarro, E. Pastor Pons, A. de Oña Navarrete, J. Salinero Hernández
Hospital Univ. Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Dentro de la clasificación de hamartomas, los hemangiomas cavernosos son tumores frecuentes, la mayoría de ellos congénitos. Aparecen mayormente en mujeres y a nivel oral se localizan preferentemente en labios, lengua, vestíbulo y paladar. Presenta un color violáceo, solevantado y al presionarlo varía su color a más pálido. Histológicamente el hemangioma cavernoso presenta grandes espacios vasculares tapizados por células endoteliales sin revestimiento muscular, en los cuales puede observarse habitualmente trombos de ectasis sanguíneo. Suelen ser asintomáticos pero pueden asociarse a sensación de cuerpo extraño faríngeo o sangrado oral ocasional. Se desaconseja la toma de biopsia por el potencial riesgo de sangrado.
Material y método: Niña de 3 años que acude a consulta de ORL infantil derivada por su pediatra presentando una lesión de color vinoso, so-

breelevada y pulsátil, localizada en polo superior amigdalar izquierdo protruyendo sobre hemipaladar de ese lado. Lo ha notado recientemente y no ha sufrido progresión creciente ni presentado clínica asociada únicamente sensación de ocupación y cuerpo extraño en orofaringe. Tras una exploración ORL básica se solicita un estudio por imagen mediante Angio-TAC cervical que informa de la presencia de una lesión de morfología ovalada de aprox. 10x9x6 mm., que protruye directamente desde el paladar hacia orofaringe, de apariencia sólida; tras la administración de contraste la masa se comporta hipovascular respecto al resto de la amígdala que capta intensamente, aunque parece presentar una pequeña captación puntiforme en el centro lesional; ante los hallazgos se define con gran probabilidad como un hemangioma de tipo cavernoso hipovascular con lagos venosos.
Resultados: En vista de los resultados y dadas las posibilidades de resolución espontánea se decide seguir un tratamiento conservador con control evolutivo mediante revisiones en consulta cada 6 meses.
Discusión/Conclusiones: El tratamiento en niños menores de 7 años se basa en mantener una actitud expectante por la elevada posibilidad de resolución hasta esta edad. En pacientes mayores o tumores con crecimiento o gran tamaño se puede realizar electrocoagulación de lesión, infiltración con ricinoleato de sodio o polidocanol e incluso excisión de la lesión previniendo la hemorragia.

188

MENINGITIS DE REPETICIÓN EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MONDINI

D. Moreno Jiménez, E. Durio Calero, M. Sánchez Potenciano, V. Campos Paradinas, M. Gil Calero, E. Montiel Díez, R. Sanz Fernández
Hospital Universitario de Getafe, Madrid,

Introducción: El síndrome de Mondini es una malformación del oído interno que consiste en una vuelta y media de la cóclea (en lugar de las dos vueltas y media normales), una ausencia del tabique interescalar y una dilatación quística del vestíbulo. Representa el 30% de las malformaciones del oído interno. Puede ser unilateral (35%) o bilateral (65%), o presentarse aislado o asociado a síndromes polimalformativos. Suele estar asociado a hipoacusia neurosensorial. Existe un mayor riesgo de meningitis de repetición en pacientes con sd. de Mondini debido a la existencia de defectos anatómicos (dilatación vestibular, malformaciones en platina).
Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 15 años, diagnosticado a los 6 años de sd. de Mondini bilateral, con una hipoacusia neurosensorial bilateral severa, portador de audífonos desde entonces, que presenta como único antecedente personal meningitis a los 11 años, tratada con ingreso y tratamiento antibiótico intravenoso. Acude a Urgencias donde se diagnostica meningitis, se ingresa y se trata con tratamiento antibiótico intravenoso. Exploración ORL: normal. Se pide TAC y RMN donde se aprecia malformación de Mondini, sin signos de encefalitis o de fístula de LCR. Tras tratamiento se da de alta con resolución completa del cuadro.
Conclusiones: El sd. de Mondini se suele diagnosticar en la infancia, en pacientes con hipoacusia neurosensorial moderada severa. El diagnóstico se realiza mediante TAC y visualización de la dilatación cocleo-vestibular. Existe un mayor riesgo de meningitis recurrente en estos pacientes. En algunos casos cuando la frecuencia de meningitis es alta se realiza tratamiento quirúrgico.

194

EXTRUSIÓN DE IMPLANTE COCLEAR COMO COMPLICACIÓN TARDÍA

C. Iglesias Varela, M.L. Navarrete Álvaro, E. Genestar Bosch, A.M. García-Arumí, E. Perelló
Hospital Univ. Vall d´Hebron, Barcelona.

Introducción: El implante coclear es un método eficaz para la rehabilitación auditiva de personas con hipoacusia neurosensorial bilateral profunda de asiento coclear. Desde que en 1978 se implantara el primer modelo multicanal, se han practicado más de 70.000 implantaciones cocleares en todo el mundo. Las complicaciones de esta cirugía pueden clasificarse en intraoperatorias o postoperatorias (tempranas y tardías), y, por suerte, son por lo general infrecuentes.
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 56 años con antecedentes de síndrome depresivo y DM tipo 2. Se le realiza implantación coclear izquierda en julio de 2006 (PULSARci100 –Medel-), con buen resultado funcional. Nos es remitida en marzo 2008 en uno de los controles de rehabilitación por extrusión del mismo. El estudio telemétrico es correcto.
Resultados: Se realiza de forma temprana recolocación del implante coclear mediante rotación del receptor, observándose una neo-osteogénesis en el lecho. Se comprueba el buen funcionamiento mediante telemetría.
Discusión/Conclusiones: Dentro de las complicaciones postoperatorias tardías, en diversas series se han descrito casos de extrusión coclear. En nuestra paciente se objetivó una osificación en el lecho del receptor, por lo que nos planteamos ¿ha tenido algo que ver el imán en la extrusión?, ¿a qué ha sido debida la osteogénesis?

261

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE SENO MAXILAR

R. Souvirón Encabo, R. Barberá, G. de los Santos, I. Cobeta
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El carcinoma adenoide quístico es un tumor maligno que se origina en las glándulas salivales mayores o accesorias. La localización nasosinusal de estos tumores es rara. Les presentamos el caso de un carcinoma adenoide quístico de seno maxilar.
Material y método: Varón de 59 años con insuficiencia respiratoria nasal, rinorrea unilateral y molestias dentarias de 2 años de evolución. Se observa por fibroscopia una masa que ocupa la fosa nasal izquierda y un área granulomatosa a nivel del 2º molar superior izquierdo. Se realiza TC y RMN de senos paranasales donde se evidencia una voluminosa tumoración de densidad de partes blandas, en el seno maxilar y fosa nasal izquierda, con infiltración de la arcada dentaria superior, del espacio submucoso yugal y del espacio extraconal inferior orbitario, sin extensión intracraneal.
Resultados: Se toma biopsia con resultado anatomopatológico de carcinoma adenoide quístico. Se realiza maxilectomía radical izquierda incluyendo suelo orbitario, lámina de ambas pterigoides, etmoides y hemipaladar óseo izquierdo. Se realiza reconstrucción de paladar con colgajo temporal y del suelo de la órbita con hueso de calota.
Discusión/Conclusiones: El carcinoma adenoide quístico representa el 2º tumor maligno epitelial no epidermoide tras el adenocarcinoma. La mayoría aparecen entre los 40 y los 60 años de edad. La localización nasosinusal es infrecuente y afecta principalmente al seno maxilar y etmoidal. La obstrucción nasal es el signo funcional más frecuente (60-90%), seguido de la epistaxis (20-50%). Las manifestaciones extranasosinusales dependen de la extensión tumoral (síntomas oftalmológicos, síntomas de cavidad oral.). El tratamiento se basa fundamentalmente en la asociación de cirugía más radioterapia externa.

202

MICOSIS INVASIVA NECROSANTE SEPTAL POR BEVACIZUMAB

A. Plà, E. Ferrandis, S. Brotons, N. Ruiz, C. Fernández-Martos, J.B. Vendrell
Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Introducción: Bevacizumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la actividad del factor de crecimiento del endotelio vascular. Ha demostrado frenar la progresión y aumentar las tasas de supervivencia en tumores avanzados colorrectales, de mama y pulmón. Está aprobado en Europa como tratamiento de primera línea en pacientes con cáncer colorrectal metastásico desde 2005.
Material y método: Presentamos un paciente con adenocarcinoma de colon estadio IV, diagnosticado en 1991 y tratado por múltiples recaídas metastásicas pulmonares con diferentes líneas quimioterápicas y hasta 7 resecciones pulmonares. En 2005 se inició tratamiento con bevacizumab. Meses después inició clínica ocasional de epistaxis y dolor nasal. En diciembre de 2006 refiere incremento de intensidad del dolor nasal y epistaxis, por lo que fue valorado por ORL. La rinoscopia mostró una perforación septal cartilaginosa amplia con mucosa nasal/septal necrótica y de aspecto negruzco. Las biopsias mostraron una invasión tisular por hifas (micosis invasiva septal). El examen PCR del ADN identificó Fusa-

rium solani, por lo que se suspendió el tratamiento con Bevacizumab, se desbridaron quirúrgicamente las lesiones nasales y se inició tratamiento con Anfotericina B liposomial 2 semanas y Voriconazol durante 2 meses. Los cultivos posteriores revelaron la ausencia de hifas tras el tratamiento.
Discusión/Conclusiones: Los efectos secundarios observados con Bevacizumab incluyen HTA, proteinuria, hemorragias leves, retraso en la cicatrización de las heridas y eventos tromboembólicos. Esta es la primera comunicación de una micosis invasiva asociada al tratamiento con este fármaco. Nuestra hipótesis es que el Bevacizumab, por su efecto inhibidor de la angiogénesis, se asocia a otros factores como la neutropenia, la colonización previa por hongos saprófitos y el uso de corticoides sistémicos para producir una falta de vascularización/nutrición del septum y mucosa adyacente, produciendo la necrosis septal descrita.

193

AFECTACIÓN COCLEAR EN EL SÍNDROME DE SUSAC

C. Iglesias Valera, M.L. Navarrete Álvaro, J. Knäpper Martín, A.M. García-Arumí, R. Wegmann
Hospital Univ. Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El síndrome de Susac es una patología infrecuente caracterizada por la tríada de hipoacusia neurosensorial, disminución de la agudeza visual y encefalopatía, secundaria a una vasculopatía no inflamatoria.
Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 28 años, sin antecedentes patológicos, con episodios de vértigo e hipoacusia derecha recidivantes de seis meses de evolución. A los tres meses, presenta hemiparesia derecha con afasia y pérdida de agudeza visual. En la RMN se objetivan múltiples lesiones en la sustancia blanca yuxtaventricular parietal y parasagital izquierdas. A la exploración oftalmológica, isquemia retiniana difusa bilateral por oclusión arteriolar. La audiometría muestra una hipoacusia neurosensorial en frecuencias graves de oído derecho, con PEATC de carácter endococlear.
Resultados: Se instauró tratamiento con prednisona, ciclofosfamida y dicumarínicos. Como clínica residual, presenta inestabilidad a la marcha y episodios intermitentes de vértigo y acúfenos, corrigiéndose el déficit visual.
Discusión/Conclusiones: El síndrome afecta típicamente a mujeres jóvenes. La tríada característica es debida a una microangiopatía que afecta a encéfalo, retina y cóclea. La hipoacusia suele ser bilateral y asimétrica, afectando frecuencias graves y medias, y puede ir acompañada o no de síntomas vestibulares. Los resultados terapéuticos son inciertos.

130

UTILIDAD DEL POLIDOCANOL EN LA ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER

M. Carrasco Llatas, L. Mompó Romero, C. López Mollá, N. Baviera Granell, J. Dalmau Galofré
Hospital Univ. Dr. Peset, Valencia.

Introducción: La enfermedad de Rendu-Osler causa una importante morbilidad a los pacientes que la padecen. Entre las causas de una peor calidad de vida de éstos se encuentran las frecuentes epistaxis que padecen, aún sin agresiones mucosas importantes, que obligan a múltiples taponamientos y a transfusiones continuas. Existen diversos procedimientos para disminuir el número de epistaxis y su cuantía, como la resección submucosa de las telangiectasias e incluso se ha descrito la posibilidad del cierre quirúrgico de las fosas para evitar el traumatismo del aire sobre la mucosa. En nuestro centro estamos realizando desde hace 2 años la esclerosis de las telangiectasias con polidocanol.
Material y métodos: Se realiza una infiltración de hasta 2 ml de polidocanol al 0,5% en el quirófano. El paciente está sedado y se dejan lentinas empapadas con anestesia local y adrenalina. La infiltración es de una sola fosa y a la semana siguiente se infiltra la otra. Utilizamos una aguja de anestesia retrobulbar para las infiltraciones. Se puede repetir tras una semana si es necesario. La técnica la hemos realizado a 4 pacientes con la enfermedad.
Resultados: Mostramos imágenes de las fosas antes y 7 días después de la infiltración. Todos los pacientes han disminuido el número de epistaxis y sobre todo su volumen, por lo que requieren un menor número de transfusiones sanguíneas. Todos los pacientes se encuentran muy contentos con la técnica y se la recomiendan a otros familiares que padecen la enfermedad. No hemos tenido ninguna complicación grave durante la técnica, en algunos casos una epistaxis ha dificultado el procedimiento, pero no lo ha impedido y el resultado ha sido óptimo.
Conclusiones: La esclerosis de telangiectasias es una técnica sencilla que mejora la calidad de vida de los pacientes con Rendu-Osler.

94

RECONSTRUCCIÓN AURICULAR CON CARTÍLAGO COSTAL AUTÓLOGO EN MICROTIA

B. Martínez Vidal, M. Pellicer i Sa Rasa, A. Acosta, F. Pumarola
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La microtia severa plantea problemas estéticos y funcionales importantes. Son esenciales un diagnóstico y rehabilitación tempranos. El umbral auditivo debe establecerse antes de los tres meses de vida, y desde el nacimiento deben descartarse malformaciones asociadas y empezar el estudio etiológico. Se pueden conseguir resultados estéticos satisfactorios con la técnica empleada en nuestra institución que es modificación de las de Brent y Nagata. Dadas las limitaciones de las epítesis consideramos que es de elección la reconstrucción con cartílagos autólogos.
Material y método: Presentamos 10 pacientes en los que se ha realizado una reconstrucción auricular mediante la utilización de cartílago costal autólogo de la 7º,8º y 9º costillas homolaterales, en dos tiempos quirúrgicos.
Resultados: Se han obtenido buenos resultados estéticos en los diez pacientes, con buena proyección lateral y buena definición, aunque cabe destacar la presencia de leves complicaciones en 3 de ellos (retracción tardía retroauricular (2)), y (pequeña necrosis cutánea con exposición del cartílago (1)).
Discusión/Conclusiones: La reconstrucción auricular con tejidos autólogos es el tratamiento de elección de la microtia congénita.

207

EMPIEMA SUBDURAL DE CAUSA SINUSAL

P. Santos Acosta, R. Corrales Millán, E. Berrocal Postigo, T.F. Herrero Salado, S. Sánchez Gómez
Hospital Univ. Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La era antibiótica ha hecho muy raras las complicaciones intracraneales de las sinusitis en países desarrollados. El empiema subdural agudo es rarísimo en nuestro medio pero de rápida evolución y alta tasa de mortalidad. El uso de antibióticos y del TAC ha disminuido la mortalidad de un 6-41% a un 6-15%. Se espera un aumento en su incidencia por las resistencias antibióticas.
Material y método: Varón de 35 años con sinusitis aguda que comienza con cefalea intensa y fiebre. A pesar del tratamiento antibiótico y antiinflamatorio la fiebre y cefalea aumentan precisando ingreso de urgencias. Se practica TAC revelando sinusitis etmoidomaxilar derecha. Se instaura pauta antibiótica parenteral. A las 24 horas aparecen náuseas, practicándose RNM de urgencia, observándose imagen hiperintensa en T2 del espacio subaracnoideo fronto parietal derecho compatible con meningitis. El enfermo comienza con crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas que precisan ingreso en UCI y la realización de un nuevo TAC.
Resultados: La TAC revela la existencia de ESD en la región fronto-parieto- temporal derecha. Se practicó el drenaje del ESD mediante craneotomía y CENS para drenaje del foco sinusal. A las 72h de la cirugía el paciente comenzó con hemiparesia izquierda, midriasis de la pupila izquierda y deterioro del nivel de conciencia con desconexión del medio.
Discusión/Conclusión: El empiema subdural secundario a una sinusitis es una patología con una incidencia del 0,5% al 24% de los casos de sinusitis, afecta sobre todo a varones, índice de sexo: 8/1, en la 2º o 3º década de la vida, sin patología subyacente. La etiología más frecuente del empiema de origen sinusal es polimicrobiana. Los signos más frecuentes son: fiebre, cefaleas y rigidez de cuello. El diagnóstico es clínico-radiológico, siendo el TC y la RNM herramientas indispensables para la evaluación y manejo. El tratamiento es médico-quirúrgico (otorrinola-

ringológico-neuroquirúrgico) con drenaje y cultivo. Destacar el aumento de las resistencias antibióticas y de pacientes inmunodeprimidos con infecciones oportunistas. Este caso viene a alertarnos sobre una patología casi olvidada pero que se prevé rebrote y nos ilustra sobre el manejo clínico y terapéutico de estos pacientes: clínica muchas veces insidiosa por la decapitación antibiótica o gérmenes no piógenos, pruebas de imagen, cultivos y tratamiento médico y quirúrgico.

93

RINOSPORIDIOSIS NASAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Cantón, C. Margalejo, J. Fusté, M. Amat, J. Comas, J. Fontané
Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: La rinosporidiosis nasal es una enfermedad rara, infecciosa crónica, no dolorosa que afecta a mucosas; más frecuentemente la cavidad nasal y conjuntiva, en menos frecuencia nasofaringe, árbol traqueobronquial, laringe, esófago, oído, úvula, vulva, vagina, pene, uretra, mucosa anal.
Material: Paciente varón de procedencia de Banglades, que acude a consultas externas ORL por respiración bucal, e insuficiencia respiratoria nasal izquierda; a la exploración ORL se evidencia lesión papilomatosa dependiente de cornete inferior izquierdo
Métodos: Se practica TC de senos paranasales evidenciando una lesión en fosa nasal izquierda que se extiende a coana izquierda. Se practica biopsia, siendo el resultado anatómico patológico de rinosporidiosis. Se practica bajo anestesia general exéresis completa de la lesión por rinotomía paralateronasal izquierda. Se instaura tratamiento médico con Dapsona 100 mg/día.
Resultados: Los controles postoperatorios hasta el día de la fecha no evidencian recidiva y el paciente permanece asintomático.
Discusión/Conclusiones: Debido a que no ha podido ser cultivado ni ser transmitido a animales de experimentación es difícil de establecer su diagnóstico etiológico. Seeber 1900 habló de un protozoo, Ashworth 1923 habló de un hongo, Ahluwalia habló de un microquiste procariótico de una cianobacteria, Microcistis aeruginosa. Actualmente se habla de un patógeno esporiforme: Chitridium relacionado con las olipiáceas. Se considera un hongo en posición sistemática incierta, es una zoonosis, puede infectar a ganado vacuno, ovino, patos salvajes, cotorras, gansos, delfines del río Amazonas.

90

MANIOBRAS DE REPOSICIÓN DE PARTÍCULAS AUTOMATIZADAS

R. Barona de Guzmán, J. Rey Martínez, A. Platero Zamarreño
Clínica Barona; Hospital Casa de Salud, Valencia.

Introducción: Las maniobras de reposición de partículas, Epley y Semot, son consideradas como uno de los mayores avances de la otoneurología en los últimos años debido al elevado porcentaje de éxito que tienen en el tratamiento del VPPB. A pesar de ello y dada la frecuencia de esta patología, aunque pequeño, es cada vez mayor el número de pacientes en los que la realización correcta de las maniobras es difícil o no tienen éxito debido a dificultades en la realización de las mismas: sobrepeso, inmovilidad cervical, edad...
Material y método: Presentamos un sillón rotatorio capaz de girar tanto en el eje vertical como en el horizontal que permite realizar tanto el test de Dix- Hallpike como las maniobras utilizadas para el tratamiento del VPPB de forma automatizada y con control videonistagmográfico.
Resultados: El sillón presentado permite, con inmovilización del paciente y sin necesidad de su colaboración, realizar las maniobras sin limitación de movimiento en ningún plano, con una repetibilidad absoluta del movimiento realizado, y gracias al control videonistagmográfico monitorizar el nistagmo provocado por cada uno de los movimientos realizados durante las maniobras de reposición.
Discusión/Conclusiones: La realización de las maniobras de reposición de partículas en un sillón con capacidad de giro en los ejes horizontal y vertical permite: superar las restricciones de movilidad del paciente, conseguir repetibilidad en el movimiento realizado y mejor control del nistagmo provocado, de forma que en caso de fracaso de la maniobra realizada sea más fácil analizar la causa de la misma y la planificación del tratamiento.

189

NEURINOMA GIGANTE EN PACIENTE JOVEN

D. Moreno Jiménez, E. Durio Calero, M. Sánchez Potenciano, C. Herrero Fernández, J.C. Gómez Angulo, M. Tamarit Degenhardt, R. Sanz Fernández
Servicio de ORL; Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Introducción: El neurinoma del acústico es un tumor benigno del nervio vestibular, de crecimiento lento, que suele afectar a mujeres en la sexta década de la vida y cuya sintomatología en fases incipientes es auditiva (hipoacusia, acúfenos) y en fases más avanzadas es neurológica (n. facial, cerebelosa). En algunos casos de neurinomas muy grandes, se produce una hipertensión intracraneal, produciendo exoftalmos y cefaleas severas. El diagnóstico se realiza por RMN. El tratamiento de los neurinomas grandes en pacientes jóvenes es quirúrgico.
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente mujer de 32 de origen polaco (con gran dificultad en la anamnesis), con hipoacusia progresiva de oído derecho de 1 año de evolución (diagnosticada en su país de origen), que acude a Urgencias por paresia facial derecha, exoftalmos derecho, dismetría y ataxia con incapacidad de bipedestación. Se realiza TAC de Urgencias: Tumoración pontocerebelosa derecha de 4-5 cm. Se realiza RMN: Neurinoma de 5 cm. Audiometría: Hipoacusia neurosensorial derecha severa. Es intervenida por Servicio de Neurocirugía. Hasta la fecha la paciente presenta buena evolución.
Conclusiones: La edad de afectación del neurinoma suele ser la sexta década de la vida, pero es un diagnóstico que no se debe olvidar en edades más precoces. Los neurinomas antes de presentar clínica cerebelosa, presentan clínica auditiva .En pacientes jóvenes el tratamiento de elección es quirúrgico.

60

QUISTE RETENCIÓN GIGANTE EN RECIÉN NACIDO CON DIFICULTAD INTUBACIÓN

A. Platero Zamarreño, R. Barona de Guzmán, M. Úbeda Muñoz, J. Montalt Marco
Hospital Casa de Salud, Valencia.

Introducción: Los quistes de retención resultan de la obstrucción permanente del conducto excretor de alguna glándula mucosa, siendo la localización más frecuente epiglotis y repliegue aritenoepiglótico. Las causas más frecuentes son adquiridas, siendo su diagnóstico un hallazgo casual en la laringoscopia. Los quistes congénitos, en ocasiones constituyen una anomalía que surge del segundo y tercer arco branquial, y dependiendo de su tamaño ofrece una clínica.
Material y métodos: Mostramos el caso de un recién nacido, con disnea grave; cuya intubación es casi imposible, por presentar gran masa en cavidad oral con mucosa de características normales. Tras intubación a ciegas, se procede a inspección en quirófano, siendo dificultosa debido a gran tamaño de la misma, al no sugerir aspecto angiomatoso se procede a la punción de la misma, para reducción volumen y valorar procedencia (figura 1), exéresis abundante material seroso. Una vez disminuido tamaño se observa gran quiste de retención en cara.
Resultados: Tras1 mes de seguimiento se observa pequeño resto quístico en zona originaria y a los 3 meses exploración mediante fibroscopia totalmente normal. Resto de estructuras laríngeas sin malformaciones asociadas.
Conclusiones: Ante una situación de urgencia con una imagen como la mostrada, la punción-aspiración, facilita la disminución de volumen y posible intubación, hasta la marsupialización-exéresis quirúrgica.

159

RABDOMIOSARCOMA NASOSINUSAL

K. Zubimendi Eguiguren, S. Quer Canut, J. Aranberri Aresti, H. Trelles Vargas
Hospital Virgen del Camino, Navarra.

Introducción: El rabdomiosarcoma es un sarcoma de tejidos blandos que se desarrolla generalmente en los músculos voluntarios. El 60-70 % de los pacientes tienen menos de 10 años y la segunda edad más frecuente es en la adolescencia.

Material y método: Presentamos un paciente de 15 años que ingresa desde el servicio de urgencias por obstrucción nasal derecha, rinorrea y proptosis de ojo derecho. A la exploración fibroscópica ocupación de F.N.D. A la inspección exoftalmos derecho. Se realiza TAC s.p. detectando masa agresiva con ocupación nasomaxiloetmoidoesfenoidal derecho. Se interviene y se realiza estudio histopatológico con resultado de rabdomiosarcoma alveolar.
Discusión/Conclusiones: Es un tumor maligno de baja incidencia que afecta generalmente a la edad infantil. El tratamiento se basa en cirugía + RT para tratar el tumor localmente y quimioterapia para tratamiento de enfermedad sistémica. El pronóstico depende de la localización, siendo cabeza y cuello de buen pronóstico, y de la extensión de la enfermedad. La tasa de supervivencia a los 5 años es de alrededor de 65%.

61

LOS POTENCIALES EVOCADOS MIOGÉNICOS VESTIBULARES, TÉCNICA ELECTROFISIOLÓGICA SENSIBLE EN EL DIAGNÓSTICO DEL SCHWANNOMA VIII PAR

A. Platero Zamarreño, C. Cerverón Comeche, R. Barona de Guzmán, J. Rey Martínez
Hospital Casa de Salud, Valencia.

Introducción: Los schwannomas del VIII par, tienen su originen en elevado porcentaje en el nervio vestibular inferior; en función de tamaño y estructuras afectas, mostrará una clínica más o menos llamativa. Los potenciales evocados miogénicos vestibulares (VEMP), basados en un reflejo vestíbulo cólico, valoran la integridad sáculo-espinal, vía nervio vestibular inferior; por lo tanto mientras algunas pruebas se afectan cuando el tumor tiene un tamaño considerable, los VEMP, aparecerían alterados con tan sólo cambios electrofisiológicos.
Material y métodos: Tenemos recogidos 5 casos de neurinomas del octavo par, con tamaños que varían desde 6 mm hasta gran tamaño. VEMP disminuidos o ausentes en el lado lesionado. Pero la peculiaridad del siguiente caso, es el tamaño tumoral. Mostramos una paciente de 37 años, sin antecedentes de interés que acude a consulta por leve sensación de taponamiento ótico y acúfeno ligero en oído izquierdo de 15 días de evolución. Sin clínica vestibular asociada, ni focalidad neurológica. Realizándose una batería de pruebas en la misma visita.
Resultados: Audiometría Tonal: hipoacusia neurosensorial ligera (25-30 dbs) multifrecuencial; PEACT y productos de distorsión: normales; VEMP: ausentes. Por lo que solicitamos RNM, observando gran masa tumoral en CAI de 3x4cms de diámetro extendiéndose a fosa posterior. Llamando la atención tanto la escasa clínica del paciente como la poca alteración de las pruebas relacionadas, salvo los VEMP.
Conclusiones: Los VEMP, son una técnica fácil, incruenta y rápida de realizar que muestra una sensibilidad elevada cuando se produce una afectación del nervio vestibular inferior. Por lo que podría servir de prueba aproximativa rápida, previa a la definitiva como es la RNM.

183

HERPES ZÓSTER INFANTIL EN EL TERRITORIO DEL TRIGÉMINO. A PROPÓSITO DE UN CASO

W. Elhendi Halawa, J.R. Ruiz Fito, E. Sánchez Legaza, A. Caravaca García, A. Rodríguez Fernández-Freire, A. Sanmartín Anaya, A. Ruiz Mondéjar
Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Introducción: El Herpes zoster es una enfermedad poco frecuente en niños, causada por la reactivación del VVZ y generalmente, a diferencia del adulto, tiene un curso benigno sin complicaciones. Su diagnóstico requiere de una sospecha clínica.
Material y métodos: Niño de 9 años, que refiere, tras proceso catarral, prurito seguido por dolor intenso, en la hemicara derecha de 4 días de evolución; posteriormente aparecieron pápulas sin cruzar la línea media y que se convirtieron en pocas horas en vesículas dolorosas agrupadas en racimos en el territorio del trigémino, y con desarrollo de nuevas lesiones durante 3-4 días. El resto de la exploración ORL fue normal. También presentaba intensa celulitis palpebral, pero el estudio oftalmológico descartó complicaciones oculares.
Resultados: El diagnóstico fue clínico sin necesidad de pruebas de laboratorio (PCR, IHQ, aislamiento viral). Con la hipótesis diagnóstica de infección por herpes zóster, se realizó tratamiento con aciclovir durante 7 días, asociado a AINES y antisépticos tópicos. El dolor desapareció al tercer día, las lesiones secaron y cayeron las costras sin secuelas al décimo día; y el trastorno se resolvió sin complicaciones. Se realizaron controles semanales durante dos meses y no se presentó dolor post herpético. El diagnóstico serológico retrospectivo, con determinación de Inmunoglobulinas IgG específica, confirmó la sospecha diagnóstica.
Discusión/Conclusiones: El herpes zóster infantil del trigémino es una enfermedad rara y generalmente no presenta complicaciones, a diferencia de lo que ocurre en un adulto. Los niños inmunodeprimidos pueden manifestar una enfermedad más grave, incluyendo la neuralgia post herpética.

82

OMA RECURRENTE EN LA HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

M. Ceballos Cauto, J. Martín Mora, S. Sánchez Gómez, C. López-Ladrón García de la Borbolla
Hospital Univ. Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La histiocitosis de células de Langerhans o histiocitosis tipo I, pertenece al grupo de las histiocitosis de la infancia caracterizadas por una alteración del sistema monocito-macrófago. Este tipo en particular se caracteriza por la presencia de células de Langerhans con gránulos Birbeck en el citoplasma. Los síntomas principales son la osteolisis, casi siempre en el cráneo, presente en el 80% de los casos; la afectación cutánea (50%), que suele simular una dermatitis seborreica; adenopatías (33%); signos de inmunodeficiencia (infecciones de repetición, otitis); afectación de la base del encéfalo (diabetes insípida, exoftalmos).
Material y métodos: Presentamos el caso de una niña de 2 años y tres meses de edad con OMA de repetición de OD, que presenta tumefacción retroauricular progresiva de 15 días de evolución, que no responde a tratamiento antibiótico. AP: Dermatitis seborreica de cuero cabelludo. La exploración otoscópica muestra una membrana timpánica sin signos de patología aguda, existiendo una importante tumefacción y eritema retroauricular y preauricular derecho.
Resultados: Las pruebas de imagen (Rx y TAC de cráneo) mostraron múltiples lesiones líticas con destrucción de mastoides, caja del tímpano y erosión del conducto semicircular horizontal del lado derecho, entre otras. El estudio anatomopatológico fue compatible con histiocitosis de células de Langerhans.
Discusión/Conclusiones: La OMA de repetición puede constituir la primera manifestación de una alteración inmunológica. Debemos sospechar la existencia de una histiocitosis de células de Langerhans ante la presencia de otalgia, otorrea, pérdida de audición y signos radiográficos de lesión destructiva del hueso temporal. Con la respuesta al tratamiento puede haber remisión completa.

81

FÍSTULA FRONTOORBITARIA

N. Gómez Estancona, D. Gorostiza
Hospital de Cruces, Vizcaya.

Introducción: Presentamos el caso de un varón joven que acude por diplopía e infecciones de la órbita.
Material y método: Episodio de dolor continuo periocular izquierdo e hinchazón que no cede con analgesia habitual y que se ha repetido en 4-5 ocasiones en el último año. Enfisema orbitario izquierdo con diplopía en la supraaducción y ptosis mecánica del párpado superior izquierdo. Sin otros hallazgos significativos. *Pruebas complementarias*: en estudio TC de órbita y cráneo en cortes axial y coronal se evidencia la presencia de un enfisema orbitario izquierdo y una pequeña solución de continuidad del seno frontal izquierdo en su tercio más posterior. Ocupación de celdas etmoidales y formación poliposa en seno maxilar derecho.
Discusión/Conclusiones: Diagnóstico: fístula sinoorbitaria izquierda posiblemente relacionada con consumo de cocaína. En este paciente no existen antecedentes de traumatismo, mucocele o tumor. Es consumidor ocasional de cocaína.

142

EVALUAR LA EFICACIA Y TOLERANCIA DE UN GEL INTRANASAL, EN PACIENTES CON RINITIS SECA Y RINITIS CON COSTRAS

L. Conte Visús, J.R. Montserrat i Gili, R. de Monserrat Vallvè, N. Serra-Baldrich
Laboratorios Leti S.L., Barcelona.

Introducción: Evaluar eficacia y tolerancia de un gel intranasal en pacientes con rinitis seca y con costras, y comparar con agua de mar isotónica.
Material y métodos: Ensayo clínico paralelo, con asignación aleatoria de 2 tratamientos. Se aplican 2 veces/día durante 6 semanas, en ambas fosas nasales. Pacientes con sequedad, costras en mucosa nasal, rinorrea posterior y trastornos deficitarios del olfato (pacientes: gel 10, agua de mar 7). Se analizan síntomas clínicos característicos y evaluación por parte del médico y del paciente.
Resultados y conclusiones: La sequedad nasal es el síntoma que más disminuye con el gel versus agua de mar (porcentaje pacientes con mejoría: gel 40%, agua de mar 28,57%), y la sensación de desobstrucción también es superior (gel 20%, agua de mar 14,29%). En ambos casos el tiempo en notar sensación de bienestar es muy rápido, sin embargo con el gel su duración es más prolongada. Tanto médico como paciente consideran la eficacia del gel más elevada (70% frente al 50% del agua de mar) y el porcentaje de satisfacción respecto a mejoría general tras el tratamiento es del 67,5% frente al 53,50% del agua de mar. Con el gel, los parámetros mejor valorados por el paciente (% satisfacción) son, facilidad aplicación (72,50%), tolerancia (72,50%) e hidratación (67,50%; agua de mar: 50%). La satisfacción de la capacidad de permanencia, sensación obstrucción al aplicar el producto y olor, es superior al 50%. La disposición para uso posterior del gel es del 90% frente al 62,50% del agua de mar.

144

PATRÓN DE NORMALIDAD DE VEMPS EN NUESTRO MEDIO EN SUJETOS SANOS ENTRE 18-35 AÑOS

J.A. Ibáñez Rodríguez, M. Haro García, D. Rodríguez Contreras, M. Oliva Domínguez, J.M. Roquette Gaona
Hospital Univ. Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Los potenciales miógenicos vestibulares evocados (VEMPS) son un método para el estudio de la función vestibular mediante el reflejo vestíbulo-cervical.
Material y métodos: Realizamos la prueba a 30 sujetos sin patología otoneurológica previa. Suministramos estímulos sonoros tipo clics a 95 dB SPL en cada oído mientras el paciente realiza una contracción cervical, registramos los datos en un sistema Nihon Kohden.
Resultados: Obtenemos medias con desviaciones típicas de las latencias de la onda p13-n23 y amplitudes. Según la bibliografía estudiada lo más fiable para comparar las amplitudes de las ondas de un oído con respecto al otro es establecer una razón (interaural difference ratio). Consideramos como normalidad el percentil 95 de dicha razón.
Conclusiones: Se establecen patrones de normalidad en nuestro medio como referencia para el estudio de patología vestibular.

223

ESTUDIO DEL SISTEMA DE PROGRAMACIÓN REMOTA: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y ASESORAMIENTO A DISTANCIA

M. Sainz Quevedo, P. Rodríguez Espigares, J. García-Valdecasas, E. Fernández Pascual
Hospital Univ. San Cecilio, Granada.

Introducción: Con frecuencia, durante las sesiones de programación de implantes cocleares con pacientes exigentes o por problemas con el equipo, se desea un alto nivel de conocimiento técnico en las que el personal clínico es relativamente inexperto. A menudo este conocimiento técnico es proporcionado por el centro implantador o por personal especializado dentro de la compañía de implantes cocleares, siendo un recurso escaso y no tan rápidamente disponible. Además, en ocasiones, la amplitud geográfica del área sanitaria a la que se proporciona la implantación coclear puede ser una dificultad añadida para dicha atención, siendo la programación remota y la solución de problemas a distancia una necesidad. Se muestra el protocolo de asistencia remota en implantes cocleares.
Material y métodos: Se precisan 2 ordenadores con una configuración que satisface o excede lo requerido por SoundWave Professional Suite (ref) y el sistema operativo Windows XP en ejecución, al menos una conexión xDSL configurables sin firewall, una línea telefónica con acceso de marcado internacional y un paquete de software de control remoto y SoundWave (proporcionado por Advanced Bionics). Además se necesita un sistema de adaptación que consta de CPI con suministro eléctrico, procesador PSP, casco y cable, cable RS232, cable de programación e implante de referencia.
Resultados: Se compararon las medidas y el ritmo de avance durante los primeros meses, de los resultados auditivos, de los sujetos adaptados por el personal del centro local, los adaptados con observación de un experto remoto y aquellos que se han adaptado directamente con el experto remoto. No se apreciaron diferencias significativas.
Conclusiones: La programación remota permite una normal evolución de los pacientes implantados.

257

ANGINA DE LUDWIG EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Sgambatti Celis, P. Blanco Pérez, P. Santos Gorjón, F. del Rey Tomás-Biosca, F. Sánchez González, R. de la Fuente
Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

Introducción: Es una infección rápidamente progresiva del espacio submandibular. Los síntomas suelen ser fiebre, dolor, disfagia, trismus, sialorrea, el suelo de la boca está tenso e indurado desplazando la lengua hacia atrás y arriba. El diagnostico se basa en los datos clínicos. La infección es el resultado de la flora mixta oral. El tratamiento dependerá de la fase de la enfermedad y la gravedad de la misma desde antibióticos intravenosos y medidas de sostén hasta traqueotomía para asegurar la vía área y drenaje quirúrgico mediante cervicotomía.
Paciente y métodos: Presentamos el caso de niña de 2 años quien acude por presentar odinofagia, mala tolerancia oral, sialorrea, dolor en el suelo de la boca y fiebre cuantificada en 39 grados de 5 días de evolución. A la exploración se evidencia Edema del suelo de la boca, doloroso a la palpación, con protrusión de lengua móvil sin lesiones o afectación de piezas dentarias. En cuello se palpa zona empastada y edematosa en región submentoniana y submandibular.
Resultados: Se realiza cervicotomía y drenaje del absceso con mejoría de la clínica sin filiar etiología de la misma.
Conclusión: La angina de Ludwig es muy infrecuente en población pediátrica. La mayoría de los casos son de origen dental, a partir de los molares segundo o tercero otras se origina de la extracción de un molar enfermo, por una fractura mandibular o por lesión traumática del suelo de la boca.

129

ANÁLISIS GENÉTICO DE PARAGANGLIOMAS DE CABEZA Y CUELLO FAMILIARES Y ESPORÁDICOS

M.A. Sevilla García, M. Hermsen, M. Guervós, S. Obeso, J.L. Llorente, J.P. Rodrigo, M. Balbín, C. Suárez Nieto
Hospital Central de Asturias; Instituto Universitario de Oncología del Principado, Asturias.

Introducción: Con la evidencia científica actual, un oncogen (RET) y 5 genes supresores tumorales (SDHB, SDHC y SDHD, VHL y RET) parecen estar implicados en la etiopatogenia de los paragangliomas (PGL). Poco se conoce sobre los cambios genéticos que desarrollan estos tumores. El objetivo de este estudio es comparar los cambios genéticos en tumores esporádicos y familiares.
Métodos: Se realiza un estudio de 8 casos familiares y 16 esporádicos de PGL de cabeza y cuello. Se emplea DNA extraído de los linfocitos de sangre periférica en los que se analizan las mutaciones germinales en SDHB, SDHC, SDHD, VHL y RET. Además, se realiza un análisis me-

diante microarrays-CGH de las muestras tumorales fijadas con parafina para estudiar también los cambios genéticos.
Resultados: Se encuentran mutaciones en SDHB en 6 casos y en 8 en SDHD. Nueve de estos 14 casos eran familiares y 5 esporádicos. Las mutaciones en VHL o RET estaban ausentes. Todos los casos con PGL múltiple tenían mutación en SDHD. Seis tumores, todos esporádicos, no mostraron alteraciones en los microarrays CGH. Los restantes 18 casos revelaron pocas alteraciones genéticas. Las pérdidas más frecuentes se hallaban en los cromosomas 1 y 11, localizaciones donde se hallan los genes SDH. Los casos con mutaciones SDHD mostraron una media de 3.8 cambios en los arrays-CGH, los casos con mutaciones en SDHB 2.2 y en los que no presentaban mutación 2.1.
Conclusiones: En nuestra serie, casi un tercio de los pacientes con PGL aparentemente esporádicos eran portadores de mutación en los genes SDHB y SDHD. Así, el análisis rutinario de estas mutaciones está indicado. Los tumores con mutaciones germinales en SDHD muestran una tendencia a tener más alteraciones cromosómicas comparadas con el resto. Asimismo, concluimos que los cambios genéticos en los cromosomas son infrecuentes.

252

HIPOACUSIAS GENÉTICAS. NUESTROS RESULTADOS

E. Fernández Pascual, A. Aviñoa Arias, P. Fernández-Miranda López, M. Sainz Quevedo
Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Son múltiples las etiologías que pueden dar lugar a una hipoacusia en sus diferentes grados. Queda recogido en la bibliografía que el 20% del total de las hipoacusias tienen una alteración genética en su origen.
Material y métodos: Hemos establecido en nuestro Servicio de ORL un protocolo de detección de hipoacusias de origen genético; el cual lo aplicamos a todos los pacientes hipoacúsicos que desean descartar esta causa e insistiendo en los casos que presentan antecedentes familiares. Para ello, extraemos una muestra sanguínea de 12 cc, realizamos una historia clínica específica y una audiometría tonal liminar, siendo todo ello enviado a un laboratorio de genética molecular donde se realiza el estudio.
Resultados: Confirmando los datos encontrados en la bibliografía, la alteración genética más frecuentemente detectada en nuestros pacientes es la mutación del GJB6, que interesa a la conexina 26, y que aparece en el 80% de la muestra estudiada.
Conclusión: El 20% de las hipoacusias parecen tener origen genético, siguiendo todos los patrones de herencia conocidos con predominio de la herencia autosómica recesiva, siendo la más frecuente la mutación de la conexina 26.

210

CARCINOMA FUSOCELULAR NASOSINUSAL

J. Aranberri Aresti, C. Zubimendi Eguiguren, H. Trelles Vargas, S. Quer, R. López, F. García-Bragado, Y. Ruiz de Azua, F. Arias
Hospital Virgen del Camino, Navarra.

Introducción: El carcinoma fusocelular es una variedad maligna y poco frecuente del carcinoma de células escamosas. Es una tumoración constituida por una doble proliferación celular: una sarcomatosa de células fusocelulares y otra carcinomatosa de células epiteliales.
Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 53 años que acude por un cuadro dolor facial que se extiende hacia zona frontal y parietal izquierda, con inflamación y alteración de la sensibilidad de hemicara izquierda, visión borrosa y epistaxis ocasionales.
Resultados: El estudio reveló la existencia de una extensa neoformación de origen en fosa nasal y seno maxilar izquierdo, con extensión-infiltración de fosa infratemporal y orbita izquierda. Estudio anatomopatológico: tumor fusocelular de malignidad intermedia.
Discusión/Conclusiones: El carcinoma fusocelular se considera un tumor bifásico dado sus componentes histológicos. Puede localizarse en cualquier epitelio corporal, aunque las vías aerodigestivas superiores, laringe y cavidad oral, son su lugar de asiento más frecuente, siendo la piel, el esófago y los senos paranasales localizaciones menos frecuentes.

138

RABDOMIOSARCOMA DE PEÑASCO INFANTIL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

L. Pardo Mateu, J.I. Estors Ferrero, M. Faubel Serra, E. Grau, B. Cano, P. Martínez, M.T. Llavero
Hospital de La Plana, Castellón.

Introducción: El rabdomiosarcoma del oído medio es un tumor raro y muy agresivo, pues además de infiltrar localmente, metastatiza con rapidez, tanto por vía vascular como por vía linfática. Presentamos un caso de rabdomiosarcoma de peñasco infantil, que debutó como parálisis del VI par craneal.
Material y método: Niña de 4 años que acude a Urgencias por estrabismo convergente del ojo derecho de 48 horas de evolución. Cefalea de intensidad leve en el último mes. Otoscopia: OMS leve OD. PEATC: Hipoacusia de transmisión moderada OD. Parálisis del VI par derecho. RNM cerebral: Compatible con compresión del VI par derecho por masa inflamatoria del ápex del peñasco (2,5 × 2 cm) a este nivel, que se extiende al seno cavernoso derecho. TAC peñasco, senos y base cráneo: Destrucción del peñasco derecho, con afectación esfenoidal. En el estudio de extensión, se observan metástasis pulmonares.
Resultados: Durante el ingreso va empeorando el estado general, con somnolencia, vómitos y rechazo de la alimentación, apareciendo parálisis facial periférica, por lo que se remite a Hospital de referencia para tratamiento multidisciplinario.
Discusión/Conclusiones: Debido a la sintomatología inespecífica, el diagnóstico clínico es difícil. En la mayoría de los casos el diagnóstico es exclusivamente histológico. El tratamiento tiene un carácter multidisciplinario, basado en la combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia. La parálisis adquirida del VI par craneal incluye patologías de muy diverso origen y significado. Al valorar a un niño con este tipo de semiología, debemos considerar en primer lugar la posibilidad de que se trate de un signo de hipertensión intracraneal.

305

DEHISCENCIA DEL CONDUCTO SEMICIRCULAR SUPERIOR

E. San Román Rodríguez, A. Soto Varela, S. Santos Pérez, T. Labella Caballero
Hospital Clínico Univ. de Santiago, A Coruña.

Introducción: La dehiscencia del conducto semicircular superior (DCSS) fue descrita por Minor y cols. en 1998. Consiste en la ausencia de cobertura ósea sobre el conducto semicircular superior en la zona más próxima a la duramadre de fosa craneal media, actuando como una tercera ventana.
Material y métodos: Paciente con episodios de mareo muy frecuentes, sin sensación de giro de objetos, que relaciona con mínimos esfuerzos físicos y con la maniobra de Valsalva, sin síntomas vegetativos ni auditivos. La exploración otoneurológica y ORL general son normales, sin desencadenarse nistagmus con la maniobra de Valsalva.
Resultados: ATL y timpanometría: normales. Fenómeno de Tullio: ausente (la audiometría con ruido blanco de hasta 110 dB no desencadena vértigo ni nistagmus). Posturografía dinámica: mal equilibrio global (66%) con mala utilización de la información vestibular. Videonistagmografía: pruebas calóricas: hipofunción derecha (31%). No aparece nistagmus con la maniobra de Valsalva. Ausencia de nistagmo espontáneo y con agitación cefálica. Potenciales miogénicos vestibulares: presencia de reflejo a 100 y 80 dB bilaterales y a 60 dB sólo en el lado derecho. TC de peñascos: dehiscencia bilateral del conducto semicircular superior. Dada la sintomatología mínima, se opta por tratamiento conservador.
Conclusiones: La DCSS es una entidad clínica recientemente descrita. La reparación quirúrgica del CSS se ha seguido de la resolución o mejoría de los síntomas en algunos pacientes, por lo que estamos ante una causa de vértigo potencialmente tratable.

373

NEURINOMA DEL VIII PAR DEL ÁNGULO PONTOCEREBELOSO

R. Moya Martínez
Hospitales Univ. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El neurinoma o schwanoma del VIII par es un tumor de aparición frecuente en el ángulo pontocerebeloso (1caso/100.000habi-

tante/año), que suele presentarse al igual que el resto de tumores de esta localización con acúfenos, hipoacusia y vértigo.
Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente de 33 años con antecedente de colesteatoma de oído izquierdo intervenido de mastoidectomía radical con parálisis facial izquierda posquirúrgica grado II de House-Brackmann que acude a urgencias por cuadro progresivo de un mes de evolución de incremento de la parálisis facial previa a un grado IV, hipoacusia izquierda y síndrome vertiginoso periférico.
Resultados: En la otoscopia del oído izquierdo destaca cavidad de mastoidectomía ocupada por material compatible con otomicosis que se aspira y se trata de forma tópica. Tras realización de RMN, se observa ocupación por tejido hipointenso en T1 de celdillas mastoideas del lado izquierdo que se acompaña de un engrosamiento del poro acústico izquierdo con realce intenso tras la administración de contraste con ligero componente extracanalicular a nivel del ángulo pontocerebeloso de dicho lado.
Conclusiones: Los tumores del ángulo pontocerebeloso son una patología de difícil diagnóstico diferencial, ya que se presentan con una sintomatología similar y en la que el uso de la resonancia magnética nuclear, constituye hoy en día una herramienta fundamental.

405

EPISTAXIS RECIDIVANTES

M.A. Díaz Díaz, M. Rodríguez Castejos, I. Fernández Robledo, J. Alacio Casero, E. Raboso García-Baquero
Hospital Univ. La Princesa, Madrid.

Introducción: La epistaxis es una patología muy frecuente y banal en la mayoría de las ocasiones. Es para muchos la causa más frecuente de urgencias ORL. Aunque los tumores nasosinusales pueden cursar de manera habitual al menos inicialmente con insuficiencia respiratoria nasal y hemorragia, es infrecuente que las epistaxis estén causadas por tumores.
Material y métodos: Presentamos los tumores nasosinusales diagnosticados en nuestro servicio y cuya manifestación clínica principal fue epistaxis de repetición en los ultimos 10 años.
Conclusión: Ante la repetición o persistencia de una epistaxis debemos inspeccionar cuidadosamente toda el área (fosas nasales, senos paranasales y cavum).

544

ACÚFENOS PULSÁTILES CAROTÍDEOS

M.L. Mozota Núñez, J.R. Mozota Núñez, M.J. Mozota Núñez, J.R. Mozota Ortiz
Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, Navarra.

Introducción: Hipótesis etiopatogénicas de los acúfenos relacionan la angiopatía del oído interno y vasculopatías generales con obliteraciones vasculares parciales carotídeas y provocan diversos tipos de acúfenos. Aparecen acúfenos sintomáticos en angeosis restrictivas seniles o ateroescleróticas, angeítis específicas de colagenosis o tromboangeitis y angioneurosis primitivas de Reynaud o secundarias a traumatismos o intoxicaciones del oído interno.
Objetivos: 1.- Conocer y describir las características de los ruidos de oídos no glómicos y su relación con las características de las restricciones de arterioesclerosis de carótida en estos casos. 2.- Analizar la posible significación de nuestras variables del acúfeno del oído con las placas de ateroma restrictivo carotídeo.
Material y métodos: Utilizamos el enmascarador específico de acúfenos para determinar que tipo de tinitus según la escala de Feldmann y el analizador computarizado de emisiones sonoras de oído con el programa electrónico de acufenometría, para descomposición objetiva con la transformada de Poirier, para conocer la resonancia del acúfeno en semitonos y medias escalas. Investigación en un solo cohorte, observacional y descriptiva y analítico en el cruce de datos para conocer las asociaciones y prevalencia del eco-doppler y acufenometrías. *Variables*: 1.- Predictivas de causa-efecto de edad, sexo, peso y otros procesos además de arterioesclerosis. 2.- Desenlace de resultados de frecuencia en que resuena el acúfeno, extensión en tonos.
Discusión/Conclusiones: Colegimos que en los casos de acúfenos objetivos existe una mayor o menor oclusión arterioesclerótica carotídea comprobada con eco-doppler. Los acúfenos en estos casos se presentan como ruidos de oído interno en frecuencias de tonos graves y sin ningún tipo de ruidos de nervio auditivo de tonos agudos. En estos pacientes los acúfenos se relacionan con la presencia de placas de ateroma en carótida pero no existe proporcionalidad de grado de obstrucción de carótida ni intensidad ni frecuencia tonal del acúfeno.

284

MANIFESTACIONES RINOLÓGICAS DE LA GRANULOMATOSIS DE WEGENER

F. Muñoz del Castillo, F. Ropero Romero, B. Fernández-Conde Rodríguez, E. Cantillo Baños, E. Alarcón Linares, J. Gutiérrez Jodas, A. Jurado Ramos
Hospital Univ. Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La granulomatosis de Wegener es una vasculitis granulomatosa necrotizante autoinmune que afecta con mayor frecuencia a varones adultos. La mayoría de pacientes presentan sintomatología rinológica crónica que puede evolucionar a deformidad nasal aunque la causa de mayor mortalidad es la afectación renal de la enfermedad.
Material y métodos: Varón de 41 años que presenta epístaxis recidivante, rinorrea y obstrucción nasal de años de evolución. Acude al Servicio de Urgencias por otalgia bilateral que no cede a tratamiento ATB junto a cuadro de epístaxis-hemoptisis acompañado de disnea.
Resultados: En la rinoscopia se observa perforación septal anterior de borde excrecente granulomatoso con abundantes coágulos y OMA bilateral. Ante la hemoptisis, se realiza radiografía PA de tórax, apareciendo nódulos pulmonares múltiples cavitados y en la analítica destaca una creatinina de 6 mg/dL. Se realiza biopsia de granuloma septal, descartando celularidad maligna. Para determinar la naturaleza del cuadro, se realiza ANCA que son positivos y biopsia pulmonar, apareciendo vasculitis granulomatosa necrotizante.
Conclusiones: Ante cuadros rinológicos de origen incierto que se acompañen de sintomatología sistémica, se deben excluir neoplasias y patología infecciosa en primer lugar, pero no deben olvidarse las vasculitis como rara etiología, pero de elevada morbimortalidad.

285

ESTESIONEUROBLASTOMA

F. Muñoz del Castillo, P. Figueroa Crespo, B. Fernández-Conde, J. Ortega Carpio, J. Gutiérrez Jodas, F. Bravo Rodríguez, F. Ropero Romero, A. Jurado Ramos
Hospital Univ. Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Los neuroestesioblastomas son tumores neurógenos que debe ser tenidos en cuenta por su parecido con los pólipos nasales y los angiofibromas nasofaríngeos. Son tumores neuroectodérmicos de origen en epitelio olfatorio poco frecuentes, que aparecen en adultos aunque también pueden encontrarse en adolescentes. Es frecuente la invasión central de fosa anterior por lámina cribosa.
Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 19 años con clínica de obstrucción nasal, epístaxis de repetición y rinorrea, algias faciales, apareciendo en la endoscopia nasal gran tumoración rojiza dura de aspecto polipoide. En la TAC aparece ocupación de luz de FND por masa de grandes proporciones que invade seno maxilar, órbita, espacio esfenopalatino y fosa infratemporal.
Resultados: En la arteriografía se evidencia vascularización incrementada, realizando embolización del tumor. Se realiza resección de la masa mediante Degloving mediofacial siendo el resultado de la anatomía patológica de neuroestesioblastoma.
Conclusiones: El tratamiento de elección es la cirugía con abordaje craneofacial de etmoides (ya que el tumor difunde peineuralmente alrededor de filetes del I par craneal, por lo que se debe acceder a la lámina cribosa), asociándose en estadio C a radioterapia y quimioterapia. Tiene una alta tasa de recidivas (50%) incluso tras 5 años de la cirugía, sin embargo son infrecuentes las metástasis cer-

vicales o a distancia (20%). La supervivencia es de un 70-75% a los 10 años.

315

MARCADORES NEUROBIOLÓGICOS EN ACÚFENOS

F.J. Aguilar Vera, I. Reyes Tejero, M.A. López González, J. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez, E.A. Mata, R. Moya, M.A. García, F. Esteban

Hospitales Univ. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: En la actualidad la valoración de acúfenos se basa en métodos subjetivos (acufenometría, escalas analógicas visuales, cuestionarios de incapacidad...). Basándonos en la descripción del modelo otoneurotransmisor de la vía auditivolímbica dopaminérgica, que establece una relación entre la actividad dopaminérgica (modulada por diferentes neurotransmisores) y la presencia de acúfenos; planteamos la posibilidad de considerar la presencia objetivable de estos neurotransmisores como posibles biomarcadores en pacientes con acúfenos.
Material y método: Selección de 54 pacientes con acúfenos que fueron derivados a la consulta de acúfenos-hiperacusia. Previamente a la instauración de un tratamiento específico se realiza una extracción sanguínea matinal en ayunas donde se determinan hemograma, bioquímica, estudio lipídico y niveles plasmáticos de hormonas del estrés (cortisol y prolactina), así como de distintos neurotransmisores relacionados con la vía dopaminérgica auditivolímbica (neuroestimuladores: glutamato y aspartato, neuroinhibidores: glicina y taurina, y del neuromodulador: glutamina).
Resultados: Niveles aumentados de hormonas de estrés en hombres y disminución de prolactina en mujeres. Aumento de neuroestimuladores y taurina; con disminución del neuromodulador y del neuroinhibidor glicina.
Discusión/Conclusiones: Concordancia entre resultados obtenidos y esperables en neurotransmisores a excepción de la taurina (posible mecanismo de compensación). Resultados preliminares que requieren una mayor muestra de pacientes.

306

DISPLASIA DE MONDINI

E. San Román Rodríguez, M. del Río Valeiras, T. Labella Caballero

Hospital Clínico Univ. de Santiago, A Coruña.

Introducción: La displasia de Mondini es una enfermedad congénita del oído interno, uni o bilateral. Consiste en el desarrollo incompleto coclear, causando grados variables de hipoacusia neurosensorial, generalmente de tipo familiar.
Material y método: Se revisan las historias de dos hermanos vistos en nuestra consulta por hipoacusia.
Resultados: La hermana fue estudiada en primer lugar siendo diagnosticada de una hipoacusia neurosensorial de grado moderado y se le adaptaron prótesis auditivas con buenos resultados. El hermano fue visto con posterioridad y en las pruebas audiológicas se detectó una hipoacusia profunda que no respondió a la adaptación de audífonos. Se consideró que era buen candidato para un implante coclear por lo que se solicitaron pruebas de imagen en las que se encontró una displasia coclear bilateral compatible con displasia de Mondini. Tras estos hallazgos se solicitaron pruebas de imagen de la hermana encontrando hallazgos similares.
Discusión/Conclusiones: La displasia de Mondini incluye diversas anomalías: cóclea plana, conducto coclear pequeño, modiolo hipoplástico, inmadurez de terminaciones vestibulares y auditivas, vestíbulo largo, conductos semicirculares largos, cortos o ausentes. Se origina por alteración del desarrollo y embriogénesis de la cápsula ótica hacia el final de la 7ª semana del desarrollo intrauterino. Puede asociarse a otras malformaciones. Puede aparecer de forma esporádica, asociarse a teratogénesis química o infecciosa y a otros síndromes: Di George, lippel-Feil, Wildervank, Pendred, Fountain o Johanson-Blizzard. También hay casos de displasia de Mondini no sindrómica de tipo familiar, que correspondería al caso de estos hermanos. Se considera que la transmisión es autosómica dominante.

406

COLGAJO PEDICULADO POSTERIOR DE MUCOSA DE CORNETE INFERIOR PARA EL CIERRE DE DEFECTOS EN CAVIDADES NASOSINUSALES

D. Castro Gutiérrez de Agüera, F.J. Muñoz Villanueva, F. Aguilar Vera, I.M. Reyes Tejero, E. Mata López, R. Moya Martínez, M.A. García Villarán, F. Esteban Ortega

Hospitales Univ. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La técnica de cierre con colgajo pediculado posterior de mucosa de cornete inferior se ha propuesto recientemente como alternativa al tratamiento de las fístulas de líquido cefalorraquídeo nasosinusales.
Material y método: La paciente presentaba una ocupación del seno esfenoidal izquierdo de aspecto líquido en la RNM. Se practica abordaje endoscópico comprobando la existencia de una erosión de la base de la apófisis pterigoides izquierda sin otras lesiones. Se sella el defecto realizando un colgajo pediculado de cornete inferior izquierdo reforzándose con Tissucol y Nasopore. El postoperatorio cursa sin complicaciones.
Resultados: Se constata el cierre por completo del defecto sin signos de recidiva hasta el momento. Queda pendiente el diagnóstico anatomopatológico definitivo.
Conclusiones: La técnica de cierre con colgajo se presenta como una técnica eficaz para el cierre de defectos de considerable tamaño en cavidades nasosinusales.

363

LA BRONCOSCOPIA RÍGIDA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS TRAQUEOBRONQUIALES EN LOS HH.UU. VIRGEN DEL ROCÍO.

M.Á. García Villarán, A. Mochón Martín, E. Mata López, R. Moya Martínez, R. Martínez Garrido, M. A. López González, F. Esteban Ortega

Hospitales Univ. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los cuerpos extraños traqueobronquiales suponen una patología grave que afecta principalmente a la edad pediátrica. La broncoscopia rígida permite el diagnóstico y tratamiento de los mismos, que muchas veces se sospechan por los elementos clínicos.
Material y métodos: Se presenta una serie de 15 casos clínicos de niños con sospecha de cuerpo extraño bronquial en los que fue necesaria la realización de broncoscopia rígida por parte del Servicio de ORL de los HH.UU. Virgen del Rocío.
Resultados: Se recogen datos sobre confirmación de la sospecha clínica, extracción de los cuerpos extraños y complicaciones intra y postoperatorias.
Conclusiones: La broncoscopia rígida es una técnica de elección para el tratamiento de cuerpos extraños en tráquea y bronquios. Debemos sospechar esta patología por los antecedentes y la clínica (sofocación y tos súbitas).En los niños se trata, en general, de cuerpos extraños vegetales que tienden a disolverse o fragmentarse lo que dificulta su extracción. Suponen una urgencia en ORL pediátrica puesto que pueden comprometer la vida del paciente.

265

SINUPLASTIA CON BALÓN: DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA

D. Pérez Pérez, T. Labatut Pesce, E. Mora Rivas, R. Polo López, C. Fragola Arnau, G. de los Santos Granados

Hospital Univ. Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La cirugía nasosinusal ha evolucionado significativamente en las dos últimas décadas tras la aparición de la cirugía endoscópica, que da inicio a la "cirugía mínimamente invasiva". Desde este momento han ido surgiendo innovaciones y procedimientos que mejoran/complementan esta técnica. La sinuplastia con balón es una nueva opción terapéutica para el tratamiento de la rinosinusitis crónica. Se basa en la utilización de diferentes tipos de catéteres (técnica utilizada satisfactoriamente en cirugía cardiaca, vascular o urológica) con el objetivo de conseguir la dilatación de los ostia sinusales.

Material y método: Exposición detallada del procedimiento quirúrgico conocido como sinuplastia con balón: material, equipo utilizado, preparación del paciente, pasos de la técnica... resaltando los aspectos más destacables.
Discusión/Conclusiones: Se efectúa revisión bibliográfica de la literatura. La sinuplastia con balón es un novedoso procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo, que puede complementar la cirugía endoscópica. Es una técnica aplicable a un grupo selecto de candidatos (se excluyen pacientes con poliposis nasal, antecedentes de cirugía nasosinusal, osteoneogénesis nasosinusal extensa, fibrosis quística, patología tumoral, disfunción ciliar) que tiene como fin la permeabilización de los ostia sinusales. Sus ventajas son el mínimo trauma mucoso, la reducción del sangrado, disminución de complicaciones... El uso del fluoroscopio durante el procedimiento expone tanto al paciente como al cirujano a una dosis de radiación muy baja, siendo mínimo el riesgo biológico.

532

CASO CLÍNICO: SCHWANNOMA INTRAPETROSO DEL NERVIO FACIAL

Y. Medina Villaseñor, J. Fusté Clapés, L. García-Ibáñez, E. Hernández Montero
Instituto de Otología García-Ibáñez, Barcelona.

Introducción: Los tumores del nervio facial son raros, pueden presentarse en cualquier segmento del nervio. El diagnóstico diferencial preoperatorio de lesiones intracanaliculares es difícil de realizar. Sin embargo, el correcto diagnóstico preoperatorio es importante porque la resección del tumor puede causar una parálisis facial permanente. Los tumores pequeños, pueden permanecer asintomáticos y ser descubiertos como hallazgos. El tratamiento definitivo es quirúrgico.
Material y métodos: Se presenta un caso de paciente masculino de 26 años, diagnosticado en enero de 2007 de schwannoma del facial en el IOGI, se realiza una revisión retrospectiva preoperatoria y postoperatoria, la función del facial fue evaluada utilizando la escala de House-Brackmann, y electroneurografia (ENg), preoperatoria como postoperatoria.
Resultados: Se realiza resección, encontrando tumor que afecta toda el área del ganglio geniculado alcanzando la posición horizontal del segundo codo facial, penetra en CAI hasta el APC, la extirpación es total. Se coloca injerto de nervio auricular mayor, se coloca fascia y tisucol. A los tres meses del postoperatorio la ENg muestra un umbral de 3,5 y una saturación de 12, del facial izquierdo y del facial derecho un umbral de 8,7 y saturación de 31,9, con una afección de las fibras de 65 a 70%.
Conclusiones: Una vez realizado el diagnóstico debemos considerar la clínica como principal parámetro para la elección quirúrgica, por lo cual existen el criterio de solo descomprimir el tumor y preservar la función del facial hasta donde sea posible, sin embargo al esperar más las fibras están más alteradas y la rehabilitación del nervio es más sombría. El tratamiento definitivo de esta entidad es excisión quirúrgica completa y posteriormente injerto o anastomosis primaria.

386

MALFORMACIONES VASCULARES Y ACÚFENO

S. Senao Fernández, M.J. Hervás Núñez, G. Álvarez Morujo de Sande, J. Lucas Velarde, A. Martín Mateos
Hospital Univ. Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: Las malformaciones vasculares relacionadas anatómicamente con el VII y VIII par craneal se manifiestan en ocasiones con un acúfeno como síntoma inicial.
Material y método: Presentamos dos pacientes con edad comprendida entre los 30-40 años que presentaron acúfeno pulsátil como síntoma inicial de su patología. Los estudios audiométricos revelaban los siguientes resultados. El primer paciente presentaba una audiometría tonal y timpanometría dentro de los patrones de normalidad. El segundo paciente presentaba una hipoacusia mixta en oído derecho de 30 dB con timpanometría dentro de los patrones de normalidad.
Resultados: Las imágenes obtenidas en la RNM fueron las siguientes. El primer paciente presentaba un angioma venoso en cerebelo derecho y elongación de la arteria laberíntica derecha que se apoyaba en el recorrido cisternal del VII y VII pares derechos. En el segundo paciente se apreciaba una estructura vascular, posiblemente venosa localizada detrás del recorrido intratemporal del VII par derecho. Los pacientes presentan persistencia de su sintomatología sin respuesta clínica a tratamientos médicos convencionales.
Conclusiones: Se define el acúfeno como la percepción de un sonido sin que exista fuente sonora externa que lo origina. Se trata de un síntoma en ocasiones invalidante que requiere un abordaje diagnóstico y terapéutico complejo. Aunque su fisiopatología no está aclarada, están implicadas áreas del sistema nervioso central y periférico, que explicaría la distinta percepción del síntoma por los pacientes y justificaría en parte, la débil respuesta a los diferentes tratamientos.

576

EL USO DEL FLOSEAL® COMO AGENTE HEMOSTÁTICO EN LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASAL EN LA POLIPOSIS NASOSINUSAL

J. Benítez del Rosario, A. Pérez Orribo, M. Valido Quintana, A. Oviedo, M. Ojeda, S. Domínguez
Hospital Universitario, Gran Canaria.

Introducción: Una de las complicaciones más frecuentes de la cirugía nasal es la aparición de epistaxis. Para evitarla, es de amplia práctica el uso del taponamiento nasal postoperatorio durante un tiempo variable. El Floseal (Baxter) es un agente hemostático compuesto por una matriz gelatinosa bovina con componentes humanos de Trombina utilizado para el control del sangrado en diferentes cirugías (craneal, hepática, tiroidea, amigdalar, nasal...). El uso de dicho producto permite evitar el taponamiento nasal postquirúrgico y disminuir el disconfort generado por ello.
Material y método: Presentamos un estudio prospectivo con un grupo de pacientes (25) operados mediante CENS con diagnóstico de poliposis nasosinusal y con el uso de Floseal y otro grupo control (25) operados mediante CENS y taponados con esponja. Realizamos una comparación del sangrado operatorio y el grado de confort entre los grupos. Dejamos pendiente de realizar un análisis de cicatrización a largo plazo.
Resultados: Con diferencia estadística, existe menos sangrado en los pacientes tratados con Floseal que en los taponados. Igualmente los pacientes tratados con Floseal revelan un mayor confort postoperatorio que los pacientes taponados, igualmente con significación estadística.
Conclusiones: El uso de Floseal es un adecuada y segura alternativa al uso del taponamiento endonasal en la CENS en casos de poliposis nasosinusal.

543

NECROSIS CENTROFACIAL EN PACIENTE COCAINÓMANA Y CON LINFOMA N/K. PROBLEMAS PARA EL DIAGNÓSTICO

C.A. Pérez Fernández, F. Cerván Rubiales, P. Seguí Moya, M.I. Rodríguez Francos, J.P. García de la Torre, P. Masegosa, M.R. García Rodríguez, T. García Fernández de Sevilla
Complejo Hospitalario, Albacete.

Introducción: El linfoma N/K de fosas nasales se presenta como un síndrome de necrosis en fosas nasales y estructuras centrofaciales de modo progresivo que causa una destrucción del macizo centrofacial. Se presenta el caso de una paciente cocainómana que presentaba una necrosis centrofacial en el contexto de linfoma N/K con las implicaciones diagnósticas que presenta.
Descripción del caso: Mujer de 29 años de edad que consulta por sinusitis crónica izquierda de meses de evolución y síndrome general acompañante. Antecedente de consumo de cocaína de forma habitual. En la exploración presentaba perforación septal y palatina con OMS OI. Se decide ingreso para estudio con analítica completa (serología, autoanticuerpos), pruebas de imagen y toma de varias biopsias con AL y con cirugía endoscópica nasosinusal siendo negativas para malignidad y cultivo positivo para variedad de gérmenes. Se instauró tratamiento médico con escasa mejoría. Desarrollo de síndrome de Horner izquierdo y aumento de granulaciones nasales por lo que se decide toma de biopsia por abordaje externo con resultado de linfoma N/K nasal. Estudio de extensión negativo (estadio 1E). Se instauró tratamiento QT (megaCHOP) + RT complementaria. Al año de finalizar tratamiento la paciente está libre de la enfermedad.

Discusión: La necrosis centrofacial puede tener un origen multifactorial: enfermedades infecciosas, inflamatorias, tumores o por tóxicos como la cocaína. El diagnóstico definitivo y diferencial se basa en el estudio histológico e inmunohistoquímico de las muestras. Y en ocasiones pueden confluir varias causas en su génesis.

559

OSTEOFIBROSIS MONOSTÓSICA RINOSINUSAL

J.R. Mozota Núñez, M.L. Mozota Núñez, M.J. Mozota Núñez, J.R. Mozota Ortiz
Sistema Navarro de Salud Osasumbidea, Navarra.

Objetivo: Estudiar y conocer estos casos poco frecuentes de ORL, sistematizados desde su descubrimiento en 1964 por REED.
Método: Hacemos un estudio observacional y descriptivo del caso, retrospectivo analítico de su evolución. Como criterio positivo de inclusión para realizar el estudio de este proceso fue el diagnóstico de "displasia osteofibrosa monostósica sinusal". Como criterios de exclusión por el diagnóstico diferencial con el osteosarcoma sinusal, con el "querubinismo", o tipos de enfermedad de Jones y Anderson, disóstosis craneofacial de la enfermedad de Crouzon, disóstosis craneofacial de Franchicheti o enfermedad de Lobstein con marmorización y escleróticas azules, disóstosis hereditaria de Feacher y Collins y osteosatirosis con osteopetritis de Alberts y Schömberg.
Caso clínico: Enferma de 36 años que denota asimetría facial progresiva con opacidad radiológica de un seno maxilar por lo que fue diagnosticada de sinusitis maxilar de origen dentario. Es vista en nuestra Consulta ORL por crecimiento progresivo y endurecimiento de un pómulo y deformidad de la arcada dentaria, con sintomatología de dolor inespecífico de hemicránea y posterior neuralgia de segunda rama de trigémino con dolor terebrante y sórdido. El TC es aclaratorio del diagnóstico diferencial y positivo de osteofibrosis monostósica rino-sinusal, cuyo diagnóstico fue comprobado por biopsia.
Discusión/Conclusiones: Nuestra investigación contribuye al conocimiento de este proceso, tan problemático en el diagnóstico ORL diferencial. Aportamos este trabajo como información de base para elaborar un protocolo para el despistaje y diagnóstico precoz de este proceso.

374

ASAS VASCULARES EN CAI Y APC.¿HALLAZGO CASUAL O PATOLOGÍA PREVALENTE?

R. Solís Vázquez, G. Trinidad Ruiz, C. Pantoja Hernández, E. Mora Santos, E. Cruz de la Piedad, E. Rejas Ugena
Hospital Universitario, Badajoz

Introducción: La presencia de asas vasculares en RMN de CAI es frecuente. En la mayoría de los casos se consideran un hallazgo casual ya que el paciente no presenta ninguna sintomatología. Sin embargo en ámbito ORL cobra relevancia su estudio en pacientes con clínica vestibular y/o auditiva unilateral.
Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de pacientes valorados en la Unidad de Otoneurología. Con un muestreo aleatorio simple se han escogido 100 pacientes con clínica vestibular y/o auditiva unilateral en los que tras la exploración inicial se solicitó RMN de CAI. Se estudia la existencia de estructuras vasculares en contacto con CAI/APC y su correlación con la clínica presentada por el paciente.
Resultados: Se evidenciaron asas vasculares en RMN de CAI de 5 pacientes. Los pacientes presentaban alteración auditiva, hiporreflexia unilateral detectada en videonistagmografía y/o acúfenos. En cuatro de estos pacientes la variante vascular se correlacionaba con la clínica referida. En uno de los casos, la clínica que presentaba la paciente era contralateral a la malformación vascular. Hallazgos de asas vasculares en RMN informadas por el Servicio de Radiodiagnóstico como normales.
Discusión/Conclusiones: En este estudio existe correlación directa entre la clínica y la alteración vascular en cuatro de los casos estudiados. Importancia de las pruebas de imagen, en nuestro caso RMN, como apoyo en el estudio y diagnóstico de asas vasculares en contacto con CAI/APC en pacientes con clínica vestibular/auditiva unilateral, indistinguible de otras patologías más prevalentes como la Enfermedad de Ménière.La necesidad por parte del especialista de ORL de examinar de forma directa la RMN ante la posibilidad de un informe inexacto.

555

HISTOPATOLOGÍA FARÍNGEA DEL REFLUJO

M.L. Mozota Núñez, J.R. Mozota Núñez, M.J. Mozota Núñez, J.R. Mozota Ortiz
Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, Navarra.

Objetivos: 1º.- Investigar la morfología lesional histopatológica de la irritación para conocer la quemadura faríngea del reflujo. 2º.- Sobre estos conocimientos establecer la base de la evolución lesional para prevenir y evitar su agravamiento, estableciendo un tratamiento adecuado según la fase del proceso.
Material y métodos: El método utilizado es la realización de microbiopsias faríngeas suficientes de las zonas lesionadas por el reflujo. La toma de biopsia se fija en líquido de Bouin Holanda de acetato de cobre neutro 2,5 g + ácido pícrico 4 g + agua destilada filtrada 100 cc + formol comercial 10 cc + ácido acético cristalizado 1 cc. Inclusión en parafina y cortes con microtomo coloreados con hematoxilina-eosina-azafrán y P.A.S.
Resultados: De las lesiones se observan en la fotografías desde congestión con infiltración celular inflamatoria hasta carcinoma hipofaríngeo de Barret del reflujo.
Conclusiones: El epitelio malpighiano faríngeo prolifera con acantosis y aumento de los espacios intercelulares epiteliales con rotura de fibrillas intercelulares, por donde penetra el reflujo en la capa epitelial hasta el corion o lámina propia submucosa. Comienza la inflamación con congestión y enlentecimiento de circulación vascular, edema, células inflamatorias que llegan a lugares interepiteliales, con condilosis de plasmocitospero sin ulceración epitelial, en la llamada "garganta roja" con disfagia hasta odinofagia muy dolorosas. Si bien la regresión es posible los tratamientos son tardíos e inadecuados algunas veces, por lo que se llega a la fibrosis subepitelial con retracción de la mucosa congestiva, atrofia glandular con sequedad y la secreción es sustituida por flemas de fibrina muy adherente y espesa o pegajosa, que le cuesta al paciente despegar y no la puede arrancar.

379

METÁSTASIS EN PIRÁMIDE NASAL DE CARCINOMA PULMONAR

R. Wegmann Vicuña, J. Quesada Martínez, C. García-Vaquero, J. Chamizo, E. Genestar
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Los tumores metastásicos nasales son poco frecuentes en la literatura. El más común es el carcinoma de células renales. Otros incluyen los tumores de pulmón y mama.
Material y método: Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico final de carcinoma escamoso pulmonar cuya presentación inicial fue una metástasis en pirámide nasal, intervenida quirúrgicamente al no presentar evidencia de enfermedad en otros sitios al momento de la evaluación preoperatoria.
Resultados: En el postoperatorio, el paciente desarrolló metástasis ganglionares cervicales y tiroidea, con aparición de clínica pulmonar en cuyo estudio se objetivó la presencia de un carcinoma escamoso.
Discusión/Conclusiones: Los tumores metastásicos nasales son poco frecuentes. Existen pocos casos de metástasis de carcinoma pulmonar comunicados en la literatura. La evaluación preoperatoria debe ser exhaustiva si se plantea el tratamiento quirúrgico de la lesión nasal con intención curativa, pudiendo el tumor primario ser clínica y radiológicamente silente al momento de la presentación.

580

COMPLICACIÓN A LARGO PLAZO DE LA INTERVENCIÓN DE EYRIES

C. Calvo Navarro, M.Bohé Rovira, M.V..Pulido Clarasó
Hospital Plató, Barcelona.

Introducción: La intervención de Eyries se utilizaba a mediados del siglo pasado como tratamiento de las rinitis atrófica derivada de la ocena.Consistía en la implantación bajo la mucosa del tabique de bastonillos de material acrílico con la intención de reducir el tamaño de la cavidad nasal.

Material y métodos: Se presenta caso clínico mujer de 65 años que consulta por cacosmia de años de evolución, que no mejora con el tratamiento antibiótico local y/o sistémico. Destacan entre sus antecedentes patológicos una TBC a los 15 años y una intervención nasal a los 16 años por fetidez(que no comunicó en su anamnesis inicial). Se le practica estudio por imagen evidenciándose una disrupción del tercio posterior del septum nasal y hipertrofia de la mucosa maxiloetmoidal y de cornetes. La endoscopia muestra formación polipoide recubierta de secreciones costrosas y sinequia con cornete inferior . Se decide abordaje quirúrgico mediante cirugía endoscópica nasosinusal.
Resultados: En la resección del septum se localiza un fragmento de unos 4.0 x 0.5 cm de un material de aspecto óseo, con un extremo putrefacto y fétido. Se remite la pieza a anatomía patológica, sin que finalmente se logre identificar su composición. El cultivo de las secreciones fue negativo. En visita de control postoperatorio realizado a las 4 semanas, la paciente se encontraba totalmente recuperada y asintomática de la fetidez nasal inicial.
Discusión/Conclusiones: en los casos de rinorrea y cacosmia en los adultos, descartada la etiología infecciosa y tumoral, hay que pensar en la presencia de cuerpos extraños, especialmente en pacientes que refieren intervenciones nasales practicadas en la época referida. En el caso de esta paciente, el hecho de remitir la sintomatología al retirar el implante induce a pensar que la fetidez inicial posiblemente no era debida a una ocena, sino a otra causa distinta, que en su caso podría ser una TBC nasal.

329

SEPTOPLASTIA EN RÉGIMEN DE CMA: PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD EN EL POSTOPERATORIO

J.A. Márquez Moyano, C. Poyato Zamorano, P. Gómez Latorre
Hospital de Montilla, Córdoba.

Introducción: La septoplastia es una intervención que se puede realizar como Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). En nuestro centro es así desde que se comenzó la actividad quirúrgica. Mediante el siguiente estudio se pretende valorar el estado general del paciente a lo largo del postoperatorio.
Material y método: pacientes programados en régimen de CMA en nuestro centro (n = 50). Se diseñó un cuestionario para cuantificar el estado general al alta y a las 48 horas, con varios ítems (capacidad para caminar, tolerancia al alimento, molestias derivadas del taponamiento, necesidad de cuidados). Todos los pacientes mostraron su consentimiento para ser incluidos.
Resultados: n = 50, 41 hombres, 9 mujeres. La capacidad para caminar la calificaron como buena-muy buena 98% la tarde de la intervención y el 96% a las 48 horas. La tolerancia al alimento la calificaron como buena-muy buena 98% la tarde de la intervención y el 96% a las 48 horas. La tolerancia al taponamiento la calificaron como moderada el 56% la tarde de la intervención (10% insoportable) y el 46% a las 48 horas (20% insoportable). Necesidad de cuidados: el 76% consideró que era autónomo en la tarde de la cirugía y el 86% a las 48 horas. El 98% respondió a las 48 horas que se consideraba bien para ser dado de alta.
Discusión/Conclusiones: La CMA es un régimen de ingreso válido para la septoplastia. El paciente se encuentra mejor a las 48 horas que en la tarde de la cirugía pero la tolerancia al taponamiento es menor.

417

CARCINOMA NASO-SINUSAL INDIFERENCIADO – CASO CLÍNICO

J.D. Martins, H. Amorim, C. Pinheiro, A. Santiago, H. Silva, P. Gonçalves, R. Pratas, C. Carvalho
Hospital São Sebastião, Santa Maria Feira, Portugal.

El carcinoma naso-sinusal indiferenciado (CNSI) es una neoplasia maligna rara y agresiva de la cavidad nasal y los senos perinasales (SPN), con frecuencia invade la órbita y la base del cráneo en el momento del diagnóstico. Ha sido descrita como una entidad clínico-patológica distinta en 1986 por Frierson et al. y son aún pocas las descripciones existentes en la literatura científica. Los autores presentan una revisión bibliográfica a propósito de un caso clínico de un paciente de 65 años edad con recidiva de CNSI del seno maxilar izquierdo.

419

MUCOCELE FRONTAL Y CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASAL

M.A. Díaz Díaz, J. Horna Castiñeiras, S. Álvarez Carrillo, F. Mera Menéndez, J. García de Gregorio, E. Raboso García -Baquero
Hospital Univ. La Princesa, Madrid.

Introducción: El mucocele es la lesión quística expansiva más frecuente de los senos paranasales, su comportamiento es benigno y con alta tendencia a la destrucción ósea. Es causado por la acumulación de moco en presencia de obstrucción sinusal. Se localiza con más frecuencia seno frontal, seguido del etmoidal, maxilar y esfenoidal. Radiológicamente son lesiones expansivas y destructivas de baja densidad sin realce al contraste. Su tratamiento es esencialmente quirúrgico.
Material y metodos: Presentamos revisión de los mucoceles frontales diagnosticados en nuestro servicio en el último año.
Conclusión: Ante el aumento de número de casos de mucoceles frontales diagnosticados en nuestro servicio que tienen en común como antecedente CENS por rinosinusitis crónica con y sin pólipos se realiza revisión bibliográfica y de la literatura de los posibles cambios epidemiológicos de esta patología.

353

SPLIT CRICOIDEO EN ESTENOSIS LARÍNGEA POSTINTUBACIÓN

F. Culaciati Tapia, E. Novas Valiente, N. Bejarano Panadés, C. Artigas Sapiaín
Hospital Univ. Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: El recién nacido de pretérmino supone un reto médico para la supervivencia debido a la gran cantidad de patologías por la que frecuentemente debe atravesar hasta completar su madurez. Las estenosis laríngeas ya sea por causa congénita o postintubación suponen un riesgo añadido a la supervivencia.
Materiales y métodos: Presentamos el caso de un recién nacido pretérmino de 25 semanas con peso adecuado para edad gestacional ingresado en UCI neonatal donde requirió intubación traqueal con extubaciones e intubaciones frecuentes. A los 54 días de vida presenta estridor de predominio espiratorio por lo que se realiza fibrobroncoscopia encontrándose paresia de cuerda vocal derecha y probable estenosis subglótica que se confirma en una nueva exploración a los 81 días de vida. Se decide previa evaluación por anestesia someter a la liberación de dicha estenosis mediante la realización de un split cricoideo para dejar in situ un tubo endotraqueal del 3,5. Dicha intubación se mantuvo durante 10 días, extubándose en quirófano sin incidentes y sin reestenosarse a la fecha actual.
Resultados: Resolución de la estenosis subglótica.
Discusión/Conclusiones: La presencia de una estenosis subglótica supone un riesgo importante para el neonato que debe ser resuelta cuando compromete la ventilación espontánea. El split cricoideo es una técnica sencilla y rápida que permite resolver esta patología con un gran porcentaje de éxito.

488

OTORREA DE PRESENTACIÓN AGUDA

I. García López, M. Pérez Ortín, J. Peñarrocha Teres, A. Carrasco Gómez, I. Rabanal Retolaza, J. Gavilán Bouzas
Hospital Univ. La Paz, Madrid.

Introducción: La otorrea aguda es una forma de presentación habitual de otitis media aguda en los niños.
Material y método: Presentamos el caso clínico de un varón de 3 años de edad con otorrea aguda y fiebre de varios días de evolución. A pesar del tratamiento antibiótico presenta empeoramiento del estado general con signos meníngeos positivos y presencia de antígeno de neumococo en líquido cefalorraquídeo. Se realiza drenaje transtimpánico (DTT) a pesar del cual no se objetiva mejoría. En tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) se observa la presencia de un empiema subdural con trombosis del seno sigmoide ipsilateral. Se realiza mastoidectomía simple con posterior mejoría de los signos y síntomas del paciente.

Resultados: Se muestran las imágenes radiológicas ilustrativas de complicaciones a nivel del sistema nervioso central de un proceso infeccioso agudo a nivel del oído medio.
Discusión/Conclusiones: Ante una otitis media aguda que no responde a tratamiento antibiótico hay que sospechar la existencia de complicaciones mediante los datos de historia clínica y la exploración física. En el caso de las complicaciones intracraneales resulta especialmente útil la utilización de la TC y la RM. En muchas ocasiones es insuficiente la colocación de DTT y es preciso realizar una mastoidectomía para tratar estas complicaciones.

316

TUBOS DE VENTILACIÓN TRANSTIMPÁNICA EN "T" EN EDAD PEDIÁTRICA. INDICACIONES Y RESULTADOS EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

F.J. del Rey Tomás-Biosca, L. Sgambatti Celis, R. de la Fuente Cañibano, F. Sánchez González, M. Jáñez Moral, F. Benito González
Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

Introducción: Los tubos de ventilación transtimpánica son dispositivos que permiten mantener el tímpano abierto para ventilar artificialmente el oído medio y que reestablecen la función de drenaje de la trompa de Eustaquio. Son utilizados fundamentalmente en el tratamiento de las otitis seromucosas cronificadas. Existen 2 tipos fundamentales: tubos estándar (tipo Sephard) y tubos de larga duración (tipo "T" de Goode).
Material y método: Se estudiaron los 11 pacientes (7 varones y 4 mujeres) en edad pediátrica (0-13 años), entre enero de 2002 y diciembre de 2007, a los que se colocó drenajes transtimpánicos en "T" bajo anestesia general. Todos presentaron como patología común otitis seromucosa bilateral crónica e hipertrofia adenoidea.
Resultados: Se obtuvieron un total de 19 oídos intervenidos, con un número total de implantaciones de 23. La edad media de la primera implantación con drenaje en "T" fue de 5,6 años. Se realizaron un 78,26% en cuadrante timpánico antero-inferior y un 21,74% en cuadrante antero-superior. Se retiraron el 52,17% de los drenajes (duración media hasta la retirada de 23 meses), se expulsaron el 26,09% y persisten en la actualidad un 21,74%. El porcentaje de perforaciones timpánicas residuales fue de 26,32%. El tiempo medio entre la primera consulta y la primera colocación de un drenaje en "T" fue de 17,2 meses.
Conclusiones: Se exponen las distintas ventajas (ventilación más prolongada del oído medio) e inconvenientes (mayor número de perforaciones y atelectasias timpánicas residuales) de los drenajes en "T", así como las indicaciones y el seguimiento de los pacientes de nuestra serie.

437

APLICACIÓN TÓPICA DE MITOMICINA 0,02% EN EL TRATAMIENTO DE LA ATRESIA COANAL

F.J. Avilés Jurado, L. Canadell, J. Merán Gil, M. Tobed, E. Doménech, R. Pardo, E. Figuerola
Hospital Univ. Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: La atresia de coanas es una entidad que consiste en una obstrucción nasal congénita del orificio posterior de las fosas nasales que puede ser uni o bilateral, membranosa u ósea. Resulta de una alteración en el desarrollo embrionario durante la cuarta semana persistiendo la membrana naso-bucal. La mitomicina es un citostático utilizado tópicamente para neoplasias dermatológicas y oftalmológicas con buena tasa de éxito.
Material y método: Descripción de resultados de dos pacientes con atresia coanal unilateral y bilateral respectivamente que fueron tratados mediante cirugía endoscópica nasosinusal y administración tópica de mitomicina 0,02% durante 2 minutos y colocación de stents durante un periodo de entre 4 y 10 semanas.
Resultados: Atresia bilateral fue intervenida posprimeras días de vida, utilizando CENS + mitomicina 0,02% + stent. No se produjeron complicaciones postquirúrgicas y el stent fue retirado a las cuatro semanas de la cirugía. En las revisiones posteriores (seguimiento de 2 años) no objetivamos recidiva. En el caso de la atresia unilateral, la paciente tenía seis años y presentaba atresia oseomembranosa, presentaba clínica de rinorrea persistente. Se realiza CENS + mitomicina tópica 0,02% + stent. En el seguimiento (seis meses) tampoco objetivamos recidiva.
Conclusión: Aunque el papel exacto de la mitomicina creemos que debe ser investigado, parece que la utilización de dicho citostático disminuye la tasa de recidiva de la atresia coanal.

440

RABDOMIOSARCOMA DE OÍDO MEDIO. EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES TRAS 9 AÑOS DE TRATAMIENTO.

J. Zubicaray Ugarteche, R. López Diu, L. Arbizu Ruiz, I. Arruti, P. Rodríguez
Hospital Virgen del Camino, Navarra.

Introducción: Los rabdomiosarcomas son uno de los tumores más frecuentes de cabeza y cuello en los niños. Presentamos este caso por sus problemas en el diagnostico inicial y porque pasado muchos años la paciente sigue viva y conocemos bien su evolución y secuelas.
Material y método: Niña de 5 años en el momento del diagnóstico con otorrea e imagen compatible con pólipo en CAE. AP: prima rabdomiosarcoma de sacro. Se tomó biopsia, resultado compatible con colesteatoma. TAC compatible con colesteatoma. Se realizó intervención quirúrgica y dado la consistencia de la formación polipoide se hizo biopsia intraoperatoria con resultado de rabdomiosarcoma. Se suspendió la intervención. Se hizo estudio de extensión, RM, gammagrafía.
Resultados: Tratamiento radioterapia y quimioterapia. Remisión completa .Normalización de oído medio. A los 2 años comenzó con retracción timpánica no controlable con DTT. Actualmente tiene un colesteatoma en caja que se limpia periódicamente.
Discusión: La evolución ha sido satisfactoria en relación al estadio. Las lesiones por la radioterapia pueden ser diferidas. Se plantea la duda de la intervención quirúrgica del colesteatoma por el riesgo a tener una complicación secundaria a la radioterapia.

335

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA RECIDIVANTE

M. Jáñez Moral, L. García Pérez, F. del Rey Tomás-Biosca, R. de la Fuente, J. Carlos del Pozo, F. Sánchez González
Hospital Clínico Univ., Salamanca

Introducción: La parálisis facial periférica es una entidad muy frecuente dentro de la patología ORL. Es imprescindible realizar un diagnóstico mediante la sintomatología, la exploración, los antecedentes personales y familiares, las pruebas de laboratorio y las pruebas de imagen.
Material y métodos: Se trata del caso de una paciente mujer de 72 años, que acude al Servicio de Urgencias por presentar parálisis facial periférica izquierda de 10 horas de evolución, con cuadro catarral previo, que presenta como único síntoma ORL algia preauricular izquierda. A la exploración presenta bolsa de retracción postero-superior izquierda estable. La audiometría refleja una hipoacusia mixta izquierda y neurosensorial derecha. Las curvas son tipo B sin reflejos. Las pruebas de imagen nos informa como posible tumoración en poro acústico bilateral.
Resultados: Se trata del caso de una paciente con parálisis facial recidivante que se puede orientar de tres formas según su forma de aparición, la exploración otoscópica y la pruebas de imagen: en primer lugar por la presentación aguda se puede pensar en una etiología a friggore, en segundo lugar por la otoscopia se puede pensar en un proceso colesteatomatoso del oído medio y en tercer lugar por el diagnóstico de imagen nos orienta a una neurofibromatosis.
Conclusiones: La neurofibromatosis tipo II es una enfermedad multisistémica, progresiva, familiar o esporádica. Presenta una prevalencia de 1 por cada 50000 habitantes. Las opciones terapéuticas son variables según el tamaño de las lesiones.

516

HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE KEARNS-SAYRE

R. Artal Sánchez, B. Ágreda Moreno, E. Serrano Añón, J. Royo López, H. Vallés Varela
Hospital Clínico Univ. Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: El síndrome de Kearns-Sayre es una rara y fatal entidad clínica, perteneciente al grupo de las encefalomiopatías mitocondriales.

Se caracteriza por la triada compuesta por retinitis pigmentaria, oftalmoplejia e inicio antes de los 20 años, además de una de las siguientes situaciones: proteinorraquia de más de 100 mg/dl, bloqueo de la conducción cardiaca y síndrome cerebeloso. Se asocia a otras alteraciones como pérdida de la audición, debilidad de las extremidades, diabetes mellitus, hipoparatiroidismo, irregularidades menstruales, déficit de GH y disfunción tubular (sd. de Fanconi). No existe tratamiento curativo, por lo que nuestra actuación está encaminada al alivio sintomático
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 20 años que actualmente presenta una grave alteración de la motricidad por miastenia, oftalmoplejia, ptosis palpebral, importante disfagia e hipoacusia neurosensorial progresivas. Diagnosticada años atrás de enfermedad mitocondrial, es controlada periódicamente en nuestras consultas por su pérdida de audición. Actualmente es portadora de audífonos.
Conclusiones: En los pocos casos comunicados la supervivencia a corto plazo viene condicionada por la alteración en la conducción cardiaca y la miocardiopatía. El proceso neuromuscular es de evolución tórpida. En el área de investigación médica existen progresos diagnósticos mediante biopsias de músculo, lo que permitirá examinar el tipo de alteración genética que se está produciendo y cómo tratarla o prevenirla.

198

REQUISITOS PARA EL ÉXITO DEL IMPLANTE COCLEAR

M.A. Gutiérrez Revilla
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Desde hace varias décadas el implante coclear es el tratamiento de elección para las sorderas neurosensoriales severas-profundas bilaterales no susceptibles a audífonos. Con el implante coclear se obtienen grandes resultados en la percepción auditiva. En la actualidad el uso del dispositivo de forma bilateral se incrementa. Con este trabajo se pretende demostrar de manera científica el beneficio del rendimiento auditivo, desarrollo de habilidades lingüísticas, en general, una gran mejora en la calidad de vida de aquellos pacientes cuyas variables vitales: culturales, escolares, familiares, laborales, económicas, aspectos psicológicos y médico-quirúrgicos entre otras, son analizadas de forma exhaustiva.
Material y métodos: Población del estudio: 40 pacientes con implante coclear, de los cuales 20 (10 niños y 10 adultos) mantienen una posición óptima en las variables vitales y otros 20 (10 niños y 10 adultos), por el contrario, carecen de una o más de dichas variables. Las dos marcas comerciales utilizadas en nuestro centro son: Med-el con los electrodos internos: C40+ y PULSAR CI 100 y correspondientes procesadores: T+ y OPUS2. Cochlear con los electrodos internos: N24k y FREEDOM y correspondientes procesadores: 3G y FREEDOM. Los métodos utilizados para evaluar el rendimiento y los beneficios son mediante técnicas normalizadas y sonómetro EGESA SB/HE-30.
Resultados: Se comprueba que gracias a la implantación coclear se consigue un buen rendimiento auditivo y mejora de la calidad de vida siempre que las variables determinantes del éxito se hayan ajustado en todas sus áreas vitales.
Discusión/Conclusiones: El éxito de la implantación coclear con la obtención de beneficios auditivos requiere un análisis exhaustivo de múltiples variables previa realización de la cirugía.

Comunicaciones Vídeo

Se pueden ver todos los vídeos en dos pantallas dedicadas que estarán en la zona de pósteres durante todos los días del Congreso

Se pueden consultar los textos de los resúmenes en la pág. 62

LUNES, 20 DE OCTUBRE

AUDITORIO AUGUST

09,00–11,00

Ponencia oficial

Complicaciones en cirugía ORL: prevención y tratamiento

Director: Manuel Bernal Sprekelsen
Ponentes: Isam Alobid, Ricardo Carrau, Carlos Cenjor Español, Juan Luis Gómez González, Raimundo Gutiérrez Fonseca, Luis Lassaletta Atienza, Manuel Manrique Rodríguez, Humbert Massegur Solench, Eduardo Morera Serna, Ángel Ramos Macías, Adolfo Sarandeses García, Manuel Tomás Barberán, Julián Trujillo Piedrahita, Isabel Vilaseca González

11,00–11,30

Inauguración oficial, entrega de premios y menciones

11,30–12,00 **Pausa Café**

12,00–12,30

Conferencia Magistral

CF01 Cirugía endoscópica de base de cráneo: de la fantasía a la realidad

Conferenciante: Ricardo Carrau
Modera: Primitivo Ortega del Álamo

12,30–13,00

Conferencia Magistral

CF02 Laringectomía subtotal reconstructiva: posibilidades actuales y límites.

Conferenciante: Enrico de Campora
Modera: Jesús Algaba Guimera

13:00-14:00

Informe sobre la situación actual de las unidades docentes de ORL

Carlos Suárez Nieto
Serafín Sánchez Gómez

14,00–16,00 **Comida**

16,00–17,00

Curso de instrucción

11

TRATAMIENTO REHABILITADOR DE LAS ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO: DESDE LOS EJERCICIOS DOMICILIARIOS HASTA LA REHABILITACIÓN INSTRUMENTAL

M. Rossi Izquierdo, S. Santos Pérez, A. Soto Varela
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Consideramos rehabilitación vestibular al conjunto de ejercicios encaminados a favorecer la plasticidad del sistema nervioso central mediante mecanismos de adaptación o a generar otros de sustitución en los pacientes con alteraciones del equilibrio, con el fin de mejorar su estabilidad global y favorecer su incorporación a las actividades de la vida diaria. En este curso comenzaremos describiendo cómo diseñar un programa básico de ejercicios domiciliarios en función de los déficits de cada enfermo. Posteriormente mostraremos otras técnicas instrumentales más avanzadas como son los ejercicios de control postural mediante la posturografía dinámica computerizada y las actividades para estabilizar la mirada por medio del estímulo optocinético. Haremos especial hincapié en el método de cómo realizarla (número de sesiones, duración de las mismas, terapias adicionales, etc...) y las indicaciones actuales. También detallaremos las distintas maneras de cómo evaluar los beneficios del tratamiento (test de timed up and go, posturografía dinámica computerizada, el sistema sway star, el Dizziness Handicap Inventory y la escala funcional de la Academia Americana de Otorrinolaringología). Finalmente en base a las fuentes bibliográficas actuales y a nuestra experiencia discutiremos los puntos clave que pueden modificar el éxito de esta terapia (edad avanzada, momento del comienzo de la rehabilitación, morbilidad asociada, tipos de afectaciones, etc...).

17,10–18,10

Curso de instrucción

50

DACRIOCISTORRINOSTOMÍA LÁSER TRANSCANALICULAR. TÉCNICAS AVANZADAS

J. Maeso Riera, M.T. Sellarès Fabrés
Centro Médico Delfos. Centro Internacional de Medicina Avanzada; Consorci Sanitari Parc Taulí, Barcelona.

Partiendo del conocimiento de las técnicas actuales en el tratamiento de las oclusiones lagrimales, estudiaremos que factores pueden influir en los resultados y como podemos intentar mejorarlos. Expondremos aquellos casos complejos, las dificultades que presentan las técnicas, cómo estudiarlas y cómo manejarlas, para dotar de habilidades que permitan, en lo posible, solucionar desde los casos más simples a aquellos más complejos, prever estrategias de tratamiento, intentando evitar complicaciones y aprender a manejarlas.
Guión: 1.- Técnicas actuales en cirugía lagrimal: - Técnicas y variaciones. Qué láseres empleamos y cómo. - Indicaciones y limitaciones. – Materiales. 2.- Dificultades técnicas: de origen lagrimal y de origen nasal. 3.- Errores comunes. 4.- Casos difíciles. 5.- Complicaciones: como evitarlas y como manejarlas. 6.- Discusión.

18,30

Asamblea general de la SEORL-PCF

LUNES, 20 DE OCTUBRE

SALA EUTYCHES

13,00–14,00

Sesión de comunicaciones de orales 10

Presidente: Claudio Fragola Arnau
Secretario: Margarita Mesa Marrero

30

¿ES NECESARIO DIFERIR LOS VACIAMIENTOS CERVICALES EN LAS LARINGECTOMÍAS SUPRAGLÓTICAS LÁSER?

A. Coca Pelaz, S. Obeso Agüera, R. Sánchez Fernández, J. P. Rodrigo Tapia, R. Charlone, R. Cabanillas Farpón, J. L. Llorente Pendás, C. Suárez
Hospital Univ. Central, Asturias.

Introducción y objetivos: La laringectomía supraglótica endoscópica con láser CO_2 es una técnica con resultados oncológicos similares a la técnica convencional. El tratamiento del cuello es esencial en estos tumores, realizándose en general de forma diferida respecto al tratamiento del tumor primario. El objetivo de este trabajo es analizar si es seguro realizar los vaciamientos cervicales de forma simultánea a la laringectomía supraglótica láser.
Métodos: Se estudian 24 pacientes con carcinoma epidermoide supraglótico a los que se realizó una laringectomía supraglótica con láser CO_2 y vaciamiento cervical bilateral. En 12 pacientes los vaciamientos fueron realizados de forma diferida a la laringectomía (media de 15 días), y en los otros 12 de forma simultánea. Ambos grupos eran similares en cuanto a la distribución por estadios y la edad de los pacientes.
Resultados: No se encontraron diferencias significativas en cuanto a las complicaciones quirúrgicas (p = 0,18), la necesidad de traqueotomías postoperatorias (1 en cada grupo; p = 0,99), las neumonías por aspiración (p = 0,48), y la media de la alimentación por sonda nasogástrica (p = 0,36). La estancia media hospitalaria fue 5 días mayor en el grupo de los vaciamientos diferidos.
Conclusiones: La realización de los vaciamientos cervicales en un solo tiempo quirúrgico con la laringectomía supraglótica láser es un procedimiento seguro, que no aumenta las complicaciones postoperatorias, y permite disminuir la estancia hospitalaria.

48

MODELO EXPERIMENTAL DE ENTRENAMIENTO EN MICROCIRUGÍA VASCULAR

C.M. Pollán Guisasola, N. Miró Castillo, J. Vergés Bueno, M. Palau, D. Guerrero, S. Lareo Copa, J. Prades, R. Bomeo, F. Roca-Ribas Serdá
Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Introducción: La microcirugía vascular es un recurso reconstructivo con particular interés en cabeza y cuello tras resecciones oncológicas, pero es una técnica nueva para muchos centros y requiere un entrenamiento específico. Con la intención de implantar en nuestro centro este tipo de cirugía hemos diseñado un estudio utilizando ratas en el quirófano experimental.
Material y método: Se han utilizado 30 ratas Sprague-Dawley entre 250 y 450 gramos de peso, en las que se realizaron los siguientes procedimientos microvasculares: 22 suturas término-terminales de carótida, 7 término-laterales de carótida, 47 suturas termino-terminales de yugular interna, 15 suturas término-terminales de arteria femoral y otras tantas de vena femoral. Se analizan los tiempos consumidos en cada ejercicio y la permeabilidad inmediata y a los 7 días, así como la variación de estos parámetros con el aumento de experiencia.
Resultados: En el caso de las carótidas término-terminales la permeabilidad inmediata fue del 95% y del 91% en la revisión, en las carótidas término-laterales la permeabilidad fue del 100%, en las yugulares la inmediata fue del 75% y del 80% a la revisión, apreciándose unos claros mejores resultados en la segunda mitad de los ejercicios. Los vasos femorales fueron con menos frecuencia permeables tras la sutura: 63% y 37% en arteria y vena respectivamente.
Conclusiones: La sutura microvascular es una técnica difícil, pero asequible con entrenamiento. A mayor calibre del vaso mayor facilidad de sutura y mayores tasas de permeabilidad. La anastomosis venosa es más complicada por la fragilidad y colapsabilidad de su pared.

118

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA UTILIZACIÓN DE LA MINIGAMMACÁMARA INTRAOPERATORIA EN EL MANEJO DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO.

P. Estrems Navas, N. Baviera Granell, G. Pastor Canicio, R. Balaguer García, J. Ferrer-Rebolleda, P. Sopena, F. Guallart Doménech, J. Dalmau Galofré
Hospital Dr. Peset, Valencia.

Introducción: Actualmente, no existe ninguna técnica de imagen que permita la exacta localización de las glándulas paratiroides patológicas, lo que facilitaría una cirugía mínimamente invasiva en este tipo de patología. Nos planteamos cuál puede ser la aportación intraoperatoria de una nueva minigammacámara portátil (MGP).
Material y métodos: Estudiamos de forma prospectiva un total de 21 pacientes diagnosticados de hiperparatiroidismo primario (HPP 1°), comparando los resultados obtenidos mediante las técnicas de localización preoperatoria y la MGP respecto a los hallazgos quirúrgicos. Como estudio preoperatorio se realizó ecografía y gammagrafía Tc99m-MIBI. Para la realización de las gammagrafías intraoperatorias, se empleó la MGP (Sentinella 102® - GEM-Imaging-Oncovision). (Matriz 30 × 30, 30-120 segundos por imagen, colimador pin-Hole), siendo necesaria la inyección iv de 3-5 mCi de Tc99m-MIBI diez minutos antes de la cirugía.
Resultados: Las técnicas de localización preoperatoria mostraron una sensibilidad (S) de 80%, especificidad (E) de 78%, valor predictivo positivo (VPP) de 80% y negativo (VPN) de 78% en la localización de las glándulas paratiroides por lado del cuello. En la determinación del cuadrante de localización las cifras descienden a: S: 50%, E: 53%, VPP: 65%, VPN: 39%. La MGP, mejoró los resultados por cuadrantes con una S, E, VPP y VPN de 81%, 77%, 81% y 77% respectivamente.
Conclusiones: La gammagrafía paratiroidea intraoperatoria, aún en fase experimental, es una técnica emergente y prometedora en la localización de las glándulas paratiroides patológicas. Permite una localización más exacta de las mismas, mejorando los resultados obtenidos mediante las técnicas de localización preoperatoria.

176

ABORDAJE TRANSNEURAL DE LAS LESIONES PAROTÍDEO-FACIALES

L.M. Gil-Carcedo García, E. Gil-Carcedo Sañudo, L.A. Vallejo Valdezate, C. Ortega Fernández, C. Sánchez Herrero
Hospital Río Hortega, Valladolid; Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: Las lesiones parotídeo-faciales que asientan debajo y entre la arborización del VII par deben ser abordadas a través de sus ramas. La técnica quirúrgica se modifica dependiendo de: naturaleza y localización de la lesión, patrón de distribución del facial en cada caso.
Material y métodos: Según su situación respecto a la distribución extracraneal del nervio, consideramos la localización lesional: proximal o distal, craneal o caudal. Escogemos los patrones de Davis, sencillos y admitidos por la mayoría; definen seis tipos de distribución. Relatamos las peculiaridades quirúrgicas en casos de (n = 16): adenoma pleomorfo del lóbulo profundo (6), metástasis (3), schwannoma (2), hemangioma

(2), linfangioma (1), absceso encapsulado (1), actinomicosis (1), tumores malignos (no se incluyen).
Resultados: Los seis adenomas y el absceso son proximales, los dos schwannomas distales, el resto tienen relación proximal y distal con el facial. Seis casos eran nervios tipo III de Davis (4 adenomas, hemangioma, actinomicosis), cuatro tipo IV (2 adenomas, 2 metastasis), tres tipo I (metastasis, linfangioma, schwannoma), dos tipo II (absceso, hemangioma) uno tipo VI (schwannoma). Ocurren nueve parálisis faciales segmentarias y transitorias (II, III o IV House-Brackman).
Discusión/Conclusiones: 1. Las lesiones más craneales con tipos de distribución I, II y VI tienen mayor dificultad quirúrgica. 2. Localizado el tronco del facial, sea la lesión proximal o distal y en los seis tipos de distribución, el abordaje debe comenzarse entre las ramas más caudales. 3. El tipo III es la distribución más favorable en las lesiones más distales. 4. La parálisis facial transitoria es frecuente.

179

RECURRENTE NO RECURRENTE

E. Gil-Carcedo Sañudo, L.A. Vallejo Valdezate, C. Ortega Fernández, E. Terradillos, L. M. Gil-Carcedo García
Hospital Río Hortega, Valladolid; Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: El recurrente no recurrente (RNR) derecho no rodea la arteria subclavia, surge como ramo medial del vago, de este va directamente a la laringe; en la cirugía tiroidea es fundamental conocer esta anomalía.
Material y métodos: Se analiza el fenómeno RNR mediante: búsqueda bibliográfica (PubMed, Medline), anatomía comparada normalidad /anomalía, análisis de un caso clínico reciente.
Resultados: El RNR es casi exclusivo del lado derecho, se asocia con malposición de la subclavia (posición retroesofágica) y disfagia (25%). Su frecuencia es 0,5-1%; en un 0,2% pueden coexistir en la derecha un RNR y un recurrente normal. El RNR no se relaciona con la arteria tiroidea inferior, como se aprecia en nuestras imágenes quirúrgicas; no da ramos extralaríngeos para el esófago cervical. La identificación del nervio en las inmediaciones del orificio torácico superior -eficaz habitualmente y útil en casos de ramificación extralaríngea a distancia- es inadecuado en el caso de RNR; cuando se sospecha esta anomalía es necesaria la búsqueda meticulosa del nervio en la región cricotraqueal lateral. El RNR izquierdo es extremadamente raro (0,04%), puede ocurrir en el situs inversus.
Discusión/Conclusiones: 1. Se debe pensar en la existencia de RNR derecho cuando el nervio no se localiza en relación con la arteria tiroidea inferior. 2. Si no aparece el recurrente con las relaciones convencionales debe disecarse meticulosamente el espacio entre arteria carótida y cricoides. 3. Por seguridad -durante la búsqueda- no se debe sacrificar ningún nervio del campo operatorio (excepto en casos de tumor maligno).

253

ENFERMEDAD DE WEGENER Y ESTENOSIS DE LA VÍA RESPIRATORIA ALTA

D.J. Graterol, J. Lorente Guerrero, M. Canela, J. Knäpper Martín, C. García-Vaquero Millán, M. García, P. Fortuny Amorós, R. Solans, E. Perelló
Hospital Vall d´Hebron, Barcelona.

Introducción: La granulomatosis de Wegener se presenta como una vasculitis necrotizante y la afectación exclusiva de la vía respiratoria alta es excepcional, produciendo estenosis de carácter inflamatorio que se manifiesta con tos, disnea y estridor.
Material y método: Presentamos nuestra experiencia durante 12 años, en el tratamiento de 7 pacientes con enfermedad de Wegener y estenosis laringotraqueal. Edad comprendida entre los 23 y 53 años, cinco mujeres y un varón. Se evidenció estenosis traqueobronquial en 2 pacientes y laringotraqueal en 5. En todos los casos, el procedimiento de inicio fue dilatación con broncoscopio rígido e infiltración con acetato de metilprednisolona en inyección submucosa en el área estenótica. Todos los casos se han documentado con estudios inmunológicos, serologías, técnicas de imagen y BFG con biopsia para estudio anatomopatológico, a excepción de un paciente que llegó intubado.
Resultados: Los pacientes intervenidos no han presentado ninguna complicación. Una paciente es portadora de endoprótesis de Montgomery y no se ha podido retirar tras dos intentos. Los otros pacientes han tenido una evolución satisfactoria.
Conclusiones: A pesar de las mejoras en la aplicación de nuevos fármacos inmunsupresores, todavía hay casos en los que se requiere una actuación quirúrgica sobre el área estenótica. Se recomienda la infiltración con metilprednisolona y se desaconseja la cirugía en fase aguda aunque algunos pacientes requieren la práctica de una dilatación urgente.

14,00–16,00 Comida

16,00–18,00

Curso de instrucción

17

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA AVANZADA DE BASE DE CRÁNEO: ANATOMÍA Y TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

H. Massegur Solench, J.R. Montserrat i Gili, J.R. Gras Cabrerizo, P. Treserras, B. Oliver
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; Mutua de Terrassa, Barcelona.

Este curso se dividirá en tres apartados, los dos primeros segmentos tratarán la anatomía quirúrgica endonasal y el último expondrá nuestra experiencia quirúrgica: a) Se expondrán los diferentes elementos de la base de cráneo anterior y sus relaciones anatómicas. De forma pormenorizada son: receso frontal, pared posterior del seno frontal, arterias etmoidales, arteria carótida interna en sus segmentos parasellar, paraclival y petroclival, seno cavernoso, silla turca, nervio óptico, quiasma óptico y receso lateral del esfenoides. b) Se abordarán las estructuras que conforman la fosa pterigopalatina, se especificará su contorno óseo y las estructuras vasculares y neurales que la surcan. Arteria esfenopalatina con sus ramas, agujero esfenoplatino, y su relación con el canal pterigoideo, así como las ramas de la arteria maxilar interna en la fosa pterigopalatina. En el plano neural se considerará el trayecto del nervio vidiano y del nervio maxilar superior (V2.). Se revisará su trayecto en el seno esfenoidal, su relación con la arteria carótida interna así como con el receso lateral del seno esfenoidal y con el canal pterigoideo y el agujero redondo mayor. Se destacará el trayecto de V2 en la fosa pterigopalatina hasta alcanzar el canal infraorbitario, que delimita el límite medial de la fosa infratemporal. c) Por último se expondrá la experiencia adquirida en el abordaje quirúrgico de lesiones que afectan la base de cráneo, fosa pterigopalatina, fosa infratemporal, clivus, región sellar y suprasellar así como lesiones que involucran el receso lateral del esfenoides o la región paraclival de la carótida.

LUNES, 20 DE OCTUBRE

SALA GENIUS I+II

13,00–14,00

Sesión de comunicaciones de orales11

Presidente: Jaime Sanabria Brassart
Secretario: Consuelo Ortega Fernández

332

CARCINOMA FUSOCELULAR DE LARINGE. REVISIÓN CASUÍSTICA

J. de Vergas Gutiérrez, M. Calvo Pérez, B. Segovia Blázquez, C. Ballestín Carcavilla
Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El carcinoma fusocelular es una variante maligna y muy poco frecuente del carcinoma epidermoide. Se caracteriza por una proliferación simultánea de células epiteliales malignas y células fusiformes de tipo sarcomatoso, por lo que se considera un tumor bifásico. Las diversas hipótesis sobre su origen se reflejan en la variada terminología: carcinoma fusocelular, pseudosarcomatoso, carcinosarcoma, carcinoma de células escamosas pseudosarcomatoso, carcinoma sarcomatoso, carcinoma metaplásico, carcinoma fusocelular, carcinoma pleomórfico, carcinoma epidermoide.
Material y método: Entre los años 1990-2008 se han recogido 7 casos de carcinoma fusocelular en laringe .El objetivo del trabajo es realizar un estudio descriptivo, describiendo su comportamiento clínico y estudiando la patogenia.
Discusión: El carcinoma fusocelular es una rara variante de carcinoma escamoso al que se le atribuye un origen epitelial. Es más frecuente encontrarlo en vías aerodigestivas superiores. Presenta un comportamiento agresivo. Su diagnóstico histológico es complicado, siendo necesario recurrir a técnicas inmunohistoquímicas o microscopio electrónico.

343

RESULTADOS CON LA LARINGECTOMÍA SUPRACRICOIDEA

A. Castro Calvo, I. Sánchez Camón, R. Bernáldez Millán, A. del Palacio, J. Gavilán Bouzas
Hospital La Paz, Madrid.

Introducción: La laringectomía supracricoidea permite obtener buenos resultados funcionales en tumores glóticos y gloto-supraglóticos seleccionados.
Material y método: Revisión retrospectiva de historias clínicas de los pacientes intervenidos mediante laringectomía supracricoidea en nuestro servicio desde su introducción en 1998.
Resultados: Veintinueve pacientes con carcinomas T1-T3 han sido sometidos a laringectomía supracricoidea en nuestro servicio. En 24 de ellos la reconstrucción realizada fue una CHEP, y en los otros 5 una CHP. En 8 de los 24 casos de CHEP se resecó uno de los aritenoides, mientras que ambos aritenoides se conservaron en todos los casos en que se extirpó la epiglotis. En 12 pacientes se realizaron vaciamientos cervicales (funcional bilateral en 10 casos, funcional unilateral en 1 caso y radical más funcional en otro caso). En 4 pacientes el tratamiento se complementó con radioterapia. Se han producido 2 recidivas locales, que fueron rescatadas mediante laringectomía total, y 5 regionales (una de las cuales precisó de laringectomía total por infiltración secundaria de la laringe). Cuatro pacientes han muerto por la enfermedad y otros 3 por otras causas. Todos los pacientes excepto 1 han sido decanulados, en un promedio de 23 días de postoperatorio (mínimo 9, máximo 144). Un paciente precisó de gastrostomía por problemas deglutorios persistentes, mientras que el resto ha conseguido una deglución satisfactoria. La voz de todos los pacientes les permite una comunicación oral normal.
Conclusiones: La laringectomía supracricoidea es un procedimiento oncológicamente seguro y con buenos resultados funcionales. Nuestros resultados son acordes con los publicados en la literatura.

348

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA LÁSER EN TUMORES GLÓTICOS. RESULTADOS A LARGO PLAZO

A. Padín Seara, P. Parente Arias, S. Regueiro Villarín, N. González Poggioli, M. Álvarez-Buylla Blanco, J. Martínez Vidal
Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: En los últimos 30 años, la cirugía láser se ha consolidado como un tratamiento en las neoplasias de cabeza y cuello, particularmente en carcinomas de origen glótico, disminuyendo considerablemente la morbilidad y la estancia postoperatoria.
Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo de los pacientes intervenidos en el período 1996-2002 (seguimiento mínimo de 5 años) por carcinoma epidermoide glótico en estadios precoces (T1, T2), sin tratamiento previo. A todos los pacientes se les realizó resección del tumor mediante láser CO_2 (fragmentado o no, sin vaporización). Los datos de los pacientes son incorporados a una base de datos predefinida dónde se recoge información relativa a hábitos tóxicos, estadio tumoral, localización, tipo de intervención, complicaciones, tiempo libre de enfermedad, recidiva, tratamiento de la recidiva, perdida de laringe y mortalidad.
Resultados: Se estudiaron 88 pacientes que presentaban carcinomas glóticos en estadio T1a (50), T1b (27) y T2 (11). De los pacientes intervenidos, 21 (23%) presentaron recidiva; en 12 (13,6%) casos hubo pérdida de órgano, y en 2 casos se produjo fallecimiento atribuible al tumor. Se realiza estudio de los factores relacionados con la recidiva y la necesidad de laringectomía, tiempo de aparición de la recidiva, supervivencia total y actuarial. Se estudia específicamente los eventos ocurridos a partir de los 5 años de seguimiento.
Discusión/Conclusiones: En nuestra experiencia, la cirugía láser es un tratamiento eficaz y coste-efectivo para los tumores glóticos precoces, siendo los resultados a los dos años similares en morbimortalidad a los 5 años.

358

LARINGOCELES. NUESTRA CASUÍSTICA

L. Martí Gomar, J. Donderis Sala, J.M. Perolada Valmaña, M.J. Lesmas Navarro, C. Morera Pérez
Hospital La Fe, Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: Los laringoceles son herniaciones de la mucosa laríngea que nacen del extremo apendicular del ventrículo. Son poco frecuentes y de naturaleza benigna, en principio, puesto que pueden albergar un carcinoma oculto en su interior.
Material y métodos: Presentamos 6 laringoceles de pacientes varones tratados en nuestro Servicio de ORL en los últimos 10 años. Analizamos los antecedentes personales, sintomatología clínica, estudios de imagen así como el tratamiento realizado y evolución postquirúrgica.
Resultados: La totalidad de nuestros casos se ha dado en el sexo masculino, siendo la edad media de 50,1 (34-70). El síntoma predominante fue la disfonía de poco tiempo de evolución. Encontramos 6 laringoceles internos que fueron tratados por vía endoscópica y dos externos por vía externa. No hemos constatado ninguna recidiva.
Conclusión: El laringocele en función de su relación con la membrana tirohioidea, puede ser interno, externo o mixto y ante el diagnóstico de esta patología siempre debe plantearse la posibilidad de un carcinoma que lo haya producido, debiendo investigar su existencia. La TC es un método útil para definir tanto el laringocele como sus lesiones asociadas. En cuanto al tratamiento, los internos se pueden resolver por mi-

crocirugía endolaríngea mientras que los externos y mixtos mediante un abordaje externo.

423

REVISIÓN ONCOLÓGICA Y FUNCIONAL DE LA CIRUGÍA SUPRAGLÓTICA TRANSORAL MEDIANTE LÁSER CO_2 EN EL HGUGM

X. Araujo Piedra, A. Encinas Vicente, C. Martín Oviedo, A. Lowy Benoliel, C. Fernández Jáñez, D. Poletti Serafini, B. Scola Yurrita
Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La cirugía supraglótica láser CO_2 ofrece ventajas con relación a la cirugía abierta, evitando la reconstrucción y traqueotomía. Ofertándose en tumores de estadio inicial con exposición adecuada transoral. A los 5 años la supervivencia global entre varias publicaciones está entre 49% al 88% dependiendo del TNM tumoral.
Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de 31 pacientes intervenidos mediante cirugía láser CO_2, transoral supraglótica desde el año 1995 al 2005 en el HGUGM. Las variables fueron: Edad, sexo, tipo de tumor, cirugía con o sin vaciamiento cervical, estancia media, complicaciones, supervivencia. Se obtuvo los datos de las historias clínicas. El análisis estadístico se hizo con los programas SPSS 15.0 y Excel.
Resultados: Los 31 pacientes tratados con cirugía supraglótica láser correspondía al 20% del total de cirugías supraglóticas analizadas. La edad media de los pacientes fue 64 años. El 65% de ellos fueron intervenidos de laringuectomía supraglótica, el 22% de Laringuectomía supraglótica y vaciamiento cervical mismo acto quirúrgico. Laringuectomía supraglótica y vaciamiento cervical diferido13%. Los tipos de tumores fueron analizados como: Bien diferenciados 4 %; Moderadamente diferenciados 61 %; Pobremente diferenciados 30%. La mayoría de pacientes logró una satisfactoria deglución. La estancia hospitalaria fue < 13 días en más del 50%. En el tratamiento el 65% fue solo quirúrgico, el 26% con radioterapia complementaria y el 8% quimioterapia y radioterapia complementaria. TNM (prequirúrgico): T1 45%, T2 40%. La supervivencia media global fue del 86% a los 3 años y del 74% a los 5años, calculada con curva de Kaplan Meier.
Discusión/Conclusiones: Se encontró un porcentaje de supervivencia a los 5 años similar al de otras series. Los pacientes intervenidos fueron en su mayoría T1 y T2 prequirúrgicos. La cirugía láser supraglótica es una alternativa conservadora y efectiva utilizada principalmente para tumores no avanzados. Con menor necesitad de realización de traqueotomías, menos dolor y tiempo de estancia hospitalaria. Como en otras revisiones la mayoría de pacientes preservan la funcionalidad del órgano.

484

CARCINOMA DE NASOFARINGE: CASUÍSTICA DE LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS

J. de Vergas Gutiérrez, M. Calvo Pérez, M.C. Peña Sánchez, B. Segovia Blázquez, C. Almodóvar Álvarez
Servicio de ORL; Servicio de Oncología Radioterápica; Servicio de Anatomía Patológica, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El carcinoma de nasofaringe tiene unas particularidades distintas respecto al resto de los carcinomas de cabeza y cuello: distribución por sexos, edad de presentación, factores etiológicos... La sintomatología es rica y variada, pero en muchas ocasiones tardía y engañosa, lo que hace que aun se sigan diagnosticando en estadios avanzados.
Material y métodos: Estudio descriptivo de la casuística de los carcinomas de nasofaringe, diagnosticados y/o tratados en los Servicios de ORL y de Oncología Médica y Radioterápica del Hospital 12 de Octubre (Madrid), desde el año 1977, y que corresponden a una media de aproximadamente 10 pacientes al año.
Resultados: Se estudian las variables de edad de presentación, sexo (V>M), hábitos tóxicos (alcohol y tabaco), variedad histológica (la más frecuente fue el carcinoma indiferenciado), primer síntoma (adenopatías cervicales), tiempo medio de evolución hasta el diagnóstico (6 meses). La mayoría de los casos se diagnosticaron en estadios avanzados.
Conclusiones: A pesar de los avances tecnológicos y de educación sanitaria, aun sigue existiendo un lapso considerable de tiempo desde el primer síntoma hasta el diagnóstico, y continúan diagnosticándose en estadios avanzados.

14,00–16,00 Comida

16,00–17,00

Curso de instrucción

36

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL COLESTEATOMA

A. Harguindey Antolí-Candela, F. Antolí-Candela Cano
Instituto ORL Antolí-Candela, Madrid.

Introducción: Curso basado en la experiencia del Instituto ORL Antolí Candela en más de 1200 pacientes intervenidos desde el año 1982.
Material y método: Se revisan la técnicas quirúrgicas, técnicas abiertas y cerradas y sus indicaciones dependiendo del tipo del colesteatoma, su extensión y las características anatómicas del oído medio.
Resultados: Se realizan los resultados curativos y funcionales. En el 56% de los pacientes se lleva a cabo una técnica cerrada. Los colesteatomas 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, detalles técnicas de los distintos tipos de cirugía y radiología pre y post-quirúrgica.

17,10–18,10

Curso de instrucción

40

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA SINUSAL ASISTIDA POR BALONES DE DILATACIÓN (SINUPLASTIA O BASS)

G. Plaza Mayor, J. Montojo Woodeson, T. Onrubia Parra, G. Eisenberg Plaza, C. O´Connor Reina
Hospital de Fuenlabrada, Madrid; Hospital 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 a alta presión (sinuplastia, CESAB 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. 2.- Exponer nuestra experiencia de formación en cadáveres. 3.- Evaluar nuestros resultados en clínica en una serie de 25 pacientes. 4.- Discutir sus indicaciones: ¿técnica o herramienta quirúrgica? 5.- Presentar una beca FIS ya concedida para realizar un ensayo clínico randomizado comparando la sinuplastia con la CENS convencional en la sinusitis/poliposis con afectación frontal.
Material y método: 1.- Presentación de la técnica quirúrgica. 2.- Discusión de resultados de la misma. 3.- Curso interactivo: presentación de dos casos clínicos abiertos.

LUNES, 20 DE OCTUBRE

SALA MEDUSA

13,00–14,00

Sesión de comunicaciones de orales 12

Presidente: Cristóbal López-Cortijo Gómez de Salazar
Secretario: Jaime Ruiz Clemente

186

DISTRIBUCIÓN DE LAS INSTILACIONES INTRANASALES EN EL RATÓN BALB/C: EFECTO DEL VOLUMEN Y LA CIRUGÍA PREVIA

E. Prades Morera, S. Rojas, J.M. Guilemany Toste, M. Bernal Sprekelsen
Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: La distribución de un potencial alérgeno en la vía respiratoria superior del ratón hembra Balb/c ha centrado nuestra atención durante los dos años precedentes. Con el objetivo de desarrollar un modelo de sinusitis alérgica crónica se han llevado a cabo un total de 6 estudios de distribución. Esta especie murina es la más utilizada hasta el momento para modelos de rinitis alérgica. Sin embargo, existen pocos estudios sobre el tema.
Material y métodos: Para la realización de este estudio se han utilizado 36 animales Balb/c a los que se realizó una trepanación a nivel del dorso de las fosas nasales. El análisis espectrofotométrico del marcador utilizado (azul de Evans) permitió evaluar el porcentaje de marcador recuperado. Las variables explicativas estudiadas son: el efecto del volumen (2, 6 o 10 uL), el efecto de la trepanación de la fosa nasal del ratón (sí/no), el efecto del tiempo hasta el sacrificio del animal (5, 10 o 60 minutos) y el efecto de la posición del animal (decúbito/prono) tras la inoculación de la solución de Evans. Para la evaluación estadística se utilizo SPSS 15.0.
Resultados y conclusiones: 1-El volumen inicial administrado tiene un efecto importante sobre la capacidad de retención de este en la fosa nasal ($p < 0,00$). A mayor volumen menor retención, dependiendo probablemente de los límites volumétricos de la fosa nasal del ratón Balb/c. 2- La cirugía previa sobre la fosa nasal mediante trepanación parece mejorar la retención de azul de Evans en la fosa nasal ($p < 0,00$). La alteración de la mucosa nasal por la cirugía con la consiguiente alteración de flujo mucociliar así como la aparición de soluciones de continuidad podría explicar diferencias en la rapidez o intensidad de sensibilización en el caso que aparezcan en futuros estudios.

355

TEST CLÍNICO DE VOLUMEN/VISCOSIDAD COMO APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA PARA LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON DISFAGIA TRAS UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

F.J. Guerra Blanco, R. Gutiérrez, J. Rábano, H. Moreno, V. Vasallo García, R. del Castillo, C. Cenjor Español, J. Sanabria Brassart, J.M. Villacampa, F.J. Cogolludo
Fundación Jiménez Díaz; Clínica Ntra. Sra. de la Concepción, Madrid.

Introducción: Los pacientes con accidentes cerebrovascular agudo presentan en la mayoría de los casos síntomas de disfagia que hacen que una correcta valoración de la misma pueda significar la mejoría antes de lo previsto o la ausencia de complicaciones posteriores al cuadro vascular.
Material y método: Presentaremos el test clínico de volumen/viscosidad como un método para evaluar pacientes con disfagia y calibrar la seguridad y la eficacia de la deglución tras un evento cerebrovascular agudo. Este método clínico se realiza a la cabecera del enfermo o en la consulta de forma que con un sencillo estudio de deglución con cantidades y consistencias establecidas delimitaremos la capacidad del enfermo para iniciar la ingesta de forma dirigida de forma precoz en cada caso o evitarla para proseguir con pruebas complementarias a fin de prevenir complicaciones.
Resultados: Se resuelve la valoración seriada de varios pacientes con disfagia tras ACVAs isquémicos con indicación de introducir la ingesta de forma pautada o de continuar con pruebas complementarias para delimitar el tipo de deglución o las maniobrar que adelantarían la ingesta por vía oral.
Discusión/Conclusiones: Se concluye que con este test podemos delimitar la seguridad y al eficacia de la alimentación oral en pacientes con disfagia asociada a ACVAs isquémicos y la menor incidencias de complicaciones y de actuaciones invasivas tras el estudio.

493

CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES. NUESTRA EXPERIENCIA

G.A. Cuello Bueno, J.L. Llorente Pendás, J.P. Rodrigo Tapia, J.P. Díaz
Hospital Central, Asturias.

Introducción: El carcinoma medular de tiroides conforma el 3 al 10% de los canceres que afectan la glándula, tiene dos presentaciones: La forma familiar supone el 75% y la esporádica el 25%. En la familiar se ha encontrado asociación con el MEN tipo A o B. Siendo una enfermedad autosómica dominante, se hace imprescindible descartar la presencia de feocromocitomas en dichas familias y un estudio del gen RET. El manejo recomendado es la cirugía (tiroidectomía total acompañada de vaciamientos). Actualmente se recomienda la tiroidectomía profiláctica a los familiares con la mutación RET o con hiperplasia de células C. El seguimiento con pruebas de tamizaje en busca de niveles aumentados de calcio, sugerirían tumor residual, también el uso del PET scan. La supervivencia promedio descrita en la literatura a los 5 años es del 50%. EL objetivo de este estudio es mostrar la experiencia acumulada en nuestro servicio en el manejo y evolución de esta entidad.
Materiales y métodos: Se realizo un estudio retrospectivo entre los años 1983 y 2008, Pacientes con diagnóstico de carcinoma medular de tiroides. Se creó una base de datos clínica en la cual se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, antecedentes familiares, forma de diagnostico, tratamiento recibido y evolución clínica. El análisis estadístico se realizó con SPSS.11.
Resultados: Se trataba de 32 pacientes de los cuales 15 eran hombres y 17 mujeres. La edad media fue de 48,3 años con un rango de 5-78 años y DE de 18,5. A todos los pacientes se les realizó un tratamiento quirúrgico con tiroidectomia total y vaciamientos (en diferentes tiempos). En 1 casos se realizó tratamiento de Rt complementaria inicial y a otro quimioterapia.
Conclusiones: El carcinoma medular de tiroides es una neoplasia cuyo enfoque ha cambiado radicalmente en los últimos años debido a los avances en la identificación del oncogén RET. Es muy importante una actitud inicial adecuada con tiroidectomía total y vaciamientos cervicales exhaustivos. También señalar la importancia de la cirugía de rescate bien cervical o mediastínica. Se encontró correlación directa de elevación de calcitonina con presencia de enfermedad.

537

TUMORES GRANULARES DE CABEZA Y CUELLO EN NUESTRO CENTRO

E. Macón Liquete, A. Maeso Plaza, R. Barnoya Sanchinelli, M.J. Fernández Aceñero, P. Escobar Rincón, C. Ortega Fernández, G. Barrutieta Baztán, M. Rey García, R. Paz López de Zuazo, P. Ortega del Álamo
Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: El tumor de células granulares, mioblastoma de células granulares o tumor de Abrikossoff es una rara lesión de tejidos blandos

cuyo origen celular aún no está claro. Afecta frecuentemente a la cavidad oral pero puede aparecer en otros órganos (piel, mama o tejido celular subcutáneo). Generalmente se desarrolla entre la segunda y sexta décadas de la vida. La región de cabeza y cuello se afecta en un 45% a un 65% de los casos, localizándose intraoralmente hasta en un 70%. El comportamiento de este tumor es benigno en la mayor parte de los casos, aunque en ocasiones puede presentar agresividad local e incluso malignidad con afectación a distancia.
Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo de seis casos de tumores granulares de cabeza y cuello: borde lateral de lengua (2), mucosa yugal (3) y tráquea (1). Se valoró: sexo, edad de aparición de la lesión, diagnóstico diferencial de cada caso, características de la presentación de lesión, factores de riesgo asociados, número de recidivas, número de cirugías, tiempo de seguimiento libre de enfermedad. A todos ellos se les realizó biopsia y/o excisión y estudio anatomopatológico posterior. Además en el caso de tumoración a nivel traqueal, se obtuvieron pruebas de imagen.
Resultados: En nuestro estudio existió mayor incidencia de casos en mujeres (4:2), con localización más habitual en mucosa yugal (3/6), la edad media de aparición fue de 35 años (rango de edad 17-54años), no se encontraron factores de riesgo asociados, el tiempo medio de seguimiento fue de entre 10 meses y 10 años y sólo hubo 2 casos en los que fue necesaria una segunda intervención por afectación de márgenes. El diagnóstico de presunción en la mitad de los casos (3/6) fue el de carcinoma escamoso. La mayoría de los pacientes hasta el momento, no han presentado recidiva.
Conclusión: A pesar de su controvertido origen, el pronóstico del tumor tras una excisión completa de la lesión con márgenes adecuados, es favorable, debido a su lento crecimiento, su comportamiento no agresivo en la mayoría de casos y a su baja tasa de recidiva.

539

ANATOMÍA DEL NERVIO LARÍNGEO SUPERIOR Y SUS RAMAS TERMINALES: NERVIO LARÍNGEO INTERNO Y NERVIO LARÍNGEO EXTERNO

C. Ortega Fernández, E. Maranillo, J.R. Sañudo, A. Maeso Plaza, E. Macón Liquete, P. Ortega del Álamo
Servicio de ORL, Hospital de Móstoles; Dpto. Anatomía y Embriología Humana, Univ. Complutense, Madrid.

Introducción: El conocimiento de la anatomía del nervio laríngeo superior y sus ramas es esencial para que el especialista en ORL y PCF pueda llevar acabo la cirugía cervical sin producir lesiones de los mismos.
Material y métodos: Presentamos el estudio realizado mediante disección en cadáver de 224 hemicuellos, procedentes de la sala de disección del Departamento de Neurociencias y Biología del Desarrollo de la Universidad de Cambridge, entre los años 2001-2005.
Resultados: Los cadáveres pertenecían a 55 hombres y 57 mujeres sin patología conocida, con edades comprendidas entre los 64 y los 100 años (edad media 81 años). En los que se analizaron los siguientes parámetros: origen, longitud, trayecto, relaciones, ramas terminales y colaterales de cada uno de los nervios. Dentro de los resultados encontrados los más relevantes son las relaciones del nervio laríngeo interno con el hiodes y del nervio laríngeo externo con la glándula tiroidea y la arteria superior y sus ramas.
Conclusiones: Las lesiones del nervio laríngeo superior conllevan alteraciones en la sensibilidad de la laringe (nervio laríngeo interno) y alteraciones en la voz por la falta de la acción tensora de las cuerdas vocales del músculo cricotiroideo (nervio laríngeo externo). La única forma de evitar la lesión de estos nervios durante la cirugía cervical, es el conocimiento minucioso de la anatomía de los mismos.

564

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE BASE DE CRÁNEO. EQUIPO ORL-NCG. 3 AÑOS DE EXPERIENCIA

H. Massegur Solench, B. Oliver, E. Ayats, E. Casajuana, J. García Lorenzo
Servicio de ORL, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; Servicio de Neurocirugía, Hospital Mútua de Terrassa, Barcelona.

Introducción: La cirugía endoscópica de nariz y senos paranasales ha experimentado una evolución espectacular que era casi impensable hace 10 años. El acceso a la patología tumoral de base de cráneo por vía endonasal endoscópica es ya una realidad. Nuestro grupo, desde mayo de 2005 hasta la actualidad, ha realizado diversos abordajes siguiendo la pauta marcada por el Grupo de Pittsburg pasando del nivel I al nivel IV con unos resultados aceptables.
Material y método: Desde mayo de 2005 hasta abril de 2008 se han realizado 84 intervenciones endoscópicas de base de cráneo, que incluyen 18 fístulas de LCR, 24 adenomas, 20 macroadenomas, 4 craniofaringiomas, 4 meningiomas 2 quistes de bolsa de Rathke, 5 cordomas, 1 neurinoma, 1 plasmocitoma, 1 linfoma, 1 quiste dermoide, 1 tumor de células gigantes (2 int), 1 carcinoma indiferenciado. El equipo está compuesto sistemáticamente por Otorrinolaringólogo y Neurocirujano y el aprendizaje se ha realizado conjuntamente, realizando modificaciones e incorporando nuevas técnicas para mejorar los resultados.
Resultados y discusión: Los resultados a corto plazo, teniendo en cuenta la curva de aprendizaje, son comparables a las técnicas abiertas. Nuestra tasa de mortalidad es del 0%, las secuelas neurológicas permanentes son: 1 pérdida parcial de visión, 1 anestesia de V2, 1 diplopía, 5 fístulas de LCR y 5 meningitis. El sangrado endonasal es otra complicación que aparece en menor medida y suelen estar relacionadas con la extensión de la patología La adopción del colgajo de Hadad-Bassagasteguy para el cierre de los grandes defectos de base de cráneo ha sido adoptado en el último año y ha proporcionado más seguridad en la prevención de fístulas y una mejor evolución del postoperatorio. El abordaje endonasal, inicialmente muy agresivo, se ha modificado para conseguir la máxima comodidad posible para el neurocirujano sin grandes sacrificios de las estructuras etmoidales, lo cual también favorece un mejor postoperatorio.
Conclusión: El abordaje endoscópico endonasal de la patología tumoral de base de cráneo proporciona un acceso poco invasivo, bajo el punto de vista neuroquirúrgico, y permite la extirpación de tumores desde clivus inferior hasta la base de cráneo anterior. La curva de aprendizaje requiere una evolución progresiva partiendo de los procedimientos más sencillos (considerados de nivel I y II) hasta alcanzar los más complicados (niveles IV y V), Para ello se hace indispensable la estrecha colaboración entre los equipos de Otorrinolaringología y los de Neurocirugía de forma que, con la aportación de ambos, puedan obtenerse mejores resultados hasta obtener la equiparación a las técnicas clásicas.

14,00–16,00 Comida

16,00–17,00

Curso de instrucción

32

PATOLOGÍA DEL BUCEO Y LA AVIACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

J.M. Juan Fernández, J.L. Corral Juan, J.R. Secades Ariz, A. Bonilla Pérez, C. Magri Ruiz
Hospital Son Llàtzer, Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: La afición al buceo ampliamente extendida, así como el incesante aumento de desplazamientos en avión, por motivos de placer o profesionales, favorecen la demanda de especialistas formados en el diagnóstico y tratamiento de las posibles patologías que pueden aparecer en estos medios (hipo-hiperbáricos). La prevención de posibles accidentes y el manejo de las complicaciones son fundamentales para permitir que los implicados puedan seguir realizando sus actividades de placer o profesionales.
Material y método: Expondremos los siguientes apartados: 1. Fisiología del buceo y de la aviación. Aplicación de las leyes físicas. 2. Fisiopatología y manifestaciones clínicas. Otitis externa, lesiones por contacto, Barotraumatismos óticos y sinusales, otopatía disbárica crónica, enfermedad descompresiva, narcosis por intoxicación de gases. 3. Prevención y tratamiento de las distintas entidades descritas.

Resultados: Realizamos una revisión bibliográfica sobre los barotraumatismos, centrándonos en la incidencia y factores favorecedores fundamentalmente.
Discusión/Conclusiones: Casos problemas: -Patología otorrinolaringológica que contraindica actividades en medios hipo-hiperbáricos. -Cirugía otorrinolaringológica, contraindicaciones relativas y absolutas para hipo-hiperbaria. Normativa legal.

17,10–18,10

Curso de instrucción

8

DISEÑO Y MANEJO DE UNA CLÍNICA OTONEUROLÓGICA. ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

R. Barona de Guzmán, E. Martín Sanz
Hospital Casa de Salud, Valencia, Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Introducción: Las necesidades formativas en el ámbito de la otoneurología se van acrecentando conforme aumenta el interés y las posibilidades diagnósticas y terapéuticas en esta área. Cada vez es más necesario no sólo 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 y utilidad de las diferentes pruebas instrumentales, en especial pruebas calóricas, rotatorias, potenciales evocados miogénicos y vertical subjetiva. Posturografía estática y dinámica. Nuevas tecnologías 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.

LUNES, 20 DE OCTUBRE

SALA MINERVA

13,00–14,00

Comunicaciones de orales 13

Presidente: Antonio Morant Ventura
Secretario: Mª Agustina Sevilla García

92

VALOR DE LAS EXPLORACIONES OTONEUROLÓGICAS EN EL ESTUDIO Y DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES AFECTOS DE VÉRTIGO

J. Fusté Clapés, C. Queijada, M. Cantón, E. Margelejo, J. Fontané
Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: En la actualidad las consultas con sintomatología asociada a vértigo son cada vez más numerosas y corresponden a un 20-30% de nuestros casos. Existen diversas exploraciones audiovestibulares que permiten evaluar y diagnosticar estos pacientes, nosotros comparamos los potenciales evocados auditivos (PEATC), la videonistagmografia (VNG) y sobre todo los potenciales evocados vestibulares (VEMPs) a fin de evaluar la sensibilidad de estas pruebas.
Material y métodos: Presentamos 113 pacientes, 61 hombres y 72 mujeres, con edades comprendidas en un rango de 18 a 83 años (media 53). A todos se les realizó audiometría tonal, PEATC, VNGy VEMPs. La mayoría de pacientes posteriormente se complementaron con estudios morfológicos tomografía axial computerizada (TAC) y/o resonancia magnética (RM).
Resultados: La VNG muestra alteraciones en las pruebas calóricas con canal paresis y arreflexia en un (41%) de los casos, los PEATC estan alterados en el (31%), VEMPS están ausentes o modificados en (62%) de los pacientes estudiados.
Discusión/Conclusiones: En este estudio valoramos las ventajas e inconvenientes de los diferentes exámenes otoneurológicos y comparamos los resultados entre ellos, los VEMPs se muestran como la exploración de mayor sensibilidad y especificidad, a pesar de ser la VNG el examen estándar, nosotros pensamos que los VEMPs nos pueden ser de gran utilidad en el diagnóstico y como efecto localizador.

195

PLACAS PALPEBRALES EN LA REHABILITACIÓN OCULAR DE LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

C. Martín Oviedo, A. Lowy Benoliel, A. Encinas Vicente, X. Araujo Piedra, C. Fernández Jáñez, D. Poletti Serafini, B. Scola Yurrita
Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: En el tratamiento de la parálisis facial periférica si se pronostica una recuperación tardía (mayor de 3 meses) o la no recuperación se debe intervenir rehabilitando el esfínter ocular paralizado, teniendo como objetivo la protección de la cornea así como mantener cierta simetría facial. En este sentido una de las técnicas utilizadas es la colocación de una pesa pretarsal.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con colocación de placa palpebral en el Hospital Gregorio Marañón (2005-2007), analizando mediante el programa estadístico SPSS 15.0, las siguientes variables: Edad, Sexo, Parálisis y complicaciones previas, Patología y tratamiento causal de la parálisis, Tipo de parálisis, Tiempo hasta la colocación, Tipo y peso, Cirugía asociada, Grado de oclusión, Complicaciones, Porcentaje de placas retiradas y tiempo hasta retirarlas.
Resultados: En nuestra serie de 55 pacientes (60% mujeres-40% hombres) la edad media es 52,3 a, el 14,5% presentó parálisis previa a la cirugía de su enfermedad y el 9% úlcera corneal previa a la pesa. La patología-cirugía más frecuente fue en el 58,9% neurinoma del VIII par (cirugía translaberíntica 80%, retrosigmoidea 14% y fosa media 6%), 11% paraganglio-mas-abordaje infratemporal, 9% ca parótida-parotidectomía radical, 5,4% meningioma-tranlabeíintica modificada, 3,6% Ca CAE-abordaje combinado, 3,6% colestestoma-petrectomía y 1,8% angioma nervio facial y neurio-fibrosarcoma. En el 67,3% parálisis tipoVI (27,3% V y 5,5% IV), el tiempo medio hasta la colocación fue 34 días (entre 0 días y 3 años). Hasta el 2004 se usó pesas de oro 29% cambiando a titanio-iridio 71% (The Platinum Chain. A. Berghaus. Abril 2003). En el 67,3% el peso fue 1,6 g, 12,7% (1,4 g), 8% (1,8 g) y 2% (1,2 g). En el 9% se asoció a anastomosis XII-VII, cantopexia (3,6%), y suspensión labial (1,8%). El 88% consiguió oclusión completa, remplazándose en el 7,3%. Se retiraron el 14% por resolución de la parálisis en una media de 345 días .En cuanto a las complicaciones hubo 2 casos de extrusión y uno de desepitelización coneal leve.
Conclusiones: Para la corrección del lagoftalmos producido por la parálisis del parpado superior la colocación de un peso palpebral es una de las técnicas más eficaces y sencillas, disminuyendo el número de complicaciones oculares con su colocación profiláctica, fundamentalmente en procedimientos otoneuroquirurgicos.

227

IMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA LESIÓN IATROGÉNICA DE LA CUERDA DEL TÍMPANO EN LA CIRUGÍA DE LA OTOESCLEROSIS

J. Galindo Delgado-Ureña, L. Lassaletta Atienza, A. Díaz Anadón, I. Sánchez Camón, L. del Río Arroyo, J. Gavilán Bouzas
Hospital La Paz, Madrid.

Introducción: En cirugía otológica es frecuente la lesión de la cuerda del tímpano. Este trabajo pretende estudiar las repercusiones clínicas de la sección versus conservación anatómica del nervio tras la intervención.
Material y método: Estudio retrospectivo observacional, utilizando la base de datos de Otosclerosis del Servicio y un cuestionario validado de síntomas asociados a la cuerda del tímpano. Se dividió la muestra en 2 grupos: Sección y Conservación (pacientes cuya cuerda del tímpano, manipulada o no, conservó su integridad anatómica). Se comparó la presencia de síntomas, su duración, la técnica quirúrgica empleada y los resultados audiométricos.
Resultados: 78 pacientes (88 oídos): Sección (18 pacientes; 20%) y Conservación (70 pacientes; 80%). Globalmente aparece sintomatología gustativa en 35% (39% Sección; 34% Conservación). No existen diferencias estadísticamente significativas en la aparición y duración de los síntomas, así como en la técnica quirúrgica y los resultados audiométricos. Únicamente 1 paciente de cada grupo presenta sintomatología a largo plazo.
Discusión: Nuestros resultados sugieren que no existen grandes diferencias clínicas tras la sección versus conservación de la cuerda del tímpano. Existe una gran variedad de factores que influyen en la aparición de síntomas, como la edad, la cultura gastronómica, la inervación cruzada o el estado previo del oído medio.
Conclusión: La sintomatología tras la lesión iatrogénica de la cuerda del tímpano tiene, en general, escasa relevancia clínica, sobre todo a largo plazo, tanto si se secciona el nervio como si se manipula en grado variable.

267

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN COCLEAR BILATERAL

C. Sierra Grañón, I. Isasa González de Ubieta, M. Calderón Sánchez, E. Mora Rivas
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Presentamos nuestra experiencia en la implantación coclear bilateral, en base al beneficio que aporta dicha actuación, fundamentalmente en cuanto a percepción de frases y en ambiente con ruido.
Material y métodos: Entre los pacientes intervenidos en nuestro hospital de implante coclear entre los años 1991 y 2007, hemos seleccionado

20 pacientes con implantación bilateral. Entre ellos, 14 pacientes presentaban una hipoacusia neurosensorial profunda prelocutiva y 6 pacientes una hipoacusia postlocutiva. En nuestro estudio, hemos comparado la discriminación de frases y el reconocimiento de bisílabos, ambos en presencia de ruido, utilizando un implante coclear o ambos, tras un período mínimo de un año tras la colocación del segundo implante.
Resultados: El reconocimiento de vocales en los pacientes implantados no empeoran en presencia de ruido, alcanzando el 100% ya con el primer implante, pero, en esa misma situación de ruido, la utilización del implante bilateral mejora claramente el reconocimiento, de consonantes (88% con un implante vs 100% con los dos) y de bisílabos (80 vs 100%). Algo similar ocurre con la comprensión de frases.
Conclusión: En nuestra experiencia, los resultados obtenidos nos animan a defender el beneficio de la implantación coclear bilateral, dado que claramente mejora los resultados en el reconocimiento de bisílabos y frases, especialmente en situaciones de ruido, que constituyen, en nuestra sociedad, lo más habitual.

290

RESULTADOS EN EL USO DEL IMPLANTE VIBRANT SOUND BRIDGE A NIVEL DE LA VENTANA REDONDA

M. Manrique Rodríguez, C. Gimeno Vilar, L. Girón, A. Valdivieso, F.J. Cervera Paz
Clínica Universitaria, Navarra.

Introducción: El implante activo de oído medio denominado Vibrant Sound Bridge en un inicio fue diseñado para el tratamiento de hipoacusias neurosensoriales procediendo al anclaje de su FMT a nivel de la rama larga del yunque. En los últimos años, algunos autores han mostrado resultados prometedores mediante la implantación de la FMT a nivel de la ventana redonda tratando con ello de obtener una directa estimulación del oído interno. Así, han ampliado la indicación de estos dispositivos no solamente a los casos de hipoacusias neurosensoriales si no también a aquellas de naturaleza conductiva y mixta.
Material y métodos: Se estudia una población de 8 pacientes implantados con este dispositivo, siendo colocada la FMT a nivel de la ventana redonda. La edad media de implantación fue de 56,75 años. 4. eran mujeres y 4 varones. De ellos, 3 presentaban una técnica abierta de mastoidectomía, con antecedentes de colesteatoma, y sufrían una hipoacusia de tipo conductivo/mixto. En el transcurso de la cirugía se procedió a revisar la cavidad y proteger los componentes del implante con cartílago. Los otros 5 conservaban una anatomía normal del CAE y fueron implantados a través de una mastoidectomía y timpanotomía posterior. Uno de ellos presentaba una hipoacusia neurosensorial y el resto perdidas auditivas conductivas o mixtas de diferentes etiologías.
Resultados: En aquellos pacientes con una hipoacusia conductiva o mixta la media de los umbrales de la vía aérea en el preoperatorio (0,5-4 KHz) fue de 90,5 dB. Con posterioridad a la activación y con un periodo de seguimiento, dentro de seis meses presentaremos los resultados y las posibles complicaciones que hayan podido surgir.
Conclusiones: Por el momento en los pacientes con un seguimiento de 6 meses (3 pacientes), los resultados obtenidos confirman el beneficio obtenido por la directa estimulación de la cóclea a través de la ventana redonda con el uso del implante activo de oído medio Vibrant Sound Bridge. En el congreso presentaremos los resultados de todos de ellos.

362

RESULTADO FUNCIONAL DE PACIENTES IMPLANTADOS CON EL IMPLANTE DE OÍDO MEDIO TOTALMENTE IMPLANTABLE: CARINA

V. Rivero de Jesús, L. García-Ibáñez Cisneros, M. Levorato, E. García-Ibáñez Ferrándiz
Instituto de Otología García Ibáñez, Barcelona.

Introducción: El implante CARINA (Otologics Fully Implantable Middle Ear Transducer) es un novedoso dispositivo totalmente implantable de oído medio que se comienza a utilizar como tratamiento de la hipoacusia neurosensorial y actualmente también de la hipoacusia conductiva o mixta.
Objetivos: Comprobar la efectividad funcional del IOM CARINA con estudios audiológicos en pacientes adultos con hipoacusia bilateral severa conductiva, mixta y neurosensorial y realizar una comparación de los resultados entre estos pacientes.
Métodos: Se implantaron 17 pacientes adultos con hipoacusia bilateral moderada-severa: 10 con hipoacusia sensorineural, 1 con hipoacusia mixta y 6 con hipoacusia conductiva. Se les realizó audiometría tonal y verbal preoperatorias con y sin audífonos correctamente adaptados y calibrados, y posoperatoria en la fecha de la activación (6 semanas después) con y sin implante CARINA.
Resultados: Los resultados audiológicos demostraron una ganancia promedio de 30 dB (calculada sobre el PTA) con la siguiente distribución: hipoacusia neurosensorial 30.20 dB; hipoacusia conductiva y mixta 29.25 dB.
Conclusión: El implante de oído medio CARINA es un instrumento de rehabilitación auditiva que además de ofrecer los beneficios en la calidad de sonido y estética para los pacientes con hipoacusia bilateral severa sensorineural es ahora también útil para los pacientes con hipoacusia bilateral mixta ó conductiva. Las indicaciones y por tanto el número de pacientes que puede ser beneficiado de este implante se esta ampliando espectacularmente.

14,00–16,00 Comida

16,00–17,00

Curso de instrucción

10

EXPLORACIÓN INSTRUMENTAL EN PACIENTES CON PATOLOGÍA VESTIBULAR Y ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

R. Sanz Fernández, E. Martín Sanz, L. Pérez Esteban
Hospital Universitario de Getafe, Madrid

Introducción: Aunque la anamnesis y la exploración física del paciente constituyen la base del diagnóstico del paciente vertiginoso, la VNG, pruebas rotatorias y la posturografía dinámica son un apoyo fundamental que ayudan a confirmar el diagnóstico y orientar el tratamiento. La implantación global de estas pruebas hace necesaria la actualización de los distintos conceptos que el desarrollo de esta tecnología aporta.
Metodología: Con el presente curso los autores pretenden exponer los datos fundamentales para interpretar los trazados electrooculográficos de la VNG Computerizada como base para el diagnostico de las distintas alteraciones del equilibrio. Del mismo modo, se pretende explicar de modo sencillo la metodología en general de la estimulación rotatoria y más concretamente de nuestros protocolos de estudio, así como la interpretación de los mismos. Por otro lado, se abordará los protocolos de estudio mediante posturografía dinámica (Pro Balance Master) y las conclusiones derivadas de los mismos. El objetivo del presente curso es exponer claramente los distintos algoritmos de interpretación diagnóstica de las diversas pruebas expuestas y la orientación terapéutica que de ellos se derivan. El curso se apoyará con iconografía de registros reales de nuestros pacientes y videos de los mismos para una mejor comprensión de los casos expuestos. Toda la iconografía del curso se entregará a los cursillistas que lo deseen en formato CD para su total disponibilidad.
Conclusión: El gran avance que la otoneurología está experimentando en los últimos años ha de ir paralelo a un mejor manejo de las pruebas fundamentales en el diagnóstico de este tipo de pacientes.

17,10–18,10

Curso de instrucción

1

REFLUJO FARINGOLARÍNGEO: INVESTIGACIÓN E IMPLICACIONES CLÍNICAS PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

C. Milstein, C. A. Solares
Cleveland Clinic, Ohio, EEUU.

En EEUU el 10% de pacientes que visitan los servicios de otolaringología tienen síntomas de reflujo gástrico. Se estima que un 60% de pa-

cientes fonoaudiológicos en terapia de la voz padecen de reflujo faringolaríngeo. El reflujo también es la tercera causa principal de tos crónica, después de problemas de senos paranasales y asma. Se cree también que hay asociación entre reflujo crónico y cáncer. A pesar de ser un problema tan prevalente, es muy común que haya conflicto o desacuerdo entre profesionales de distintas áreas (por ejemplo entre otorrinolaringólogos y gastroenterólogos) acerca de la precisión en el diagnóstico y tratamiento en pacientes de cabeza y cuello. Hay cuatro componentes principales para examinar el dilema clínico impuesto por este desorden: a) patofisiología del reflujo (qué rol juegan los ácidos, bilis, pepsina, y tripsina); b) los hallazgos laringoscópicos asociados con exposición al ácido (qué signos laringoscópicos tienen validez, y cuáles no), c) el rol de estudios como el monitoreo de pH (se puede diagnosticar RFL con estudios clásicos de reflujo gástrico? ¿Qué medidas se pueden tomar para aumentar la sensibilidad y sensitividad en el diagnóstico? Este desorden es sobre-diagnosticado y sobre-medicado?), d) cual es la terapia óptima para tratar este desorden (¿IBP una vez por día? ¿dos veces por día? ¿agregar H2 blockers? ¿Tratar por uno, dos, o tres meses? ¿Cuándo re-evaluar?). Nuestro equipo multidisciplinario en la Cleveland Clinic ha conducido más de 16 estudios de investigación con el propósito de aclarar estas preguntas y minimizar conflicto inter-profesional. Esta presentación hará un resumen de los hallazgos de estos estudios y un resumen de nuestras recomendaciones actuales para tratar este desorden.

LUNES, 20 DE OCTUBRE

SALA ESCIPIÓN

13,00–14,00

Sesión de comunicaciones de orales 14

Presidente: Teresa Rivera Rodríguez
Secretario: Manuel Rodríguez Paradinas

14

IDENTIFICACIÓN DE SIMULADORES MEDIANTE POSTUROGRAFÍA SWAYSTAR. EL ÍNDICE S2EC/W3MEC: IDENTIFICACIÓN DE VALORES CLÍNICOS Y POTENCIA DIAGNÓSTICA

M.P. Gómez Tapiador, M. Oliva Domínguez, M.I. Vázquez Muñoz, J. Bartual Magro, J. Bartual Pastor
Hospital Univ. de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Uno de los métodos más fiables para identificar simuladores en otoneurología es la posturografía computerizada. Hemos diseñado un estudio experimental con un nuevo índice para poder identificar a estos pacientes y calculado su potencia como herramienta diagnóstica clínica.
Material y métodos: Hemos utilizado a 18 individuos sanos, entre 23 y 37 años (media de 27,61), 10 mujeres y 8 hombres. Se les ha informado que deben actuar como simuladores, para intentar conseguir una baja laboral, sin decirles nada más (grupo simulador). Las pruebas consistieron en la prueba de Romberg sobre superficie firme (s2ec) y andando 3 metros con los ojos cerrados (w3mec), registrando ambas pruebas con el sistema SwayStar. A continuación se repiten las mismas pruebas pero esta vez de buena fe, sin simular (grupo no simulador). Se recogieron las siguientes variables: tiempo, ángulo global, velocidad global, ángulos de inclinación y balanceo, velocidad de inclinación y balanceo y velocidad media. Se calculó el cociente s2ec/w3mec en ambas condiciones y se exploran las posibles diferencias significativas con el programa SPSS ver. 15, mediante pruebas no paramétricas (test de Mann-Whitney). Para buscar los valores límites, calculamos el percentil 10 (en grupo simulador) y el percentil 90 (grupo no simulador) para la identificación de ambos grupos. Calcularemos la mejor variable en función de la significación de la prueba chi cuadrado y su potencia diagnóstica; ésta última se ha calculado con la calculadora en Excel del Dr. Primo publicada en la red CASPE (www.redcaspe.org).
Resultados: Obtenemos diferencias significativas entre ambos grupos en todas las variables. Sobre la prueba chi cuadrado, sólo la variable tiempo no obtiene significación estadística. Calculando la razón de verosimilitud (LR), los mejores resultados son los de velocidad media para la identificación de no simuladores (LR+ de 16,00 con IC95% de 2,37-108,24 y LR- de 0,12 con IC95% de 0,03 y 0,44) y el ángulo global para la identificación de simuladores (LR+ de 8,50 con IC95% de 2,29 y 31,55 y LR- de 0,06 con IC95% de 0,01 y 0,42). La sensibilidad y especificidad fueron de 88,9 y 94,4 para no simuladores y de 94,4 y 88,9 para simuladores.
Conclusión: El índice s2ec/w3mec es una herramienta útil en la detección de simuladores en otoneurología.

16

RELACIÓN ENTRE LA SENSACIÓN DE MOVIMIENTO Y DIFERENTES LESIONES VESTIBULARES

C. de la Plata Sánchez, M. Oliva Domínguez, J. Bartual Magro, J. Bartual Pastor
Hospital Univ. de Puerto Real, Cádiz.

Introducción: Si los canales semicirculares detectan las aceleraciones angulares, es lógico pensar que una lesión de alguno de ellos produzca una sensación de movimiento de tipo giratorio. Del mismo modo, dado que cada canal detecta los movimientos en planos diferentes, lesiones en diferentes canales deberían producir una sensación de giro en diferentes planos.
Material y métodos: Estudio prospectivo en 480 pacientes con trastornos del equilibrio de algún tipo. En todos ellos se investigó la sensación de movimiento percibida así como el plano del mismo. Se relaciona, mediante la correspondiente tabla de doble entrada, la sensación de movimiento con la existencia de una hiporreflexia calórica unilateral y con el diagnóstico de VPPB de canal posterior como ejemplos de lesiones de al menos el canal horizontal y el canal posterior. También se intenta relacionar la sensación de giro en los planos horizontal y vertical con la hiporreflexia unilateral por un lado y con el VPPB de canal posterior por el otro. En todos los casos se calcula la prueba de chi cuadrado y odds ratio y se considera significativo con una $p < 0,05$.
Resultados: Al relacionar la sensación de giro con la hiporreflexia unilateral, se obtiene chi cuadrado = 7,684 con p = 0,006; odds ratio = 2,004. Al relacionar la sensación de giro con el VPPB, chi cuadrado = 22,719 con p = 0,000; odds ratio = 4,182. Sobre el plano de movimiento: sensación de giro horizontal con hiporreflexia: chi cuadrado, p y odds ratio de: 0,652; 0,419 y 0,779. Sensación vertical e hiporreflexia: 0,132; 0,717 y 0,871. Sensación horizontal con VPPB: 1,542; 0,214 y 0,672. Sensación vertical y VPPB: 3,921; 0,048 y 2,005.
Discusión/Conclusiones: Existe una relación clara entre la sensación rotatoria y una lesión canalicular demostrada por la prueba calórica o el VPPB. Además, una lesión de un canal vertical como es el VPPB de canal posterior también está estadísticamente relacionada con una sensación de movimiento vertical. La odds ratio refrenda estos hallazgos. Son hallazgos que pueden ayudar a comprender la fisiopatología del equilibrio y ser de utilidad en el diagnóstico.

97

REVISIÓN DEL VÉRTIGO INFANTIL EN 125 PACIENTES DISTRIBUIDOS POR GRUPOS ETARIOS

R. D. Manrique Lipa, S. Mielgo de Luque, A. Soto Varela, S. Santos Pérez, T. Labella Caballero, C. Santidrián Hidalgo
Hospital do Meixoeiro; Hospital Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es revisar nuestra casuística y evaluar la prevalencia y características de los síntomas en niños con alteraciones del equilibrio, así como establecer el nivel de importancia algunas de las exploraciones complementarias en el estudio de la exploración vestibular.
Pacientes y métodos: Presentamos un estudio descriptivo, retrospectivo, no aleatorizado y de corte transversal, realizado en el Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, de 125 pacientes (distribuidos en los grupos etarios de: 0-5, 6-10 y 11-15 años) menores de 16 años que consultaron por alteraciones del equilibrio entre los años 1996 y 2007.
Resultados: El 78,8% de los pacientes se encontró en el grupo de 11 a 15 años, la incidencia de patología periférica fue del 82,4%; el vértigo paroxístico benigno de la infancia (64%) es el cuadro más frecuente en nuestra serie de los cuales el 32,5% asocio migraña común, siendo más frecuente en el grupo de 11 a 15 años ($p < 0,05$). La edad, el sexo y los resultados de las exploraciones complementarias solicitadas (PEATC, TAC, RME) no influyeron en el hecho de presentar migraña asociada, ni en el diagnóstico ($p > 0,05$).
Conclusiones: La historia clínica y la exploración otoneurológica son las piezas claves en el diagnóstico de la patología vestibular infantil; siendo importante protocolizaras y sistematizarlas por grupos etarios, se debe realizar un screening vestibular junto al auditivo; así evitar trastornos en el desarrollo psicomotor a largo plazo.

128

LÍMITES DE ESTABILIDAD EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE

M.A. Sevilla García, N. Pérez Fernández, M.S. Boleas Aguirre, C. Suárez Nieto
Hospital Central, Asturias; Clínica Universitaria, Navarra.

Introducción: En la enfermedad de Ménière (ED) el pobre control postural no sólo es fruto de una inadecuada integración de la información vestibular, sino también proviene de unas señales sensoriales diferentes que regulan la postura junto con un proceso inadecuado de compensación central. El objetivo de este estudio es determinar la habilidad de los pacientes con ED unitalteral de alcanzar los correspondientes límites de estabilidad y definir la existencia de limitaciones en su movilidad direccional.
Material y métodos: Se estudia 112 pacientes con ED unitateral empleando como controles 30 sujetos sanos emparejados por edad y sin antecedentes de alteraciones en el equilibrio. Se realiza una posturografía dinámica para determinar la habilidad de los sujetos para desplazar su centro de gravedad (CG) a los correspondientes límites de estabilidad. La velocidad de reacción, el tiempo de reacción, la precisión (en términos de distancia), y una evaluación global del movimiento intencionado hacia y lejos del objetivo fueron analizados. Otras características que también se estudiaron fueron: la duración de la enfermedad, el tiempo desde la última crisis de vértigo, el grado de invalidez y otras deficiencias auditivas y vestibulares.
Resultados: Se halló una pequeña pero significativa correlación entre el déficit auditivo y vestibular y las diferentes variables estudiadas en el test de los límites de estabilidad. 4 factores se establecieron con resultado estadísticamente significativo, de los cuales tres derivaban de variables obtenidas mediante desplazamientos cortos. Estos factores se correlacionaban con el tiempo desde la última crisis de vértigo, el grado de invalidez, la pérdida auditiva y el déficit vestibular.
Conclusiones: El equilibrio dinámico está moderadamente perjudicado en los pacientes con ED.

259

ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE. EVIDENCIA SOBRE SU TRATAMIENTO MÉDICO

C. Martín González, F.M. González Martín, M. Pinilla Urraca, A. Martínez Ruiz-Coello, A. Ibáñez Mayayo, A. Rodríguez Valiente, C. López-Cortijo Gómez Salazar
Hospital Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La enfermedad de Ménière tiene una prevalencia de 1/1000 en nuestro medio. Es una patología discapacitante que afecta la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Su causa es desconocida y existen distintas opciones terapéuticas con resultados controvertidos, no habiéndose descrito ningún tratamiento curativo. El objetivo de nuestro trabajo consiste en presentar las tendencias y evidencias actuales respecto al tratamiento de la enfermedad de Ménière, así como nuestro protocolo de actuación ante su diagnóstico.
Material y métodos: Presentamos 251 de 1259 casos diagnosticados de enfermedad de Ménière en nuestro Hospital en los últimos 10 años, basándonos en los síntomas que presentan y los hallazgos en la audiometría tonal liminar (ATL), electronistagmografía (ENG) y pruebas calóricas. Todos los casos fueron manejados según nuestro protocolo de actuación.
Resultados: La enfermedad de Ménière es más frecuente en mujeres (55%). El 84% de los casos son unilaterales, de éstos, un 93,4% cursan con vértigo, 86,7% con hipoacusia, 86,3% con acúfenos y un 73,4% con pruebas calóricas patológicas (57,3% hiporreflexia ipsilateral). Se realizó un seguimiento a largo plazo (5 años) en el 89,6% de los pacientes. Presentamos los resultados en cuanto al control de los síntomas de la enfermedad siguiendo nuestro protocolo de actuación, siendo en casi la totalidad de los casos satisfactorios.
Conclusión: El tratamiento de la enfermedad de Ménière es controvertido, existiendo muchas opciones farmacológicas junto con medidas higiénico-dietéticas, sin producir en ningún caso la detención del desarrollo de la enfermedad o la curación de la misma, siendo muy importante la aceptación y comprensión de la enfermedad por parte del paciente.

320

TRÍADA ASA. INDICACIONES Y RESULTADOS

A. Ibáñez Mayayo, D. Laguna Ortega, B. Arellano Rodríguez, A. Rodríguez Valiente, C. Martín González, A. Martínez Ruiz-Coello, C. López-Cortijo Gómez Salazar
Hospital Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La enfermedad de Widal o tríada ASA se caracteriza por una poliposis nasosinusal resistente al tratamiento médico y quirúrgico, asma de aparición tardía e intolerancia al ácido acetilsalicílico con expresividad clínica variable.
Material y métodos: Realizamos una revisión de los 1864 pacientes intervenidos en nuestro hospital mediante cirugía endoscópica nasosinusal entre los años 1990 y 2004 así como de la literatura médica respecto a la prevalencia y eficacia del tratamiento endoscópico de los pacientes diagnosticados como triada ASA.
Resultados: Mostramos los datos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos de los 141 pacientes (7.5%) diagnosticados como tríada ASA y tratados mediante CENS en nuestro servicio. El porcentaje de reintervenciones realizadas en pacientes con triada ASA fue de un 42,5% (60 pacientes) y el seguimiento mínimo de cada paciente fue de al menos 3 años.
Discusión: El tratamiento quirúrgico de este tipo de pacientes se asocia a la necesidad de tratamiento corticoideo tópico o sistémico más prolongado, a un índice mayor de recurrencia así como a mayor número de reintervenciones que las poliposis simples. Los resultados en nuestra población son concordantes con los resultados obtenidos en la literatura mundial.

14,00–16,00 Comida

16,00–17,00

Curso de instrucción

25

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DEL CARCINOMA LARÍNGEO MEDIANTE MICROELECTRODOS DE DISECCIÓN

J. Basterra Alegría, E. Zapater Latorre
Hospital General Universitario, Valencia.

Desde hace varios años en nuestro centro venimos utilizando los microelectrodos de disección de tungsteno (ME) como alternativa al láser CO_2 en la exéresis endoscópica del carcinoma laríngeo. Han demostrado tener ventajas con respecto a este último en términos de rapidez, hemostasia, comodidad y economía. Hemos analizado la calidad de la voz en pacientes sometidos a cordectomías con ME y no existen diferencias con respecto a los operados con láser CO_2. Tampoco existen cambios en cuanto a resultados oncológicos. El daño tisular agudo provocado por los ME no es mayor que el provocado por el láser CO_2. Lo mismo ocurre con el daño tisular crónico. El objetivo de este curso es mostrar la técnica quirúrgica empleada para la exéresis así como el material utilizado.

Bibliografía

1- *Basterra J, Zapater E, Moreno R, Hernández R: Electrosurgical endoscopic cordectomy with microdissection electrodes. A comparative study with CO2 laser cordectomy. The Journal of Laryngology and Otology, 120, 661-6; 2006*
2- *Basterra J, Frías S, Alba JR, Pérez A, Zapater E: Comparative study of acute tissue damage induced by the CO2 laser versus microelectrodes in cordectomies, Otolaryngology Head and Neck Surgery,135;933-6; 2006*
3- *Basterra J, Frías S, Alba JR, Zapater E. A New Device for Treating Laryngeal Carcinoma Using Microdissection Electrodes. Laryngoscope, 116; 2232-4; 2006*

17,10–18,10

Curso de instrucción

56

DISPOSITIVOS TOTALMENTE IMPLANTABLES EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL

F. Antolí-Candela Cano, A. Harguindey Antolí-Candela
Instituto Antolí Candela, Madrid.

Introducción: Los dispositivos implantables de oído medio para el tratamiento de la hipoacusia neurosensorial son una alternativa importante a los audífonos convencionales. Recientemente se han desarrollado nuevos implantes entre los que se encuentran el Esteem dentro de los totalmente implantables. El Esteem tiene como característica diferencial el que no requiere la utilización de un micrófono como receptor del sonido ya que utiliza la membrana timpánica y cadena osicular en su lugar. El objetivo del curso es presentar este implante de oído medio.
Material y método: Se revisan los resultados en 72 casos intervenidos con este implante en diferentes puntos del mundo. Se describen: las indicaciones, el método quirúrgico y el seguimiento que requieren estos pacientes.
Resultados: A los 2, 4 y 10 meses del implante, dónde se estudia la recuperación auditiva y la discriminación de la palabra a los 10 meses de la intervención. En el 90% de los pacientes la discriminación es igual a la que tenían con sus audífonos (32%) o mejor (58%) cuando se presenta un estímulo a 50 dB HL. El 93% de los pacientes compararon la audición con el Esteem como de mejor calidad que su audífono.
Conclusiones: Los implantes de oído medio en general y el dispositivo Esteem en particular son una buena alternativa al audífono convencional cuando la indicación de acuerdo con lo que se ha descrito y el acto quirúrgico son realizadas correctamente.

LUNES, 20 DE OCTUBRE

SALA ELS MUNTS

16,00–17,00

Curso de instrucción

21

UNIDAD DE DACRIOLOGÍA. EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA DE LA VÍA LACRIMAL EN EQUIPO

F.J. Sánchez Celemín, G. Lucas Elio, J. Iniesta Turpín, I. Albaladejo Devis, L. M. Amorós Rodríguez
Hospital Univ. Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La patología de la vía lacrimal ha sido históricamente abordada desde distintas especialidades: oftalmología, otorrinolaringología, radiología. Centrando la atención en los pacientes, unimos todas las aportaciones de cada una de las especialidades en un equipo multidisciplinar: una Unidad de Dacriología.
Material y métodos: En nuestro medio, un hospital público universitario de nivel terciario, trabajamos en equipo especialistas de otorrinolaringología, oftalmología y radiología, con un protocolo de actuación que abarca desde la recepción de los pacientes hasta el alta de los mismos, ofreciendo de un modo protocolizado a los pacientes un tratamiento individualizado ajustado a nuestra cartera de servicios. Así, a través de un protocolo que presentamos, le ofrecemos a los pacientes desde la dacriocistorrinostomía externa, hasta la dacriocistorrinostomía endoscópica, pasando por la colocación de stent de vía lacrimal y la dacriocistorrinostomía transcanalicular con láser de diodo, recomendándoles la que creemos más apropiada.
Resultados: Desde junio de 2006 hasta abril de 2008 hemos tratado quirúrgicamente 167 pacientes, habiéndose realizado 152 dacriocistorrinostomías transcanaliculares con láser de diodo, 6 dacriocistorrinostomías endoscópicas, 14 dacriocistorrinostomías externas y 3 colocaciones de stent de vía lacrimal. El protocolo de actuación, las pruebas complementarias, las exploraciones realizadas, la proposición de tratamiento individualizado y la gestión de los fracasos terapéuticos serán explicados. Los resultados se evalúan con parámetros objetivos (permeabilidad de la vía lacrimal) y subjetivos (escala de Munk).
Conclusiones: Se puede y debe trabajar en equipo. Dicha forma de trabajo en equipo, aporta un alto grado de satisfacción profesional y mejora los resultados obtenidos en los pacientes.

17,10–18,10

Curso de instrucción

3

TÉCNICAS RECONSTRUCTIVAS EN EL ÁREA DE CABEZA Y CUELLO TRAS LA RESECCIÓN DE TUMORES CUTÁNEOS MALIGNOS

J.T. Bezos Capelastegui, B. Señaris González, Gómez, Carrera, M. García, Acinas, Quintana
Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria.

Objetivos didácticos: 1.- Conocer las características y factores que producen los "tumores malignos" en esta área. 2.- Aprender los diferentes tipos de tratamiento propuestos, tanto en su aspecto "oncológico", como "reconstructivo" y "estético". 3.- Extirpar las lesiones, con márgenes de seguridad suficientes. 4 - Explicar al paciente la importancia de su lesión, el método reconstructivo elegido, posibles complicaciones y los resultados oncológicos y estéticos esperados.
Descripción del curso: El cáncer de piel es cada vez más frecuente en España, sobre todo en personas de piel y ojos claros, por la exposición prolongada al sol, (se registran unos 80.000 nuevos casos al año). La extirpación de estos tumores, con un "margen de seguridad" amplio, nos plantea la manera de reparar el defecto quirúrgico creado. Presentamos las cuatro formas básicas de cierre: "directo", "injertos libres", "por segunda intención" y "colgajos locales". Durante el curso mostramos las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, sus indicaciones, técnicas y complicaciones. Entre enero del 98 y enero de 2008, hemos intervenido 1.985 "tumores malignos". Los cierres realizados fueron: 1.429 "directos", 419 "colgajos locales", 119 por "segunda intención" y 18 "injertos libres". Presentamos los aspectos fundamentales que, sobre estas modalidades de cierre, debemos de conocer; características de los "colgajos locales" etc. y veremos, en varios casos: el tallado de la lesión, el "colgajo" elegido, el cierre inmediato, el aspecto que presenta a la semana y a los dos meses.
Conclusiones: Al finalizar el curso demostraremos que es una cirugía relativamente sencilla, que sólo precisa una cierta experiencia, pudiendo ser realizada por cualquier cirujano, en cualquier Hospital.

LUNES, 20 DE OCTUBRE

ZONA PÓSTER

Comunicaciones póster - Sesión 3

Presidente: Miguel Ángel Arístegui Ruiz
Secretario: Ángel Rodríguez Paramós

230

CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES DE PARÓTIDA

E. Sánchez-Legaza, J. R. Ruiz, W. Elhendi, A. Rodríguez, A. Caravaca, A. Sanmartín, A. Ruiz-Mondéjar
Hospital de Punta Europa, Cádiz.

Introducción: El carcinoma de células acinares es infrecuente (2-4% de tumores de glándulas salivares) originado sobre todo en parótida, bien circunscrito y de baja malignidad, aunque puede recidivar y metastatizar.
Material y métodos: Paciente varón que acude a consultas externas por tumoración parotídea izquierda. PAAF: sugerente de carcinoma células acinares y RNM: tumoración en cola de parótida izquierda, bien delimitada sin adenopatías.
Resultados: Se realiza parotidectomía subtotal con resultado histológico de carcinoma de células acinares y afectación de márgenes quirúrgicos, por lo que recibe radioterapia adyuvante.
Discusión/Conclusiones: El carcinoma de células acinares parotídeo representa el tercer tumor epitelial maligno, tras el carcinoma mucoepidermoide y tumor mixto maligno (10%), presentándose como una masa de crecimiento lento en cola de parótida simulando un adenoma pleomorfo, requiriendo la inmunohistoquímica para su diagnóstico.

510

ERROR EN CADENA CON RESULTADO DE TRAQUEOTOMÍA PEDIÁTRICA URGENTE

C. Pérez Torres, E. Fernández Pascual, M.I. Aguadero García, M. Roda Aceituno
Hospital Clínico Univ. San Cecilio, Granada.

Introducción: La traqueotomía en la edad pediátrica es una técnica no exenta de complicaciones, sobre todo en recién nacidos pretérminos, técnicamente más laboriosa y con una morbimortalidad superior a la de los adultos, pudiendo incluso ocasionar la muerte.
Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 8 años, afecto de artrogriposis, que es ingresado por cuadro de atelectasia pulmonar izquierdo de semanas de evolución, siéndole practicada en UCI pediátrica una exploración fibrobroncoscópica.
Resultados: Tras dicha exploración bajo sedación, el niño disminuye su trabajo respiratorio debido al exceso de sedación y empieza a caer la saturación de O2. Debido a ello se procede a la intubación orotraqueal urgente, pero resulta muy dificultosa debido a su patología llegando a perforarle la hipofaringe con el enfisema cervical secundario correspondiente que agrava el cuadro de hipoxia. Debido a ello se decide la realización de traqueotomía urgente.
Discusión/Conclusiones: La traqueotomía pediátrica constituye una técnica más complicada y sujeta a mayor morbi-mortalidad que la realizada en un adulto. Actualmente estamos asistiendo a un cambio en el concepto de traqueotomía pediátrica, no sólo que cada vez se realicen a edades más tempranas sino que sus indicaciones están cambiando de manera sustancial.

515

AFECTACIÓN POLIPOIDE AISLADA DEL SENO ESFENOIDAL

B. Ágreda Moreno, E. Serrano Añón, R. Artal Sánchez, A. Urpegui García, J.I. Alfonso Collado, H. Vallés Varela
Hospital Clínico Univ. Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: La ocupación esfenoidal en el marco de una panpoliposis, es relativamente frecuente, pero no lo es su afectación aislada. Los factores predisponentes puede ser una obstrucción anatómica del ostium de drenaje del seno esfenoidal, por una desviación septal importante, una hipertrofia turbinal o una malformación congénita; o una obstrucción secundaria a infecciones recurrentes cercanas. El síntoma más frecuente es la cefalea, que aumenta según la posición de la cabeza. Es característica la poca relevancia de los síntomas rinológicos, ya que no suele aparecer obstrucción nasal, a excepción de rinorrea posterior. La complicación más frecuente que puede causar es la aparición de una sobreinfección, lo que podría ocasionar afectación de los pares craneales cercanos. El diagnóstico se efectúa mediante TC, en el que se observa afectación aislada del seno esfenoidal, y el tratamiento es en principio médico, reservando el abordaje quirúrgico mediante cirugía endoscópica, si éste fracasa.
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 34 años de edad cuyo único síntoma es una cefalea frontoparietal continua que no cede con el tratamiento con AINEs. En el TC se observa una ocupación esfenoidal, por lo que se decide tratamiento quirúrgico mediante CENS, realizando exéresis de los pólipos de dicho seno, dejando un amplio ostium de drenaje.
Conclusiones: La afectación aislada del seno esfenoidal es poco frecuente, pero es una posibilidad a tener en cuenta en pacientes con cefalea refractaria a múltiples tratamientos médicos.

538

TUMORES POCO FRECUENTES DE LARINGE

E. Macón Liquete, A. Maeso Plaza, R. Barnoya Sanchinelli, M.J. Fernández Aceñero, P. Escobar Rincón, C. Ortega Fernández, G. Barrutieta Baztán, M. Rey García, P. Ortega del Álamo
Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: Después de una revisión de todos los tumores diagnosticados y/o tratados en nuestro servicio, hemos encontrado una serie de ellos, que debido a su baja incidencia, se pueden considerar como raros.
Material y método: Se realiza revisión de casos de tumores de laringe diagnosticados en nuestro centro desde 1997 a 2007 y tras descartar los más frecuentes tanto en nuestro medio como en la literatura en general, seleccionamos aquellos que resultan más infrecuentes a nivel de la laringe. Se evalúa: edad y sexo del paciente, localización laríngea, síntomas, pruebas diagnósticas (laringoscopia directa, TAC, estudio anatomopatológico), su tratamiento, tiempo de seguimiento medio y evolución hasta el momento actual.
Resultados: Se analizaron 2631 biopsias de laringe, de las que 737 correspondían a carcinomas y 13 fueron clasificados como tumores raros de laringe: tumor de células granulares (1), plasmocitoma (2), sarcoma sinovial (1), malformación arteriovenosa (1), linfoma (2), condrosarcoma (1), liposarcoma (1), neurinoma (1), tumor neuroendocrino (1), glomus (1), pseudotumor inflamatorio (1). La mayoría de los pacientes eran mujeres, con edad comprendida entre 12 y 92 años y el síntoma de presentación más frecuente fue el de disfonía. A todos ellos se les evaluó con laringoscopia directa y se les diagnosticó mediante biopsia. En todos ellos el tratamiento fue quirúrgico y solamente en dos casos fue necesaria una laringectomía total.
Conclusión: Pensar en la existencia de estos tumores es fundamental en el momento de llevar a cabo el diagnóstico diferencial. En el mayor porcentaje de estos casos, la terapia fue conservadora en lo referente al órgano. Solamente fueron precisas dos laringectomías totales, de las cuales una puede ser discutible. Es evidente que la herramienta más útil y única definitiva para el diagnóstico es la biopsia.

560

UN CASO DE CARCINOMA PARATIROIDEO

G. Barrutieta Baztán, A.M. Maeso Plaza, P.A. Escobar Rincón, E. Macón Liquete, 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 pacien-

tes suelen presentar metástasis regionales en un tercio de los casos y la supervivencia varía desde el 80% a lo 5 años hasta el 50% a los 10.
Material y métodos: Presentamos un caso de hiperparatiroidismo primario causado por un adenoma paratiroideo 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.

562

CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES GIGANTE

L. Fito Martorell, I. Pastor Basterra, M. Fernández, T. Collazo Lorduy, C. Almodóvar Álvarez
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La patología oncológica de la glándula tiroidea constituye un porcentaje importante de la actividad quirúrgica del área cervical, además de ser un ejemplo de enfoque nosológico multidisciplinar, que consigue un control casi total del curso de la enfermedad. Esto no ocurre en ámbitos sanitarios donde los recursos y la calidad asistencial no han alcanzado el desarrollo que sería deseable.
Material y métodos: Se trata de una paciente de origen subsahariano que acude al servicio de urgencias por presentar una importante tumoración laterocervical de años de evolución, tratada sin éxito en su país de origen y que aporta un diagnostico no concordante con el resultado de la exploración clínica.
Resultados: Con la colaboración de los servicios de Medicina Interna y Radiología se comienza el proceso de estudio, descartándose patología endémica del país de origen de la paciente, llegando al diagnostico final de carcinoma papilar de tiroides.
Discusión/Conclusiones: Una técnica quirúrgica apropiada sigue ofreciendo, incluso en estadios avanzados, una solución con intenciones curativas para el cáncer de tiroides. El fenómeno de movilidad de ciudadanos entre distintos continentes, ofrece una ventana que nos permite observar nuevas patologías, enfermedades por un tiempo erradicadas, y estadios extremadamente avanzados que nos ayudan a comprender el comportamiento y a predecir la evolución de la enfermedad.

534

TRATAMIENTO CON COTRIMOXAZOL DEL WEGENER NASOSINUSAL

A.M. Maeso Plaza, P. Escobar Rincón, E. Macón Liquete, R. Barnoya, L. Cortés, C. Barros, P. Ortega del Álamo
Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: El Wegener es una vasculitis de pequeño y mediano vaso que afecta normalmente a la vía aérea superior, el pulmón y los riñones. Clásicamente se ha tratado con corticoides a altas dosis o fármacos inmunosupresores. En los últimos tiempos son numerosos los estudios que muestran un control de esta patología a nivel nasosinusal con el uso del cotrimoxazol-trimetroprim.
Material y método: Estudio prospectivo de dos casos diagnosticados de Wegener nasosinusal en tratamiento con dicho antibiótico.
Resultados: Imágenes de la evolución de ambos pacientes con el tratamiento.
Discusión/Conclusiones: No se conoce todavía el mecanismo de acción por el cual el cotrimoxazol mejora la clínica nasosinusal de estos pacientes, si bien son varios los estudios que relacionan su acción sobre el S. aureus como posible vía para detener el desarrollo de esta enfermedad. Esto es posible dado que el S. aureus podría estar implicado en el desarrollo del superantígeno y la aparición de los ANCAs.

274

SINUSITIS Y SUS COMPLICACIONES

A. Aviñoa Arias, C. Arjona Montilla, S. García Fernández, J. Vedia García
Hospital Univ. San Cecilio, Granada.

Introducción: La sinusitis representa una patología con un gran impacto en la Salud Pública, tanto por la prevalencia como por los recursos económicos que requiere. A pesar de la ausencia de consenso tanto en la definición como en la clasificación, conocemos las distintas posibilidades terapéuticas y sus infrecuentes, pero temibles complicaciones.
Material y métodos: Varón 17 años visto en Urgencias, siendo diagnosticado de rinosinusitis aguda y con tratamiento antibiótico, es remitido a nuestro servicio tras días de evolución por cuadro de cefalea, rinorrea purulenta, nauseas, vómitos cuadro febril, e inicio brusco de tumefacción ocular derecha. Se solicita TAC de senos paranasales en el que se observa ocupación completa de seno maxilar derecho, celdillas etmoidales superiores y medias derechas compatible con celulitis preseptal derecha. En el estudio analítico se manifiestaron signos de gravedad, como linfopenia. En la exploración física: tumefacción ocular derecha, sin afectación de pares craneales. Rinoscopia descarta rinorrea posterior y anterior. Debido a la mala evolución del paciente se practica CENS de urgencia, realizando meatotomía media con limpieza completa de seno maxilar derecho y de celdillas etmoidales.
Resultados: Tras valoración por parte de anestesistas e intensivistas se decide que pase a la UCI tras la intervención. Tras 2 días de evolución tórpida del paciente presentando un cuadro de obnubilación, se repite TAC de senos paranasales y cerebral observando área hipodensa en lóbulo frontal derecho de 3 × 5 cm de diámetro, efecto masa con borramiento de cisternas basales, herniación subfalcina y transtentorial y absceso subdural. Se deriva al paciente al servicio de neurocirugía siendo intervenido en varias ocasiones para drenar los distintos focos infecciosos. Presentando el paciente una hemiparesia residual.
Conclusión: A pesar de la evidencia científica de la eficacia del tratamiento antibiótico para la sinusitis, siendo el de primera elección la amoxicilina-clavulánico, tenemos un claro ejemplo de evolución tórpida de una sinusitis etmoido-maxilar, con las consecuentes complicaciones orbitarias e intracraneales.

148

ADENOPATÍAS CERVICALES POR TULAREMIA SECUNDARIAS A PICADURA DE GARRAPATA

J.M. Escapa Garrachón, J.I. Martín Serradilla, I. Alonso Castañeira, E. Laherrán Rodríguez, J. Freijanes Otero, P. de las Heras Flórez, J. L. Alonso Treceño
Complejo Hospitalario, Palencia.

Introducción: La tularemia es una zoonosis causada por el cocobacilo Francisella tularensis, con seis posibles formas clínicas: ulceroganglionar, ganglionar, neumónica, tifoidea, oculoganglionar y orofaríngea. La forma de afección depende esencialmente de la puerta de entrada: inhalación, ingesta de productos contaminados, contacto directo a través de piel y mucosas o picadura de artrópodos.
Material y métodos: Presentamos un caso de tularemia con adenopatías cervicales tras una picadura de garrapata.
Resultados: Mujer de 70 años que, tras picadura de un artrópodo en región occipital, presenta fiebre, mialgias, lesión pustulosa en la zona de la picadura y adenopatías laterocervicales izquierdas. La primera microaglutinación para tularemia fue negativa; la segunda, positiva con título de 1/320. Fue tratada con doxiciclina y ciprofloxacino con buena evolución, requiriendo el drenaje quirúrgico de una de las adenopatías, en cuyo contenido se obtuvo una PCR para Francisella tularensis positiva.
Discusión: La tularemia es una infección de reciente implantación en nuestro medio. Raras veces ocasiona adenopatías cervicales, y cuando lo hace, habitualmente tiene lugar por ingesta de agua contaminada o por inhalación, siendo excepcional la aparición de adenopatías cervicales tras una picadura de garrapata. Destacamos la importancia de tener presente a la tularemia en los casos de adenopatías cervicales en pacientes procedentes de la Comunidad de Castilla-León, más aún si cuentan con el antecedente de una picadura de artrópodo previa.

523

PÓLIPO SOLITARIO ENMASCARANDO UN MELANOMA MALIGNO NASAL

J. Lloréns Navarro, P. Moreno León, J. Horno López, A. de Oña Navarrete, M. Mata Ferrón, J.I. Santaella Sáez, J. Salinero Hernández
Hospital Univ. Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Los melanomas malignos como neoplasias primarias en la mucosa nasosinusal constituyen una entidad mucho menos frecuente

que los que asientan en la piel (< 1% del total). Este hecho dificulta un diagnóstico certero de primera instancia, así como el análisis de las vías terapéuticas establecidas.
Material y métodos: Presentamos el casos clínico de una mujer de 49 años con historia de insuficiencia respiratoria nasal progresiva en FND, con episodios de epistaxis repetidos y autolimitados. Acude para valoración ORL, la cual revela tumoración parduzca pseudopolipodea ocupando coana derecha, bastante friable al tacto y muy vascularizada. FNI normal.
Resultados: El diagnóstico diferencial de la tumoración comprendió poliposis nasosinusal, angiofibroma nasofaríngeo, pólipo antrocoanal, carcinoma nasosinusal y carcinoma de cavum. Exponemos los resultados de los distintos estudios de imagen solicitados, que no ofrecieron un diagnóstico claro, por lo que se llegó a la exéresis completa de la pieza, pediculada en cola de cornete inferior, mediante CENS. La histología definitiva fue Melanoma Nasal Maligno, lo que plantea tratamiento adyuvante a la cirugía.
Discusión: Los melanomas que aparecen en la mucosa nasal y de los senos paranasales representan un tipo de neoplasias raras de encontrar en la práctica clínica, pero que debido a su comportamiento agresivo y a su alta capacidad de recurrencia (principalmente en el primer año tras la cirugía) suelen acarrear un mal pronóstico. La detección precoz y la cirugía de exéresis radical pueden contribuir a mejorar los índices de supervivencia.

286

ONCOCITOMA PAROTÍDEO

F. Muñoz del Castillo, E. Alarcón Linares, B. Fernández-Conde, F. Ropero Romero, F. Bravo Rodríguez, J. Ortega Carpio, J. Gutiérrez Jodas, A. Jurado Ramos
Hospital Univ. Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El oncocitoma o adenoma oncocítico de parótida es el 1% de los tumores de glándulas salivares, casi exclusivo de parótida. Es un tumor benigno epitelial, con proliferación celular en cordones de células con citoplasma granuloso de características eosinofílicas y abundantes mitocondrias, similar a los oncocitos. Su malignización anecdótica.
Material y métodos: Mujer de 67 años que acude a Consulta por presentar en últimos meses tumoración cervical izda en nivel II de crecimiento progresivo sin otro síntoma asociado. En la ecografía cervical se aprecia tumoración sólida homogénea bien delimitada que se origina en cola de parótida izda. En la TC cervical igualmente se identifica masa sólida de 5 × 5 cm de diámetro de contornos nítidos en cola de parótida, con sospecha de adenoma pleomorfo o tumor de Whartin.
Resultados: Se realiza gammagrafía, apareciendo nódulo caliente hipercaptante. La PAFF no es concluyente. Ante los hallazgos se realiza exéresis de la tumoración por cervicotomía externa con amplio margen de seguridad, identificando tumor sólido redondeado blando de coloración violácea sin adenopatías cervicales satélites. El resultado de la Anatomía Patológica de la pieza es de oncocitoma parotídeo.
Conclusiones: El oncocitoma es un raro tumor benigno que se debe diferenciar de tumores de otra estirpe, como el tumor de Whartin, las metástasis tiroideas y los linfangiomas, que se pueden presentar todos ellos como nódulos calientes en la gammagrafía con Tc 99.

263

FÍSTULA ORONASAL SECUNDARIA A SEPTOPLASTIA

A. Barrios Recio, J. Sánchez Laínez, F. Rodríguez Domínguez, I. Castaño Zapatero, T. Esteban Sánchez, J. Calero de Castillo
Hospital Univ. Santa María del Rosell, Murcia.

Introducción: Las fístulas oronasales se deben fundamentalmente a defectos óseos congénitos en el cierre de la línea media del paladar. Otras causas menos frecuentes son traumatismos, consumo de cocaína o de origen iatrogénico. Este último grupo fundamentalmente se debe a complicaciones secundarias a intervenciones dentarias, tanto extracciones como implantes, no habiendo encontrado en la literatura actual ningún caso descrito secundario a una septoplastia.
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 19 años que tras cirugía rinoseptal en otro centro hospitalario consulta por presentar durante la ingesta salida de alimentos por la nariz. Se le han practicado sin éxito numerosas curas locales con nitrato de plata. Tras 20 meses sin resolución espontánea de la fístula decidimos intervenirla en nuestro hospital. En la exploración, observamos en línea media de paladar duro un orificio de 3-4 mm de aspecto fusiforme tapado parcialmente con tejido de granulación. En la endoscopia nasal se aprecia en fosa derecha, a unos 5 cm de la narina, un orificio por el que se observa la salida de saliva, así como una sinequia del cornete medio con el tabique. En la TC se aprecia una dehiscencia en paladar suro compatible con una fístula oronasal. Bajo anestesia general se realiza una incisión en ojal alrededor de la fístula e inversión de los bordes con cierre con sutura reabsorbible. Se completa la intervención con colgajo de rotación de mucosa del paladar duro.
Discusión/Conclusiones: Presentamos un caso del que no hemos encontrado bibliografía alguna con una satisfactoria resolución quirúrgica.

264

EMPIEMA SUBDURAL SECUNDARIO A OMA

M. Vaca González, F.M. de la Rosa Astacio, D.R. Pérez Pérez, T. Labatut Pesce, C. Fragola Arnau
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Las complicaciones intracraneales de la otitis media aguda constituyen un grupo de entidades infrecuentes en nuestro medio. Su gravedad y rápida evolución obligan a un diagnóstico temprano y a un tratamiento enérgico desde la propia sospecha del cuadro.
Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 51 años, que acudió a urgencias con cefalea intensa, fiebre alta y otorrea purulenta de 3 días de evolución. Tras el examen clínico inicial y TC craneal se le diagnostica de meningitis de probable origen otógeno, iniciándose tratamiento antibiótico empírico y ampliándose la miringocentesis espontánea que presentaba. Tras mejoría clínica inicial reaparecen la cefalea y fiebre. Un nuevo TC y RMN demuestra una colección purulenta subdural frontoparietal y ocupación mastoidea sin destrucción ósea. Dados los hallazgos radiológicos se decide el drenaje del empiema subdural y del foco ótico mediante craneotomía y mastoidectomía simple en un acto quirúrgico conjunto con el servicio de Neurocirugía.
Resultados: La evolución postquirúrgica fue satisfactoria, con mejoría clínica progresiva y desaparición del empiema en los sucesivos controles. La otorrea y la clínica otológica desaparecieron, con cierre espontáneo de la perforación. En la PCR universal del material del empiema se identifica S. pyogenes como probable causante del cuadro.
Conclusiones: El aumento de las resistencias antibióticas y la aparición de patógenos distintos a los tradicionales condicionan un aumento en la incidencia de complicaciones de las otitis. El otorrinolaringólogo debe estar familiarizado con el diagnóstico de estos cuadros, así como las distintas opciones en su tratamiento, tanto médicas como quirúrgicas.

150

OSTEOMAS FRONTOETMOIDALES GIGANTES: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

J. Aranberri Aresti, S. Quer Canut, C. Zubimendi Eguiguren, H. Trelles Vargas
Hospital Virgen del Camino, Navarra.

Introducción: Los osteomas de senos paranasales son tumores benignos relativamente frecuentes que habitualmente dan una clínica larvada debido a su lento crecimiento y que tienen un tratamiento básicamente quirúrgico.
Material y métodos: Presentamos tres casos atendidos en nuestro centro de osteomas frontoetmoidales gigantes en pacientes jóvenes, a los cuales se realizó una rinotomía paralateronasal con ampliación supraciliar para acceder a etmoides y seno frontal. En todos los casos se realizó abordaje abierto paralateronasal con apoyo endoscópico intranasal.
Resultados: La resección del tumor fue satisfactoria en todos los casos, sin complicaciones a corto-medio plazo en ninguno de los pacientes.
Discusión/Conclusiones: La conducta a seguir en los osteomas de senos paranasales es habitualmente expectante, estando indicada la cirugía en aquellos casos en que el osteoma provoque sintomatología en el paciente.

468

COLGAJO LINGUAL DE BASE ANTERIOR RETRODESPLAZADO EN RECONSTRUCCIÓN DE OROFARINGE

E. Soler Lluch, G. Gundín Rivas, E. Castillo Serrano, J. M. Teba Luque
Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid.

Introducción: Los defectos titulares creados tras la resección quirúrgica de neoplasias de cabeza y cuello, requiere a menudo el aporte de tejido que contribuya a su cobertura y dé volumen suficiente para una correcta funcionalidad. La utilización de tejidos a distancia, bien sean colgajos pediculados o libres, no siempre es necesaria en la reconstrucción de defectos intraorales o faríngeos que no pueden ser cerrados por primera intención, pudiendo ser útiles los colgajos locales.
Material y método: Varón diagnosticado de carcinoma epidermoide de orofaringe derecha, con afectación de amígdala, surco glosoamigdalino, y base de lengua en profundidad, catalogado como T4. Se decidió abordaje quirúrgico, y una reconstrucción mediante un colgajo lingual de base anterior, retrodesplazado (set-back tongue flap). Es un colgajo pediculado en las inserciones anteriores de la lengua, y se basa es la arteria lingual. El borde de resección anterior de la pieza constituye el borde posterior del colgajo. Para ello se realiza una incisión sagital de la lengua remanente, dejando un pedículo de musculatura lingual adherido al hioides. El colgajo anterior es retrodesplazado, y suturado al defecto quirúrgico y a la hemilengua sana.
Resultados: Cierre por primera intención, con buen resultado funcional.
Discusión/Conclusiones: Es una alternativa al uso de otros métodos más agresivos en la reconstrucción de defectos subtotales de la base de la lengua y orofaringe, con mínima morbilidad, y baja tasa de complicaciones.

496

ABSCESO CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN DE SINUSITIS ETMOIDAL A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Mera-Menéndez, S. Álvarez Carrillo, J. García de Gregorio, A. Hinojar Gutiérrez, E. Raboso García-Baquero
Hospital Univ. La Princesa, Madrid.

Introducción: La sinusitis es una urgencia muy frecuente, debido a la relación directa con las fosas nasales y alteraciones dentarias. Entre las sinusitis las etmoiditis pueden producir la infección de estructuras vecinas como los tejidos periorbitarios, y los tejidos intracraneales. El absceso cerebral es una situación muy grave y debe tener un manejo multidiciplinario.
Material y método: Se presenta un varón de 27 años que acude con sinusitis de 7 días de evolución, sin antecedentes personales de interés y exploración neurológica normal. Es ingresado por celulitis periorbitaria y empiema en lóbulo frontal. Se realizó la exploración endoscópica nasal y el drenaje del seno maxilar y etmoida izquierdo. A las 48 horas en el TAC cerebral se informó una absceso frontal izquierdo con área de cerebritis de 2 × 3 cm, se realizó el drenaje por craneotomía frontal y cobertura antibiótica con cefotaxima, vancomicina y metronidazol. Posterior al tratamiento el paciente evoluciona satisfactoriamente con secuelas neurológicas como labilidad emocional y diplopía.
Conclusiones: Frente a la sinusitis se deben tener en cuenta sus posibles complicaciones como el absceso cerebral y el absceso periorbitario, que pueden comprometer la vida del paciente en pocos minutos. Debido a su alta mortalidad y poca frecuencia se debe tener un manejo multidiciplinario. Frente a un absceso se debe realizar el drenaje quirúrgico y el tratamiento con cobertura antibiótica de amplio espectro.

492

NUEVA INCISIÓN PARA LA COLOCACIÓN DE UN BAHA

I. Alonso Castañeira, N. Muñoz Fernández, M.T.Achiques Martínez, N. Conill Tobías, M.H. Orts Alborch, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: El BAHA es una prótesis auditiva implantable para hipoacusias que cumplan unas características determinadas. Como prótesis implantable requiere de una cirugía previa para la inserción de un tornillo de titanio retroauricularmente y gracias a las características de este metal los osteocitos crecen en la superficie del titanio formando una fuerte unión entre el hueso y el titanio, proceso que requiere de un tiempo entre dos y tres meses para consolidar la osteointegración de la prótesis. La técnica quirúrgica ha ido evolucionando desde sus orígenes, en la que se realizaba un colgajo manual, hacia la mecanización actual, en la que gracias a un dermatomo eléctrico ha sido posible realizar un colgajo de piel muy fino. Gracias a este avance la técnica se ha simplificado mucho. Aun así, las complicaciones postquirúrgicas son prácticamente constantes suponiendo una alta probabilidad de necrosis y granulación, que aumentan significativamente la morbilidad de una sencilla intervención.
Material y métodos: Se presenta una nueva incisión para la implantación del tornillo de titanio volviendo a una técnica totalmente manual.
Resultados: La nueva incisión reduce al mínimo la morbilidad de la anterior técnica quirúrgica. Mediante la nueva técnica se simplifica la cirugía con lo que tras adquirir la experiencia suficiente se reduce el tiempo quirúrgico. Al mejorar el proceso de curación de la herida se reduce el riesgo de rechazo del implante mejorando los resultados globales.

486

EL PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO EN EL ÁREA ORL. A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS CLÍNICOS

I.M. Reyes-Tejero, M. Rodríguez-Sola, F.J. Aguilar Vera, D. Castro de Agüera, J.F. Muñoz Villanueva, E. Mata, M.A. García Villarán, R. Moya Martínez, J.M. Ceballo, F. Esteban Ortega
Hospitales Univ. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El pseudotumor inflamatorio o tumor miofibroblástico es un tumor de partes blandas, de rápido crecimiento, de estroma mixode, descrito por Fletcher en 2002. Inicialmente descrito en el pulmón, posteriormente se ha identificado en otras localizaciones. Al principio fue considerado un tumor benigno, pero luego se ha considerado de estirpe intermedia debido a la capacidad de recidiva local (25%), de metástasis a distancia (< 5%), multifocalidad e invasión vascular. Responden bien al tratamiento con corticoides y el tratamiento quirúrgico suele estar orientado al diagnóstico histológico.
Material y método: Presentamos cuatro casos clínicos con afectación de áreas que interesan al otorrinolaringólogo y cuyo diagnóstico final fue de pseudotumor inflamatorio. *Caso 1:* Varón de 12 años con diplopía por afectación de sexto par craneal y lesión en punta de peñasco. *Caso 2:* Niña de 5 años con lesión que parte del techo del CAE y que obliga a mastoidectomía radical. *Caso 3:* Varón de 60 años con masa en cavum y lesión erosiva de clivus. *Caso 4:* Mujer de 50 años con lesión intrapetrosa y reacción dural de base de cráneo derecho.
Resultados: En los casos 2, 3 y 4 se llegó al diagnóstico tras el tratamiento quirúrgico, sin embargo en el caso 1 el diagnóstico fue de presunción por la imagen radiológica y la evolución que presentó tras el tratamiento con corticoides.
Discusión: Se presentan casos con el diagnóstico de un tumor de origen desconocido. La evolución bajo tratamiento médico aún no esta bien definida aunque suelen evolucionar bien con corticoides.

480

TUMEFACCIÓN PAROTÍDEA, OFTALMOPLEJÍA Y VÉRTIGO DE ORIGEN NO TUMORAL

L. Pérez Delgado, M. El Uali Abeida, S. Herrera Tolosana, M.P. Lisbona Alquezar, R. Fernández Liesa, F. de Miguel García, A. Ortiz García
Hospital Univ. Miguel Servet, Zaragoza.

Presentamos el caso de un hombre diabético de 76 años en estudio por tumoración parotídea y otorrea homolateral que evolucionó a los pocos meses con clínica de oftalmoplejía externa, nistagmus y alteración de la conciencia. En las pruebas de imagen se observó un proceso inflamatorio abscesificado que afectaba a base de cráneo, fosa posterior y espacio retrofaríngeo. Instauramos tratamiento antibiótico intravenoso y drenaje del absceso a nivel de cavum mediante cirugía endoscópica con evolución favorable. Se discuten las posibilidades diagnósticas y opciones terapéuticas.

28

ANÁLISIS DE LAS TESIS DOCTORALES EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PRESENTADAS EN ESPAÑA EN EL PERÍODO 1976-2005

J.I. de Diego Sastre, M.P. Prim
Hospital Univ. La Paz. Universidad Autónoma, Madrid.

Introducción: La importancia de la Otorrinolaringología como disciplina independiente ha crecido en las últimas décadas. El objetivo de este trabajo es analizar las tesis doctorales defendidas sobre el tema en nuestro país entre 1976 y 2005.
Material y método: Mediante la base de datos TESEO se obtuvieron los registros de las tesis doctorales sobre Otorrinolaringología elaboradas en España entre 1976 y 2005. Como criterios de búsqueda empleamos los descriptores: 1) Otorrinolaringología; 2) Cirugía de garganta, nariz y oídos; 3) Fisiología de la audición; 4) Fisiología del equilibrio; 5) Física de la audición; y 6) Bioacústica.
Resultados: Se identificaron 468 tesis (15,6 tesis/año). Del total de ellas, 343 fueron leídas por otorrinolaringólogos (73,6%). Las Universidades donde se leyeron más tesis fueron: Valencia (Estudi General) (49), Complutense de Madrid (42), Salamanca (39), Barcelona (35) y Autónoma de Barcelona (31). El director de la tesis pudo ser identificado en 376 registros (80,4%); de ellos 286 tenían un solo director (76,1%) y 90 (23,9%) estaban codirigidas por dos directores. Los temas más frecuentemente abordados son los de otología y audiología (35,1%).
Conclusiones: La Otorrinolaringología en España genera un número de tesis similar a las de otras áreas de conocimiento evaluadas. Su dirección tiende a ser compartida en los últimos años estudiados. El número anual de tesis presentadas viene influenciada no sólo por motivos académicos sino también por razones coyunturales extraacadémicas.

32

AMILOIDOSIS LARÍNGEA

A. Cordero Jiménez, J. Verge González, P. Contreras Molina, R. Tenor Serrano, A. Cruz Escudero, R. Ruiz-Rico Ruiz-Morón, G. Rodríguez Baró
Hospital Clínico Univ. Virgen de La Victoria, Málaga.

Introducción: Consiste en el acúmulo de material fibrilar proteico eosinófilo en los tejidos de ciertos órganos pudiendo comprometer la función del mismo. Supone 0,2-1,5% de los tumores laríngeos. La localización más frecuente en el área de cabeza y cuello es la laringe seguida por la lengua. Suele cursar con disfonía, disfagia y en ocasiones con disnea. El diagnóstico definitivo es la biopsia y el tratamiento quirúrgico.
Material y método: Presentamos a una paciente con amiloidosis laríngea localizada. Describimos la clínica y manejo diagnóstico- terapéutico.
Resultados: Mujer de 67 años con disfagia a sólidos- líquidos progresiva y disfonía fluctuante. En la endoscopia laríngea se observan lesiones nodulares múltiples irregulares, amarillentas en base de lengua, vallécula, cara laríngea epiglotis y aritenoides. Se toma biopsia cuyo resultado es compatible con amiloidosis. Se remite a Servicio de Medicina Interna para descartar afectación sistémica y se decide actitud expectante con revisiones periódicas de momento.
Conclusiones: La amiloidosis laríngea localizada es una entidad benigna con buen pronóstico, aunque a veces se comporta de forma invasiva. El diagnóstico definitivo es la biopsia con una birrefringencia para rojo congo característica. Actualmente el tratamiento es la extirpación quirúrgica de la lesión con una tasa de recidivas muy baja, sobre todo desde la introducción del láser CO_2. Siempre hay que hacer un despistaje de mieloma múltiple en estos pacientes por su frecuente asociación, y de afectación sistémica que empeoraría el pronóstico.

478

A PROPÓSITO DE UN CASO DE CISTOADENOMA PAPILAR ONCOCÍTICO DE LARINGE

M.I. Aguadero García, S. García Fernández, C. Pérez Torres, M. Sánchez Garzón, J. Lorenzo Rojas
Hospital Clínico Univ. San Cecilio, Granada.

Introducción: El cistoadenoma oncocítico papilar es un tumor epitelial benigno. Los sinónimos más utilizados son los de quiste oncocítico, cistoadenomatosis papilar oncocítica de la laringe, hiperplasia adenomatosa oncocítica, adenoma oxifílico, oncocitoma y adenolinfoma en laringocele. Son uni o multiloculares, revestidos de epitelio cilíndrico oncocitario sin atipia, con o sin papilas luminares. Representa probablemente una hiperplasia de los conductos glandulares con metaplasia oncocitaria. Afecta a pacientes por encima de 50 años, que muestran sobre todo ronquera. Crecen en las bandas laríngeas, no son capsulados, pueden ser multicéntricos y tener componente linfoide "Warthin like". Las recurrencias son raras y carecen de potencial maligno.
Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 70 años de edad, fumador, que acude a consulta por disfonía de unos meses de evolución, no asociado a otra sintomatología. La exploración ORL era normal, salvo en la fibroscopia, en la que observamos una tumoración submucosa de banda izquierda. Se le pide TC y se le realiza microcirugía laríngea.
Resultados: En el TC se observa una formación nodular ovalada en banda izquierda de 2×1 cm que no alcanza comisura anterior. En la microcirugía laríngea se realiza una incisión en banda izquierda para tomar varias muestras submucosas. Las biopsias son informadas como cistoadenoma papilar oncocítico. Se le ha propuesto al paciente la resección de la lesión con láser CO_2.
Conclusiones: Al ser este tumor de estirpe histológica benigna se recomienda excisión quirúrgica de la tumoración y revisiones posteriores para valorar recurrencia.

35

TUMOR MIXTO MULTICÉNTRICO DE PARÓTIDA TRAS PAROTIDECTOMÍA

M. Bonet Loscertales, M. Armengot Carceller, C. García Navalón, R. Reboll Ferrer, M.J. Gómez Gómez, J. Basterra Alegría
Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción: La rotura tumoral durante la parotidectomía por adenoma pleomorfo puede ser causa de recidivas multicéntricas. Presentamos un caso de de una doble recidiva tumoral en el tiempo. La primera a los 7 años de una parotidectomía con 3 nódulos positivos y siete años más tarde (14 años tras la parotidectomía primaria) con 17 nódulos positivos.
Material y métodos: Paciente de 16 años afecta de tumoración parotídea izquierda de dos años de evolución. Como antecedentes de interés, destaca una cirugía previa a los nueve años de edad de una tumoración de idéntica localización. A la exploración clínica se palpan tres nódulos en la región parotídea izquierda. Se realiza exéresis quirúrgica sobre lecho de parotidectomía previa: adenoma pleomorfo múltiple afectando los tres nódulos. Siete años más tarde en una de las revisiones anuales se palpan de nuevo varios nódulos en región parotídea izquierda, confirmados con la TAC. Se realiza exéresis quirúrgica de 17 nódulos, todos ellos adenomas pleomorfos.
Discusión/Conclusiones: Los adenomas pleomorfos de parótida son tumores multifocales y multicéntricos que tienen tendencia a la recidiva. Su exéresis requiere una parotidectomía total con conservación del nervio facial. Cuando en el curso de una parotidectomía por adenoma pleomorfo se produce una rotura del tumor son necesarios lavados del lecho quirúrgico para evitar la siembra tumoral, capaz de desarrollarse hasta 14 años después, como el caso que presentamos.

477

OSTEOPLASTIA FRONTAL EN OSTEOMA FRONTAL: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

G. Fernández Rodríguez, M.J. Cisternas Bittencourt, E. de la O Corrochano, M. Martí, J. Marcos Calle, F. Ramos Puerto, M.R. de Saa Álvarez, M. García, J. Herrero Herrero, M.S. Aparicio
Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara, Caceres

Introducción: Los osteomas son tumores óseos benignos, que por lo general son asintomáticos y son diagnosticados como hallazgo casual en estudios radiológicos por otros motivos. La localización en senos paranasales es frecuente, siendo el seno frontal el más afectado. En general los osteomas pequeños y asintomáticos no requieren mayor tratamiento que la simple observación, indicándose cirugía en caso de hacerse sintomáticos o producir deformidades estéticas.

Material y método: Se presenta el caso de un hombre de 45 años con cuadro de obstrucción nasal bilateral de años de evolución, que en el último tiempo refiere cefalea de región frontal que coincide con el crecimiento lento pero progresivo de lesión ósea bien delimitada en el seno frontal izquierdo. Se somete a resección de lesión ósea de seno frontal izquierdo, mediante osteoplastia frontal supraciliar y se confirma el diagnóstico de osteoma. Se describe la técnica paso a paso apoyado por material radiológico y fotográfico.
Resultados/Discusión: Los osteomas son tumores benignos, la localización en seno frontal es frecuente, y en general se intervienen cuando ocasionan molestias. La resección mediante osteoplastia frontal es efectiva y segura, y deja mínimos defectos estéticos.

37

TUMORES FARÍNGEOS BENIGNOS DE ORIGEN NEUROGÉNICO: EL SCHWANNOMA SOLITARIO

C. Fernández Jáñez, D. Poletti Serafini, X. Araujo Piedra, A. Lowy Benoliel, C. Martín Oviedo, A. Encinas Vicente, T. Martínez Guirado
Hospital General Univ. Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Se presenta el caso clínico de un schwannoma cervical de probable origen en ramas del plexo cervical, que se manifiesta como masa laterocevical de crecimiento progresivo sin otra sintomatología acompañante.
Material y métodos: Paciente varón de 51 años, sin antecedentes médicos de interés, ex-fumador (> 6 meses), que acude a nuestra consulta por tumoración laterocervical izquierda de años de evolución, de crecimiento progresivo en el último mes. El paciente refiere además que desde hace unos 10 días presenta sudoración profusa continua. A la exploración del cuello se palpa una masa laterocervical izquierda, dura, aparentemente unida a planos profundos, en área II, de unos 4 × 9 cm. Resto de expfloración ORL sin hallazgos significativos. PAAF: La celularidad obtenida es insuficiente y no permite descartar ninguna opción diagnóstica. TC cuello con contraste: Se identifica una lesión bien definida, sólida, de morfología fusiforme, de 3,2 × 2,4 × 7 cm (T × AP × L) situada entre la AC común izquierda y la vena yugular, desplazando las arterias carótidas interna y externa hacia la región anterior y la vena yugular hacia lateral y posterior. La lesión es de predominio hipodenso respecto al músculo. Por su morfología y el desplazamiento de estructuras vecinas podría corresponder como primera opción a un tumor neurogénico (schwanoma). RMN cuello: Tumoración fusiforme, localizada en espacio carotídeo izquierdo, compatible con tumor neurogénico.
Presentación del caso: Se lleva a cabo exéresis de la masa por cervicotomía, hallándose una tumoración de unos 6 × 4 cm detrás de la carótida, que desplaza la yugular interna y el vago y parece depender de varias ramas del plexo braquial.
El análisis anatomopatológico de la muestra la identifica como un neurinoma con predominio de las áreas A de Antoni. Durante el post-operatorio el paciente evoluciona favorablemente, quedándole al paciente como única secuela una neuralgia facial atípica que se desencadena en ocasiones con los alimentos y con la deglución, actualmente en tratamiento con Neurontin.
Discusión: Los tumores del espacio parafaríngeo de origen nervioso son los más frecuentes después de los tumores salivales. Dentro de estos, los schwanomas son relativamente frecuentes. Proceden de la célula de Schwann, que constituye el revestimiento neuroglial de los nervios craneales y del simpático cervical. Entre el 25 y 48 % se desarrolla en la región cervical, preferentemente en el X par craneal y la cadena simpática. Se trata de un tumor de crecimiento lento, forma esférica o multilobulada y consistencia elástica, que en casos poco frecuentes se manifiestan como un síndrome deficitario del nervio afectado, excepto en el caso del simpático. Están poco vascularizados, únicamente en la cápsula. Pueden llegar hasta el agujero yugular y sobrepasar la base del cráneo. La degeneración maligna (sarcoma neurogénico) es excepcional y suele aparecer como complicación de una enfermedad de Von Recklinghausen. Se descubre entre los 20-60 años, a veces en niños, sin distinción por el sexo. La lesión puede manifestarse por una disfonía, una ronquera o trastornos de la deglución, de aparición progresiva. El estudio histológico del schwannoma permite distinguir el tipo A y el tipo B de Antoni, o el tipo mixto A y B (el más frecuente). El tipo A es un tumor compacto, con poco estroma. En el tipo B, las células aparecen dispersas en un estroma de contenido mucoide y pueden presentar atipias celulares. El tumor está encapsulado. El tratamiento es quirúrgico, por resección submucosa y extracapsular del schwannoma, que puede separarse por su cápsula. La vía de acceso depende de la localización del tumor: faringotomía lateral, o bien tirotomía media o lateral. Suele asociarse una traqueotomía. La vía endoscópica se reserva a los pequeños tumores, que se resecan con láser de CO_2.

475

ABSCESO RETROFARÍNGEO TUBERCULOSO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE X FRÁGIL

E. de la O Corrochano, M.J. Cisternas Bittencourt, G. Fernández Rodríguez, F. Ramos, C. Salazar, M.I. Castro, A. Bejarano, M.R. de Saa, M. Martí, M.S. Aparicio
Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: La tuberculosis localizada en región cervical es rara, y generalmente es originada por una infección de la columna cervical (mal de Pott), que se extendería a tejidos blandos a través del ligamento longitudinal anterior. Se ha reportado que sólo el 1% de los pacientes con tuberculosis presentan localización ósea, y de éstos sólo el 7% tienen origen cervical.
Material y método: Se presenta el caso de un hombre de 56 años con antecedentes de síndrome de X frágil, hipotiroidismo, dermato-polimiositis, hernia hiatal y monorreno congénito, que presenta un síndrome constitucional, de 2 meses de evolución, con pérdida de peso mayor a 20 kg, disfagia a sólidos y líquidos y vómitos frecuentes. A la exploración destaca protrusión de la pared posterior de oro e hipofaringe y las pruebas de imágenes demuestran la presencia de una colección en espacio retrofaríngeo, supraclavicular derecho y axilar izquierdo. Se somete a cirugía realizándose drenaje de material purulento retrofaríngeo que se remite a cultivo y se confirma la presencia de Mycobacterium tuberculosis. Se instaura tratamiento antituberculoso, con respuesta favorable al tratamiento y remisión de la sintomatología.
Resultados/Conclusión: Se discute y analiza el caso, se revisa la escasa literatura disponible sobre tuberculosis del área cervical.

472

TRICHINELLA SPIRALLIS Y CARCINOMA LARÍNGEO

M.J. Cisternas Bittencourt, G. Fernández Rodríguez, E. de la O Corrochano, F. Ramos Puerto, C. Salazar Cabrera, M.R. De Saa Álvarez, G. Pardo Romero, M. García Jiménez, M.S. Aparicio Pérez
Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: La triquinosis es una enfermedad parasitaria que se adquiere con la ingesta de carne cruda o poco cocinada, generalmente de cerdo, la cual contiene quistes de Trichinella spirallis. Una vez ingeridos, los quistes incuban en el intestino hasta convertirse en áscaris adultos que se reproducen y liberan nuevas larvas, que a través de la pared intestinal alcanzan el flujo sanguíneo y se distribuyen en el músculo estriado, donde serán enquistadas y viables durante años.
Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente sin antecedentes personales ni clínicos de interés salvo tabaquismo, que consulta por disfonía. En la laringoscopia indirecta se aprecia tumoración sobre cuerda vocal izquierda, siendo el resto de la exploración ORL normal. Bajo la sospecha clínica de carcinoma epidermoide laríngeo de CVI, se programa microcirugía laríngea y se realiza cordectomía tipo V asistida por láser, previa toma de biopsia intraoperatoria que confirma el diagnóstico de carcinoma.
Resultados: El estudio histológico definitivo confirma la presencia de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado e infiltrante de CVI, y presencia de nemátodos a nivel de músculo estriado, confirmándose posteriormente mediante serología el diagnóstico de triquinosis subclínica.
Conclusiones: La triquinosis laríngea es una forma de presentación de esta enfermedad muy infrecuente, observándose en los casos publicados una clara asociación con carcinoma epidermoide de laringe. Por lo tanto ¿puede considerarse la infección por Trichinella spirallis un factor predisponente para el carcinoma laringeo?

295

RESECCIÓN DE ADENOMA DE HIPÓFISIS VÍA TRANSESFENOIDAL

C. Artigas Sapiain, N. Bejarano Panadés, E. Novas Valiente, F. Culaciati, M. Tomás, E. Morera
Hospital Univ. Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: Los adenomas de hipófisis son una patología neuroquirúrgica que en los últimos años ha hecho su ingreso en la cartera quirúrgica de ORL debido a la realización, cada vez más frecuente, de la vía transesfenoidal. El abordaje transnasal implica la resección de la pared anterior de ambos senos esfenoidales, el tabique intersinusal y la porción posterosuperior del tabique nasal.
Material y método: Paciente de sexo masculino portador de acromegalia por macroadenoma de hipófisis que no revierte con tratamiento farmacológico. Cirugía mixta entre ORL y neurocirujano. Se realiza una resección del adenoma vía transnasal-transesfenoidal mediante una CENS bilateral con amplia resección de la pared anterior del esfenoides y de la porción posterior del tabique nasal. Amplia exposición del planum, clivus, silla turca e impresiones de las arterias carótidas internas y nervios ópticos. Fresado de pared posterior del esfenoides por el neurocirujano y exposición del tumor y de la hipófisis con resección de la tumoración sin romper duramadre ni diafragma hipofisiario. Cierre del defecto óseo con Duragen y cola de fibrina. Taponamientos nasales con merocel. Controles hormonales por Endocrino y postquirúrgicos por ORL y neurocirujano.
Resultados: Resección completa de la tumoración en controles imagenológicos, normalización de hormonas y sin defectos funcionales ni estéticos nasosinusales productos de la vía de abordaje.
Discusión/Conclusiones: La vía transesfenoidal tiene muchas menos complicaciones que las clásicas neuroquirúrgicas y es una vía más rápida y sin defectos estéticos que logra resecciones tumorales satisfactorias. Tiene un bajo riesgo de fístulas de LCR y no deja secuelas funcionales ni estéticas nasales. En el caso de que se cree una fístula, existen diversas técnicas para cerrarlas como colgajos mucopericóndricos de tabique nasal, injertos libres de mucosa, injertos de cartílago, injertos de fascia, grasa y diversos materiales sintéticos de recubrimiento como el duragen y la cola de fibrina.

42

ALGIA FACIAL EN URGENCIAS

F. Muñoz del Castillo, B. Fernández-Conde, E. Alarcón, J. Gutiérrez, F. Ropero, P. Figueroa, A. Jurado Ramos
Hospital Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El dolor de la región facial puede ser debido a múltiples procesos que afectan a diferentes estructuras anatómicas, por lo que es un síntoma de difícil sistematización, que precisa un correcto protocolo diagnóstico.
Material y método: Presentamos el caso de un varón de 56 años fumador importante, que acude al Servicio de Urgencias por dolor en región malar derecha que aumenta al presionar la zona, sin rinorrea ni obstrucción nasal y que no cede a AINEs. La endoscopia nasal es normal y la radiografía en proyección de Waters se objetiva un engrosamiento mucoso del seno maxilar. Se instaura tratamiento antibiótico y corticoides nasales y se deriva a Consultas Externas de ORL.
Resultados: El cuadro no cedió con el tratamiento médico instaurado, presentando tumefacción malar y aumento del dolor irradiado a hemiarcada dentaria superior. En la TAC de fosas nasales se aprecia ocupación mucosa de seno maxilar y formación redondeada de contenido denso de gran tamaño en suelo en suelo de seno en contacto con alveolos dentarios. Se realiza intervención quirúrgica extirpando gran formación quística de suelo maxilar, con el diagnóstico anatomo-patológico de quiste aneurismático dentario abscesificado.
Conclusiones: Mediante la anamnesis y la exploración física se debe establecer el perfil clínico de las algias faciales, precisando las características del dolor, su localización, irradiación, sintomatología asociada y las maniobras que lo desencadenan y lo alivian. De esta forma, es preciso sistematizar el diagnóstico diferencial de las algias de la región facial, para su correcto abordaje terapéutico.

165

PARÁLISIS FACIAL SECUNDARIA A METÁSTASIS INTRAPETROSA

F. Sánchez González, A. Muñoz Herrera, F. Benito González, A. Maíllo Sánchez, P. Santos Gorjón, C. Fernández González
Servicio de ORL y PCF; Servicio de Neurocirugía; Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario, Salamanca.

Introducción: La parálisis facial periférica es una entidad muy frecuente. Una mala evolución clínica obliga a descartar lesiones orgánicas que justifiquen el deterioro de la función facial. Los estudios de imagen y otras pruebas complementarias permiten establecer un diagnóstico topográfico. Las metástasis intrapetrosas se caracterizan frecuentemente por una parálisis facial inicial junto con algias faciales. Los antecedentes, el contexto clínico y radiológico permiten confirmar el diagnóstico.
Material y métodos/Resultados: Paciente mujer de 70 años. Valorada en Septiembre de 2007 por parálisis facial periférica derecha de instauración brusca. Dos meses más tarde se detecta lesión polipoidea en el CAE. En el TAC se visualiza una lesión ocupante de oído medio. Es sometida a una timpanoplastia exploradora más toma de biopsias, con el diagnóstico histológico de adenocarcinoma. Ante la sospecha de una neoplasia de oído medio se lleva a cabo una petrosectomía subtotal asociada a una parotidectomía extrafacial. En el postoperatorio inmediato la paciente presenta cuadro de ictericia. Tras realizar TAC se aprecia una lesión compatible con colangiocarcinoma y asociada a metástasis múltiples en parénquima pulmonar. Dados los hallazgos postoperatorios, la lesión de oído medio es considerada como metástasica. La enferma es remitida a Cuidados Paliativos, falleciendo 6 meses tras el inicio de la clínica.
Discusión/Conclusiones: Una parálisis facial de evolución tórpida o acompañada de síntomas atípicos debe orientarnos acerca de una posible etiología orgánica. Cualquier parálisis facial que progrese durante un periodo de mayor de tres semanas o que no mejore después de seis meses se debe considerar secundaria a neoplasia hasta que no se demuestre lo contrario.

466

FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN TEGMEN TIMPÁNICO

M. Álvarez-Buylla Blanco, S. Regueiro Villarín, M. López Amado, J. Martínez Vidal
Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: Aunque en la actualidad la etiología más frecuente de fístula de LCR es la postraumática, debemos de tener siempre presente su presencia como complicación de una otitis media crónica.
Material y método: Presentamos el caso de un varón de 52 años que acude a consulta por otorrea derecha de un año de evolución. En la exploración se visualiza nivel líquido en oído medio, por lo que se diagnostica de otitis media serosa, y se coloca un tubo transtimpánico, produciéndose la salida de líquido transparente compatible con líquido cefalorraquídeo (LCR), continuo y pulsátil. Se realiza TAC y RNM objetivándose destrucción del techo de la caja timpánica y se cierra la fístula de 1,5cm a través de un abordaje por fosa craneal media colocando injerto de fascia termporal y cartílago cuadrangular. El paciente presenta una evolución favorable.
Discusión: La introducción de la antibioterapia supuso una disminución importante de las complicaciones de las otitis. Por ello es princeps establecer la sospecha diagnóstica que nos oriente hacia la realización de TAC (tomografía axial computerizada) y RMN (resonancia magnética nuclear) que nos van a permitir realizar el diagnóstico concreto. El tratamiento debe ser quirúrgico y médico con antibioterapia para evitar infecciones a ese nivel. En nuestro caso utilizamos el abordaje por fosa media debido al gran tamaño de la fístula.
Conclusiones: Las fístulas de LCR son cada vez menos frecuentes, pero ante una otorrea continua y que aumenta con maniobras de presión positiva es necesario sospecharla.

463

PARAGANGLIOMA TIROIDEO

N. González Poggioli, M. López Amado, M.T. Yebra-Pimentel, M. Álvarez-Buylla Blanco, A. Padín Seara, J. Martínez Vidal
Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

Introducción: Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos poco comunes, derivados de la cresta neural. Uno de los sitios en los cuales los paragangliomas no se encuentran habitualmente localizados y son excepcionalmente raros es la glándula tiroides. Nuestro objetivo es presentar mediante un caso clínico las distintas características de esta patología.
Material y método: Presentamos el caso clínico de una mujer de 36 años de edad, sin antecedentes de interés, quien acude por presentar una lesión de aspecto nodular en hemitiroides derecho de crecimiento reciente. La ecografía mostró un nódulo de 30 mm de diámetro. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, y la valoración anatomopatológica posterior mostró a nivel microscópico un patrón anidado típico (Zellballen), así mismo el análisis inmuhistoquímico fue positivo para NSE, sinaptofisina, cromogranina y la proteína S-100 en las células sustentaculares; y negativo para la tiroglobulina, TTF-1, CEA y AE1-AE3. El MIB-1 mostró 7% de células neoplásicas. Este tumor presentó una actividad proliferativa baja, por lo que fue considerado como una neoplasia benigna realizándose un seguimiento cuidadoso. Actualmente la paciente permanece asintomática.
Discusión/Conclusiones: Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos poco comunes en la glándula tiroides, su clínica habitualmente es la de una masa tiroidea, de tipo nodular, sugestiva de malignidad. En algunos casos se presenta concomitante con crisis hipertensivas, de difícil control. Muestran un patrón anidado típico, dependiendo su diagnóstico definitivo de la inmunohistoquímica. Generalmente son considerados lesiones benignas por su crecimiento lento y baja proliferación celular, por lo que se recomienda un seguimiento exhaustivo tras la resección.

461

AMILOIDOSIS EN AMÍGDALA PALATINA

G. Mancebo Mata, M.E. Alarcón Linares, R. Sánchez Fernández, S. Obeso Agüera, M.A. Sevilla García, C. Suárez Nieto
Hospital Central, Asturias.

Introducción: La amiloidosis es un grupo de enfermedades raras y de causa desconocida, que se caracterizan por el depósito de sustancia amorfa (amiloide), en los espacios extracelulares de diversos órganos y tejidos condicionando alteraciones funcionales y estructurales según la localización e intensidad del depósito. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, determinadas por el órgano o el sistema afectado. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la demostración de la presencia de la sustancia amiloide en los tejidos.
Método: Presentamos el caso de una paciente que acude por molestias faríngeas y sensación de cuerpo extraño sin odinofagia, disfagia ni fiebre asociadas, de meses de evolución. A la exploración física se observa unas amigadlas crípticas con unos depósitos blanquecinos en su interior, sin adenopatías cervicales a la palpación. Ante la no respuesta del caso con el tratamiento médico habitual, se toma una muestra para estudio histopatológico, informando de amiloidosis tipo AL.
Conclusión: La amiloidosis en los tejidos de la orofaringe es una entidad rara pero que ha de tenerse en consideración ante una amigdalitis crónica. Para completar el diagnóstico se hacen necesarios un estudio detallado incluyendo análisis de hematimetría, serología y bioquímica sanguíneas.

59

DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA ESFENOIDAL

A. Platero Zamarreño, R. Barona de Guzmán, E. Martín Sanz, M. Muñoz Úbeda
Hospital Casa de Salud, Valencia.

Introducción: La displasia fibrosa ósea (DFO) es una patología benigna infrecuente de etiología desconocida, en la que se produce la sustitución del tejido óseo sano por fibroso desestructurado. Puede ir asociada a varios síndromes, entre ellos el Sd. de Albright. En un 30% se produce la afectación craneofacial, siendo el más afectado el seno maxilar. La progresión de la enfermedad es impredecible, permaneciendo con frecuencia asintomático y finalizando su evolución en la pubertad.
Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 48 años que acude al servicio de ORL por presentar masa polipoidea en FN izquierda; por lo que se solicita TAC; objetivándose a parte de un pólipo antrocoanal, una lesión insuflante con trabéculas desestructuradas, que afecta a ala mayor de seno esfenoidal derecho, compatible con DFO esfenoidal. Dicha lesión no compromete estructuras adyacentes ni muestra cambios radiográficos que sugieran malignidad. Por lo que se solicita un estudio completo de extensión, así como pruebas complementarias, para descartar asociación con Sd. de Albright.
Resultados: El rastreo óseo mediante gammagrafía con Tc, muestra única zona hipercaptante el hueso esfenoidal, descartando otros focos de actividad y catalogando dicha lesión de monostótica. Se realizó interconsulta a dermatología y endocrinología, quedando descartada asociación con otros síndromes.
Conclusiones: La DFO, es un hallazgo casual en la mayoría de casos; su pronóstico es benigno salvo por cambios en el TAC que sugieran malignidad, o afectación de estructuras vecinas por compresión; por lo que si la clínica no sugiere complicaciones se recomiendan controles de imagen de forma semestral.

454

ANGIOFIBROMA NASAL EN MUJERES.

R. Sánchez Fernández, S. Obeso Agüera, J.P. Díaz Molina, J.P. Rodrigo Tapia, J.L. Llorente Pendás, C. Suárez Nieto
Hospital Univ. Central, Asturias.

Introducción: El angiofibroma nasal es un tumor benigno pero localmente agresivo de estirpe vascular que típicamente afecta a varones jóvenes, habitualmente entre la segunda y tercera década de la vida. Excepcionalmente puede aparecer en mujeres.
Material y método: Presentamos los casos de dos mujeres diagnosticadas de angiofibroma de cávum y tratadas en nuestro servicio. Las pacientes tenían 21 y 30 años respectivamente en el momento del diagnóstico y a las dos se les realizó cirugía, sin radioterapia ni embolización previa. Las pruebas de imagen (TAC y RMN) demostraron la existencia de una masa redondeada en etmoides anterior derecho con erosión de fosa craneal anterior en área olfatoria en el primer caso y una imagen compatible con poliposis en el otro. La anatomía patológica dio el diagnóstico definitivo en ambos casos una vez extirpados.
Conclusión: El angiofibroma de cávum es un tumor raro, especialmente en mujeres, con pocos casos descritos en la literatura. Aun así, debe incluirse en el diagnóstico diferencial de una masa en la naso-rinofaringe de una mujer dado que es una posibilidad.

445

AMILOIDOSIS FARÍNGEA

F. Trobat Company, G. Jaume Bauzà, C. Artigas Sapiain, F. Culaciati, P. Sarría Echegaray
Hospital Univ. Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: La amiloidosis es una enfermedad caracterizada por el depósito extracelular de proteínas fibrilares, llamada amiloide. Puede ser primaria, que se caracteriza por la aparición espontánea de depósitos de amiloideo o secundaria, que tiene asociada otra enfermedad sistémica como tuberculosis o artritis reumatoidea. Si encontramos una lesión amiloidea se debe realizar un estudio de extensión para descartar otras localizaciones. El diagnóstico se realiza mediante biopsia y tinción Congo. El tratamiento de una lesión única localizada en laringe o faringe es quirúrgico conservador.
Material y métodos: Paciente de 63 años que aquejaba tumoración faríngea de 2 semanas de evolución sin otra clínica acompañante. Exploración orofaríngea tumoración en pared posterior orofaringe. TAC cervical informándose como masa de partes blandas de aspecto polipoideo en la pared posterolateral izquierda de la orofaringe limitán-

dose al espacio submucoso sin contenido quístico y de aspecto indefinido. Se decidió realizar intervención con resultado anatomopatológico fragmentos de mucosa faríngea con abundante material amorfo eosinofílico en acúmulos nodulares y rodeando estructuras vasculares y glandulares con débil infiltrado de células plasmáticas. El material amorfo presentaba moderada congofilia y muestra birrefringencia verde manzana con luz polarizada. Se acompaña de granuloma de células gigantes asociadas a amiloide (granuloma amiloideo). Compatible con amiloidosis nodular.
Conclusión: En el área ORL la amiloidosis laríngea es la localización más frecuente representando entre el 0,2 y el 1,2% seguida por la amiloidosis orofaríngea. Se debe realizar el diagnóstico de sospecha y confirmarlo mediante biopsia. En estos casos de depósitos amiloideos localizados el mejor tratamiento es la resección quirúrgica conservadora.

314

MANEJO QUIRÚRGICO DE ATELECTASIAS TIMPÁNICAS INFANTILES

F.J. Aguilar Vera, I. Reyes Tejero, J. F. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez, E. A. Mata, R. Moya, M.A. García, R. Martínez, F. Esteban
Hospitales Univ. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La otitis adhesiva frecuentemente evoluciona hacia otitis media crónica colesteatomatosa. El manejo de esta patología sigue sin estar correctamente establecido. La actitud más frecuentemente seguida, basada en la clasificación de Dornhoffer, es valorar la colocación de drenajes 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: Detallamos los pasos a seguir en esta técnica quirúrgica (timpanoplastia tipo I con cartílago y pericondrio tragal). Presentando una serie de 45 otitis adhesivas grado III-IV en pacientes pediátricos, durante los años 2003 al 2007.
Resultados: No se han presentado 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/Conclusiones: La timpanoplastia con cartílago "podría ser considerada" una técnica efectiva para la estabilización del tímpano en otitis atelectásicas infantiles grados III-IV.

308

MUCORMICOSIS DE OÍDO MEDIO

E. Doménech Vadillo, J.L. Merán Gil, F.J. Avilés Jurado, J. Landeyro, E. Figuerola i Massana, J. Risco Arenas
Hospital Univ. Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: La mucormicosis es una infección fúngica oportunista asociada a diabetes y otros estados de inmunosupresión. Se presenta con diversas formas clínicas, siendo la rinocerebral la más común. El diagnóstico de certeza se basa en el aspecto microscópico del hongo. El tratamiento se basa en el diagnóstico precoz, corrección de los factores de riesgo, desbridamiento quirúrgico y antifúngicos. Presentamos un caso de mucormicosis de localización poco común.
Material y métodos: Mujer de 47 años, diabética, con clínica de otalgia, parálisis facial y dolor cervicofacial izquierdo. Diabética bien controlada. Antecedente de picada de mosquito en el oído. En la exploración, otitis media supurada, parálisis facial periférica y tumefacción laterocervical izquierda. Se realiza tomografía computarizada cervical y de oídos y se toma biopsia, entre otras pruebas complementarias.
Resultados: La anatomía patológica revela infección por Mucor. Se instaura tratamiento quirúrgico y médico, con buena evolución clínica.
Conclusión: La mucormicosis de oído medio es una entidad rara, con pocos casos descritos en la literatura. En diabéticos, suele asociarse a cetoacidosis, pero no es condición imprescindible. Se han descrito casos de picada de insecto como vía de entrada. Es imprescindible el tratamiento quirúrgico, combinado con el médico y corrección de factores de base.

1

PREVALENCIA DE PATOLOGÍA VOCAL Y EVALUACIÓN PERCEPTIVA DE VOZ EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA

M. Mesa Marrero, B. de Frías Berzosa, E. Hernández Montero, P. Rivas Lacarte, M. Palau Benavent
Hospital de Viladecans, Barcelona.

Introducción: El sistema respiratorio es básico en la producción de la voz. Un flujo respiratorio adecuado es un requisito básico para la generación de una voz normal. Los pacientes con enfermedad pulmonar crónica se caracterizan por presentar una alteración de los valores ventilatorios.
Material y métodos: Estudio clínico prospectivo. Se incluyen 43 pacientes. Los sujetos a estudio se obtienen de los pacientes visitados en el Servicio de Neumología, justo después de la realización de una espirometría. Se les realiza una historia clínica con recogida de datos epidemiológicos (edad, sexo, tabaco...), hábitos vocales y síntomas laringofaríngeos. Se practica un análisis perceptivo de voz, medidas aerodinámicas fonatorias y por último, una fibroscopia flexible.
Resultados: Del total de los 43 pacientes iniciales son excluidos 4 para el análisis de resultados. 21 pacientes tienen un patrón espirométrico obstructivo, 7 restrictivo y 11 mixto. En los cuestionarios, se recogen datos epidemiológicos de abuso vocal en 37 pacientes. El síntoma faríngeo más frecuente es el moco y carraspeo continuo, seguido de la sequedad orofaríngea. El síntoma laríngeo más frecuente es la disfonía. El análisis perceptivo muestra una escala GRABS anormal en 23 pacientes. El tiempo máximo fonatorio para la /a/ se encuentra dentro de los parámetros normales esperados según edad y sexo. El cociente s/e fue mayor de 1,50 en 8 pacientes. En cuanto a la fibroscopia sólo en 7 pacientes la exploración fue normal.
Conclusión: Los hallazgos faringo-laríngeos patológicos son altamente prevalentes en población con enfermedad pulmonar crónica. En cuanto a los síntomas, destaca el alto porcentaje de disfonía.

3

LEISHMANIASIS LARÍNGEA

M. García-Giralda Ruiz, J.A. Sánchez Rozas, F. Fernández López, T. González Martín
Serv. ORL, Serv. Medicina Interna, Hospital Comarcal de Baza, Granada.

Introducción: Se presenta un caso de leishmaniasis laríngea, con inflamación crónica, que precisó traqueotomía y necesitó de tres microcirugías para el diagnóstico. Es una relativamente rara zoonosis producida por la picadura del mosquito flebotomo que inocula al parásito leishmania.
Material y método: Se trata de un varón de 35 años, que consulta por disfonía de unos 6 meses de evolución y ligera disfagia. Como antecedentes destaca neumonía unos 4 años antes. Es fumador. No alergias previas. No había realizado viajes al extranjero. En la exploración se aprecia abundante moco e hipertrofia de mucosa de bandas y cuerdas vocales. El resultado de dos microcirugías en dos meses es de queratosis laríngea .El TAC y la RMN informan de engrosamiento submucoso simétrico. El estudio para TBC es normal .A los dos años de la primera consulta ingresa por urgencias por disnea aguda que obliga a una traqueotomía con anestesia local. El resultado de la biopsia laríngea, indica inclusiones intracitoplasmáticas sugerentes del parásito leishmania. El servicio de medicina interna realiza el estudio de déficit de inmunidad y punción de médula ósea que es negativo. En la ecografía se aprecia una lesión en bazo de 7 × 6 cm, y otra en hígado de 3 × 2 cm, realizándose una PAAF y biopsia. El tratamiento se realiza con glucantine i.m. dos viales al día.
Discusión/Conclusiones: La leishmaniasis es una zoonosis producida por hasta 20 especies del protozoo leishmania, transmitida por la picadura del mosquito flebotoma. Los reservorio son los animales vertebrados, especialmente los perros, donde están en forma intracelular (amastigote) fagocitados por células del sistema retículo endotelial donde se reproducen y posteriormente en el mosquito se reproduce como forma libre (promastigote).Las lesiones pueden ser limitadas a la piel (botón de Oriente) a las mucosas (espundia) o a las vísceras (Kala-Azar).

298

EXTRAÑO CASO DE RINOLITIASIS

E. Sánchez Terradillos, M. Cuetos Azcona, D. Herrero Calvo, C. López Azanza, L.M. Gil-Carcedo García
Hospital Univ. Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Se presenta un caso de rinolitiasis en paciente adulto con dificultad respiratoria nasal de larga evolución e historia de rinosinusitis. Se extrae la formación, que incluye una pieza dentaria.
Material y métodos: Varón de 25 años sin antecedentes generales de interés. Historia de rinosinusitis de larga evolución. Refiere dificultad respiratoria nasal a pesar de tratamiento. Se realizan pruebas de imagen (TC) y endoscopia, en las que se observa cuerpo extraño en suelo de fosa nasal izquierda, identificado como rinolito. Su extracción bajo anestesia local resulta imposible. Se lleva a cabo, bajo anestesia general, exéresis del rinolito de FNI, de consistencia dura, cubierto de mucosa. El aspecto del núcleo es compatible con pieza dentaria, criterio que se confirma tras análisis anatomopatológico.
Discusión: Los rinolitos son masas intranasales infrecuentes que aparecen, generalmente, en suelo de fosa de la población adulta, especialmente mujeres. Causan síntomas crónicos de obstrucción nasal y rinorrea episódica purulenta y maloliente. El núcleo de los rinolitos puede tener un origen exógeno, o endógeno, a partir de material orgánico de localización inhabitual, como en este caso una pieza dental ectópica. Su formación requiere larga evolución, con depósito de capas calcáreas. El tratamiento consiste en extracción quirúrgica. Si no se tratan pueden causar complicaciones: fístulas oronasales, epistaxis, sinusitis.
Conclusiones: Los rinolitos asociados a dientes ectópicos son entidades raras. La rinosinusitis y obstrucción de vías respiratorias altas de larga evolución deben hacernos pensar en rinolitiasis. El tratamiento, quirúrgico, suele ser sencillo y resolutivo.

9

COMPLICACIONES DE LA RADIOTERAPIA POSTOPERATORIA EN EL CÁNCER DE SENO MAXILAR

R. Manrique Lipa, J.l. Rodríguez Fernández, C. Santidrián Hidalgo
Hospital Do Meixoeiro, Pontevedra.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es describir las complicaciones de la radioterapia postoperatoria en pacientes con cáncer de seno maxilar.
Pacientes y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo realizado en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo entre los años 1995 y 2004, de 23 pacientes con cáncer de seno maxilar, el tratamiento empleado fue cirugía más radioterapia postoperatoria administra después de 8 ± 2 semanas. Se procedió a irradiar el tumor según: a) si la resección quirúrgica fue completa y los márgenes libres de enfermedad (> 1 cm), la dosis fue de 50-55 Gy, b) si la resección quirúrgica fue completa pero los bordes próximos positivos (> 1 cm), la dosis utilizada fue de 60 Gy, c) si hubo contacto con bordes, la dosis fue de 66 Gy, d) si los bordes fueron positivos la dosis fue de 70 Gy.
Resultados: Las complicaciones agudas debidas al tratamiento como las radioepitelitis y mucositis de grado moderado a severo fueron registradas en 56,5% de los pacientes (13/23). En cuanto a las complicaciones tardías el lagrimeo constante se observó en 2 pacientes, 1 paciente desarrollo trismus (éste había recibido reirradiación en el área orbitaria por recurrencia). Fibrosis en el cuello se registro en 1 caso.
Conclusiones: Se debe explorar nuevas técnicas quirúrgicas, diferentes esquemas de fraccionamiento en radioterapia y el empleo de quimioterapia neoadyuvante con el fin de mejorar el control local, la supervivencia de esta enfermedad y disminuir las complicaciones debidas a la radioterapia postoperatoria.

296

CAUSA INFRECUENTE DE PARÁLISIS DE CUERDA VOCAL

D. Abad Casado, M. Vaca González, F.M. de la Rosa Astacio, D.R. Pérez Pérez, I. Cobeta Marco
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Conocemos como carcinomatosis meníngea a la infiltración difusa de las leptomeninges y el espacio subaracnoideo por células metastásicas de tumores sistémicos, más frecuentemente de adenocarcinomas de mama y pulmón y del melanoma maligno, y que puede debutar con distintos síntomas y signos.
Material y métodos: Paciente de 75 años con tos, disfonía y aumento de disnea previa que es diagnosticado en SU de parálisis de CVI. En el estudio etiológico se realiza TAC y RMN, objetivándose un nódulo pulmonar solitario de LII como único hallazgo destacable y que no justifica dicha parálisis. La paciente es dada de alta con estudio ambulatorio. Acude de nuevo a SU por disnea aguda, observándose paresia de CVD, por lo que precisó traqueotomía En la evolución posterior la paciente refiere disfagia de sólidos y líquidos, y se constatan alteraciones en la función de los pares craneales IX, XI y XII izquierdos.
Resultados: Se completa el estudio con punción de LCR, en el que se encuentran células compatibles con "carcinoma no células pequeñas", realizándose posteriormente PAAF guiada con TAC del nódulo pulmonar solitario, diagnosticándose de adenocarcinoma pulmonar primario, estadio IV por la carcinomatosis meníngea.
Discusión/Conclusiones: TAC y RMN son usados frecuentemente en el estudio de parálisis de cuerdas vocales de etiología desconocida, sin llegar a encontrarse causa alguna en un gran número de ocasiones. Un estudio más profundo, incluyendo la punción lumbar, puede ser necesario en casos con otros signos neurológicos o tumores primarios sistémicos.

41

TRISMUS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE TÉTANOS

F. Muñoz del Castillo, F. Ropero Romero, B. Fernández-Conde, E. Alarcón, E. Cantillo, P. Figueroa, J. Ortega, A. Jurado Ramos
Hospital Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Clostridium tetani produce una toxina llamada tetanospasmina plasmídica, que emigra desde la puerta de entrada (habitualmente heridas contaminadas) vía axonal retrógrada y vascular, produciendo una inhibición de las interneuronas inhibitorias de Renshaw, lo que conlleva una exaltación y espasticidad motora y neurovegetativa.
Material y método: Paciente de 54 años labrador con HTA y fumador de 20 cig/d que acude al servicio de Urgencias por presentar sensación febril, dolor faríngeo y dificultad para abrir la boca, con espasticidad y dolor mandibular, disfagia y odinofagia. Ante la sospecha de infección complicada a nivel faringoamigdalar se realiza exploración de cavidad oral y rinofibrolaringoscópica.
Resultados: Ante la práctica imposibilidad de la apertura oral, se realiza rinofibrolaringoscopia, que es normal. El paciente comienza a presentar contracturas tónico-clónicas de miembros superiores con posterior contractura cervical y opistótonos o rigidez generalizada en forma de crisis agravadas por los estímulos luminosos. No se encuentra herida alguna ni existen antecedentes de traumatismo ni ingesta de conservas sospechosas. Ante la sospecha de tétanos, se realiza ingreso en UCI con sedación, intubación y administración de gammaglobulina antitetánica, mejorando el cuadro neurológico de forma progresiva.
Conclusiones: El trismus es un signo clínico que debe siempre hacernos sospechar la existencia de diferentes cuadros neurológicos de extrema gravedad que conllevan riesgo vital para los pacientes en caso de no ser diagnosticados a tiempo.

414

TIMPANOPLASTIAS CON RECONSTRUCCIÓN OSICULAR

E. Doménech Vadillo, J.L. Merán Gil. F.J. Avilés Jurado, E. Figuerola i Massana, M.D. Martínez Novoa, J. Risco Arenas
Hospital Univ. Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: La otitis media crónica se presenta bajo múltiples formas clínicas. El tratamiento quirúrgico tiene dos objetivos: curación y restablecimiento de la funcional. Se han propuesto multitud de materiales, biológicos (cartílago, huesecillos) y sintéticos, para la reconstrucción de la cadena osicular. El resultado funcional depende, a demás de la técnica y materiales quirúrgicos, de otros factores (ventilación del oído, severidad de la patología…).
Material y métodos: Se realiza una revisión retrospectiva de las timpanoplastias realizadas en nuestro hospital durante un periodo de 5 años. Se incluyen en el estudio las que incluyeron reconstrucción de la cadena

osicular. Se analizan características clínicas, otoscópicas, audiométricas, radiológicas, hallazgos y técnica quirúrgica, seguimiento audiométrico y aparición de complicaciones.
Resultados: 271 timpanoplastias; acceso a 210 historias clínicas; 46 con reconstrucción osicular; 21 con cartílago; 17 con huesecillo; 8 con material sintético. Clínica: 32 otorrea, 37 hipoacusia, 10 otalgia, 14 acúfenos, 5 mareo, 10 clínica contralateral. Otoscopia: 23 perforación, 17 retracción, 10 pólipo, 10 otorrea, 17 colesteatoma, 4 lesión osicular. Radiología: 23 resorción ósea, 28 mastoides patológicas. Hallazgos en la intervención: 29 colesteatoma; tipo de timpanoplastia: 34 tipo III, 4 tipo IV, 9 tipo Vb. Valoración audiométrica descrita. Seguimiento: 7 recidivas; 1 desplazamiento del injerto.
Conclusiones: La mayoría de reconstrucciones fueron materiales biológicos (cartílago y huesecillos). Clínica y otoscopia típica. Radiología con signos de mala ventilación. Sobre el 25% afectación contralateral. La mayoría colesteatoma. Predominio de timpanoplastia tipo III. Pocas complicaciones. Necesidad de mayor número de casos para un análisis funcional audiométrico significativo.

382

ANGINA DE LUDWIG COMPLICADA

S. García Fernández, E. Fernández Pascual, C. Arjona Montilla, J. Vedia García, J. García-Valdecasas Bernal
Hospital Clínico Univ. San Cecilio, Granada.

Introducción: La angina de Ludwig es un tipo de celulitis aguda y agresiva, de diseminación muy rápida, que involucra a los tejidos del piso de la boca y que principalmente afecta a los espacios celuloaponeuróticos sublingual, submaxilar y submental, de forma bilateral. A menudo, se presenta después de un absceso dental, o tras un trauma de la boca, sialoadenitis, fractura o neoplasia infectada.
Material y método: Presentamos el caso clínico de una paciente de 76 años, que ingresa de urgencia en nuestro Servicio de ORL con cuadro de angina de Ludwig complicada, requiriendo cuatro intervenciones quirúrgicas y una estancia de cinco meses en UCI.
Resultados: A pesar del bajo porcentaje estadístico de supervivencia en casos como el descrito, actualmente, la paciente vive, sin secuelas resultantes del cuadro sufrido.
Discusión/Conclusiones: Aun habiendo disminuido considerablemente su frecuencia, esta patología provoca todavía un elevado índice de mortalidad. El manejo multidisciplinar de las complicaciones derivadas de la misma, es clave en la curación de estos pacientes.

209

COMPLICACIONES EN LOS ABSCESOS CERVICALES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M.L. Oliver Pina, M. Foglia Fernández, J. Benito González
Hospital Sant Joan de Reus, Tarragona.

Introducción: La infección cervical profunda es infrecuente en nuestro medio debido en gran medida a los avances en antibioticoterapia. Sin embargo es una patología que hay que tener siempre presente por la rapidez de su instauración y por su gravedad, llegando incluso a comprometer la vida del paciente. Su correcto tratamiento depende tanto del conocimiento de los espacios del cuello, delimitados por las correspondientes fascias, como de los aspectos clínicos y bacteriológicos asociados a las mismas.
Material y métodos: Presentamos las incidencias acaecidas en dos tórpidos casos de abscesos cervicales atendidos en nuestro servicio en octubre y diciembre del 2007.
Resultados: Varón de 59 años diabético con absceso cervical de origen amigdalar. Varón de 35 años con absceso cervical de origen odontógeno. El manejo inicial consistió en antibioterapia empírica a la espera de resultados de antibiograma y drenaje. Las analíticas mostraban leucocitosis con desviación izquierda, el cultivo flora polimicrobiana multirresistente (s. viridans, anaerobios...) y a destacar la presencia de candidas en el paciente diabético que evolucionó a mediastinitis. Resultados de ecografía cervical y TAC.
Conclusiones: El diagnóstico de infección cervical profunda es fundamentalmente clínico, los estudios de imagen sobre todo el TAC ayudaran delimitando la extensión del proceso y detectando la presencia de áreas abscesificadas, datos de gran importancia en el planteamiento terapéutico. El conocimiento de los gérmenes implicados en la infección cervical es clave para la elección del régimen antibiótico eficaz.

378

PARESIA BILATERAL DEL GLOSOFARÍNGEO COMO FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN DE UNA MALFORMACIÓN ARNOLD-CHIARI TIPO I

R. González Aguado, P. Eza Núñez, T. Laviana Muslera, R. Rodríguez Crespo, Á. Mazón Gutiérrez, J.Á. Rama Quintela
Hospital Univ. Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Introducción: La malformación de Arnold-Chiari consiste en un apiñamiento de las estructuras nerviosas de la fosa posterior (cerebelo, protuberancia y bulbo raquídeo), que tienden a desplazarse caudalmente a través del agujero occipital. En el tipo I hay herniación de las amígdalas cerebelosas a través del agujero occipital con descenso del bulbo y tracción de pares craneales bajos, se asocia a menudo con siringomielia.
Material y método: Mujer de 20 años que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por dificultad en la articulación del lenguaje (rinolalia abierta) y alteración en la deglución (regurgitación líquidos ingeridos a través de fosas nasales) de aproximadamente 12 horas de evolución. A la exploración se objetiva una disfunción velopalatina bilateral con abolición del reflejo nauseoso compatible con una alteración del glosofaríngeo (IX par craneal) de forma bilateral. Se le realiza a la paciente una RMN craneal y se objetiva una malformación Arnold-Chiari tipo I con siringomielia asociada.
Resultados: La evolución de la paciente fue favorable, estando al tercer día asintomática sin mostrar los signos exploratorios descritos.
Discusión: Éste es un caso de una forma atípica de presentación de la maformación de Arnold-Chiari tipo I que, a pesar de que suele afectar pares bajos, el debut tanto en lo que se refiere al par craneal afecto como a la bilateralidad del proceso no es muy frecuente.

390

SCHWANNOMA CERVICAL DEL PLEXO BRAQUIAL

U. Bidón Gomez, F. Ortiz Bish, M. Pavón Gómez, C. Alonso González, R. Rodríguez Domínguez, M. Arana Ortega
Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción: Los tumores de las células de Schwann del plexo braquial son raros, benignos y de bajo crecimiento. Su modo de presentación clínica suele ser una tumoración cervical o axilar acompañada o no de patología neurológica.
Material y método: Presentamos un caso clínico de una mujer con tumoración supraclavicular asintomática izquierda de años de evolución de crecimiento lento, en la palpación es redondeada, bien delimitada y móvil, de 1 × 2 cm de diámetro, no se aprecia sintomatología neurológica.
Resultados: En la resonancia magnética se localiza la tumoración en la raíz del plexo cervical (C5) izquierdo. Se realiza cervicotomía lateral izquierda y exéresis de la tumoración con conservación de plexos nerviosos. En la evolución postoperatoria presenta lesión incompleta de la raíz C5 en fase de renervación temprana con buen pronóstico. Sigue tratamiento rehabilitador con buena evolución.
Discusión/Conclusiones: Los neurinomas son tumores raros, su presentación típica es en forma de masa cervical asintomática, pudiendo asociar o no patología neuroendocrina o neurológica. La RNM es la prueba de imagen de primera elección y clave para la cirugía. El tratamiento es quirúrgico siendo conservadores con las raíces nerviosas. El tratamiento rehabilitador postoperatorio ayuda a disminuir las posibles secuelas neurológicas por la cirugía.

346

QUISTE TÍMICO CÉRVICO-MEDIASTÍNICO

L. Montes-Jovellar González, J. Alcalde Navarrete, C. Gimeno Vilar, R. Manrique Huarte
Clínica Universitaria, Navarra.

Introducción: El quiste tímico es una rara patología de etiología principalmente congénita, que se manifiesta como una masa latero-cervical de

predominio izquierdo con posible extensión mediastínica y fundamentalmente en la primera década de la vida.
Material y método: Presentamos el caso de una niña de 2 años, con presencia de una masa cervical izquierda de crecimiento progresivo, acompañándose de una gran formación mediastínica, con sospecha clínica de quiste tímico. Como tratamiento se realizó exéresis quirúrgica de la masa con abordaje cérvico-torácico.
Resultados: El estudio de anatómico patológico de la pieza quirúrgica mostró la existencia de un quiste tímico.
Conclusión: El estudio de una masa latero-cervical en la primera década de la vida y de predominio izquierdo, debe de incluir la posibilidad de un quiste tímico, debiendo valorarse la posible extensión mediastínica.

219

TUMOR DESMOPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS Y REDONDAS DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR

P. Santos Gorjón, A. Batuecas Caletrío, J.L. Gómez González, F. Sánchez González, J.C. del Pozo de Dios, M. Jáñez Moral
Hospital Universitario, Salamanca.

Introducción: El Tumor Desmoplásico de Células Pequeñas Redondas (TDCPR) es una neoplasia infrecuente que generalmente afecta a hombres jóvenes y se localiza en abdomen principalmente. La localización submaxilar es extremadamente infrecuente y no hemos encontrado ningún caso en la literatura. La histología típica se caracteriza por la presencia de nidos de células tumorales embebidas en un estroma fibromixoide denso. Su principal característica diagnóstica es la coexpresión de marcadores epiteliales, mesenquimales y neurales y la translocación recíproca t (11;22) (p13;q12).
Caso clínico: Presentamos un varón de 36 años con antecedente de Leucemia Linfática crónica y trasplantado de médula ósea con una tumoración submaxilar derecha de 8 meses de evolución. En la exploración se palpa una masa dura de 4 × 3 cm. En el TAC no se aprecian signos de malignidad. Se realiza submaxilectomía derecha. El análisis anatomopatológico reproduce la morfología e inmunofenotipo característico del TDCPR. Se completa el tratamiento con radioterapia.
Discusión: El diagnóstico definitivo descansa en la demostración inmunohistoquímica de diferenciación polifenotípica (epitelial, mesenquimal, neural), y en la demostración citogenética de la traslocación (11,22) (p13;q12). La localización submaxilar es excepcional.

74

NEUMOENCÉFALO POSTERIOR A CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

L. Rosique López, M. Almela Rojo, N. Mena Viveros, R. Arce Martínez
Hospital Univ. Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) es una técnica quirúrgica muy extendida que permite el tratamiento de múltiples enfermedades del área nasosinusal. Se trata de un procedimiento con raras complicaciones, aunque a la hora de la cirugía el paciente debe ser informado tanto de las complicaciones menores, que se resolverán espontáneamente, como de otras complicaciones mayores que necesitarán reingreso, o incluso nuevo tratamiento quirúrgico.
Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente intervenido de CENS que, tras ser dado de alta por buena evolución, presenta cefalea intensa posterior a maniobra de valsalva. Fue diagnosticado de neumoencéfalo, secundario a fístula de líquido cefalorraquídeo. Tras estabilización y observación, el paciente fue reintervenido para cierre de fístula mediante CENS.

398

CUERPO EXTRAÑO CERVICAL

Z. Martínez Basterra, M. Ábrego Olano, J.A. Martín Berra, J. Algaba Guimera
Hospital Donostia, Guipúzcoa.

Introducción: Presentamos una patología de muy baja incidencia (40/150.000) con una mortalidad media del 7%, siendo las heridas laringotraqueales internas las más frecuentes por intubaciones o tras procedimientos endolaríngeos.
Material y métodos: Presentamos el caso de un joven de 19 años que presentaba un alambre de cobre de 6cm penetrando en la región cervical anterior. En la fibroscopia se observa un leve edema lateral faríngeo y el TAC cervical muestra un cuerpo extraño en línea media que roza la vena yugular anterior derecha con trayecto paralelo a cartílago tiroides.
Resultados: Se realizó una cervicotomía anterior exploradora tras intubar al paciente con ayuda de broncoscopia. Se le mantuvo a dieta absoluta durante 48 horas y se realizó profilaxis antibiótica.
Conclusiones: La fibroscopia es un método diagnóstico de primera elección. El TAC cervical presenta buena definición vascular y ayuda a determinar el trayecto. La angiografía es obligada en el espacio cervical I y IV. En estas regiones siempre hay que realizar revisión quirúrgica y en las regiones cervicales II y III hay que realizarla cuando la herida o cuerpo extraño supere el platisma.

370

QUISTE CANALICULAR SUPRAGLÓTICO

R. Hijano Esqué, J. Serra Carreras, F. Crego de Pablos, I. Homs Moreno, F. Aguilar, F.X. Subirana
Servicio de ORL; Servicio de Anatomía Patológica,Hospital Fundació Asil de Granollers, Barcelona

Introducción: Los quistes de retención o canaliculares se deben a una retención de moco en los conductos excretores glandulares, secundaria a una estenosis distal de los mismos. Pueden ser de origen congénito o bien adquiridos. Es el tipo más común de quiste (75%) y se localizan con frecuencia a nivel supraglótico o vallécula, siendo más raro a nivel glótico.
Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 61 años exfumador que acude a la consulta por presentar disfonía y parestesias faríngeas de un mes de evolución. La exploración mostraba un abombamiento de la banda ventricular derecha. Nuestra primera orientación fue la de un laringocele interno. Las pruebas de imagen (TC y RNM) mostraban una imagen redondeada a nivel de la banda, pero con contenido quístico.
Resultados: Se propuso cirugía con el fin de establecer el diagnóstico definitivo. Se realizó una cirugía endoscópica, con exéresis completa y marsupialización de la banda mediante microinstrumental. Se revisaron ambos ventrículos para descartar un proceso neoplásico subyacente, sin encontrarse patología. Al año de la cirugía el paciente presenta una mejor voz, y sin abombamiento de la banda intervenida.
Discusión/Conclusiones: El diagnóstico diferencial entre un laringocele interno y un quiste de retención supraglótico es difícil sólo con la exploración; las pruebas de imagen nos detallarán el contenido (áreo, hidroáreo, quístico), siendo de gran ayuda. El tratamiento debe ir dirigido hacía la exéresis completa y marsupialización de la banda. La exploración del ventrículo se hace mandatoria con tal de descartar un proceso neoplásico subyacente. La anatomía patológica nos dará el resultado definitivo.

109

TUMOR NEUROENDOCRINO DE SENOS PARANASALES. ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO MEDIANTE CENS

V. Vasallo García, F.J. Cogolludo, R. del Castillo López, F.J. Guerra, H. Moreno, J. Sanabria, J.M. Villacampa, R. Gutiérrez, C. Cenjor
Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Presentamos un cuadro clínico sugestivo de sinusitis de más de 2 meses de evolución.
Material y método: Paciente de 59 años que acude a urgencias de ORL de nuestro Hospital a finales de octubre del 2007 refiriendo rinorrea, dolor facial y congestión mucosa de más de dos meses de evolución que no mejoraron tras tratamiento antiinflamatorio y antibiótico pautado por el médico de atención primaria. Además en los últimos días la paciente presentaba también visión borrosa y diplopía. Aportaba radiografía de senos sin alteraciones destacables. Se decide ingreso para valoración conjunta por parte de ORL y Oftalmología. Durante la estancia se realiza TAC de senos urgente donde se visualiza masa sólida etmoidal con extensión a fosa craneal anterior y órbita derecha, así como fosa nasal derecha y seno maxilar ipsilateral. Se completa estudio con RM que confirma masa anteriormente descrita confirmando extensión a órbita

derecha con compresión de músculos recto medial y oblicuo superior así como ocupación del vértice orbitario con compresión del nervio óptico.
Ante estos hallazgos la paciente es intervenida realizándose bajo anestesia general resección del tumor nasosinusal descrito y etmoidectomía bilateral con esfenoidotomía y liberación de frontales con extracción de mucocele frontal izquierdo, mediante abordaje endoscópico. La biopsia intraoperatoria que confirma tumor maligno.
Resultados: La evolución de la paciente en el postoperatorio fue favorable. El informe anatomopatológico fue informado como tumor neuroendocrino con márgenes quirúrgicos negativos. La paciente fue trasladada a Oncología, donde fue tratada con quimioterapia -cisplatino- y radioterapia local, teniendo hasta hoy en día buena evolución.
Discusión/Conclusiones: El abordaje mediante CENS es práctico en el tratamiento y diagnóstico de este tipo de tumores, al tratarse de una intervención quirúrgica menos agresiva que las realizadas por vía abierta y permitir amplias resecciones del tumor que pueden llegar a ser completas.

401

TUMORACIÓN PARAFARÍNGEA DE ORIGEN TUBERCULOSO

T. Laviana Muslera, R. Rodríguez Crespo, C. Morales Angulo, Á. Mazón Gutiérrez, P. Eza Núñez, R. González Aguado, J. Rama Quintela
Hospital Univ. Márques de Valdecilla, Cantabria.

Introducción: La TBC afecta en primer lugar a los pulmones. La afectación extrapulmonar más frecuente es la adenitis, siendo la localización ganglionar cervical la más frecuente. Presentamos un caso de linfadenitis tuberculosa parafaríngea.
Material y métodos: Paciente remitido a nuestra consulta desde el servicio de Neumología por tumoración laterocervical derecha de un año de evolución. Presenta antecedentes familiares de primer grado de TBC. Como antecedentes personales cabe destacar que es fumador, asma bronquial, neumotórax espontáneo, cuadro compatible con neumonía de LSD dos años atrás, cumple correctamente el calendario vacunal, incluyendo BCG en la infancia. Finalizó hace dos mese tratamiento antituberculoso por diagnóstico de sospecha (Mantoux de 16 mm y PCR de Mycobacterium tuberculosis positivo) de TBC. En la exploración se objetivaba abombamiento de la pared lateral derecha de la orofaringe, por detrás del pilar posterior, que ocluye 2/3 partes de la luz. La fibroendoscopia era normal. En cuello se palpaban adenopatías duras no dolorosas por delante del ECM derecho y submaxilar ipsilateral aumentada de tamaño. TAC y RMN cervical muestran lesión quística de 8 cm. en espacio parafaríngeo derecho. Se realiza abordaje quirúrgico de la tumoración parafaríngea transoral. Se tomaron muestras para su análisis microbiológico y anatomopatológico.
Resultados: TBC diseminada con afectación ganglionar cervical.
Discusión/Conclusiones: La TBC ganglionar cervical representa el 70-90% de los casos de adenopatías periféricas tuberculosas. El diagnóstico requiere citología o cultivo o PCR positivo. El tratamiento consiste en poliquimioterapia 9 meses, indicándose cirugía si fracasa o persisten adenopatías.

384

AMILOIDOSIS LARÍNGEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Herrera Tolosana, M. El Uali Abeida, L. Pérez Delgado, M.P. Lisbona Alquezar, E.M. Llorente Arenas, J.A. Maltrana García, F. de Miguel García, A. Ortiz García
Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

La amiloidosis es una enfermedad sistémica que consiste en depósitos de proteínas fibrilares en forma de material amorfo y fibrilar, cuya etiología no se conoce con precisión, Se puede presentar de forma aislada, amiloidosis primario, o asociada a otras enfermedades sistémicas, secundaria; pudiendo ser localizada, en un solo órgano, o generalizada. En cabeza y cuello la localización preferente es la laringe, aunque infrecuente, su afectación suele ser de forma primaria. El inicio está marcado generalmente por una disfonía, y después puede aparecer disnea, disfagia o hemoptisis. En la tomografía computarizada, el material amiloide, aparece como una masa homogénea e isodensa y en la resonancia magnética capta contraste con gadolineo. El diagnóstico se realiza mediante biopsia de las lesiones, detectándose depósitos eosinófilos de un material amorfo que se tiñe de rojo y muestra birrefringencia verdosa. El tratamiento se reserva a los casos que se produce obstrucción de la vía aérea. Es de elección la resección mediante láser CO_2 por vía endoscópica. Las recidivas no son infrecuentes y justifican una vigilancia prolongada, pudiendo obligar a múltiples intervenciones. Presentamos el caso de una paciente con amiloidosis laríngea de larga evolución controlada y tratada en nuestro servicio y revisamos la literatura.

190

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN ORL: A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Verdaguer Muñoz, C. Martín González, A. Ibáñez Mayayo, A. Rodríguez Valiente, A. Trinidad Cabezas, J.R. García-Berrocal, R. Ramírez-Camacho
Hospital Univ. Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La fiebre de origen desconocido es uno de los mayores retos a los cuales se enfrenta un clínico en su práctica habitual. Algunas de las patologías causantes de la misma aunque poco frecuentes pueden tener su origen en la esfera ORL y el clínico debe tenerlas en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial.
Caso clínico: Una mujer de 27 años acudió a consultas externas con fiebre de semanas de evolución, sudoración, mialgia y una adenopatía submandibular de 1 cm de diámetro. La radiografía de tórax, la analítica y los hemocultivos presentaban hallazgos inespecíficos. La serología para citomegalovirus, virus de Epstein Barr y toxoplama fue negativa. La clínica desapareció volviendo a reaparecer en 2 semanas. Asimismo aparecieron otras adenopatías en la región cervical y axilar. Un TC cervico-torácico-abdominal mostró adenopatías cervicales y axilares bilaterales de más de 1 cm de diámetro. Nuevas analíticas revelaron leucopenia y trombocitopenia y alteración de las enzimas hepáticas y de la velocidad de sedimentación. Se realizó una PAAF con resultados no concluyentes. Se tomó una biopsia cervical llegando al diagnóstico de enfermedad de Kikuchi.
Discusión: La enfermedad de Kikuchi también llamada linfadenitis necrotizante histiocítica es una causa rara e idiopática de linfadenitis. El principal diagnóstico diferencial debe hacerse con el linfoma no Hodgkin de alto grado. El diagnóstico definitivo sólo se consigue mediante una biopsia excisional. La resolución de los síntomas es espontánea y completa en 4-6 meses.

392

ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS EN SANGRADOS POSTADENOAMIGDALECTOMÍA

M.G. Álvarez-Morujo de Sande, M.J. Hervás Núñez, M.A. Rodríguez Pérez, S. Senao Fernández, J.R. Benito Navarro, A. Martín Mateos
Hospital Univ. Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: La hemorragia postadenoamigdalectomía es un criterio claramente definido en las complicaciones de dicha técnica quirúrgica. La importancia del indicador definido como número de hemorragias postadenoamigdalectomía en relación con el número total de intervenciones quirúrgicas, radica en su relación directa con la calidad percibida por los padres y en constituir un requisito imprescindible para poder realizar la intervención en régimen de cirugía ambulatoria. El estándar óptimo recogido en la evidencia científica y en los estándares de referencia se sitúa en una tasa inferior al 2%. Aunque la edad, el sexo femenino y la duración de la intervención han sido señalados como posibles factores de riesgo, los más importantes siguen siendo alteraciones no conocidas de la hemostasia primaria y de los factores de coagulación.
Material y métodos: Realizamos una revisión de todos los pacientes intervenidos en nuestro Hospital de adenoamigdalectomía durante los años 2005, 2006, 2007. Se estudiaron los pacientes que presentaron hemorragia postadenoamigdalectomía tras el postoperatorio inmediato (antes de las 6 horas) y los pacientes que presentaron hemorragias posteriores. Se realizó un análisis de la patología concomitante, medicación previa, edad, sexo, duración de la intervención, hemograma, bioquímica y estudio de coagulación.
Conclusiones: La alteración de la hemostasia primaria o alteraciones en los factores de coagulación, que no han sido diagnosticados previamen-

te fue la principal causa de hemorragia postadenoamigdalectomía. Una historia clínica exhaustiva sobre antecedentes y medicaciones previas así como el estudio del factor de agregación plaquetaria (PFA) ante cualquier sospecha de anomalía de la hemostasía nos permitiría tratar previamente al paciente con factores de corrección que eviten la presentación de esta complicación postoperatoria.

444

NEURINOMA FACIAL INTRAPAROTÍDEO

F. Trobat Company, P. Epprecht González, E. Novas Valiente, N. Bejarano Panadés, P. Sarría Echegaray
Hospital Univ. Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: Los schwannomas faciales son tumores raros, aunque representan la tercera tumoración primaria de los pares craneales, por detrás de los schwannomas del nervio acústico y del nervio trigémino. La clínica típica es la de parálisis facial progresiva, hipoacusia neurosensorial, acúfeno, y vértigo.
Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 46 años de edad que acudió a consultas externas ORL por presentar un masa a nivel parotídeo izquierdo de 4 meses de evolución. Se le realizaron diversas pruebas entre ellas ecografía cervical y PAAF que dieron como resultado posible quiste parotídeo izquierdo. TAC cervical en el que se observaba la presencia de una lesión focal a nivel del lóbulo profundo de la parótida izquierda de 2 cm de diámetro. Se decidió realizar parotidectomía superficial y profunda izquierda. En la biopsia intraoperatoria se halla como probable diagnóstico schwannoma facial, por lo que se reseca el tumor reconstruyéndose el nervio facial izquierdo con auricular mayor.
Conclusión: Los schwannomas faciales pueden localizarse intracraneal o extracranealmente. La mayoría de ellos tienen una situación intracraneal en la área perigeniculada. La localización intraparotídea es poco frecuente, menos de 60 casos descritos en la literatura. Al realizar la cirugía es muy importante el diagnóstico de sospecha del tumor, identificar el nervio facial, intentar separar el mismo del tumor y si esto no es posible se debe realizar una reconstrucción del nervio facial en el mismo acto quirúrgico bien con nervio auricular mayor o con nervio hipogloso.

347

VALORACIÓN DE ESTRUCTURAS VASCULARES MEDIANTE RECONSTRUCCIÓN 3D DE ANGIO TAC

C. Gimeno Vilar, J. Benítez, J. Alcalde Navarrete, L. Montes-Jovellar González, R. Manrique Huarte
Clínica Universitaria, Navarra.

Introducción: La angio-TAC es una técnica radiológica con contraste, que permite el estudio específico de estructuras vasculares arteriales y venosas. La reconstrucción 3D de estas imágenes, nos ofrece una información nítida muy útil en el estudio prequirúrgico de algunas patologías de cabeza y cuello con origen o repercusión vascular.
Material y método: Presentamos 3 casos diferentes que ilustran la aportación de la reconstrucción 3D de angio-TAC en la valoración de la patología específica de cada caso incluyendo. Pseudo aneurisma carotídeo postquirúrgico. Paraganglioma carótideo Schwanoma parafaríngeo.
Resultados: La angio TAC ha aportado en cada uno de estos casos una importante información de la relación de la arteria carótida con la patología estudiada.
Conclusión: La reconstrucción 3D de angio TAC permite en nuestra experiencia, disponer de una valiosa información visual de patologías ORL relacionadas con estructuras vasculares.

225

MIOEPITELIOMA PALATINO

M. González Sánchez, J.M. Serradilla López, S. Suárez Ortega, E. Coscarón Blanco, C. Pérez Liedo, M. de Prado San José, J.L. Blanco García
Hospital Virgen de la Concha, Zamora.

Introducción: Presentamos el caso de un paciente remitido por su médico de atención primaria por descubrimiento accidental de tumoración de paladar.

Caso clínico: Varón de 73 años cuyo único antecedente personal de importancia es diabetes mellitus de años de evolución con buen control por parte de su endocrino. Presenta odinofagia de varios días de evolución por lo que acude a su MAP quien aprecia tumoración en paladar que el paciente no había notado. El paciente fue remitido a Urgencias para valoración por ORL. A la exploración se aprecia tumoración submucosa en paladar blando de 3 × 2 cm, elástica y no dolorosa a la palpación. *Exploraciones complementarias:* TAC cervical que informa de masa de paladar blando de 2 × 2,7 × 2,5 cm; PAAF: no concluyente; biopsia bajo anestesia local: se informa como mioepitelioma, se aconseja extirpación; tratamiento realizado: extirpación bajo anestesia general.

318

LEISHMANIASIS LARINGO-TRAQUEAL

F.J. Morote Jiménez, A. González Jeute, M. Olivencia Pérez, M.J. Gómez Galán, J. Ruiz Clemente
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

Introducción: La leishmaniasis es una enfermedad causada por protozoos del género Leishmania. En el hombre provoca diferentes síndromes clínicos: a) L. visceral (Kala-Azar); b) L. cutánea del viejo y nuevo mundo; c) L. mucocutánea (espundia); y d) L. cutánea difusa (anérgica o diseminada).
Material y método: Presentamos un caso clínico de un varón con antecedentes personales de HTA, DM tipo 2, hipertrigliceridemia, EPOC, fumador, que niega contacto con animales, viajes al extranjero y prácticas de riesgo. Acude a consulta por disfonía de meses de evolución y disnea. Se realiza nasofibrolaringoscopia donde se observa engrosamiento de epiglotis con mucosa en empedrado, pie de epiglotis rugoso, edema aritenoides bilateral y cuerdas vocales de aspecto normal; y broncoscopia que muestra afectación de la mucosa de traquea y lesiones exofíticas blanquecinas. Se realiza biopsia de lesiones traqueales y laríngeas.
Resultados: Estudio anatomopatológico de las muestras con existencia de denso infiltrado linfoplasmocitario y granulomatoso subepitelial y cuerpos de Leishman-Donovan.
Discusión/Conclusiones: En Europa la leishmaniasis es una infección muy poco frecuente, la afectación ORL es más común en Sudamérica como forma secundaria a lesión cutánea inicial. El diagnostico diferencial debe realizarse con el cáncer de laringe, la tuberculosis laríngea y la histoplasmocitosis.

115

EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA DISTRÓFICA RECESIVA Y MANIFESTACIONES LARÍNGEAS

R. Corrales Millán, E. Berrocal Postigo, P. Santos Acosta, F.T. Herrerro Salado, S. Sánchez Gómez
Hospital Univ. Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Epidermolisis ampollosa distrófica recesiva se caracteriza por la presencia de mutaciones en el colágeno tipo VII. Clínicamente: presentan ampollas desde el nacimiento, fusión de los dedos (deformidad en mitón) y contracturas en flexión de muñecas, codos, rodillas. Afectación de mucosa oral, faríngea, esofágica.
Material y método: Varón de 33 años con epidermolisis ampollosa distrófica recesiva que acude por disnea y estridor laríngeo. Pruebas complementarias: rinofibrolaringoscopia donde se objetiva una desestructuración supraglótica y edema de epiglotis El TAC axial y coronal cervical con contraste confirmó la existencia de una lesión submucosa que protruía en la luz área supraglótica, ocupando seno piriforme izquierdo y que presenta aspecto quístico con densidad superior al liquido seroso, que mide aprox. 15 mm y que da la impresión de benignidad sospechando (laringocele o quiste congénito). Luz glótica conservada.
Esofagograma: fístula traqueo- esofágica
Resultados: Tras corticoterapia y antibioterapia resolución de la disnea. Se propone tratamiento quirúrgico por cirugía torácica pendiente de decisión por parte del paciente
Conclusiones: Tras revisión bibliográfica no existe ningún caso publicado en la literatura que relacione la epidermolisis ampollosa distró-

fica recesiva con afectación laringea con las mismas características del caso clínico expuesto. La mayoría de los artículos publicados relacionan la afectación laríngea de con epidermolisis ampollosa de tipo junctional la epidermolisis distrófica recesiva es una enfermedad rara en la cual no se ha descrito afectación laríngea tipo laringocele o quiste supragótico.

116

TUMORES RAROS DE CABEZA Y CUELLO

R. Balaguer García, N. Baviera Granell, P. Estrems Navas, G. Pastor Canicio, E. Estellés Ferriol, J. Dalmau Galofré
Hospital Univ. Dr. Peset, Valencia.

Introducción: Presentamos las características clínico-patológicas de tres casos de tumores de cabeza y cuello, considerados como raros por su baja incidencia.
Material y métodos: Se exponen los casos de un sarcoma sinovial supraclavicular, sarcoma sinovial infratemporal y adenocarcinoma mucinoso retrofaríngeo, todos ellos considerados de baja incidencia y que han sido tratados recientemente en nuestro servicio.
Discusión: En este tipo de tumores, los síntomas más característicos son el dolor y la tumoración palpable. Por desgracia se asocian a una alta mortalidad, pues el diagnóstico definitivo, en la mayoría de los casos, se realiza cuando la lesión se encuentra ya en estado avanzado. Su tratamiento resulta complicado y son frecuentes las recidivas por la complejidad de las estructuras anatómicas que circundan la neoformación, las cuales limitan la extirpación quirúrgica completa ó la radioterapia.
Conclusión: Con el presente trabajo exponemos tres casos de tumores raros muy agresivos. Su rápido reconocimiento para un diagnóstico precoz es de gran importancia.

317

ADENITIS LATEROCERVICAL DE EVOLUCIÓN SUBAGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

F.J. del Rey Tomás-Biosca, L.I. García Pérez, L. Sgambatti Celis, P. Santos Gorjón, J.C. del Pozo de Dios, M. Jáñez Moral
Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

Introducción: La tularemia es una enfermedad zoonótica causada por Francisella tularensis, que se transmite esporádicamente por contacto con animales (cutáneo, inhalación o ingestión). Clínica pseudogripal con varias formas: ulceroglandular, glandular, oculoglandular, orofaríngea, intestinal y neumónica. Diagnóstico por serología o ELISA. Tratamiento de elección: estreptomicina.
Material y método: Mujer de 43 años con tumoración laterocervical derecha dolorosa y fiebre de 3 días de evolución, refiriendo conjuntivitis derecha previa. Exploración física: bloque adenopático en región parotídea y área II laterocervical derechas, doloroso. Ecografía cervical: adenopatías inflamatorias intraparotídeas y subglandulares. Se pautó amoxicilina-clavulánico oral, 7 días. En las revisiones de los 20 días posteriores: afebril, ligera disminución de tamaño en región afectada, persistiendo el dolor. Ante la evolución insidiosa se decide ingreso hospitalario para estudio.
Resultados: Se realizaron pruebas para descartar enfermedad infecciosa. Analítica normal; PAAF negativa para bacterias y hongos; Mantoux negativo y Rx tórax normal; Serología y bacteriología: Rosa de Bengala negativo, EIA VIH negativo, Ig G / Ig M negativas para Toxoplasma y Mycoplasma, seroconversión de 1/80 en aglutinación para Francisella (se recomendó repetir serología). Se repitió la serología: seroconversión de 1/320 (> 1/160) que sugirió infección por Francisella tularensis, derivándose al servicio de Medicina Interna (diagnóstico: tularemia oculogandular). Se conoció posteriormente que la paciente manipulaba liebres y que su marido desarrolló también la enfermedad.
Conclusiones: Ante la aparición de una adenopatía cervical de evolución subaguda conviene descartar etiología infecciosa (tuberculosis, micobacterias atípicas, brucelosis, tularemia, pasteurelosis, actinomicosis, toxoplamosis, infección VIH...) para hacer diagnóstico diferencial con metástasis, linfomas y enfermedades sistémicas.

345

RECONSTRUCCIÓN MICROVASCULAR DE ESTENOSIS FARINGO-ESOFÁGICA MEDIANTE BY-PASS MICROVASCULARIZADO

J. Alcalde Navarrete, C. Gimeno Vilar, L. Montes-Jovellar González, R. Manrique Huarte
Clínica Universitaria, Navarra.

Introducción: El tratamiento quimio-radioterápico en tumores faringolaríngeos, origina en ocasiones una marcada alteración funcional, por fijación aritenoidea y /o cicatriz de la región retroaritenoidea. Esta situación funcional, obliga a la realización de una traqueotomía y gastrostomía.
Material y método: Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de carcinoma escamoso de laringe, tratado con quimio-radioterapia con posterior fijación faringo-laríngea. Para mejorar la disfagia, se realizó un by-pass desde la región hipofaringea hasta el esófago cervical, utilizando un colgajo radial microvascularizado, conservando la laringe en su función fonatoria.
Resultados: El paciente presentó un hematoma cervical que requirió revisión quirúrgica, sin afectar a la viabilidad y cicatrización del colgajo, apreciándose una clara mejoría funcional con leve aspiración a través de la glotis.
Conclusión: El by pass utilizado es una opción quirúrgica para mejorar la disfagia en pacientes con estenosis faringo-laríngea permitiendo el inicio de alimentación oral.

221

FISTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR) ESPONTÁNEA

P. Santos Gorjón, P. Blanco Pérez, A. Batuecas Caletrio, F. Sánchez González, R. de La Fuente Cañibano, S. Santa Cruz Ruiz
Hospital Universitario, Salamanca

Introducción: Las fístulas de LCR espontáneas son aquellas no secundarias a tumor, trauma o malformación congénita. Estudios recientes sugieren que la presión intracraneal suele estar alta en estos pacientes y que son más frecuentes en mujeres de edad media, obesas con cefaleas opresivas, anormalidades del equilibrio, además de la rinolicuorrea.
Caso clínico: Paciente varón de 56 años hipertenso y con crisis comiciales hace 20 años, con antecedente catarral previo que refiere rinolicuorrea acuosa y clara unilateral derecha que se incrementa con los valsalvas y con el decúbito lateral derecho. 4-6 episodios de salida de líquido en los últimos 5 años autolimitados de minutos de duración. Se realiza examen del líquido y se confirma que se trata de LCR. En el TAC aparece una ocupación parcial de seno frontal derecho por material marcadamente hipodenso que forma nivel. Se evidencia dehiscencia ósea en pared posterior del seno frontal derecho. El paciente es tratado por el servicio de Neurocirugía que realiza obliteración de la fístula con material sintético mediante abordaje externo.
Discusión: Una vez identificada la fístula se puede reparar con injertos óseos, fascia temporal, grasa abdominal e injertos libres de mucosa. La recomendación es utilizar para el cierre varias capas de injerto y la colocación de taponamiento nasal.
Conclusión: El éxito quirúrgico se puede lograr si se realiza un adecuado estudio del paciente, los estudios de imagen facilitan la identificación prequirúrgica del sitio de la fístula. Además debe estudiarse la presión del LCR para evitar recidivas y definir o no la utilización de drenajes lumbares.

504

QUISTE PARAFARÍNGEO

D. Ocampos Gubler, T. Collazo Lorduy, L. Fito
Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Paciente de 51 años de edad que consulta por disfagia de 2 meses de evolución de carácter progresivo, con exploración de abombamiento de hipofaringe derecha y pilar posterior derecho, que por RMN se determina formación quística de espacio parafaríngeo derecho siendo extirpado por vía quirúrgica tipo cervicotomía.

342

LINFANGIOMA QUÍSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Flores Carmona, J. Verge González, O. Cazorla Ramos, J. Romero Solano, G. Rodríguez Baro
Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: Estos tumores aparecen por malformaciones en el desarrollo embrionario de los vasos linfáticos cervicales y forman sacos o quistes, conectados entre si, con paredes muy finas de carácter fibroso endotelial y contenido liquido. Suelen detectarse en los primeros años de vida. No provoca síntomas excepto cuando por su tamaño excesivo comprime la hipofaringe o la laringe. El diagnostico es por imagen y se confirma con PAAF. El tratamiento de elección es quirúrgico, aunque existen medidas alternativas
Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 24 años, que acude a urgencias por presentar una tumoración latero cervical derecha de tres semanas de evolución. Se realizan distintas pruebas de imagen hasta llegar al diagnostico de linfangioma.
Conclusiones: Presentamos el protocolo de pruebas diagnosticas ante este caso, así como imágenes de las mismas. Se discuten las distintas opciones de tratamiento.

354

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR ORL. A PROPÓSITO DE UN CASO

F.J. Guerra Blanco, J.M. Villacampa Aubá, R. Gutiérrez, H. Moreno, V. Vasallo, R. del Castillo, C. Cenjor, F.J. Cogolludo, J. Sanabria
Fundación Jiménez Díaz; Clínica Ntra. Sra. de la Concepción, Madrid.

Introducción: El plasmocitoma extramedular es un tumor raro de partes blandas compuesto de células plasmáticas. Las series indican un 1% de prevalencia en cabeza y cuello y un 3% en los senos paranasales.
Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente de 78 años sin antecedentes de interés, que acude a consulta refiriendo disfonía progresiva de 3 meses de evolución sin disfagia ni disnea. La paciente refería la disfonía cambiante sin patrón de repetición diario claro. A la exploración se apreció una masa glótica a nivel de cuerda vocal derecha que abarcaba la mitad posterior de la misma con aspecto quístico así como imagen contralateral quística. Resto de la exploración ORL sin alteraciones. Se propuso microcirugía laríngea diagnóstica con intención de extirpación y análisis anatomopatológico posterior, que se realizó mediante técnica de suspensión apreciándose lesión subglótica derecha de consistencia dura y quística así como imagen similar pero de menor tamaño, izquierda. Se realizó resección endolaríngea con láser sin complicaciones.
Resultados: El resultado anatomopatológico revelo un plasmocitoma extramedular dependiente de región subglótica derecha así como lesión izquierda compatible como depósito de proteína monoclonal. Se solicitó interconsulta con hematología y tras estudios complementarios se descarto mieloma múltiple. En sesión multidisciplinar de comité oncológico se decidió tratamiento complementario con radioterapia.
Discusión/Conclusiones: Se debe tener presente este diagnóstico en tumores de cabeza y cuello y realizar diagnóstico diferencial con lesiones malignas como tumores anaplásicos, neuroblastomas, melanomas, linfomas, rabdomiosarcomas, o con patología benigna como granulomas de células plasmáticas y pseudolinfomas. Se ha realizado una revisión bibliográfica de este tipo de tumores.

228

LARINGOPIOCELE: ETIOLOGÍA Y PRESENTACIÓN INFRECUENTE Y RELACIÓN CON EL SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO

M. Álvarez-Buylla, E. Sota, P. Blanco, M. Pérez Peña, M. de Pablo, J.V. Escudero, M. Maldonado, M. Vinuesa
Servicios de ORL, Urgencias y Radiodiagnóstico. Hospital Álvarez- Buylla, Asturias.

Introducción: El laringocele es una entidad poco habitual, asociada a determinados hábitos o a patología neoplásica de laringe y con clínica anodina. Presentamos un caso con hallazgos infrecuentes.
Material y método: Paciente intervenido de cordectomía como tratamiento de un carcinoma epidermoide de cuerda vocal. 10 años después refiere aumento de su disfonía y disnea. Entre sus antecedentes destaca un síndrome de apnea del sueño severo tratado mediante CPAAP y diagnosticado meses antes de la clínica descrita. La exploración muestra un aumento de tamaño de la banda ventricular, el repliegue aritenoepiglótico y faringoepiglótico que ocupa el ventrículo y disminuye de forma importante la luz glótica. La TC muestra una lesión compatible con gran muco o piolaringocele. Se realiza extirpación mediante cervicotomía externa y traqueotomía previa por imposibilidad de intubación.
Resultados: El paciente es decanulado una semana después de la cirugía y permanece asintomático tras un año de seguimiento. Ha dejado de usar la CPAAP y sus síntomas relacionados con la apnea del sueño han desaparecido tras la cirugía.
Discusión/Conclusiones: El laringocele es poco frecuente y se suele asociar con mecanismos favorecedores o con la presencia simultánea de carcinoma epidermoide. La cirugía previa como origen es excepcional, como también lo es que sea causa de un síndrome de apnea del sueño. Se discute la posible fisiopatología y se destaca la necesidad de realizar un tratamiento quirúrgico precoz para evitar complicaciones graves, así como para descartar una recidiva de la patología neoplásica laríngea, y de realizar una exploración ORL detallada a pacientes con síntomas compatibles con apnea del sueño.

Comunicaciones Vídeo

Se pueden ver todos los vídeos en dos pantallas dedicadas que estarán en la zona de pósteres durante todos los días del Congreso

Se pueden consultar los textos de los resúmenes en la pág. 62

MARTES, 21 DE OCTUBRE

AUDITORIO AUGUST

08,30–09,30

Sesión de comunicaciones de orales 15

Presidente: Jaime Ferrán Bernal
Secretario: Alejandro Harguindey Antolí-Candela

185

EXPERIENCE ON TRANSORSAL LASER MICROSURGERY - CASUISTIC OF THE ENT DEPARTMENT OF IPOPFG-PORTO

E. Breda, J. Fernandes, C. Silva, E. Monteiro
ENT Department of IPOPFG, Portugal.

Introduction: The relevance of TLM in upper aero-digestive track tumors treatment, as indicated by Steiner is being recognized in more and more head and neck centers. The authors present the ENT Department experience on Laser surgery during 17 years, with relevance for the latest 3 years, in which oncologic surgery increased significantly.
Material and methods: A retrospective study, based on the surgical records of surgeries performed between January 1989 and 2008, totalizing 213 patients.
Results: The total number of cases treated in the last 3 years (154) is compared with the anterior experience (49), and the relative frequencies of the different diagnosis for surgical proposal are analyzed. TLM was performed in 140 neoplasic patients. In this group there were 75 glottic tumors, 27 supraglottic and 18 hypopharyngeal localizations. In 20 patients supraglottic localozations showed continuity either with the valleculae, vocal cord or hypopharynx. 78 patients were T1 tumors, 35 were staged as T2, 22 as T3 and 5 as T4.
Discussion/Conclusions: In our Department the treatment of head and neck cancer has changed in the last three years. TLM is more and more performed as first approach treatment, both in initial and in more advanced tumors. The statistacal analisys performed, didn't take yet in consideration survival study due to the short follow-up time.

204

LARINGOCELES. NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA Y CASUÍSTICA EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

A.B. Vadillo Díez, E. Delgado Moreno, M. Sancho Mestre, I. Monjas Cánovas, C. Gutiérrez Castillo, J.R. Gras Albert
Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: Los laringoceles son herniaciones de la mucosa laríngea que nacen del extremo apendicular del ventrículo. La prevalencia se estima en 1/2.500.000 hab/año y su clínica varía desde la asintomatología, hasta masa cervical lateral e incluso, desarrollo de insuficiencia respiratoria aguda. Se distinguen 3 tipos fundamentales: internos, externos y mixtos. El objetivo de este trabajo es enfatizar en la importancia de su patogenia, evolución, diagnóstico y distintos tratamientos quirúrgicos.
Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a partir de 14 pacientes intervenidos de laringoceles sintomáticos en nuestro servicio de ORL entre los años 1993-2007.
Resultados: Obtuvimos claro predominio en varones (93%),con una edad media de 59 años, unilateral (79%) y en lado derecho (64%). Ligero predominio en internos (50%) frente a mixtos (42%) y externos (8%).La sintomatología más frecuente fue la disfonía (50%)frente a masas cervical lateral (29%) y disnea (21%). En cuanto al tratamiento, el 43% fueron tratados mediante MCLL, otro 43% mediante cervicotomía con exenteración y en el 26% restante se practicó laringectomía total con vaciamientos cervicales funcionales. Por último, se realizó traqueotomía en el 43% de pacientes, siendo en 1/3 de ellos de forma urgente.
Conclusiones: Aunque su naturaleza en principio es benigna, puede ir asociado a procesos tumorales, y en casos, puede necesitar medidas de actuación urgente. Actualmente, consultando la bibliografía, se tiende a su abordaje quirúrgico endoscópico.

232

ASOCIACIÓN ENTRE INMUNOSUPRESIÓN Y CÁNCER ORL

R. de la Fuente Cañibano, P. Blanco Pérez, L. García Pérez, J.L. Gómez González, A. Muñoz Herrera, J.C. del Pozo de Dios
Hospital Universitario, Salamanca.

Introducción: En distintas revisiones se ha podido encontrar asociación entre inmunosupresión y aparición de tumores en la esfera otorrinolaringológica como es el caso de linfoma de pabellón auricular, carcinoma de cavum, linfomas intraparotídeos y carcinomas epidermoides asociados fundamentalmente a SIDA y enfermedades hematológicas.
Material y métodos: Se realizó una revisión protocolos oncológicos del servicio desde el año 1998 hasta 2008 estudiando las variables: edad, sexo, estado civil, hábitos tóxicos, profesión, antecedentes personales (fundamentalmente en aquellos antecedentes de inmunosupresión como enfermedades hematológicas, infecciones como TBC o hepatitis, enfermedades metabólicas como DM), antecedentes familiares, localización primaria del tumor, anatomía patológica, síntoma inicial de instauración y tratamiento.
Resultados: La prevalencia de inmunosupresión en los pacientes fue del 23,63 % ya que 152 de los 643 pacientes revisados que constituían el tamaño muestral. El riesgo relativo, calculado como fuerza de asociación para DM fue de 0,08 (45 pacientes), para IRC 0,01 (5), para el hipotiroidismo 0,00 (2), para los enfermos hematológicos 0,01 (4), para los VIH 0,00 (3), para la TBC fue del 0,02 (14), para el grupo de hepatitis 0,02 (15), para la hepatopatía alcohólica 0,02 (15), para los que presentaron tumores previos tratados con quimioterapia o radioterapia 0,08 (49).
Conclusión: Se concluye que no existe asociación entre las variables estudiadas.

289

CARACTERIZACIÓN DE LA PÉRDIDA AUDITIVA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

C. Gimeno Vilar, S. Sanbruno, P. Martínez Lage, F.J. Cervera Paz
Clínica Universitaria, Navarra.

Introducción: Diversos estudios epidemiológicos, neurofisiológicos y morfológicos publicados no permiten conocer si existe una relación entre la enfermedad de Alzheimer (EA) y una pérdida auditiva periférica. En este trabajo realizamos un estudio auditivo exhaustivo en pacientes con EA y voluntarios de control, con edades superiores a 65 años, para investigar esta posible relación.
Material y métodos: Se estudiaron 14 pacientes con diagnóstico clínico de probable EA y 9 voluntarios que consultaron en la Clínica Universitaria. A los participantes se les realizó una valoración auditiva subjetiva mediante audiometría tonal liminar, y logoaudiometría, así como una valoración auditiva objetiva mediante estudio de timpanometría, reflejo estapedial, otoemisiones acústicas (OEA) transitorias y potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEATC). Se emparejaron 8 pacientes con EA y 8 controles homogéneamente.
Resultados: Los pacientes con EA muestran una mayor pérdida auditiva, especialmente en frecuencias agudas; probablemente por lo reducido de la muestra, las diferencias no son estadísticamente significativas. El análisis de las OEA no mostró diferencias significativas en los pacientes con EA frente a los controles. El análisis de las latencias de las ondas I, III y V, y de los intervalos I-III, III-V, y I-V de los PEATC mostró una disminución de las latencias y de los intervalos en los pacientes con EA, estadísticamente significativa o con tendencia a la significación.
Conclusiones: Los hallazgos de nuestro estudio contradicen algunos de los trabajos previos de la literatura, poniendo de manifiesto que puede existir un patrón auditivo propio de los pacientes con EA.

311

ANÁLISIS CLÍNICO-MOLECULAR DE LOS CARCINOMAS EPIDERMOIDES NASOSINUSALES

F. López Álvarez, J.L. Llorente Pendás, M. Hermsen, M.P. Cuesta Albalad, C. Suárez Nieto
Hospital Univ. Central, Asturias.

Introducción: El carcinoma epidermoide nasosinusal es una entidad clínica infrecuente que lleva asociada una importante morbimortalidad debido a que en la mayor parte de los pacientes se diagnostica en fases avanzadas, por lo que es necesario realizar tratamientos quirúrgicos agresivos para su manejo. Dichos tratamientos son complejos debido a la discapacidad funcional y estética secundaria a la resección del esqueleto facial y a la proximidad de estructuras vitales.
Material y método: Se trata de un estudio preliminar descriptivo, longitudinal, observacional y retrospectivo en el que se revisan 29 casos de carcinomas epidermoides nasosinusales que han sido intervenidos nuestro Servicio, desde 1989 hasta la actualidad. Se analiza la localización, la histología, las cirugías realizadas así como la necesidad de tratamiento complementario y supervivencia. Además de realiza en 27 de estos pacientes un estudio genético-molecular mediante MLPA y Microarrays para observar el patrón de expresión de los tumores.
Resultados: Se presentan un total de 29 carcinomas nasosinusales de los cuales 5 (17%) se originaron el etmoides y el resto en el seno maxilar. Todos ellos fueron carcinomas epidermoides con diferente grado de diferenciación histológica. La mayor parte se diagnosticó en un estadio T4 (55%) En 22 de ellos se practicó una maxilectomía total o subtotal como abordaje principal, en 2 se realizó una etmoidectomía, en 3 una resección craneofacial etmoido-maxilar y en un caso se practicó sólamente una exenteración orbitaria. En 16 casos se aplicó RT postoperatoria (55%). La supervivencia media a los 5 años fue del 36%.En el análisis molecular se apreciaron abundantes pérdidas de material genómico en las áreas cromosómicas codificantes de la p53, Rb, cdkn2a, BRCA2 y Bcl-2, ganancias en las áreas codificantes de BAX, cdkn2d y ptpn1 y amplificaciones en las regiones correspondientes a myc, EMS y c-erbB2.
Conclusiones: Los carcinomas epidermoides nasosinusales representan un grupo de tumores con unas características clínico-moleculares particulares en el área de cabeza y cuello.

381

EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE TIROIDES VIDEOASISTIDA

S. Regueiro Villarín, P. Parente Arias, M. Fernández Fernández
Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: La tiroidectomía mínimamente invasiva video-asistida sin gas (MIVAT) es una técnica quirúrgica descrita por P. Micoli que ya ha demostrado su seguridad y reproductibilidad. Permite disminuir el tamaño de la cicatriz, su efecto estético, el dolor y la estancia postquirúrgica.
Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo comparativo entre 20 pacientes sometidos a cirugía mínimamente invasiva y otros 20 pacientes sometidos a cirugía abierta, todos ellos por nódulo tiroideo único menor de 4 cm. Recogemos datos de filiación, patología tiroidea, tiempo de cirugía, uso de drenajes, estancia hospitalaria, dolor, complicaciones y realizamos una encuesta de satisfacción.
Resultados: La mayoría de nuestros pacientes, tanto los sometidos a cirugía mínimamente invasiva como a cirugía abierta, fueron mujeres. En el 100% de los casos, se trataba de nódulos tiroideos < 4 cm sin antecedentes de tiroiditis. El 100% de las cirugías fueron hemitiroidectomías. La hospitalización con MIVAT fue de 24 h frente a las 56 h de la cirugía convencional. El tamaño de la cicatriz fue de 1,5 cm frente a los 4, 5 cm de la cirugía convencional.
Discusión: La cirugía tiroidea resolutiva y con baja morbilidad. Las secuelas son generalmente, estéticas debido a la realización de incisiones cervicales amplias y la disección de colgajos cutáneos. Nuevas técnicas se han desarrollado (endoscópicas y MIVAT) que no sólo mejoran el resultado estético, sino también el dolor cervical post operatorio y la estancia hospitalaria.
Conclusiones: La técnica de MIVAT/P es adecuada en el tratamiento de la patología nodular tiroidea, mejora la cicatriz y disminuye el dolor y la estancia hospitalaria

09,30–11,00

Mesa Redonda

MR12 Base de cráneo: abordaje endoscópico - Skull base: endoscopic approach

Presidente: José Traserra Parareda
Secretario: Ignacio Alonso Castañeira
Moderador: Humbert Massegur Solench
Panelista: Ricardo Carrau
Panelista: Elgan Davies
Panelista: Bartolomé Oliver
Panelista: Rick A. Friedman

11,00 – 11,30

Conferencia

CF31 Cirugía parcial de la laringe tras fracaso post-radioterapia - Partial surgical techniques in the larynx following post-radiotherapy failure

Conferenciante: Giuseppe Spriano
Modera: Bartolomé Scola Yurrita

11,30–12,00 **Pausa Café**

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS10 Tumores de fosas nasales y de senos paranasales

Moderador: Manuel Bernal Sprekelsen
Panelista: Luis María Gil-Carcedo García
Panelista: Carlos Suárez Nieto
Panelista: Carlos Escobar Sánchez
Panelista: Juan Vergés Bueno

14,00–16,00 **Comida**

16,00–17,00

Curso de instrucción

16

ABORDAJE SEPTAL: FILOSOFÍA Y TÉCNICA DE COTTLE. RECONSTRUCCIÓN SEPTAL FRENTE A RESECCIÓN SEPTAL

J.R. Montserrat i Gili, J.R. Gras Cabrerizo, K. Kolañczak, H. Massegur Solench, J.M. Fabra Llopis
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Se plantearán los fundamentos y la técnica quirúrgica del abordaje y reconstrucción del septo nasal propuesta por Cottle. Esencialmente se revisarán los aspectos esenciales que la enfrentan al resto de técnicas de resección septal tal como la resección submucosa de Killian- Botey. La técnica de Cottle permite trabajar en el espacio septal y en todos sus márgenes, no se ve limitada por tener que mantener indemnes unas tiras ventrales y dorsales del mismo para minimizar una depresión del perfil nasal. Permite armonizar el dorso nasal, proyectando la punta y el dorso cartilaginoso con la maniobra de rotación traslación del septo cartilaginoso anterior.
Permite una visión integral del espacio septal cartilaginoso y óseo, merced a la creación de túneles anteriores subpericóndricos e inferiores subperiósticos. Se puede acceder igualmente a la región de la válvula nasal (margen caudal de los cartílagos laterales superiores) y proceder a su corrección quirúrgica. Resulta igualmente accesible el territorio de la base nasal, espina nasal, ala nasal, crestas piriformes y base de la columela. Todo el abordaje y la corrección septal se puede verificar a través de una única incisión que recibe el nombre de hemitransfixiante y que sin duda alguna consiste en unos de los elementos clave de esta técnica.
Si bien el abordaje septal es un procedimiento reglado que admite pocas variaciones; la corrección de deformidades septales puede precisar de maniobras muy diversas. Se expondrán las más frecuentes tales como condrotomías inferior y posterior así como la técnica de resección y reposición del septo.

17,10–18,10

Curso de instrucción

52

RINOPLASTIA SECUNDARIA

E. Morera Serna, M. Tomás Barberán
Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

La rinoplastia es una de las cirugías más complejas a las que se enfrenta el especialista en ORL. Debido al aumento en el número de procedimientos realizados en los últimos años, se ha podido constatar también un aumento en las complicaciones y los resultados subóptimos. En este curso abordaremos los problemas funcionales y estéticos más frecuentes a los que se enfrenta el especialista en ORL al abordar una nariz secundaria, tales como la punta caída, sobrerrotada o amputada, la deformidad en silla de montar, en pico de loro o en V invertida o la perforación septal. Utilizaremos casos clínicos reales para analizar las causas de la complicación y el tratamiento indicado, haciendo especial hincapié en la prevención de los problemas.

18,20–19,20

Curso de instrucción

33

PRÓTESIS FONATORIAS: SU USO ACTUALMENTE. TÉCNICA, MANEJO Y PROBLEMAS

J.E. Estelles Ferriol, J.M. Tamarit Conejeros, G. Pastor Canicio
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Introducción: Las prótesis fonatorias han aumentado su uso como método de rehabilitación de la voz en el laringuectomizado tanto en Estados Unidos como en Europa. En nuestro país no sólo no se ha mantenido sino que incluso ha disminuido su utilización en los últimos años. La experiencia de nuestro servicio nos hace pensar que actualmente su uso es indiscutible en el paciente laringuectomizado. Es por ello que a través de este curso pretendemos dar a conocer sobre todo a los especialistas más jóvenes la utilidad de esta técnica.
Material y métodos: Presentamos un curso basado en la experiencia en nuestro servicio desde 1984 hasta el 2007. Con un total de 427 pacientes intervenidos de laringuectomía total con colocación de prótesis fonatoria con técnica primaria o secundaria. Se explican las técnicas quirúrgicas y las modificaciones realizadas durante estos años con el fin de minimizar las complicaciones. Presentamos los diferentes tipos de prótesis que utilizamos y el manejo de las mismas en la clínica diaria. Analizamos las complicaciones menores y mayores que históricamente hemos tenido y su solución.
Discusión: Entendemos que el gran número problemas que surgen al inicio de la aplicación de esta técnica han llevado al abandono o disminución del uso de la misma en España. Las modificaciones de la técnica, la mejora en calidad de las prótesis y la simplificación en los cambios de las mismas han hecho que el número de problemas haya disminuido sustancialmente en los últimos años. Consideramos que es el momento de potenciar una técnica que aporta una calidad de voz muy superior a la mejor erigmofonía, aportando a los pacientes una adaptación psicosocial rápida.
Conclusiones: El uso de prótesis fonatoria es una oferta indiscutible al paciente laringuectomizado. La sencillez de la técnica, las pocas complicaciones que actualmente ocasiona y la voz conseguida justifican su utilización.

MARTES, 21 DE OCTUBRE

SALA EUTYCHES

08,30–09,30

Sesión de comunicaciones de orales 16

Presidente: J. Antonio Viñuela Díaz
Secretario: Paz Pérez Vázquez

29

ALTERACIONES MOLECULARES EN LAS METÁSTASIS GANGLIONARES Y SUS TUMORES PRIMARIOS EN LOS CARCINOMAS EPIDERMOIDES DE LARINGE

A. Coca Pelaz, R. Sánchez Fernández, S. Obeso Agüera, J.P. Rodrigo Tapia, R. Cabanillas Farpón, M.D. Chiara, J. García Pedrero, M. Florentino Fresno, C. Suárez Nieto
Hospital Central, Asturias.

Introducción y objetivos: La adquisición de alteraciones moleculares sucesivas determina la progresión tumoral. Durante esta progresión, el desarrollo de metastásis ganglionares es uno de los determinantes más importantes del pronóstico de los carcinomas de laringe. En este estudio queremos analizar si, en estos carcinomas, las alteraciones moleculares existentes en las metástasis ganglionares difieren de las de su correspondiente tumor primario.
Métodos: Se estudian muestras pareadas de tumor y metástasis ganglionares de 51 pacientes con carcinoma epidermoide supraglótico. Se determina mediante inmunohistoquímica la expresión de las proteínas p53, E-cadherina, anexina A2, FAK, y HIF-1, y además la actividad apoptótica (mediante la expresión de caspasa-3 activada) y el grado de vascularización (identificando los vasos por la expresión del antígeno CD34).
Resultados: Se apreció una marcada correlación en la expresión de las proteínas estudiadas en las metástasis y su correspondiente tumor primario, con la excepción de la expresión de HIF-1 y el grado de vascularización tumoral.
Conclusiones: La mayoría de las alteraciones moleculares en las metástasis ganglionares ya están presentes en el tumor primario, sugiriendo que dichas alteraciones suceden de forma temprana en la carcinogénesis.

400

RELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA EN LAS ADENOPATÍAS DE LOS TUMORES DE LARINGE

M Rodríguez Paradinas, L. Echeverría Usúa, F.J. Gamboa Mutuberría, T. Rivera Rodríguez
Hospital Príncipe de Asturias, Madrid.

Introducción: El objetivo del trabajo es comprobar la concordancia entre el N clínico y el anatomopatológico (pN), en pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide de laringe, tratados de inicio con cirugía.
Material y método: Se hizo un estudio retrospectivo en el que se analizaron 197 pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide de laringe en nuestro servicio, entre los años 1988 y 2006. Se estudiaron 69 pacientes diagnosticados de tumor glótico y 128 pacientes con tumor supraglótico, analizando las diferencias entre el N clínico y el pN.
Resultados: Entre los pacientes con tumor glótico, encontramos 21 pacientes en estadio II (30%),28 en estadio III (41%) y 20 en estadio IV (29%). En los tumores T2, T3 y T4 de glotis, las variaciones entre el N clínico N0 y el pN fueron de un 0% en los T2, de tres pacientes (9%) en los T3 y un 0% en los T4. Se analizaron también los pacientes con tumor supraglótico, encontrando 4 pacientes en estadio I (3%), 40 pacientes en estadio II (31%), 32 pacientes en estadio III (25%) y 52 pacientes en estadio IV (41%).Hubo variaciones en el N en 0% de los T1, en dos pacientes (4%) de los T2, en tres pacientes (6,5%) de los T3 y en 0% de los T4.
Conclusión: Existen variaciones entre el N clínico y el pN en los tumores de laringe tratados inicialmente con cirugía. Las principales diferencias las hemos encontrado en los tumores supraglóticos. En los tumores glóticos hemos encontrado diferencias sólo en los T3.

447

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER DE LARINGE Y OROFARINGE EN MUJERES EN NAVARRA

M. Uzcanga Lacabe, E. Maraví Aznar, M. Saiz, A. Macaya Martínez, S. Quer, R. López Diu, L. Arbizu Ruiz, J. Medina Sola
Hospital Virgen del Camino, Navarra.

Objetivo: Realizamos un estudio retrospectivo de nuestros casos de carcinoma de orofaringe y laringe en Navarra desde 1994 a 2007. Nuestro objetivo es determinar si hay variación a lo largo de estos años en la incidencia de cáncer de laringe global en la población y si el genero femenino ha sufrido un incremento en estos canceres.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de carcinoma de laringe y orofaringe del Hospital Virgen del Camino (referencia de todos los tumores de Navarra del Servicio Público) entre 1994 a 2007. La base de datos recoge la edad del paciente, el sexo, la localización del tumor, estudio AP, el estadlo TNM. Se analiza con el sistema SPSS la muestra mediante el estudio de regresión lineal.
Resultados: 923 casos. El 71,9% se presenta en laringe, 18,7% en hipofaringe, 6,4% en orofaringe y 2,2% de origen desconocido. La distribución por sexos es 45 mujeres y 881 hombres. En el estado de regresión no hay tendencia lineal global, r = 0,067 con p = 0,74. No presentan los hombres aumento de incidencia a lo largo de los años de forma estadísticamente significativa (r = 0,34 y p = 0,24). Las mujeres no presentan aumento de la incidencia de tumores de orofaringe y laringe desde los últimos 14 años (r = 0,297 y p = 030). No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados.
Conclusión: No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudiados. Aunque en la literatura hay estudios que relacionan un aumento de tabaquismo entre las mujeres y estudios que relacionan el tabaco en el cáncer de laringe femenino, no hallamos un aumento de la incidencia del cáncer de laringe entre las mujeres en nuestro medio a lo largo de 14 años.

521

TUMORES DE PARÓTIDA. NUESTRA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA

A. Lede Barreiro, J.L. Rodríguez Fernández, V. Seoane García, S. Mielgo de Luque, A. Lorenzo Lorenzo, C. Santidrián Hidalgo
Hospital do Meixoeiro, Pontevedra.

Introducción: El objetivo del presente trabajo es realizar un estudio retrospectivo de nuestra experiencia en la cirugía de parótida, realizada para tratar tanto la patología benigna como maligna.
Material y métodos: Se estudia una muestra de 43 pacientes, intervenidos de parotidectomía, desde noviembre 1994 a febrero 2007. Se les realizó historia clínica a todos los pacientes, seguida de PAAF y pruebas de imagen. Se analizan los tipos histológicos, el tipo de técnica quirúrgica, la distribución por edad y sexo, y las complicaciones postoperatorias inmediatas y tardías.
Resultados: Se intervinieron 30 tumores benignos (el más frecuente, el adenoma pleomorfo, 66,7%), y 12 tumores malignos (el más frecuente, el carcinoma epidermoide). La edad media al diagnóstico fue de 49,54 ±15,71 y 65,58 ±12,68, respectivamente. No hay diferencia entre sexos. Se realizaron 29 parotidectomías superficiales (69%); 3 parotidectomías totales conservadoras (7,1%), y 6 parotidectomías totales radicales (14%). La PAAF orientó al diagnóstico de benignidad en el 86,2% y al diagnóstico de malignidad en el 90,9% (coincidió con exactitud con la

histología final, en el 75,9% y 54,4%, respectivamente). Entre las complicaciones, la más frecuente la parálisis facial (permanente en > 50% de malignos), el síndrome de Frey y la fístula salivar.
Conclusión: Los tumores más frecuentes de la glándula parótida son los benignos (dentro de éstos, el adenoma pleomorfo). La PAAF es una prueba válida para el diagnóstico, pues presenta una alta sensibilidad. Esta prueba junto a las pruebas de imagen, orienta a la naturaleza del tumor, y ayuda al enfoque quirúrgico. La parotidectomía es la técnica quirúrgica de elección. La parálisis facial es la complicación más frecuente de este tipo de cirugía.

533

COMPLICACIONES EN LA CIRUGÍA DE ESTENOSIS LARÍNGEA

A.M. Maeso Plaza, C. Ortega Fernández, F. Larach Juliet, G. Barrutieta Baztán, M.J. Fernández Acenero, P. Ortega del Álamo
Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: Dada la complejidad del manejo de la vía aérea superior en las estenosis laringotraqueales (ELT), pueden surgir complicaciones durante y después de la cirugía. Éstas no sólo aparecen durante el acto quirúrgico, sino también en el postoperatorio inmediato y tardío. Son escasas las publicaciones que prestan atención a este problema. El objeto de esta comunicación es realizar una revisión de nuestra experiencia en las complicaciones de la cirugía de ELT.
Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados y tratados de estenosis laríngea entre los años 1997-2007 por el S° de ORL del Hospital de Móstoles.
Resultados: 68 pacientes fueron diagnosticados y tratados quirúrgicamente por estenosis laringotraqueal: de los cuales 39 fueron mujeres y 29 hombres; la edad media fue de 45 años (11-77 años),la principal causa de estenosis fue post intubación (48%), seguida por iatrogénicas (22%) e idiopáticas (19%). Se realizaron un total de 248 cirugías en estos pacientes, que se subdividen en 216 cirugías endoscópicas (que incluirían electrocauterización o exéresis con láser CO_2 de tejido granulomatoso o tejido estenótico con o sin dilatación y con colocación o no de tubo en T de Montgomery u otras prótesis como las autoexpandibles o placas de Silastic, o realización de aritenoidectomía con o sin cordectomía) y 32 cirugías abiertas (laringoplastias, anastomosis termino-terminal). Se han descrito 27 complicaciones distintas (en varios pacientes tuvieron 2 o más a la vez): a.- Durante la cirugía: gasa en vía aérea inferior (2/27), sangrado importante (1/27); b.- Postoperatorio: b. 1.- Relacionado con la cirugía: sangrado copioso (2/27), disnea brusca (4/27), enfisema subcutáneo (7/27), neumotórax (2/27), neumonía aspirativa (1/27), absceso laríngeo (1/27), expulsión con la tos del stent (1/27), aspiración (1/27); b.2.- No relacionados con la cirugía: Reacciones alérgicas (2/27), alteraciones del ritmo cardiaco (1/27), edema agudo de pulmón (1/27), problemas psiquiátricos (1/27).
Conclusión: No es infrecuente la aparición de complicaciones en la cirugía de ELT.

554

INFECCIONES CERVICALES COMPLICADAS CON MEDIASTINITIS SERIE DE 9 CASOS

C.A. Pérez Fernández, C.A. Rombola, J.D. Contreras, A.F. Honguero Martínez, M. Jiménez García, L. Pérez López, P. León Atance, T. García Fernández de Sevilla
Complejo Hospitalario, Albacete.

Introducción: Las infecciones orales y faríngeas son muy prevalentes. La mayor parte son de origen vírico y se resuelven con tratamiento sintomático. Las de origen bacteriano se suelen resolver con tratamiento antibiótico auque en ocasiones evolucionan de forma tórpida con la extensión de la infección a espacios vecinos. Es muy importante conocer las interconexiones de las diferentes partes del cuello y conocer que se puede extender la infección desde la base de cráneo hasta el mediastino. La mediastinitis necrotizante descendente es una complicación muy grave con una alta tasa de mortalidad a pesar de tratamiento correcto. Se presenta a continuación una serie de 9 pacientes que desarrollaron mediastinitis en el seno de infecciones cervicales.
Material: Se recogieron entre los años 1995 al 2008 9 casos de medaistinitis de origen descendente. Se recogieron datos de filiación, origen, técnica quirúrgica realizada, complicaciones y evolución.
Resultados: La distribución por sexo de los pacientes fue de 8 hombres y una mujer con edades que oscilaban entre los 26 y 85 años (media 53 años). El origen fue dental en 7 casos y en los 2 restantes de origen faringo-laríngeo. Todos los pacientes fueron intervenidos con una drenaje por cervicotomía + mediastinoscopia (7 casos) y cervicotomía + toracotomía (2 casos). Todos los pacientes excepto 1 sobrevivieron al cuadro.
Discusión: Los abscesos cervicales requieren realización de drenaje quirúrgico con apertura de todos los planos afectos. En ocasiones son necesarias varias cirugías. El abordaje de mediastino se puede realizar por mediastinoscopia si la infección no sobrepasa el límite de la acigos con buenos resultados y si necesidad de realización de toracotomía. El origen dentario está implicado en la génesis de estas infecciones que suelen ser de origen polimicrobiano. La mortalidad es alta aunque en nuestra serie sea baja.

09,30–11,00

Mesa Redonda

MR13 Parálisis facial: rehabilitación - Facial palsy: rehabilitation

Presidente: Manuel Mañós Gonzalbo
Secretario: Rosalía Souvirón Encabo
Moderador: Bartolomé Scola Yurrita
Panelista: Manuel Mañós Pujol
Panelista: Vincent Darrouzet
Panelista: Luis Lassaletta Atienza

11.00 - 11.30

Conferencia

CF32 Medidas para la prevención del colesteatoma recidivante y residual tras las técnicas quirúrgicas con canal intacto - Measures to prevent recurrent and residual cholesteatoma in intact canal wall techniques

Conferenciante: Nuri Özgirgin
Modera: Miguel Ángel Arístegui Ruiz

11,30–12,00 **Pausa Café**

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS11 Dispositivos implantables - Implantable devices

Moderador: Ángel Ramos Macías
Panelista: Manuel Sáinz Quevedo
Panelista: José Natalio Fayad
Panelista: Santiago Santa Cruz Ruiz
Panelista: Nicola Quaranta
Panelista: Jesús Algaba Guimera

14,00–16,00 **Comida**

16,00–17,00

Curso de instrucción

19

OTOSCLEROSIS

F. Antolí-Candela Cano, A. Harguindey Antolí-Candela
Instituto ORL Antolí-Candela, Madrid.

Introducción: La otosclerosis es una osteodistrofia de la cápsula laberíntica que produce hipoacusia de vía aérea y en el mayoría de los casos también en vía ósea Su tratamiento es esencialmente quirúrgico y su indicación en el momento actual compleja ya que existen distintas opciones dependiendo del caso. El objetivo del curso es revisar las características de la enfermedad, sus manifestaciones audiológicas, tratamiento y resultados.
Material y método: Se revisan 380 casos extraídos de una base de datos con más de 3.800 pacientes intervenidos consecutivamente desde 1982 en el IAC. En todos los casos se lleva a cabo una audiometría tonal a la semana, al mes y al año de la intervención. La valoración incluye las frecuencias 0,25 a 4 Kh por octavas en vía aérea y vía ósea.
Resultados: En el 97% de los pacientes en umbral diferencial audiométrico al año de la intervención es inferior a 10 dB. La vía ósea media mejora en el 85% y la mejoría es superior a 5 dB en el 54% de los casos.
Discusión/Conclusiones: Dados los resultados que cabe esperar con esta cirugía se considera que la indicación quirúrgica es el tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes con otosclerosis. En los pacientes con sordera profunda y ausencia de respuesta en la vía ósea se recomienda el implante coclear cuya indicación depende del tiempo de evolución de la enfermedad, edad del paciente y estudios por la imagen.

17,10–18,10

Curso de instrucción

13

RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS FARINGOSTOMAS

J.L. Llorente Pendás
Hospital Central de Asturias, Oviedo

Se presenta un curso de instrucción en el que se repasarán las diversas posibilidades reconstructivas en aquellos faringostomas que precisan un cierre quirúrgico. En general, la mayoría de los faringostomas se cierran de una manera espontánea, pero existen situaciones que por su tamaño o por la precariedad de los tejidos circundantes (cirugías y/o radioterapia previa) esto no ocurre. En estos casos se va a imponer el cierre quirúrgico. Para ello, y dependiendo del tipo y tamaño del faringostoma, se puede recurrir a cierres directos, colgajos locales, colgajos regionales y colgajos libres.
El objetivo de este curso es en primer lugar conocer e identificar cuando un faringostoma precisará un cierre quirúrgico. Una vez establecida esta necesidad debemos valorar el tipo de cierre óptimo. Se presentan ejemplos de casos clínicos con cierres directos, con colgajos regionales y colgajos libres basados en nuestra experiencia sobre una serie de 72 faringostomas con cierre quirúrgico. Por lo tanto, el segundo objetivo es la elección (heurística) del tipo de cierre, teniendo en cuenta las características del defecto así como de las técnicas y colgajos a nuestro alcance.

18,20–19,20

Curso de instrucción

43

CONTROVERSIAS EN PATOLOGÍA Y CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE CABEZA Y CUELLO

J.M. Alcalde Navarrete
Clínica Universitaria, Navarra.

El objetivo del presente curso es hacer una breve revisión y actualización de algunas cuestiones que suscitan controversia en el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de tumores de cabeza y cuello. La presentación y discusión de cada uno de estos temas, se hace con diferentes casos clínicos, ilustrados con diapositivas y/o vídeos.
Los temas seleccionados son: 1- PET y vaciamiento ganglionar programado en pacientes con tratamiento de quimio-radioterapia; 2- Metástasis ganglionares en carcinomas estadio T1, de cuerda vocal: 3- Faringuectomías y faringo-laringuectomías parciales: Exclusión o reconstrucción del seno piriforme.

MARTES, 21 DE OCTUBRE

SALA GENIUS I+II

08,30–09,30

Sesión de comunicaciones de orales 17

Presidente: Gloria Morelló Castro
Secretario: Ismael Arán González

21

RESULTADOS DE REHABILITACIÓN VESTIBULAR EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON VESTIBULOPATÍA RECURRENTE

E. Martín Sanz, C. Herrero Fernández, M. Sánchez Potenciano, E. Montiel Díez, V. Campos, R. Sanz Fernández, L. Pérez Esteban, G. Monedero
Hospital Univ. de Getafe, Madrid.

Introducción: La vestibulopatía recurrente es un cuadro, caracterizado por crisis de vértigo recurrentes de características similares al hidrops, pero sin síntomas auditivos ni neurológicos acompañantes. Algunos de los pacientes acaban desarrollando posteriormente una enfermedad de Meniere, fístula perilinfática, vértigo asociado a migraña, entre otras, pero inicialmente la inclusión en dichas categorías es dificultosa. La rehabilitación vestibular en este tipo de pacientes es debatida puesto que la compensación es precaria por la fluctuación de la función vestibular.
Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo de pacientes consecutivos diagnosticados inicialmente de vestibulopatía recurrente con desequilibrio asociado entre octubre de 2002 y octubre de 2007. Todos los pacientes fueron sometidos a una exploración otoneurológica completa y estudios de la función vestibular mediante pruebas calóricas y rotatorias. La discapacidad fue evaluada mediante el test DHI. Del mismo modo fueron sujetos a un estudio mediante una posturografía dinámica (SmartBalance®).
Resultados: La población del estudio consta de 56 pacientes (17 hombres y 37 mujeres) con una edad media de 59,62 años. El patrón posturográfico más frecuente fue el vestibular seguido del visuovestibular. Todos los pacientes fueron sujetos a rehabilitación instrumental con posturógrafo. El 68,6% mostraron una mejoría objetiva del patrón posturográfico inicial, el 11,4% mostraron un patrón similar al previo tras la rehabilitación, y un 12,5% empeoraron. Existe una correlación significativa entre la mejoría del patrón posturográfico y la puntuación del DHI tras la rehabilitación
Conclusiones: La rehabilitación vestibular es un tratamiento eficaz para el desequilibrio en nuestra población de pacientes con VR.

44

DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE DESPUÉS DEL USO DE DOS TRATAMIENTOS DIFERENTES: BETAHISTINA Y GENTAMICINA INTRATIMPÁNICA

A. Enrique González, N. Pérez Fernández, J.F. Casamitjana Claramunt
Hospital de Mataró, Barcelona; Clínica Universitaria, Navarra.

Objetivo: Valorar e identificar las diferencias en cuanto a discapacidad y minusvalía en pacientes con enfermedad de Ménière que presentan un control completo del vértigo después de haber recibido tratamiento con medicación oral o gentamicina intratimpánica.
Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo en el que hemos incluido 40 pacientes con enfermedad de Ménière. Ninguno de ellos había presentado ningún episodio de vértigo en los 16-24 meses posteriores al inicio del tratamiento. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según el tratamiento que se instauró: medicación oral o gentamicina intratimpánica. El grado de discapacidad y minusvalia fue valorado mediante cuestionarios convencionales en el momento del diagnóstico y 2 años después de haber iniciado el tratamiento oral o haber finalizado el tratamiento con gentamicina intratimpánica.
Resultados: Después del tratamiento todos los pacientes presentaron una disminución de su discapacidad o minusvalía, la magnitud de esta mejoría depende de la severidad de la enfermedad al inicio del tratamiento. Si comparamos ambos grupos, la media de los resultados para todos los ítems de los tests de discapacidad antes del tratamiento fueron inferiores para los pacientes del grupo de medicación oral respecto los del grupo de gentamicina intratimpánica. Sin embargo después del tratamiento no existían diferencias significativas entre ambos grupos.
Conclusiones: En pacientes con enfermedad de Ménière en estadios iniciales, la frecuencia del vértigo influye de forma importante sobre la discapacidad. Sin embargo la hipoacusia y el déficit vestibular no están directamente relacionados con la frecuencia del vértigo.

282

IMPLANTES COCLEARES BILATERALES EN NIÑOS

A. Valdivieso, M. Manrique Rodríguez, A. Huarte Irujo, R. Manrique Huarte
Clínica Universitaria, Navarra.

Introducción: El sistema auditivo en condiciones normales esta preparado para recibir estímulos desde los dos oídos. Muchos estudios han demostrado los beneficios de la audición bilateral con relación a localización del sonido y la comprensión de la palabra en ruido. La implantación coclear bilateral en niños es un procedimiento en auge, aunque en la literatura se encuentran solo trabajos con grupos de pacientes reducidos y con poco tiempo de seguimiento.
Materiales y métodos: Se estudiaron 35 niños con implantación coclear bilateral, realizados dentro del programa de implantes cocleares de la CUN. El seguimiento fue de 36 meses. Se recogieron los datos de las audiometrías tonales, en situación basal y con cada implante coclear por separados y en simultáneo. También se valoró la comprensión de la palabra en silencio y en ruido. Para este estudio, se adaptó al castellano el cuestionario SSQ modificado por Dr. Galvin, de calidad y localización del sonido.
Resultados: Al comparar, la media de los resultados obtenidos en la audiometría tonal del primer con el segundo implante, se observó un efecto de sumación al usar los dos simultáneamente. En el contexto abierto de palabras, también se observa un aumento de los valores, debido al beneficio dado por la binauralidad.
Conclusiones: La implantación bilateral mejora las habilidades auditivas en los niños. Brindan un efecto de sumación, mejorando tanto la discriminación en ruido como la localización del sonido.

455

RESULTADOS DE LOS IMPLANTES COCLEARES EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS

R.L. Boemo, N. Miró Castillo, C. Pollán Guisasola, J. Verges Bueno, F. Roca-Ribas
Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Introducción: Actualmente los implantes cocleares representan una forma adecuada y eficaz de tratamiento para los pacientes con sordera profunda que no se adaptan a otras formas de tratamiento conservador o quirúrgico. Con la evolución tecnológica de los mismos las indicaciones cada día son mayores. El objetivo del presente estudio es demostrar que son tan eficaces en los pacientes mayores de 60 años como en la población más joven.
Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo que compara la respuesta a los implantes cocleares de pacientes operados en nuestro

hospital, separándose en dos grupos: mayores de 60 años y un grupo control (menores de 60 años) que fueran controlados por un período superior a 3 años. Fueron realizados controles estrictos posteriores con audiometría vocales y pruebas de adaptación vestibular.
Resultados: Los pacientes mayores de 60 años presentaron la misma percepción de bisilábicos que los pacientes del grupo control. Sin embargo, el tiempo de adaptación fue más largo (3 años comparado al grupo control que fue de 1 año) y los efectos colaterales fueron más frecuentes (vértigos, inestabilidad).
Conclusiones: 1) Los pacientes mayores de 60 años presentan respuestas similares a los pacientes más jóvenes: 2) Quizá el tiempo de adaptación es más largo que los controles; 3) Las alteraciones vestibulares son más frecuentes que en otros grupos de pacientes.

499

ABORDAJE TRANSNASAL TRANSESFENOIDAL ENDOSCÓPICO. NUESTRA EXPERIENCIA

E. Masgoret Palau, M. Zaballos González, J.R. Vasallo Morillas, A. Armesto Fernández, J. Merán Gil, A. Ramos Macías
Complejo Hospitalario Univ. Materno-Infantil Insular, Gran Canaria.

Introducción: El abordaje endonasal transesfenoidal endoscópico ha sido recientemente propuesto para el tratamiento de las lesiones de la región sellar. Este procedimiento se realiza de forma conjunta con el servicio do Otorrinolaringología, por su experiencia en cirugía nasal endoscópica y el servicio de Neurocirugía para la resección tumoral. La técnica endoscópica transesfenodial, en contraste con el procedimiento microquirúrgico, no requiere del retractor esfenoidal y ofrece una visión de 360°, permitiendo la observación de todas las estructuras anatómicas del área sellar.
Material y métodos: Presentamos un análisis de 10 pacientes seleccionados según los criterios de inclusión sobre los que se practicó abordaje transnasal endoscópico como método de tratamiento quirúrgico entre enero del 2004 y enero del 2008 conjuntamente con el Servicio de Neurocirugía de nuestro hospital.
Resultados: El diagnóstico de los pacientes fue microadenoma hipofisiario en 7 casos y macroadenoma en 3 de ellos. Entre los principales síntomas observados, la cefalea estuvo presente en 8 casos (80%). La evaluación con tomografía axial computada en el postoperatorio inmediato y a los 3 meses, informó que en un total de 9 casos se logró la exéresis total del adenoma, mientras que en uno ésta fue subtotal.
Conclusión: Durante los últimos años, el abordaje transnasal endoscópico ha irrumpido como una opción en desarrollo, que probablemente llegará a predominar en un futuro próximo. La adaptabilidad del procedimiento endoscópico a las diferentes condiciones patológicas añadido a la excelente visibilidad quirúrgica, la ausencia de taponamiento nasal, la disminución de la incidencia de complicaciones y la reducción de hospitalización postoperatoria, puede influir en el éxito de esta cirugía.

524

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE BAHA

I. Alonso Castañeira, N. Muñoz Fernández, E.N. Fernández Julián, A. Morant Ventura, F. Ferrer Baixauli, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: El BAHA es una prótesis auditiva implantable para hipoacusias de transmisión. Nuestra experiencia con esta prótesis es de 64 pacientes. Queremos exponer nuestra experiencia y la evolución de nuestra práctica clínico-quirúrgica.
Material y métodos: Presentamos los resultados de una revisión de 64 casos de pacientes a los que se les implantó un dispositivo BAHA en nuestro hospital, un 11% se aplicó a mayores de 64 años siendo un 7% a menores de 14 años, 54 casos tenían como etiología una otitis media crónica, mientras que 7 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 2,17. El 9,5% presentó complicaciones postquirúrgicas; un 4% en el pedestal, 2,5% exceso de tejido, 1,9%, falta de aseo. En cuanto al colgajo un 28,7% presentaron complicaciones menores; 5,8% necrosis parcial, 6% problemas en el pedestal/pilar, 5,2% eczema, 3,5% infección. Se produjo extrusión del tornillo en el 6,25% con una media de antigüedad desde la implantación de 4 meses. La media de curas por paciente fue de 7.
Conclusiones: La satisfacción en general es muy buena en el 66%. No obstante con la técnica quirúrgica actual el proceso de cicatrización es muy prolongado requiriendo un gran número de curas, lo que supone cierta disconformidad por parte del paciente. Actualmente una nueva incisión ha mejorado esto sustancialmente.

09,30–11,00

Mesa Redonda

MR14 Tumores de ángulo ponto-cerebeloso - Tumours of the cerebellopontine angle

Presidente: Jorge Bosch Torrent
Secretario: Rafael Pérez Aguilera
Moderador: Miguel Ángel Arístegui Ruiz
Panelista: Francisco Roca-Ribas Serdá
Panelista: Albert Rinaldi Ceroni
Panelista: Luis García-Ibáñez Cisneros
Panelista: José Natalio Fayad

11,00–11,30

Conferencia

CF33 Robótica en cirugía de cabeza y cuello - Robotics in head and neck surgery

Conferenciante: David Terris
Modera: Carlos Suárez Nieto

11,30–12,00 **Pausa Café**

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS12 Patología no oncológica cervical

Moderador: José Luis Llorente Pendás
Panelista: Jorge Basterra Alegría
Panelista: Carlos L. Almodóvar Álvarez
Panelista: José Enrique Estellés Ferriol
Panelista: Serafín Sánchez Gómez
Panelista: Enrico de Campora

14,00–16,00 **Comida**

16,00–17,00

Curso de instrucción

6

CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA ENDONASAL: ESTUDIOS COMPARATIVOS

M. Kadiri, S. di Vanna, C. Bleda, J. Villar, R. Martí, C. Zorita
Hospital Dos de Maig; Hospital de Mollet, Barcelona.

La cirugía endonasal que ha ido aumentando año tras año, precisa de cuidados posquirúrgicos, que hasta el momento no existe un consenso sobre ellos. El objetivo de este curso es enseñar los resultados obtenidos en medicina basada en la evidencia de los cuidados posquirúrgicos. Para ello se han escogido dos servicios hospitalarios diferentes para el estudio de la muestra. Se aplican los diferentes métodos seguidos en cada grupo de pacientes. Se comparan los resultados entre ellos y se analizan las conclusiones finales de estos cuidados posquirúrgicos.

17,10–18,10

Curso de instrucción

48

PARÁLISIS FACIALES VÍRICAS: ETIOPATOGENIA Y TRATAMIENTO

M. Mañós Pujol, J. Nogues Orpí, E. Amilibia Cabeza, I. Doménech Juan, F. Cruellas, R. Jiménez Montoya
Hospital Univ. 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, conduciendo a un tratamiento tardío e inapropiado. El objetivo del curso es ofrecer una guía sistemática para conocer su etiología, diagnóstico, 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; 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. El curso termina con unas orientaciones hacia el futuro del tratamiento de estas patologías.

18,20–19,20

Curso de instrucción

30

EL COLGAJO RADIAL COMO RECONSTRUCCIÓN MICROVASCULAR ESTÁNDAR EN MANOS DEL OTORRINOLARINGÓLOGO: METODOLOGÍA DE REALIZACIÓN Y RESULTADOS

J. Tornero Salto, J. Nogués Orpí, C. Viña, M. Mañós Pujol
Hospital Univ. de Bellvitge, Universidad de Barcelona, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

La introducción de los colgajos libres microvasculares representó en su día un avance capital que permitió por un lado mejorar los resultados obtenidos con otros tipos de cirugía reconstructiva y por otro el poder realizar abordajes mucho más amplios y complejos, al disponer unas técnicas de reconstrucción mucho más versátiles y adaptables a la fisiología local, con la consiguiente disminución de secuelas funcionales. El más utilizado en cabeza y cuello es el colgajo fasciocutáneo antebraquial libre o colgajo radial. El creciente número de casos que se pueden beneficiar de este tipo de reconstrucción hace necesario el que los Servicios de ORL puedan realizar este tipo de cirugía sin depender de un especialista externo. El objetivo del curso es el mostrar la técnica de elevación del colgajo, la preparación del campo receptor sobre todo a nivel de los pedículos vasculares receptores, el tipo de fijación y adaptación del colgajo al defecto creado en la exéresis, la técnica de la sutura microvascular, el cuidado del cierre del campo quirúrgico, las posibles complicaciones que pueden presentarse y su resolución, así como el manejo del paciente en la planta de hospitalización. Además de la completa descripción técnica se mostrarán y comentarán los resultados de nuestra experiencia. Por último se incidirá en la necesidad de que el servicio de ORL pueda el mismo ser capaz de realizar este tipo de cirugía de una forma autónoma lo que va a permitir aumentar la experiencia del equipo y el poder introducir nuevos tipos de reconstrucciones en el arsenal terapéutico a disposición del ORL.

MARTES, 21 DE OCTUBRE

SALA MEDUSA

08,30–09,30

Sesión de comunicaciones de orales 18

Presidente: José Luis Blanch Alejandro
Secretario: Ignacio Jiménez Huerta

103

UTILIDAD DE LAS EXPLORACIONES OTONEUROLÓGICAS EN EL DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN DEL SCHWANNOMA VESTIBULAR

J. Fusté Clapés, M. Levorato, Y. Medina, V. Rivero de Jesús, L. García-Ibáñez
Instituto de Otología García-Ibáñez, Barcelona.

Introducción: El schwannoma vestibular se origina en la porción distal del nervio vestibular superior e inferior en el conducto auditivo interno, otros nervios pueden quedar afectados: facial y coclear. Las exploraciones electrofisiológicas, permiten evaluarlo y diagnosticarlo, potenciales evocados auditivos (PEATC), electroneuronografía (ENoG), videonistagmografía (VNG), potenciales evocados vestibulares miogénicos (VEMPs), estos últimos valoran la actividad del nervio vestibular inferior.
Material y métodos: Presentamos 56 pacientes, 29 hombres y 27 mujeres, con edades comprendidas en un rango de 21 a 79 años (media 50). A todos se les realizó audiometría tonal, PEATC, ENoG, VNG, VEMPs y resonancia magnética (RM)
Resultados: La VNG muestra alteraciones en las pruebas calóricas con canal paresis y arreflexia en un (61%) de casos. ENoG muestra afectación del nervio en el 37% de los pacientes, los PEATc están alterados en el 93%, VEMPS están ausentes o modificados en el 98% de los pacientes estudiados.
Discusión/Conclusiones: En este estudio valoramos las ventajas e inconvenientes de los diferentes exámenes otoneurológicos y comparamos los resultados entre ellos, los VEMPs, se muestran como la exploración de mayor sensibilidad y especificidad, pensamos que nos pueden ayudar en el diagnóstico precoz y en especial interés como efecto localizador en los tumores de pequeño tamaño.

236

ESTUDIO POSTURAL EN SUJETOS SANOS MEDIANTE EL SISTEMA SWAY STAR: PATRONES DE NORMALIDAD EN NUESTRO LABORATORIO

A. Faraldo García, A. Soto Varela, S. Santos Pérez, T. Labella Caballero
Complejo Hospitalario Universidad de Santiago, A Coruña.

Introducción: El sistema Sway Star permite un análisis y cuantificación del control postural estático, dinámico y durante la marcha, así como de la contribución de cada uno de los sistemas (visual, somatosensorial y vestibular) al equilibrio global. Proporciona un análisis tanto del desplazamiento látero-lateral (balanceo del tronco) como del desplazamiento en el plano ántero-posterior (inclinación del tronco).
Material y métodos: Se estudió una población de 48 sujetos sin patología del equilibrio (22 varones y 26 mujeres) con edades comprendidas entre 18 y 73 años (media: 36,87). Se les realizó una secuencia de 15 registros, englobando pruebas de estabilidad estática, dinámica y durante la marcha.
Resultados: Se presentan los rangos de normalidad (media ± 2DE) para los parámetros más significativos aportados por el Sway Star. BCI: 304,74-704,74. BCIns: 152,79-488,27. Contribución vestibular: 1,32-105,12. Contribución somatosensorial: -7,31-82,21 Contribución visual: -35,42-54,06.
Discusión/Conclusiones: El sistema Sway Star aporta una valoración del equilibrio con un enfoque diferente a la posturografía dinámica. El establecimiento de unos patrones de normalidad es el paso inicial, imprescindible, para tratar de validar su utilidad en el estudio de pacientes con alteración del equilibrio.

244

¿TIENE UTILIDAD LA PRESENCIA DE UN NISTAGMO ASINTOMÁTICO EN LA MANIOBRA DE DIX-HALLPIKE PARA VALORAR UNA LESIÓN VESTIBULAR?

M. Paulos Novoa, I. Arán González, M.H. Rey Martínez, A.R. Nehme Paz, J. Fernández Silva
Complejo Hospitalario, Pontevedra.

Introducción: La maniobra de Dix-Hallpike es esencial en el diagnóstico de VPPB. En ocasiones durante la realización de la maniobra se objetiva un nistagmo no acompañado de crisis vertiginosa que no concuerda con ese tipo de patología. Este hallazgo ocurre en el 15% de los pacientes seguidos en nuestra Unidad de Otoneurología. Nuestro estudio trata de averiguar si esto se puede relacionar de alguna manera con una posible presencia de déficit vestibular.
Material y métodos: Del total de pacientes (986) seguidos en nuestra consulta a los que se ha realizado Maniobra de Dix-Hallpike, Shacking Test y prueba calórica mediante VNG, hemos estudiado los que durante la M. Dix-Hallpike han presentado un nistagmo no acompañado de clínica vertiginosa: 150 pacientes (55 varones y 95 mujeres) de edades comprendidas entre 10 y 79 años y media 49 años.
Resultados: Analizamos los nistagmos hallados durante la maniobra de Dix-Hallpike, de los cuales un 46,5% aparecieron en un solo lado de la maniobra (49% con fase rápida a la derecha, 45% a la izquierda y 6% sólo componente vertical) y un 53,5% en los dos lados de la maniobra (41% a la derecha, 33% izquierda, 14% hacia el lado de la maniobra, 3% al lado contrario a la maniobra y 9% sólo componente vertical).
Conclusiones: Se correlacionan estos resultados con otras pruebas vestibulares, tales como el Shacking Test y la prueba calórica, y con el diagnóstico clínico con el fin de establecer la utilidad de la maniobra de Dix-Hallpike como método predictivo de lesión vestibular.

340

VALOR PRONÓSTICO DEL NISTAGMO EN LAS DISTINTAS FASES DE LAS MANIOBRAS DE TRATAMIENTO DEL VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO

M. Mata Ferrón, J. Olóriz Marín, R. Calvente, J. Horno López, A. de Oña Navarrete, J.I. Santaella Saez, J. Salinero Hernández
Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: El tratamiento del vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) se basa en las maniobras de recolocación de partículas (MRP). La aparición del nistagmo y las características del mismo durante las distintas fases de dichas maniobras es variable y su valor clínico no ha sido establecido. Nuestro objetivo es evaluar las características del nistagmo durante las distintas fases (F) de las MRP, así como establecer su posible valor pronóstico.
Material y métodos: Analizamos 40 pacientes con VPPB tratados mediante MRP. Registramos duración, intensidad, latencia y presencia del nistagmo en distintas fases de las MRP. Para establecer utilidad pronóstica valoramos el porcentaje de negativizaciones (%-) y el número de maniobras hasta negativización (N°M-). Para el análisis utilizamos el test de ANOVA con una significación $p < 0,05$.
Resultados: En nuestra serie realizamos de media 2,19 MRP/paciente. Conseguimos negativización en un 77,42%. En el 67,65% realizamos maniobras de Semont. Cuando objetivamos nistagmo sólo en la primera fase

(F1) de las maniobras de Epley y Semont, el N°M- fue en promedio de 4 y 2,11 respectivamente, mientras que cuando aparecía en F1 y F2 fue tan sólo de 1,33 y 1,41, siendo este resultado significativo. Asimismo, el %- más alto correspondió a aquellas MRP con nistagmo visible en F1 y F2 (52,38%).
Discusión/Conclusiones: Nistagmos visibles en la 1ª y 2ª fases de las MRP se asocian a un menor número de tratamientos y un mayor porcentaje de negativizaciones. Igualmente sucede con nistagmos de poca intensidad, corta duración y latencia intermedia. Estos resultados mejoran la información pronóstica que podemos trasladar al paciente.

361

ESTUDIO ANATOMO-RADIOLÓGICO DEL PEÑASCO EN EL ACCESO AL CAI POR VÍA FOSA MEDIA Y TRANSLABERÍNTICA

M. Levorato, A. Benet, V. Rivero de Jesús, L. García- Ibáñez, A. Prats
Dep. Anatomía Humana , Hospital Clínic, Instituto de Otología García Ibáñez, Barcelona.

Introducción: El acceso seguro al CAI y la preservación de la audición y del nervio facial son todavía un desafío importante para la cirugía otoneurológica. Presentamos los resultados preliminares de nuestro estudio anatomo-radiológico para obtener objetiva y estandarizadamente las medidas de las estructuras del peñasco.
Objetivo: Determinación de las medidas de las estructuras del peñasco y de los puntos de referencia para el acceso al CAI por vía fosa media y translaberíntica. Comparación de las medidas obtenidas por disección anatómica con las obtenidas a través de las imágenes tomográficas y con reconstrucción tridimensional.
Material y métodos: Doce huesos temporales (6 cadáveres) han sido estudiados a través de TC, a estas imágenes se les ha realizado una reconstrucción tridimensional con el programa Amira 3.1 y se han tomado las medidas de las distancias y de los ángulos de relevancia para el acceso quirúrgico. Posteriormente seis peñascos (3 cabezas) han sido disecados según la técnica del acceso quirúrgico vía fosa media y los otros seis (3 cabezas) vía translaberíntica. Las estructuras consideradas en el estudio, y la relación entre ellas, han sido: CAI, porus, fundus, canales semicirculares, cóclea, nervio facial, eminencia arcuata, seno lateral.
Resultados: Las medidas de las distancias y ángulos de las diferentes estructuras obtenidas en los estudios tomográficos y en las disecciones mostraron una diferencia estadísticamente no significativa, sin embargo es una diferencia de consideración para el abordaje quirúrgico.
Discusión/Conclusiones: Este estudio nos muestra las medidas aproximadas de las estructuras que serán referencia para el seguro abordaje al CAI.

517

REVISIÓN DEL CARCINOMA DE LARINGE E HIPOFARINGE ESTADÍO III Y IV EN PROTOCOLO DE CONSERVACIÓN DE ÓRGANO DESDE EL AÑO 2000 AL 2007

E. Serrano Añón, R. Artal Sánchez, B. Ágreda Moreno, P. Rivas Rodríguez, J.M. Sebastián Cortés, J.I. Alfonso Collado, H. Vallés Varela
Hospital Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: El cáncer de laringe y de hipofaringe representan el 30-40% y el 8-10% respectivamente de los tumores de cabeza y cuello en España. Ambos tienen una incidencia superior en el varón (hasta el 90%) con una edad media de aparición de 60 años ± 15 años. Las manifestaciones clínicas varían desde parestias, disfagia, disfonia hasta disnea grave que requiere traqueotomía urgente. Tradicionalmente el tratamiento se ha basado en la cirugía con radioterapia y quimioterapia coadyuvante. En la última década y siguiendo protocolos de conservación de órgano se ha venido utilizando la quimiorradioterapia concomitante como tratamiento único y curativo de la enfermedad.
Material y métodos: Hemos analizado las tasas de recidiva y supervivencia de 155 pacientes con carcinoma de laringe e hipofaringe en estadio III y IV, controlados en nuestro servicio y que han sido tratados con quimiorradioterapia concomitante entre los años 2000 y 2007.
Resultados: De un total de 310 pacientes diagnosticados de carcinoma laríngeo y de hipofaringe durante este periodo, 155 se encontraban en estadios III y IV y recibieron tratamiento con quimiorradioterapia concomitante según protocolo de conservación de órgano de nuestro hospital. 109 (70,4%) pacientes se encuentran libres de enfermedad, se han detectado recidivas en 46 (29,6%) pacientes. el número de fallecidos totales es de 37 (23,8% del total de pacientes).
Conclusión: La quimiorradioterapia concomitante parece ser una buena opción en el tratamiento de los estadios avanzados del carcinoma de laringe e hipofaringe. Se obtienen índices de supervivencia similares a los tratados por cirugía.

09,30–11,00

Mesa Redonda

MR15 Dacriocistorrinostomía

Presidente: Manuel Dicenta Sousa
Moderador: Cristóbal López-Cortijo Gómez de Salazar
Panelista: Carlos Ramírez Calvo
Panelista: José Maeso Riera
Panelista: Miguel Ángel Alañón Fernández
Panelista: Beatriz Arellano Rodríguez

11,00–11,30

Conferencia

CF34 Otoplastia, una técnica que debe conocer el ORL

Conferenciante: Julio J. López Moya

11,30–12,00 **Pausa Café**

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS13 Diagnóstico de la patología vocal

Moderador: Juan Carlos Casado Morente
Panelista: Juan Antonio Gil Melgarejo
Panelista: Enrique Cantillo Baños
Panelista: María Carmen Górriz Gil
Panelista: César Antonio Álvarez Marcos
Panelista: Agustín Pérez Izquierdo

14,00–16,00 **Comida**

16,00–17,00

Curso de instrucción

54

UTILIZACIÓN COSMÉTICA FACIAL DE LA TOXINA BOTULÍNICA Y DE LOS MATERIALES DE RELLENO

M. Tomás Barberán, E. Morera Serna
Hospital Univ. Son Dureta, Palma de Mallorca.

Los procedimientos cosméticos menores, sin necesidad de anestesia general, ingreso o periodos prolongados de baja social, presentan una alta demanda en la población general. Patologías ORL como la parálisis fa-

cial periférica o las secuelas post-traumatismo facial se benefician de estas técnicas sobre tejidos blandos. La utilización de toxina botulínica para el tratamiento de las arrugas faciales producidas por contracción muscular ofrece unos resultados altamente satisfactorios con un riesgo de complicaciones muy bajo. Para el relleno de labios o surcos cutáneos profundos, materiales como el ácido hialurónico permiten un alto grado de precisión con un porcentaje de reacción a cuerpo extraño prácticamente mínimo. La lipoinyección de grasa autóloga permite reconstruir el contorno del área zigomática y del área periorbitaria. En este curso explicaremos las indicaciones, técnica y trucos de la utilización de toxina botulínica y los distintos materiales de relleno.

17,10–18,10

Curso de instrucción

46

RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJOS LIBRES MICROVASCULARES

P. Parente Arias, M. Fernández Fernández, A. Martínez Morán
Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

El tratamiento quirúrgico de la patología oncológica de ORL tiene una de sus limitaciones más importantes en la adecuada reconstrucción de los defectos, que permita una rehabilitación estética y funcional adecuada a los pacientes. Los colgajos locales y regionales pediculados son recursos de empleo frecuente por el otorrinolaringólogo, sin embargo, los problemas derivados de los pedículos, así como la limitación en la variedad de tipo y espesor de tejidos, no permite, en mucha ocasiones, devolver al paciente su contorno anatómico o una adecuada recuperación de las funciones sacrificadas en la resección. La variedad de tejido que aportan los colgajos libres microvasculares es mucho mayor que con otras técnicas, y significan una clara ventaja en el momento de reconstruir defectos que por su extensión o localización, no son adecuadamente resueltos con los colgajos locales o regionales. La reconstrucción microvascular no es una alternativa a los colgajos pediculados, sino que viene a incrementar la batería de recursos del cirujano. Por otra parte, cada vez son más los servicios de ORL que son autónomos en esta cirugía, no dependiendo de otros servicios para realizarla. La escasa morbilidad en las zonas dadoras, así como el fácil control de la mayoría de las complicaciones permite su desarrollo íntegramente por otorrinolaringólogos. En el presente curso se exponen los fundamentos de la cirugía reconstructiva con colgajos microvasculares, los colgajos más empleados en nuestra especialidad, así como los protocolos y consejos para el desarrollo de una unidad de cirugía reconstructiva en un servicio de ORL.

18,20–19,20

Curso de instrucción

12

VOZ PROFESIONAL

P. Ruiz Vozmediano, J. Sanabria Brassart
Hospital General, Jaén; Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Se estudiaran los distintos niveles de profesionales de la voz (tercer nivel, maestros escolares y trabajadores de atención al publico, segundo nivel, profesionales de teatro, cine y televisión y locutores de medios de comunicación, primer nivel cantantes profesionales), sus características vocales específicas, la patología asociada habitual orgánica y disfuncional, el papel del laringólogo en la evaluación, diagnóstico, control y tratamiento de los mismos.
Teorías clásicas de mecánica vocal hasta los últimos avances de biomecánica vocal informatizada; Estudio perceptivo de la voz y su aplicación de sospecha clínica (el oído clínico); Estudio instrumental de la voz y sus aplicaciones diagnósticas (desde el espejo de Tapia a la videokimografía): actitud terapéutica aplicada según nivel de profesionalismo, desde el anónimo maestro de escuela al consagrado tenor lírico-ligero profesional: Profesionales del canto; registro, tesitura y clasificación vocal, léxico profesional y correspondencia fonológica.; Errores conceptuales teórico-prácticos más habituales.

MARTES, 21 DE OCTUBRE

SALA MINERVA

08,30–09,30

Sesión de comunicaciones de orales 19

Presidente: Justo Ramón Gómez Martínez
Secretario: Paola Santos Acosta

226

MANIFESTACIONES ORL DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

H. Rey Martínez, J.L. Ulla, M. Paulos Novoa., A. Nehmen, I. Arán
Complejo Hospitalario, Pontevedra.

Introducción: La EE es un trastorno inflamatorio crónico del esófago que se ha descrito recientemente en niños y adultos. A pesar de que los síntomas clásicos de presentación son generalmente gastointestinales, cada vez cobran más importancia las manifestaciones extraesofágicas de la EE, entre ellas las ORL.
Material y método: Estudio descriptivo de manifestaciones extraesofágicas en 6 pacientes diagnosticados de EE por el Complejo Hospitalario de Pontevedra durante el período de noviembre 2005 a marzo 2008.
Resultados: El 83% son varones, con edad media 44,6 años. El 100% fue diagnosticado tras acudir a urgencias por disfagia o impactación de bolo alimenticio. EL 100% presentó sensación de nudo, cuerpo extraño en la garganta. El 80% presenta tratamiento previo con IBP por RGE. El 50% presentan antecedente de asma, rinitis y eczema con test de alergia positiva a aeroalergenos y alergenos alimentarios comunes con niveles de IgE y eosinófilos aumentados en sangre, cifras y sintomatología que disminuye tras tratamiento con fluticasona tópica.
Conclusiones: La esofagitis eosinofílica es una entidad que debe ser tomada en consideración por los ORL dada la sintomatología de vías aerodigestivas superiores además de las gastrointestinales.

411

APORTACIÓN DEL POTENCIAL VESTIBULAR MIOGÉNICO EVOCADO A LA DIFERENCIACIÓN DE LOS TIPOS DE NEURONITIS VESTIBULAR

M.J. Lesmas Navarro, H. Pérez Garrigues, C. Morera Pérez, L. Martí Gomar, J. Donderis Sala
Hospital La Fe, Valencia.

Introducción: El potencial vestibular miogénico evocado (PVME) permite estudiar el sáculo y el nervio vestibular inferior. El test calórico aporta información sobre el canal semicircular externo y el nervio vestibular superior.
Objetivo: Diferenciar en las neuritis vestibular (NV) si la lesión es exclusiva del nervio vestibular superior (NVS), inferior (NVI) o afecta a ambos (NVC) a través del resultado del test calórico y del PVME.
Material y métodos: Estudio retrospectivo en hospital terciario. En los últimos dos años han ingresado 17 pacientes por episodio agudo de vértigo de días de duración. A nueve de ellos, que cumplen todos los requisitos aceptados actualmente para el diagnóstico de NV, les pudimos incluir en el trabajo y les practicamos estudio con anamnesis, exploración clínica otoneurológica, test calórico y registro del PVME. También se evaluó la evolución clínica posterior al ingreso.
Resultados: Hubo mayor afectación de mujeres (66,6%). La edad media de presentación de la enfermedad fue 53,8 ± 14,0 años. El tiempo de estancia hospitalaria ha sido X = 5,7 ± 3,2 días. Tras la crisis padecieron inestabilidad durante X = 122 ± 114 días. Cuatro casos se han diagnosticado de NVC y cinco de NVS. La latencia de la onda p13 fue normal en todos. No hay diferencias en el tiempo de estancia hospitalaria ni en la inestabilidad residual entre los grupos. Tres casos han presentado nistagmus posicional posterior a la crisis, dos con NVC y uno con NVS.
Conclusiones: Actualmente, con el PVME, es posible profundizar en el estudio de la NV. Es mucho más frecuente la NVC y la NVS que la NVI. El comportamiento clínico es similar en los subtipos encontrados.

424

ESTUDIO DE EXPRESIÓN GÉNICA MEDIANTE MICROARRAYS EN EL SCHWANNOMA VESTIBULAR

L. Lassaletta Atienza, V. Martínez González, M. Torres, L. del Río, J.A. Rey, Javier Gavilán Bouzas
Hospital La Paz, Madrid.

Objetivos: Conocer el perfil de expresión global de 96 genes relacionados con cáncer en el schwannoma vestibular (SV) y estudiar sus implicaciones clínicas.
Materiales y métodos: Para establecer los perfiles de expresión génica de 96 genes relacionados con cáncer hemos utilizado membranas de microarray de cDNA en 23 muestras congeladas de SV. El estudio se complementó con el análisis mutacional del gen NF2 (PCR, dHPLC, secuenciación y MLPA), el estudio de pérdida de heterocigosidad (LOH) en 22q y el análisis de silenciamiento génico por hipermetilación aberrante de promotores génicos (MS-MLPA). Se estudió la relación entre la expresión génica y variables clínicas y radiológicas
Resultados: Se detectaron mutaciones en el 34,8% (8/23) de los casos y LOH en 22q en el 30,4% (7/23), detectándose además por MLPA una pérdida parcial de NF2, duplicaciones en 1p36 (13%), 8q24 (8,7%), 9q (8,7%), 10q (26,1%) y 12q (47,8%) y deleciones en 1p36 (8,7%), 6q26 (4,3%) y 14q (21,7%), así como metilación de los promotores de PTEN y CHFR en una muestra cada uno. El análisis de expresión mostró dos grupos moleculares distintos donde destacan 20 genes estadísticamente diferenciados a $p < 0,0001$ (KISS1, MMP2, MMP9, ITGA2, ITGA3, ITGA4, ITGAV, ITGB1, ITGB3, RASA1, ERBB2, MAPK14, APAF1, FAS, CASP8, CFLAR, TEK, THBS2, TGFB1 y FGF2). Encontramos asociaciones significativas entre determinados genes, el tamaño tumoral y el grado de hipoacusia.
Conclusiones: El análisis identificó, a partir de los patrones de expresión génica, dos subgrupos moleculares para los SVs. Los dos subgrupos mostraron 20 genes diferencialmente expresados, algunos de ellos con implicaciones clínicas.

490

NUEVA TÉCNICA DE AMIGDALECTOMÍA CON LIGASURE®

I. Jiménez Huerta, L. Ayala, M.A. Alañón, A. Martínez
Hospital 12 de Octubre, Madrid, Hospital Santa Bárbara, Ciudad Real.

Introducción: Son múltiples las técnicas de amigdalectomía con las que contamos los especialistas ORL hoy en día. Hoy por hoy no existen claras ventajas de unas técnicas sobre otras. Sí que es significativa la pericia y habilidad de cada cirujano con cada una de las técnicas de cara a las posibles y temidas complicaciones de este tipo de cirugía. Quisiéramos presentar en España, a la comunidad de Especialistas ORL, una nueva técnica de amigdalectomía con la tecnología LigaSure TM.
Material y método: El principio de esta tecnología se basa en la fusión de vasos sanguíneos de hasta 7mm de diámetro con seguridad y sin necesidad de disección ni ligaduras. Se fusionan los vasos de forma permanente mediante la disrupción del colágeno y elastina de los tejidos y la inmediata formación de una única fase completamente sellada. En esta comunicación describimos y mostramos la nueva técnica quirúrgica y, así mismo, presentamos los primeros resultados obtenidos prospectivamente sobre los pacientes que hemos intervenido desde inicios del 2007 en el Hospital Santa Bárbara de Puertollano y en el Hospital 12 de Octubre de Madrid.

Resultados: Hasta el momento hemos utilizado esta técnica con 60 pacientes, lo que constituye 120 amigdalectomías. Afortunadamente no reportamos ninguna complicación severa y hacemos un análisis de nuestros resultados preliminares con esta novedosa técnica.
Discusión/Conclusiones: Presentamos una nueva técnica quirúrgica para la cirugía de amígdalas cuya principal ventaja es el prácticamente nulo sangrado per y postoperatorio, bajo traumatismo sobre el lecho y la sencillez de la técnica. Es nuestro deseo presentar esta nueva en innovadora técnica en nuestro país.

578

VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO Y CLINICAL TEST OF SENSORY INTERACTION AND BALANCE EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA

J.C. Amor Dorado, M.P. Barreira Fernández, S. Regueiro Villarín, C. Costa Ribas, M.A. González-Gay, J. Rossi Vargas
Complexo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.

Introducción: La esclerodermia es una enfermedad poco frecuente del tejido conectivo de etiología desconocida que asocia disfunción endotelial y disregulación del sistema inmune. El objetivo del estudio fue evaluar la frecuencia y características del vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) y de las alteraciones encontradas tras realizar el clinical test for sensory interaction and balance (CTSIB) en pacientes con esclerodermia limitada (EL) y difusa (ED).
Material y método: Se estudiaron de forma consecutiva una serie de pacientes con diagnóstico de EL y ED, de acuerdo a criterios y una clasificación previamente establecida, así como a un grupo control equilibrado en edad y sexo.
El estudio se llevó a cabo en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Xeral-Calde de Lugo en el periodo comprendido entre enero y mayo de 2007. Se incluyeron 35 pacientes con diagnóstico de EL, 7 con ED y 74 controles. Los pacientes y controles fueron sometidos de forma protocolizada y sistemática a: prueba de Dix-Hallpike, rotación cefálica y CTSIB.
Resultados: Un 17% de los pacientes con esclerodermia fueron diagnosticados de VPPB vs ninguno del grupo control ($p < 0,001$). En el grupo de pacientes con EL, 2 pacientes fueron diagnosticados de VPPB del canal semicircular posterior y 3 de VPPB del canal semicircular horizontal. En el grupo de ED, 2 pacientes presentaron hallazgos compatibles con VPPB del canal semicircular horizontal. El CTSIB presentó resultados anormales en el 48% (20) de los pacientes vs 10% (7) del grupo control ($p < 0,001$; OR = 8,70 [IC95%: 2,97-27,2]). El patrón vestibular se encontró con mayor frecuencia ($p < 0,0001$).
Conclusiones: Nuestro estudio muestra una elevada frecuencia de VPPB y de un control postural anormal de origen vestibular periférico en pacientes con esclerodermia. Además, nuestros resultados sugieren una probable etiología isquémica para los hallazgos vestibulares periféricos encontrados en este grupo de pacientes, sin descartar un posible origen autoinmune.

09,30–11,00

Mesa Redonda

MR16 Técnicas de amigdalectomía, nuevas técnicas

Presidente: Teodoro Sacristán Alonso
Secretario: Enric Figuerola i Massana
Moderador: Jaime Sanabria Brassart
Panelista: José Risco Arenas
Panelista: Hugo Galera Ruiz
Panelista: Francisco José García-Purriños García
Panelista: Claudio Fragola Arnau

11,00–11,30

Conferencia

CF35 Vías de abordaje laterales a la base de cráneo

Conferenciante: Joaquín Poch Broto

11,30–12,00 **Pausa Café**

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS14 Recidiva en cáncer faringo-laríngeo - Tumour relapse in pharyngo-laryngeal cancer

Moderador: Juan Manuel Alcalde Navarrete
Panelista: Juan Luis Gómez González
Panelista: Giuseppe Spriano
Panelista: Enrique Zapater Latorre
Panelista: Renato Piantanida
Panelista: Joao Marta Pimentel

14,00–16,00 **Comida**

16,00–17,00

Curso de instrucción

41

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL GUIADA CON NAVEGADOR

R. Sanz Fernández, C. Molina Quirós, M. Colmenero Ruiz
Hospital Univ. de Getafe, Madrid.

La introducción de las técnicas endoscópicas a nivel nasosinusal ofrece las ventajas en manos expertas, de obtener una visión optima del campo quirúrgico y de la patología a tratar, así como un postoperatorio más confortable para el enfermo. De esta manera, se han reducido las indicaciones quirúrgicas de los abordajes por vía externa, en el tratamiento de la patología nasosinusal, siendo en el momento actual la cirugía endoscópica nasosinusal, el tratamiento de elección de la patología crónica de los senos paranasales (poliposis y sinusitis). Las aportaciones tecnológicas (cámaras, endoscopios, microdebridador y neuronavegador) han conseguido disminuir la morbilidad asociada a este tipo de cirugía. La aplicación de la cirugía guiada con navegador aporta una mayor precisión en la localización y actuacion sobre estructuras de riesgo como son la base del craneo y la órbita. permitiendo una mayor seguridad y rapidez en la realización de la cirugía.
Objetivos del curso: Exponer la metodología quirúrgica, instrumental y manejo del neuronavegador, documentando las aportaciones más importantes de esta técnica con intervenciones grabadas en vídeo.

17,10–18,10

Curso de instrucción

20

FARMACOLOGÍA INTRATIMPÁNICA. ¿CUÁNDO, CÓMO Y QUÉ OBTENEMOS?

C. Herráiz Puchol, J.M. Aparicio Fernández
Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Introducción: El auge que vive en la actualidad la aplicación intratimpánica de fármacos está favoreciendo un incremento en sus indicaciones y en sus resultados. La posibilidad de conseguir dosis mayores a nivel intralaberíntico junto con la ausencia de efectos sistémicos son los factores impulsores de esta técnica.
Objetivos: A través de este curso proponemos que el participante adquiera una visión de las aplicaciones de estas técnicas: fundamentos de la eficacia de la vía intratimpánica y de las distintos fármacos utilizados; descripción de los diferentes procedimientos para su aplicación y el protocolo de utilización en nuestros hospitales; exposición de resultados de distintas series bibliográficas y de nuestra experiencia en cada patología (sordera súbita, enfermedad de Ménière e hydrops endolinfático, otoesclerosis, laberintitis, acúfeno idiomático o en la hipoacusia rápidamente progresiva).
Material y método: Curso interactivo en el que se expondrá el método de aplicación intratimpánica de fármacos, las indicaciones y los resultados. Discusión de casos clínicos.

18,20–19,20

Curso de instrucción

44

PARÁLISIS FACIAL. ¿CUÁNDO HACE FALTA UNA TÉCNICA RECONSTRUCTIVA?

L. Lassaletta Atienza
Hospital Univ. 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.

MARTES, 21 DE OCTUBRE

SALA ESCIPIÓN

08,30–09,30

Sesión de comunicaciones de orales 20

Presidente: Ignacio Cobeta Marco
Secretario: Daniel Abad Casado

31

IMPACTO DE ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LA EFECTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE CMA

P. Seguí Moya, M. Jiménez García, M.R. García Rodríguez, P. Masegosa Zapata, M. García López, T. García Fernández de Sevilla
Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria ha experimentado un espectacular incremento en nuestro país en la última década, ya que consigue resultados equivalentes a la cirugía tradicional, con menor coste y satisfacción igual o mayor.
Objetivo: Evaluar los resultados de un programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en otorrinolaringología.
Material y métodos: Estudio retrospectivo del periodo 2000-2006. Se han analizado diversos indicadores de calidad (índice de sustitución, suspensión, ingresos, reingresos) y las complicaciones sistémicas y quirúrgicas que surgieron dentro de la primera semana tras la cirugía.
Resultados: 3404 pacientes fueron intervenidos por el Servicio de Otorrinolaringología en el periodo indicado, con un índice de sustitución global del superior al 60%. El índice de ingresos tras la cirugía fue 10,92%. Dieciocho pacientes sufrieron complicaciones graves, representando un riesgo proporcional de 1:189. En 57 pacientes aparecieron complicaciones de menor gravedad que requirieron su ingreso hospitalario.
Discusión: Observamos al analizar los indicadores en los 7 años de periodo, cambios de tendencia significativos, con amplios descensos en los diferentes indices, que coinciden con la aplicación de medidas de mejora específicos en nuestra unidad de CMA.
Conclusiones: La implantación de una serie de estrategias conlleva una importante mejora de la efectividad de la unidad, con un marcado descenso de los índices de ingresos y suspensión. A pesar del cumplimiento de los requisitos óptimos, existe un porcentaje pequeño de complicaciones postoperatorias de gravedad variable.

214

DCR TRANSCANALICULAR CON LÁSER DIODO EN RÉGIMEN AMBULATORIO. PRESENTACIÓN DE NUESTROS RESULTADOS

P. Santos Acosta, J. González García, R. Ángeles Figueroa, S. Sánchez Gómez
Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La dacriocistorrinostomía (DCR) es el tratamiento de elección para la obstrucción adquirida y primaria del conducto naso-lagrimal. Los principios fundamentales de la cirugía sobre el sistema de drenaje lagrimal son: apertura del saco, el drenaje a fosa nasal y el restablecimiento del flujo lagrimal. Existen diferentes técnicas quirúrgicas, siendo la dacriocistorrinostomía transcanalicular con láser diodo la que más se ha desarrollado en los últimos años.
Material y métodos: Se realiza dacriocistorrinostomía transcanalicular usando láser diodo de 0,6mm usando una potencia media de 12w, usando un equipo de endoscopia nasal para el control de la fibra láser. Se ha utilizado en la mayoría de los casos anestesia tópica a nivel ocular combinado con anestesia locorregional a nivel nasal, sin utilizar sedación, no precisando el paciente ingreso hospitalario. Se aplicó mitomicina-c intraoperatoria y a los 15 días.
Resultados: Se presentan los resultados de la técnica en 187 pacientes entre enero de 2007 y enero de 2008 con un seguimiento de 6 meses. La edad media fue de 64 años. Se describen diferentes variables recogidas como sexo (86% de mujeres), edad, el diagnóstico (dacriocistitis crónica 32%, dacriocistitis de repetición 26,7 y lagrimeo 41,2%) y tiempo de evolución de la patología, tipo de anestesia empleada y las complicaciones. A los 6 meses un 60,3% de los pacientes no presentaban ningún síntoma. Un 35,5% habían mejorado clínicamente con menor número de dacriocistitis agudas y menor lagrimeo. Tan sólo un 4,1% referían no tener una clara mejoría después de la intervención.
Discusión/Conclusiones: La DCR transcanalicular con láser diodo es una técnica segura, rápida, de mínima lesividad tisular y mínima morbilidad para el paciente; con un porcentaje de éxito elevado. La realización con anestesia local sin sedación permite un régimen ambulatorio de la técnica y una menor restricción para las indicaciones de este tratamiento. El uso tópico de la mitomicina C como adyuvante de la DCR es un factor seguro y favorecedor de la tasa de éxito, al disminuir los procesos de cicatrización y prevenir así la oclusión de la osteotomía.

357

EL OLFATO EN LA RINITIS ALÉRGICA PERSISTENTE

J.M. Guilemany Toste, A. García-Piñero, I. Alobid, E. Prades Morera, S. Cardelús Vidal, S. Centellas, M. Bernal Sprekelsen, C. Picado, J. Mullol i Miret
Unidad de Rinología, Departamento de ORL; Departamento de Neumología y Alergia Respiratoria, Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: Tanto la rinitis alérgica estacional como la perenne se ha asociado a diferentes grados de alteración del olfato. El olfato en los pacientes con rinitis alérgica persistente (RAP) nunca ha sido evaluado. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la rinitis alérgica persistente en el olfato y a su vez caracterizar este impacto dependiendo de la sensación subjetiva de hiposmia (SSH) y de la severidad de la RAP.
Métodos: Se realiza un estudio prospectivo y controlado en 49 pacientes con RAP y 60 voluntarios sanos. Los pacientes se clasificaron por severidad y por la SSH. La función olfatoria se evaluó por olfatometría (BAST-24) tanto en detección, identificación e identificación con respuesta múltiple para el 1er PC.
Resultados: El 67% de los pacientes con RAP presentaron SSH. La RAP moderada/grave (84,8%) es más frecuente entre los pacientes con SSH, mientras que la RAP leve (75%) de los pacientes sin SSH. La detección, identificación, y la identificación por respuesta múltiple fué peor entre los pacientes con RAP ($p < 0,05$) comparado con los voluntarios sanos. Los pacientes con RAP moderada/grave (94,6%, $p < 0,05$) y/o SSH (94,3%, $p < 0,05$) presentan una reducción de la detección comparado con los controles sanos (99,5%). Tanto la RAP leve (44,7%) como la moderada/grave (40,2%) y también los pacientes con (38,6%) y sin (48,1%) SSH presentan una reducción significativa ($p < 0,05$) de la identificación comparado con los controles (61,4%).
Conclusiones: Los pacientes con RAP tienen una pérdida moderada del olfato con una mayor afectación del mismo en aquellos pacientes con sensación subjetiva de hiposmia y en aquellos con una RAP moderada/grave.
Este estudio ha sido patrocinado parcialmente por UCB Pharma

360

RINOMETRÍA ACÚSTICA: DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN PACIENTES CON RINOPATÍA VASOMOTORA

M. Silva Grosso, H. Galera Ruiz, J. González García
Hospital Infanta Luisa; Clínica Esperanza de Triana, Instituto ORL Dr. Galera, Sevilla.

Introducción: El objetivo de este estudio es describir la realización de la rinometría acústica en pacientes con obstrucción nasal crónica. Asimis-

mo analizamos una serie de variables de cada paciente y diversos parámetros registrados en la prueba.
Material y métodos: La rinometría acústica se realiza de la siguiente forma: en primer lugar, el paciente permanece sentado quince minutos, para que su mucosa nasal se aclimate al ambiente; luego se pide al paciente que permanezca en apnea colocándole el adaptador nasal sobre la narina. Se realizan cuatro mediciones correlativas, obteniéndose la media. Finalmente, tras aplicar un vasoconstrictor local, se realiza a los diez minutos una segunda medición. Cada paciente rellena un cuestionario donde se recogen datos personales, sexo, edad, tiempo que padece la obstrucción nasal, tratamiento previo con medicación habitualmente usada para esta patología nasal, cirugía nasal o uso de CPAP previos, consumo de tabaco y/o alcohol, presencia de RGE y antecedentes familiares de patología nasal.
Resultados: Se estudia una muestra de 81 hombres y 70 mujeres. El 55% tienen entre 30 y 60 años. Un 58% padecen obstrucción nasal desde hace más de 5 años, el 73% ha empleado tratamientos médicos y un 5% ha usado una CPAP. Los parámetros registrados sin vasoconstricción son: el Área de Sección Transversa Mínima, que en el 63% de los casos correspondió a la segunda escotadura; el área de la primera escotadura; el área de la segunda escotadura; las distancias de la primera y segunda escotadura; y finalmente todos estos parámetros tras vasoconstricción.
Discusión/Conclusiones: La rinometría acústica es una prueba no invasiva, reproducible y fácil de realizar, que permite el conocimiento de la geometría de la fosa nasal. Los valores más importantes registrados son el área mínima seccional transversal a nivel de la válvula nasal y la cabeza del cornete nasal inferior, y el volumen nasal desde 0 hasta 5° centímetro.

371

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA RINOSINUSITIS CRÓNICA EN NUESTRA POBLACIÓN

R. Hijano Esqué, I. Homs Moreno, J. Serra Carreras, F. Crego de Pablos, F. X. Subirana, F. Aguilar, A. Hernández Sánchez
Fundació Hospital/Asil, Granollers; Hospital Municipal de Badalona, Barcelona.

Introducción: Aunque gracias a los nuevos consensos, especialmente a la guía EPOS, se ha establecido con cierto rigor la definición de la rinosinusitis crónica con o sin poliposis. Desafortunadamente los datos concernientes a epidemiología continúan siendo pocos. Los estudios epidemiológicos pueden ayudar a identificar factores de riesgo personales y ambientales, y por tanto a incrementar nuestro conocimiento del proceso patológico.
Material y método: Presentamos un estudio descriptivo prospectivo, desde febrero del 2007 a febrero del 2008 (1 año). En él han sido incluidos todos los pacientes con criterio de rinosinusitis crónica, incluyendo como subgrupo aquéllos que presentan pólipos, según la definición clínica establecida en el consenso EPOS revisado del 2007. En todos los pacientes se ha realizado una exploración endoscópica de las fosas nasales, pruebas alérgicas, determinación de sintomatología y escala visual analógica. Los datos fueron recogidos en una base de datos con el programa Access de Microsoft, y el análisis estadístico con el paquete SPSS, última versión.
Resultados: La muestra la forman 231 pacientes, siendo el 60 % hombres y el 40% mujeres. Aproximadamente el 40% presentan poliposis. Se realizó prick test o determinación de IgE específica en todos los pacientes, siendo positivo en el 23%. El síntoma predominante fue la obstrucción nasal/congestión y la rinorrea (86% y 77% respectivamente). Aquellos pacientes que presentaron valores en la escala visual analógica superior a 5, presentaron valores peores en su calidad de vida ($p < 0,05$).
Discusión/Conclusiones: A pesar de que en los últimos diez años han aparecido gran número de estudios en la literatura referentes a la rinosinusitis, en el apartado epidemiológico aún existe un vacío que rellenar. El conocimiento epidemiológico de esta entidad nos ayudará a establecer mejor la real incidencia de la misma. Un conocimiento adecuado y acurado de la población que tenemos en frente nos permitirá establecer un mejor tratamiento y facilitará nuestro conocimiento de la historia natural del proceso patológico. La selección de poblaciones apropiadas es fundamental a la hora de establecer ensayos clínicos. Nuestro siguiente paso es ahondar más en este estudio y prolongarlo cinco años, con el fin de definir las características poblacionales fehacientemente.

09,30–11,00

Mesa Redonda

MR17 Virus del papiloma humano (VPH) y su relación con la ORL

Presidente: Francisco M. Pellicer Garrido
Secretario: Ricardo Krakowiak Gómez
Moderador: Miquel Quer i Agustí
Panelista: Juan Pablo Rodrigo Tapia
Panelista: Víctor Palomar García
Panelista: Xavier Castellsagué

11,00–11,30

Conferencia

CF36 El nervio facial en la cirugía otológica: mito o realidad

Conferenciante: Felipe Álvarez de Cózar

11,30–12,00 **Pausa Café**

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS15 Colesteatoma

Moderador: Carlos Cenjor Español
Panelista: Daniel López Aguado
Panelista: Francisco Isasa González de Ubieta
Panelista: Pedro López Villarejo
Panelista: Justo Ramón Gómez Martínez
Panelista: Rafael Ramírez Camacho

14,00–16,00 **Comida**

16,00–17,00

Curso de Instrucción

5

PRÓTESIS FONATORIAS. REHABILITACIÓN VOCAL PRECOZ EN EL PACIENTE LARINGECTOMIZADO TOTAL

J. Vergés Bueno, M.D. Guerrero Gilabert, M.M. Palau Viarnés
Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Introducción: El paciente con una neoplasia laríngea avanzada que requiere una cirugía radical, (Laringectomía total), presenta en el postoperatorio inmediato unas secuelas funcionales importantes au-

sencia de voz natural y traqueotomía definitiva. Dichas secuelas repercuten desde el punto de vista social a la reinserción precoz de este enfermo a su vida laboral y familiar. Desde la aparición y modernización de las prótesis fonatorias podemos favorecer esta reinserción precoz de nuestros enfermos de una forma relativamente fácil y con escasas complicaciones, permitiendo al enfermo desde la primera semana postoperatoria en que se evidencie una correcta cicatrización, desarrollar una voz potente en escasos minutos de aprendizaje. Este sistema de habla no es incompatible con el aprendizaje de erigmofonía, sistema de habla habitual del paciente laringuectomizado, más lento y dificultoso de aprender. La adaptación de la prótesis fonatoria se puede realizar de una forma primaria (mismo día de la cirugía radical del cáncer) o de una forma secundaria (tiempo después de la cirugía radical). Mediante este curso pretendemos presentar la técnica quirúrgica, manejo, adaptación y complicaciones más frecuentes de estas prótesis fonatorias así como nuestra experiencia en este campo desde su introducción en nuestro hospital hace 2 años y medio.

Material y métodos: Revisaremos nuestra casuística en estos dos años y medio en los que hemos adaptado un total de 42 prótesis fonatorias, 30 de forma primaria y 12 de forma secundaria. Analizaremos las complicaciones de las prótesis y el resultado funcional de las mismas.

Resultados: Un 93% de nuestros enfermos utilizan la prótesis fonatoria con un buen resultado funcional de la voz. Todos los enfermos aprendieron a hablar en un tiempo variable de entre 2 a 10 minutos en la primera semana del alta hospitalaria. Presentamos complicaciones inmediatas postoperatorias en un 7% de los enfermos, que se resolvieron con tratamiento médico.

Conclusión: Creemos que la prótesis fonatoria es el mejor sistema de rehabilitación de la voz en el paciente laringuectomizado, dada su rapidez de adaptación y escasas complicaciones.

17,10–18,10

Curso de Instrucción

35

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE LAS LESIONES DEL CUELLO SUPRAHIOIDEO. ASPECTOS PRÁCTICOS

M. Urbasos Pascual, A. Hernando García, C. Pérez Martínez, G. Plaza Mayor, M.M. Ramos López, J. Cabezudo Pedrazo, D. Gómez Santos

Servicio de Diagnóstico por Imagen, Servicio de ORL, Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

La aproximación al análisis e interpretación de las lesiones del cuello suprahioideo exige un conocimiento profundo de la anatomía de los diferentes compartimentos y espacios cervicales.

Técnicas de imagen como la Tomográfia Computerizada (TC) y la Resonancia Magnética (RM), por su gran resolución espacial y tisular, ocupan un lugar fundamental en el diagnóstico de la patología cervical suprahioidea y dan las claves para una correcta planificación terapéutica.

Los objetivos del curso son:

1-Describir la semiología de las lesiones originadas en los diferentes espacios cervicales suprahioideos (faringomucoso, parafaringeo, masticador, parotídeo, carotídeo, retrofaringeo, prevertebral, sublingual y submandibular) y aprender a reconocer sus patrones de crecimiento y extensión.

2- Mostrar el diagnóstico diferencial de las entidades patológicas más frecuentes y su comportamiento por imagen.

Presentamos nuestra experiencia, con lectura sistematizada de casos prácticos, de la patología (congénita, inflamatoria y tumoral) más representativa de los diferentes espacios del cuello suprahioideo.

MARTES, 21 DE OCTUBRE

SALA CICERÓ

08,30–09,30

Sesión de comunicaciones orales 21

Presidente: Josep María Blanc Curto
Secretario: Juan de Dios García Mira

271

SCREENING OLFATORIO: CÓMO VALORAR EL OLFATO EN 15 SEGUNDOS

A. Toledano Muñoz, C. Herráiz Puchol, M.S. Marcos, M.A. Mate Bayón, C. Ruiz Escudero
Hospital Fundación Alcorcón, Madrid.

Objetivo: Desarrollar un test de screening olfatorio, basado en el test de Connecticut, con un coste reducido y con una fiabilidad suficiente.
Material y métodos: El test de screening está compuesto por la dilución 3 de butanol y por el café, chocolate y naftalina. Nuestro test se compara con el Pocket Smell Test (PST) basado en el test de UPSIT. Índice de validez del 95% y grado de precisión de la prueba 10%.
Resultados: La sensibilidad es del 88% y la especificidad del 77%. El valor predictivo positivo es del 34% y el valor predictivo negativo del 94%. El tiempo medio de realización es de 2,8 ± 0,4 minutos. El coste unitario del test es de 0,57 si lo realiza una auxiliar de consulta. El 96% de los pacientes refieren que el test es muy fácil de realizar. El valor predictivo es mayor aún si sólo se utiliza el test de butanol.
Conclusión: El test de screening basado en el CCCRC es una prueba válida, útil y rápida para el screening olfatorio.

272

ALTERACIONES DEL OLFATO TRAS CATARRO DE VÍAS ALTAS: REVISIÓN DE 110 PACIENTES

A. Toledano Muñoz, J.M. Aparicio Fernández, I. Gallego Aranda, C. Navas Molinero
Hospital Fundación Alcorcón, Madrid.

Objetivo: Revisión de las alteraciones olfatorias de los pacientes tras catarro nasal.
Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo. Utilizamos el test de Connecticut para medir el olfato. Definimos como anosmia viral aquella alteración del olfato secundaria a un proceso catarral, que se prolonga más allá de la duración del catarro y en el que se descarta la persistencia de patología rinosinusal crónica. La muestra estudiada es de 110 enfermos. El estudio de la evolución clínica consta de 65 enfermos. Los estudios realizados en cada paciente fueron: anamnesis, endoscopia nasal y exploración de imagen.
Resultados: Cuando la anosmia es el principal motivo de consulta, la anosmia viral es la causa más frecuente (55,3%), más en mujeres (2:1) a partir de los 55 años. La endoscopia nasal fue normal en todos los casos. El estudio de imagen más utilizado en nuestra consulta es la TC (68,4%). Un 37% de los pacientes presentan mejoría subjetiva. El 60% de los pacientes presentan mejoría de la discriminación olfatoria. De forma global la poliposis es la enfermedad que con más frecuencia produce alteraciones del olfato pero este síntoma no es el principal motivo de consulta. Afecta más a mujeres, con asma e intolerancia a la aspirina.
Conclusiones: La recuperación es mayor en pacientes jóvenes y cuando la pérdida de olfato no es completa. La mejoría puede progresar más allá del año del evento que produjo la anosmia. Puede haber cierta relación con las enfermedades neurodegenerativas. Se pueden programar tratamientos rehabilitadores del olfato.

319

ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA TRAS SEPTOPLASTIA EN ÁREA DE SALUD DE CÁCERES

G. Fernández Rodríguez, M.J. Cisternas Bittencourt, E. de la O Corrochano, F. Ramos Puerto, M.R. de Saa Álvarez, M. Martí Peña, M.I. Castro Canelada, M.S. Aparicio Pérez
Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: La obstrucción nasal es una patología frecuente en las consultas de ORL, la cual puede presentar diversas causas, siendo una de la más frecuentes la desviación septal por sí sola o asociada a hipertrofia turbinal, hipertrofia adenoidea y poliposis nasosinusal entre otras. Una opción terapéutica es la corrección quirúrgica mediante septoplastia asociada o no a turbinectomía inferior. El objetivo de nuestro estudio es medir el resultado postquirúrgico de ésta a medio y largo plazo, con la utilización de un cuestionario de calidad de vida específico.
Material y métodos: Se analizaron las historias clínicas de los pacientes sometidos a septoplastia con o sin turbinectomía inferior durante un período de 2 años (de octubre de 2005 a septiembre de 2007) en el área de salud del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, con exclusión de aquellos que precisaron cirugía concomitante por hipertrofia adenoidea, poliposis nasosinusal o rinoplastia. Para evaluar la mejoría en la calidad de vida de estos pacientes, se utilizó la escala NOSE (Nasal Obstruction Septoplasty Effectiveness) mediante entrevista telefónica.
Resultados: Se analizaron un total de 127 historias clínicas de pacientes sometidos a septoplastia excluyendo 40 pacientes por presentar cirugía concomitante en el mismo acto quirúrgico de rinoplastia (1), cirugía endoscópica nasosinusal (32) o adenoidectomía (7). El período mínimo de valoración tras la cirugía fue de 6 meses y el máximo de 2 años, observándose una clara mejoría, sobre todo a medio plazo pero que persiste a largo plazo.
Conclusiones: En pacientes con obstrucción nasal secundaria a desviación septal, la septoplastia supone un tratamiento definitivo con significativa mejoría en la calidad de vida de estos pacientes que perdura en el tiempo, suponiendo la escala de evaluación NOSE un instrumento válido, seguro y sensible en la medición de respuesta a esta técnica quirúrgica.

330

CORRELACIÓN ENTRE LA RINOMANOMETRÍA ANTERIOR ACTIVA Y LA ENDOSCOPIA NASAL

L. Sanz López, J.A. Guerrero de los Ríos, I. Arribas, J.A. Sistiaga Suárez, T. Rivera Rodríguez
Hospital Príncipe de Asturias, Madrid.

Introducción: La permeabilidad nasal se relaciona con unos parámetros estructurales y funcionales. Los hallazgos anatómicos y su relación con la permeabilidad nasal se objetivan mediante la Rinomanometría Anterior Activa (RAA).
Objetivo: Comparar las alteraciones macroscópicas visualizadas mediante Endoscopia Nasal (EN) con los parámetros de flujo nasal en la RAA.
Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de 30 pacientes afectos de obstrucción nasal y desviación septal. Se exploran mediante EN, por tres exploradores distintos; clasificando las desviaciones en cuadrantes anterosuperior y anteroinferior de cada fosa. Se hace una RAA basal. Los hallazgos obtenidos se codifican en (+) y (-) según haya obstrucción, tanto en la EN como en la RAA. Se hace el estudio de validez de la prueba diagnóstica mediante el cálculo de sensibilidad y especificidad, con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Los valores obtenidos en la RAA globalmente comparados con la EN reflejan una sensibilidad del 63,27% y una especificidad del 63,38%. Analizando la FNI y la FND en sus cuadrantes inferiores, la sensibilidad es del 75% y del 80% respectivamente; los cuadrantes superiores presentan una sensibilidad del 53,85% y del 40% respectivamente, y una especificidad del 70,59% y del 85%.
Conclusión: La disminución del flujo de la fase espiratoria valorado mediante la RAA se correlaciona con las obstrucciones inferiores del tabique nasal objetivadas en la EN. En el estrecho vestíbulo fosal, la correlación entre los flujos inspiratorios y los hallazgos de la endoscopia podemos decir que no es predictiva.

393

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL PAPILOMA INVERTIDO: 36 CASOS

V. Vasallo García, F.J. Cogolludo Pérez, R. del Castillo López, F.J. Guerra Blanco, H. Moreno, J. Sanabria Brassart, J.M. Villacampa Aubá, R. Gutiérrez Fonseca, C. Cenjor Español
Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: El papiloma invertido es un tumor infrecuente, localizado, agresivo, recidivante, y potencialmente maligno, que ha recibido múltiples interpretaciones histológicas. De etiología desconocida, la teoría de su origen en una infección por HPV (virus del papiloma humano) es hoy la más firmemente aceptada. Histológicamente presenta la característica de invaginarse en el corión, respetando la membrana basal. Su asociación con el carcinoma escamoso, aunque sólida, aún genera controversias.
Material y métodos: Presentamos nuestra experiencia de los últimos 10 años, mediante un estudio retrospectivo de seguimiento. Nuestra serie consta de 36 pacientes portadores de esta patología, que en el momento del diagnóstico presentaban diversos estadios según la clasificación de Krouse. En la mayoría de los casos el tratamiento fue mediante cirugía endonasal.
Resultados: Exponemos los diversos porcentajes tanto de recidivas como de malignización. Además, realizaremos una comparación de nuestros resultados con la experiencia acumulada en la literatura.
Discusión/Conclusiones: El papiloma invertido es una tumoración que debe ser siempre sospechada ante la existencia de una masa polipoide, especialmente unilateral, y en hombres en la 6ª y 7ª década de la vida. Supone un 0,5-7% de todas las tumoraciones nasosinusales, diagnosticándose aproximadamente 0,6 casos por 100.000 habitantes y año. Clínicamente se caracteriza por su elevado porcentaje de recidivas y la posibilidad de malignización. La cirugía endoscópica es una técnica que actualmente ofrece buenos resultados en el tratamiento de esta patología, siendo una alternativa real a las vías de abordaje tradicionales en el papiloma invertido no complicado.

552

DACRIOCISTORRINOSTOMÍA TRANSCANALICULAR. RESULTADOS A LARGO PLAZO

J. Maeso Riera, M.T. Sellarès Fabrés
Consorci Sanitari Parc Taulí; Centro Médico Delfos, Centro Internacional de Medicina Avanzada, Barcelona.

Introducción: Tras cuatro años de práctica de la cirugía lagrimal transcanalicular con láser diodo queremos aportar la experiencia resultante y los resultados clínicos de los pacientes a largo plazo.
Material y método: presentamos el resultado del estudio observacional sobre 358 ojos intervenidos entre enero de 2004 y enero de 2007, con la técnica transcanalicular bajo anestesia loco-regional y sedación. Evaluamos detalles técnicos y resultado técnico y clínico mediante evaluación de los síntomas del paciente y control de paso de fluoresceína mediante endoscopia nasal a medio y largo plazo.
Resultados: 320 de los 358 ojos (89,38%) han mantenido un drenaje permeable confirmado por el paso de fluoresceína a fosa nasal; una remisión clínica completa se ha conseguido en 318 ojos (88,83%), con una mejoría parcial en 17 (4,75%). No se han presentado complicaciones quirúrgicas relevantes, más allá de discretos hematomas de canto interno.
Conclusiones: La dacriocistorrinostomía transcanalicular ha demostrado su efectividad a medio y largo plazo, con un mínimo trauma local y una mínima morbilidad.

09,30–11,00

Mesa Redonda

MR18 Acúfenos

Presidente: Daniel Alaminos Ferrater
Moderador: Carlos Herraiz Puchol
Panelista: Miguel Ángel López González
Panelista: Jorge M. Roquette Gaona
Panelista: Juan Doménech Oliva
Panelista: Esther María Sota Eguizábal

11,00–11,30

Conferencia

CF37 La otorrinolaringología en los últimos 50 años: visión personal

Conferenciante: Pedro Quesada Marín

11,30–12,00 Pausa Café

12,00–14,00

Taller de trabajo

WS16 Órgano-preservación

Moderador: Francisco M. Piqueras Pérez
Panelista: Ángel Muñoz Herrera
Panelista: Clementino Arturo Solares
Panelista: Juan Jesús Herranz González-Botas
Panelista: Agustín Zulueta Lizaur
Panelista: Eduardo Raboso García-Baquero

14,00–16,00 Comida

16,00–17,00

Curso de instrucción

29

LA MINIGAMMACÁMARA INTRAOPERATORIA: NUEVA TÉCNICA EN LA CIRUGÍA DEL HIPERPARATIROIDISMO

F. Guallart Doménech, P. Estréms Navas, J. Ferrer Rebolleda, P. Sopena Novales, J. Dalmau Galofré
Hospital Univ. Dr. Peset, Valencia.

Introducción: Actualmente, ninguna técnica de imagen permite determinar de forma exacta la localización preoperatoria e intraoperatoria de las glándulas paratiroides patológicas, lo que facilitaría una cirugía mínimamente invasiva. En este sentido, nos planteamos cuál puede ser la aportación intraoperatoria de una nueva minigammacámara portátil (MGP).

Material y métodos: Desde enero de 2007, en colaboración con el servicio de Medicina Nuclear, hemos empleado en la cirugía del HPP la MGP (Sentinella 102® - GEM-Imaging-Oncovision). (Matriz 30 × 30, 30-120 segundos por imagen, colimador pin-Hole). Describimos la técnica y presentamos los resultados obtenidos en 21 pacientes intervenidos por HPP1°, comparando los resultados obtenidos mediante las técnicas de localización preoperatoria (ecografía y gammagrafia Tc99m-MIBI) y la MGP respecto a los hallazgos quirúrgicos.
Resultados: Las técnicas de localización preoperatoria mostraron una sensibilidad (S) de 80%, una especificidad (E) de 78% y un valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de 80% y 78% respectivamente en la localización de las glándulas paratiroides por lado del cuello. En la determinación del cuadrante de localización, las cifras descienden a: S: 50%, E: 53%, VPP: 65%, VPN: 39, sin embargo la MGP intraoperatoria, pese a no contar con apoyo ecográfico, mejoró los resultados por cuadrantes con una S, E, VPP y VPN de 81%, 77%, 81% y 77% respectivamente.
Conclusiones: La gammagrafía paratiroidea intraoperatoria, aún en fase de desarrollo, es una técnica y prometedora en la localización de las glándulas paratiroides patológicas. Permite una localización más exacta de las mismas, mejorando los resultados obtenidos mediante las técnicas de localización preoperatoria.

17,10–18,10

Curso de instrucción

34

LA NARIZ TRAUMÁTICA II (HUNDIMIENTOS)

M.A. Mancebo Allende, A. González Fernández
Hospital de Cabueñes, Asturias.

Introducción: Los traumatismos nasales son una patología muy frecuente en otorrinolaringología y no muy bien resuelta la mayoría de las veces, por lo que al llegar a la consulta presentan alteraciones funcionales y estéticas (habitualmente lateralizaciones y hundimientos) que requieren una septorrinoplastia.
Material y métodos: Se expondrá el tratamiento precoz de las fracturas nasales en los primeros 15 días; si ya la fractura está consolidada y se requiere una septorrinoplastia, dado que en el taller anterior hablamos de las lateralizaciones nasales en este expondremos la corrección de los hundimientos nasales (abordajes abierto o cerrado, necesidad de injertos y tipo de injertos y expondremos casos prácticos de pacientes con esa patología vistos y tratados en nuestro servicio.
Conclusión: Importancia de una correcta valoración de los traumatismos nasales y su tratamiento precoz para evitar deformidades que requerirán complejas actuaciones quirúrgicas posteriores tanto sobre el septum como sobre la pirámide nasales.

18,20–19,20

Curso de instrucción

58

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ASPIRACIÓN TRAS LAGINGECTOMÍAS PARCIALES SUPRACRICOIDEAS: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO, MANEJO Y RESULTADOS

O. Laccourreye, J.J. Benito González, R. Gutiérrez, M.L. Oliver, M. Foglia
H. Europeene Georges Pompidou, Paris, Francia; Hospital Universitario Sant Joan, Tarragona; Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Las laringectomías parciales supracricoideas son técnicas quirúrgicas que, desde su descripción inicial en la segunda mitad del siglo pasado, son válidas en el tratamiento de tumores T1, T2 y seleccionados T3-T4, al permitir la resección del cartílago tiroides, del espacio paraglótico y, total o parcialmente, de la celda tirohioepiglótica, si bien exigen la movilidad de uno o los dos aritenoides.
Son técnicas que conservan las principales funciones de la laringe, esto es, la fonación, la respiración sin traqueotomía y la deglución.
El estudio de los resultados funcionales publicados muestra que la aspiración es el principal problema al que nos enfrentamos en le manejo postoperatorio de estos pacientes.
Objetivos del curso:
1. Mostrar la incidencia de las complicaciones relacionadas con la aspiración en las laringectomías parciales supracricoideas.
Conocer los factores de riesgo que influyen en su aparición.
3. Describir el manejo de este tipo de complicaciones, así como sus resultados.
Material: El planteamiento del curso se soporta en el estudio retrspectivo de 25 años de experiencia del S°. de ORL y Patología Cérvico-Facial del Hospital Georges Pompidou de París, con una casuística de 457 pacientes con CE invasivo de laringe tratados con este tipo de técnicas. El estudio estadístico nos permite interpretar la relación de una amplia serie de variables con la aparición de episodios de aspiración clasificados según la escala de Pearson.

MARTES, 21 DE OCTUBRE

ZONA PÓSTER

Comunicaciones póster - Sesión 4

Presidente: José Risco Arenas
Secretario: Francisco Javier Olarrieta Soto

339

MIXOLIPOMA DE CAVUM. A PROPÓSITO DE UN CASO

O. Castro Macía, L. Díez González, A. Quintana Sanjuás, J. L. Ríos González, E. Pallás Pallás, D. Alonso Párraga
Hospital Xeral-Cíes, Pontevedra.

Introducción: El mixolipoma, o lipoma mixoide, es un tumor benigno bien delimitado formado por adipocitos maduros con abundante estroma mixoide.
Material y métodos: Presentamos un caso clínico de un varón de 32 años que acude a nuestro servicio por hipoacusia subjetiva del oído izquierdo, sensación de taponamiento del mismo y acúfeno intermitente de 3 meses de evolución sin mejoría tras tratamiento médico y sin otra sintomatología en ese momento. A la exploración se observa otitis seromucosa del oído izquierdo y en la nasofibroscopia se objetiva lesión de aspecto quístico en rodete tubárico izquierdo. Resto de la exploración otorrinolaringológica normal. La audiometria e impedanciometria en ese momento dan como resultado una hipoacusia tipo conductivo del oído izquierdo con pérdida de 57% y con un GAP de 40db, y curva plana del mismo respectivamente. En RMN se visualiza una masa densidad partes blandas en fosa de Rosenmüller izquierda (compatible con tejido graso).
Tratamiento: Exéresis de la lesión con anestesia local, cuyo resultado anatomopatológico fue mixolipoma. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y con recuperación de la audición del oído izquierdo.
Conclusión: El mixolipoma es una lesión de características benignas poco frecuente. Aunque existe algún caso descrito en laringe, no hay evidencia de localización en rinofaringe.

460

BACTERIDE PUSTULOSA DE ANDREWS O PUSTULOSIS AGUDA GENERALIZADA

M.E. Alarcón Linares, F. Ropero Romero, J. Gutiérrez Jodas, F. Muñoz del Castillo, R. Sánchez Gutiérrez, P. López Villarejo
Hospital Univ. Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La bacteride pustulosa de Andrews, también conocida como pustulosis aguda generalizada (PAG), es un proceso reactivo, de localización fundamentalmente palmoplantar, a consecuencia de una infección bacteriana, generalmente estreptocócica. La reacción se desencadena por un mecanismo cruzado en el cual el individuo toma contacto con la bacteria estreptocócica, y secundariamente, sin que medie proceso infeccioso directo alguno, se da lugar a un proceso pustuloso en la piel.
Método: Presentamos el caso de una mujer de 62 años con clínica de odinofagia intensa, trismus y fiebre de 2-3 días de evolución. A la exploración se evidencia un absceso periamigdalino derecho que se drena sin incidencias. No obstante, se asocia un proceso pústulo-ampolloso localizado en palmas y plantas, indoloro en todo momento, sin otra afectación sistémica. La presencia de títulos elevados de ASLO apoyan el diagnóstico de PAG en estos pacientes, al igual que sucedió con el caso relatado.
Conclusión: La bacteride pustulosa de Andrews es una entidad rara pero que ha de tenerse en cuenta ante cualquier infección estreptocócica. Una adecuada anamnesis e historia clínica en busca de antecedentes que nos pongan en la pista de dicha etiología son vitales para el diagnóstico.

235

PARÁLISIS RECURRENCIAL ASOCIADA A SÍNDROME DE CLAUDE-BERNARD-HORNER

R. de la Fuente Cañibano, F.J. del Rey Tomás-Biosca, M. Gil Melcón, F. Sánchez González, J.C. del Pozo de Dios, L. Sgambatti Celis
Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

Introducción: El síndrome de Claude-Bernard-Horner se origina por lesión de la vía simpática cervical y se caracteriza por la tríada: ptosis, miosis y enoftalmos que puede ir asociado a anhidrosis y heterocromía de iris. Las parálisis laríngeas pueden tener dos orígenes: congénito (neuroblastoma, rabdomiosarcoma...) y adquirido (cirugía cervical, tumores cérvico-torácicos...).
Material y métodos: Paciente mujer de 80 años que presenta como antecedentes personales de interés intervención de adenocarcinoma de endometrio hace 5 años tratada con histerectomía y doble anexectomía y radioterapia posterior. Acude al servicio de urgencias por presentar disfonía de meses de evolución asociada a dolor laterocervical izquierdo sin disfagia, odinofagia ni falsas vías. No presenta otra sintomatología de interés. Exploración nasofibroscópica: se aprecia paresia de la cuerda vocal izquierda siendo ambas cuerdas vocales estructuralmente normales, con motilidad conservada de los cartílagos aritenoides. A la exploración de la facies se evidencia Claude-Bernard-Horner izquierdo. En la exploración cervical se objetiva a la palpación, tumoración izquierda indurada, no dolorosa, adherida a planos profundos en área IV de aproximadamente 6 centímetros de diámetro.
Resultados: Se realiza radiografía de tórax que resulta ser normal. En TAC cérvico-torácico masa de 6 × 5,5 cm que engloba grandes vasos. PAAF positiva para metástasis de adenocarcionoma de endometrio. No se realizará cirugía por cumplir criterios de inoperabilidad. Será tratada con quimioterapia.
Conclusión: La parálisis laríngea unilateral implica, una vez descartada la afectación central (córtex y vías corticobulbares), la existencia de lesión recurrencial, que puede tener múltiples causas.

251

BAHA. TÉCNICA QUIRÚRGICA

E. Fernández Pascual, J. García-Valdecasas Bernal, P. Fernández-Miranda López, J.M. Ballesteros Navarro
Hospital Univ. San Cecilio, Granada.

Introducción: Existen determinados casos de hipoacusias en los que la adaptación protésica convencional no aporta al paciente una solución satisfactoria para su problema. Esto puede suceder en casos de otitis medias crónicas no controladas, estenosis de conducto auditivo externo y otros muchos. Para estos casos especiales existen unas prótesis que transmiten el sonido por vía ósea y que se denominan BAHA (Bone Anchored Hearing Aid).
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 29 años con otitis media crónica colesteatomatosa de más de 15 años de evolución, e hipoacusia de 80 dB en la vía aérea y GAP de 40 dB. Dadas las múltiples intervenciones mastoideas a las que la paciente había sido sometida y dado que el proceso supurativo no había logrado controlarse en su totalidad durante más de 6 meses seguidos, se decidió colocar un BAHA considerándolo la mejor solución a su problema.
Resultados: La colocación de un BAHA es una intervención quirúrgica que requiere rasurado de la región temporal, infiltración local de la zona quirúrgica y anestesia general y que actualmente se realiza en un único tiempo. El primer paso es la realización del colgajo cutáneo con un dermatomo, le sigue el acceso a plano óseo, el fresado de éste y la colocación del implante y pedestal (todo ello ilustrado ampliamente con fotografías).

Conclusión: La incorporación en los últimos años de nuevos modelos de implantes y audífonos como el BAHA, ha logrado solventar la deficiencia auditiva de muchos pacientes con características especiales y carentes de esperanza en el pasado.

250

CARCINOMA BASOCELULAR INFILTRANTE EN ÁREA ORL

N. Muñoz Fernández, M.T. Achiques Martínez, I. Alonso Castañeira, N. Conill Tobías, M. Orts Alborch, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: El carcinoma basocelular es el tumor cutáneo maligno más frecuente y supone aproximadamente el 60% de los tumores de piel. Su incidencia aumenta con la edad y presenta una incidencia algo mayor en el varón. Procede de las células de la capa basal de la epidermis y de los folículos pilosebáceos, sin afectar a mucosas de manera primaria. Se caracteriza por ser muy heterogéneo desde el punto de vista clínico, lo cual en ocasiones puede hacer difícil su diagnóstico. Posee un crecimiento lento e indoloro, por eso puede llegar a producir invasión y destrucción de estructuras vecinas.
Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 64 años que presenta desde hace 14 años una lesión tumoral en región posterior del cuello que ocupa toda el área cervical posterior izquierda y retroauricular. Se trata de una lesión ulcerativa que destruye mitad inferior del pabellón auricular izquierdo dejando visualizar estructuras tales como mastoides y columna cervical. La paciente asocia parálisis facial periférica izquierda por infiltración del nervio a su salida del orificio estilomastoideo. En el TAC se observa engrosamiento irregular y extensa tumoración con pérdida de sustancia de región lateral izquierda y posterior cervical que se extiende hacia pabellón auricular, glándula parótida, masetero conducto auditivo externo, esternocleidomastoideo izquierdo y musculatura paraespinal. Erosión ósea de parte izquierda de hueso occipital, de la cortical externa mastoidea, peñasco, hueso parietal posterior y cuerpos vertebrales. Numerosas adenopatías significativas bilaterales en todos los niveles cervicales. Presenta íntimo contacto con arteria carótida y vertebral a nivel de C2.
Resultados: La paciente se encuentra en seguimiento y actualmente pendiente de comité oncológico-quirúrgico.
Conclusiones: Pese a tratarse de un tumor maligno, metastatiza excepcionalmente. Sin embargo sí tiene poder destructor local, lo que unido a que su localización más frecuente es la cara, hace que el diagnóstico y tratamiento precoces sean importantes. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica, si es posible, cosa que no sucede en este caso debido a la infiltración y destrucción de estructuras vecinas.

577

CIRUGÍA DEL IMPLANTE COCLEAR SIN ANTROMASTOIDECTOMÍA. ABORDAJE ENDOMEATAL

V. Slavutsky, L. Nicenboim
Clínica ORL Dr. Slavutsky, Vilanova i la Geltrú, Barcelona.

Introducción: La utilización de dos orificios naturales: el meato auditivo externo y la ventana redonda, permiten la colocación del implante coclear sin tener que realizar la antromastoidectomía, la timpanotomía posterior y la cocleostomía promontorial. El abordaje endomeatal practica un angulo de inserción optimo de la guía, para intentar evitar lesiones cocleares (soft surgery).
Materiales y método: La técnica fue desarrollada en 35 huesos temporales y después aplicada en 12 pacientes. Consta de un primer tiempo endomeatal que comprende una incisión tipo estapedectomía, la confección de un surco óseo en la pared postero-superior del CAE y la exposición de la ventana redonda y su membrana. Un segundo tiempo retroauricular, con una incisión convencional, disección de la piel del CAE hasta encontrar el labio posterior de la incisión endomeatal y prolongación del surco óseo hasta la cara externa de la mastoides, creando una pequeña ceja ósea en toda su longitud que mantendrá la guía en el surco. Al final de este surco y por delante del alojamiento del receptor-estimulador y comunicado con el mismo, se confecciona una fosita mastoidea, que alojara el cable residual. La timpanotomía secundaria se realiza desde el borde superior de la ventana redonda, hasta que la cocleostomía permita visualizar el inicio de la rampa timpánica. Se introduce el haz de electrodos que pasará a través del CAE hasta la cavidad timpánica y por la ventana redonda al interior de la cóclea. El resto de la guía es posicionada en el surco, debajo de la ceja y rellenado con polvo óseo para evitar su contacto con la piel. El cable residual se coloca en la fosita mastoidea. El receptor estimulador se fija en su alojamiento. El electrodo de referencia se deja en un bolsillo subperióstico y se sutura la incisión retroauricular. Tercer tiempo endomeatal: sellado de la ventana redonda con fascia, reposición del colgajo tímpano meatal y taponamiento del CAE.
Resultados: El tiempo quirúrgico fue significativamente más corto, sin complicaciones posoperatorias, con una cicatrización correcta y los resultados funcionales adecuados.
Conclusiones: Es una técnica quirúrgica más rápida y segura que elimina el riesgo del nervio facial y preserva la función residual. Es una alternativa valida respecto al abordaje transmastoideo.

456

CASO CLÍNICO: LARINGOCELE, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CON RESECCIÓN ENDOSCÓPICA

P. Cabrera Morín, D. Abad Casado, M. Vaca González, F. de la Rosa Astacio, R. Barberá Durbán
Hospital Univ. Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Concepto: divertículo del sáculo del ventrículo laríngeo, se clasifican en internos, externos y mixtos, dependiendo de si atraviesa la membrana tirohioidea. Los agentes causales no están claros, aunque se suele citar el aumento de la presión transglótica como posible responsable, existe una relación más clara con el carcinoma de laringe o malformaciones congénitas.
Material y método: Enfermedad actual: varón de 56 años con disfonía de larga evolución, con diagnóstico de pólipo de CVI por lo que es derivado a consultas de ORL Antecedentes personales: fumador 20 cig/día. Fibroscopia: cavum epiglotis normales, se observa lesión polipoidea en CVI, aumento de volumen a nivel de pliegue ariepiglótico y ventrículo izquierdos que desplaza pared medial de seno piriforme izquierdo, paso aéreo conservado. TAC: voluminoso laringocele izquierdo de contenido aéreo que distorsiona la vía aérea laríngea y lesión polipoidea en CVI sin llegar a comisura anterior, ni atravesar membrana tirohioidea. JC: laringocele izquierdo interno. Tratamiento: se realiza extirpación por laringoscopia directa con láser CO_2.
Conclusiones: El manejo de los laringoceles es quirúrgico. Existe controversia en la literatura en cuanto a la marsupialización por vía endoscópica comparada con el abordaje por vía externa para la extirpación completa la cual es la vía preferida por muchos autores sobre todo si existe un componente externo. Se debe valorar cada caso en cuanto a los beneficios y la posibilidad de realizar la resección por vía endoscópica, como en este caso en el cual se ha logrado la extirpación completa utilizando el láser CO_2, con una excelente recuperación del paciente en corto período de tiempo, evitando el abordaje externo.

452

COLOCACIÓN DE IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS, MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA EVITAR NECROSIS DEL COLGAJO

R. Manrique Huarte, C. Gimeno Vilar, L. Montes-Jovellar González, M. Manrique Rodríguez
Clínica Universitaria, Navarra.

Introducción: La colocación de implantes osteointegrados es un procedimiento quirúrgico sencillo, que se realiza bajo anestesia local. A pesar de su aparente sencillez, sin embargo tiene un elevado porcentaje de complicaciones, principalmente la necrosis del colgajo. Se ha diseñado una modificación de la incisión a fin de intentar reducir las complicaciones.
Material y métodos: En nuestro centro se han realizado 25 procedimientos para la colocación de dispositivos osteointegrados. De ellos, 19 fueron realizados con una técnica quirúrgica convencional presentando un porcentaje de necrosis del colgajo de 21%. La incisión modificada es una incisión semicircular con pedículo anterior y en el centro del colgajo

circular se rebaja un pequeño escalón para evitar la necrosis por presión circundante. Esta incisión se ha empleado en 5 pacientes.
Resultados: El uso de la nueva incisión ha evitado la aparición de la necrosis del colgajo.
Conclusión: Las modificaciones realizadas en la técnica quirúrgica facilitan el postoperatorio de los pacientes y reducen el riesgo de necrosis del colgajo.

66

SÍNDROME DE WOAKES: POLIPOSIS NASOSINUSAL DEFORMANTE

R. Lobato Pérez, J. Estéfano Rodríguez, E. Pérez Samitier, J. Algaba Guimera
Hospital de Donostia, Guipúzcoa.

Introducción: La poliposis nasosinusal deformante o síndrome de Woakes se caracteriza por una etmoiditis deformante con ensanchamiento de la pirámide nasal por una poliposis nasal agresiva y recidivante. Suele asociarse a bronquiectasias y aplasia del seno frontal.
Material y método: Presentamos el caso de una mujer de 52 años, como antecedentes de interés reseñar alergia a AINES y pirazolonas y fue intervenida en 2 ocasiones para extirpación de pólipos con lente binocular de aumento. Consulta por obstrucción nasal, hiposmia y deformación de la nariz.
Resultados: En la exploración mediante rinoscopia anterior se observan ambas fosas ocupadas por pólipos, se completa el estudio con un TAC que informa la leve ocupación del seno esfenoidal, total ocupación de las celdillas etmoidales con carácter expansivo destruyendo las estructuras óseas, se continúa con ocupación de las fosas nasales desapareciendo la estructura de los cornetes. Asimismo, existe una falta de desarrollo de los senos frontales. Se propone realizar una cirugía endoscópica para la extirpación de los pólipos y en el mismo acto quirúrgico se realiza una rinoplastia reparadora.
Conclusiones: Los pólipos son la tumoración benigna más frecuente de las fosas nasales, de carácter inflamatorio que en general se originan en el etmoides. El síndrome de Woakes es una poliposis muy agresiva que produce adelgazamiento de las paredes óseas nasales por compresión y en consecuencia una deformidad nasal y facial dando lugar a hipertelorismo. Se describe con más frecuencia en niños y adolescentes.

458

CUERPO EXTRAÑO EN CAJA TIMPÁNICA: MOLDE DE SILICONA

M.E. Alarcón Linares, F. Ropero Romero, J. Gutiérrez Jodas, P. Figueroa Crespo, J. Roldán Nogueras
Hospital Univ. Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La utilización de silicona en estado líquido para la realización de moldes del CAE puede conllevar yatrogenia en raras ocasiones. Un ejemplo es cuando parte de la silicona difunde al oído medio a través de una perforación preexistente, solidificando posteriormente y quedando atrapada en el interior de la caja timpánica. Si pasa desapercibido puede provocar problemas en el diagnóstico diferencial con otros procesos como el colesteatoma.
Método: Presentamos el caso de una mujer de 60 años que acude por urgencias por otalgia intensa desde la realización de un molde con silicona para adaptación de prótesis auditiva en OI. No refiere problemas óticos con anterioridad, aparte de la hipoacusia por la que le han prescrito un audífono. En la otoscopia se aprecia la ocupación de la caja timpánica por un material blanquecino, visible parcialmente a través una perforación central. En un principio se sospecha la presencia de escamas colesteatomatosas en oído medio. El TC muestra la ocupación de la caja timpánica, englobando la cadena osicular, sin destrucción de la misma ni de las paredes óseas. El análisis histológico de una muestra del material blanquecino informa que se trata de silicona.
Conclusión: Es necesario extremar las precauciones al usar silicona líquida para la realización de moldes de conducto auditivo externo para la adaptación de prótesis auditivas, sobre todo ante la presencia de perforaciones en la membrana timpánica.

110

SORDERA BRUSCA EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS

T. Labatut Pesce, E. Mora Rivas, R. Polo López, P. Cabrera Morín, J. Martínez San Millán, I. Isasa González de Ubieta
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Paciente de 22 años que consultó por hipoacusia brusca del oído izquierdo que la dejó totalmente sorda. Antecedentes de cofosis derecha por radioterapia "Gamma Knife" para neurinomas bilaterales del ángulo pontocerebeloso (APC) por neurofibromatosis tipo 2 hace dos años. La audición previa del oído izquierdo presentaba un umbral auditivo medio de 30dB. Audiometría urgente objetivo cofosis bilateral. La exploración física observó paresia facial izquierda House Brackmann Gº II preexistente. Hipótesis diagnostica; hipoacusia secundaria a progresión de su proceso expansivo a nivel del APC.
Material y métodos: Estudio de imagen con TC y RNM. Tratamiento con metilprednisolona a dosis de 1 mg/kg.
Resultados: Neurinoma del VIII par derecho en todo su recorrido que invadía la cóclea. Neurinoma del VII par derecho en su 3ª porción. Neurinoma del VII par izquierdo en su 2ª y 3 ª porción. Neurinoma en APC derecho que impresiona depender del VIII par. Neurinoma en APC izquierdo que impresiona depender del VII par. Tras comparar con imágenes previas no se observó crecimiento de las masas de ambos APC. Al comparar ambas cócleas se observó una clara diferencia de densidad del interior de la cóclea izquierda que no existía en imágenes previas compatible con una hemorragia coclear izquierda. La audición no ha mejorado en controles posteriores.
Conclusiones: El diagnóstico más probable de la hipoacusia brusca de la paciente es una hemorragia coclear secundaria a una necrosis tardía post-radioterapia, aunque no se puede descartar el daño compresivo del VIII par.

501

ESTUDIO ANATÓMICO DEL TRAYECTO Y RELACIONES DEL NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE

E. Asgharpour Talat, E. Maranillo Alcaide, J.R. Sañudo Tejero
H. del Sureste, Dep. de Anatomía y Embriología Humana I de la U. Complutense, Madrid.

Objetivo: Estudiar las relaciones del nervio laríngeo recurrente (NLR) en una muestra homogénea de cadáveres humanos y revisar la bibliografía existente con el fin de realizar un meta-análisis de todos aquellos parámetros anatómicos de mayor interés en las tiroidectomías.
Material y métodos: La muestra consta de 143 cadáveres pertenecientes a la Universidad de Cambridge. Los parámetros del NLR analizados fueron: origen, relación con el surco traqueo-esofágico (TE), relación con la arteria tiroidea inferior, relación con el ligamento de Berry, relación con el músculo constrictor inferior de la faringe y división terminal. Se utilizó el test de Chi-cuadrado para valorar la significación estadística de los resultados. Se realizó un meta-análisis de los resultados en la literatura consultada.
Resultados: El origen de los nervios recurrentes era el habitual excepto en un caso (0,7%) en el que en el lado derecho el NLR presentaba un trayecto no-recurrente. El NLR se situaba más frecuentemente por delante (41,6%) del surco T-E. En cuanto a la relación del NLR con la arteria tiroidea inferior, el nervio fue observado con mayor frecuencia posterior a la arteria (35,8%). El nervio se encontró localizado lateral al ligamento de Berry en 88,1% de los casos, entre sus fibras en el 8,7% y medial en el 3,2% de los casos. El NLR antes de entrar en la laringe, pasaba con más frecuencia por debajo de las fibras del músculo constrictor inferior de la faringe (90,4%) y como un solo tronco (54,6%).
Conclusiones: Realizando una tiroidectomía es de esperar localizar al NLR con mayor frecuencia anterior al surco TE, posterior a la arteria tiroidea inferior, lateral al ligamento de Berry y como un solo tronco antes de entrar en la laringe.

491

TUMORES PAROTÍDEOS RAROS. 2 CASOS CLÍNICOS

I. Alonso Castañeira, N. Muñoz Fernández, N. Conill Tobías, M.T. Achiques Martínez, A. Morant Ventura, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: Los tumores de glándula parótida son infrecuentes. De ellos el 65% son adenomas pleomorfos, y el tumor de Warthin constitu-

ye el segundo tumor más frecuente. Además puede haber otras patologías menos frecuentes como linfomas, carcinomas (adenoide quistito, epidermoide, mucoepidermoide), oncocitomas... No obstante, muy ocasionalmente la anatomía patológica tras la cirugía descubre lesiones que sorprenden a cirujanos de gran experiencia.
Material y métodos: Se presentan dos casos clínicos de tumores parotideos extremadamente infrecuentes. El primero es un carcinosarcoma (tumor mixto maligno) que se presenta como una masa dolorosa de crecimiento lento, y progresivamente debilidad del nervio facial. Se realizaron pruebas de imagen, PAAF, y posterior cirugía y radioterapia. El segundo se trata de una paciente que debutó con una masa parotídea no dolorosa. El estudio de extensión mediante radiología y PAAF no resulto concluyente por lo que se indicó la resección quirúrgica de la lesión única, nodular mediante parotidectomía superficial. La anatomía patológica desveló un neurinoma parotídeo.
Conclusiones: El carcinosarcoma es un tumor extremadamente raro con una alta tasa de recurrencia locorregional y metástasis por lo que se recomienda un seguimiento exhaustivo a largo plazo. Un neurinoma intraparotídeo que debuta como una lesión aislada no dependiente del nervio facial no ha sido descrito en la literatura.

233

HERIDAS POR ARMA BLANCA CERVICALES. CASO DE AUTOLISIS

A.R. Nehme Paz, M.H. Rey Martínez, M. Paulos Novoa, I. Arán González, J. Fernández Silva
Complejo Hospitalario de Pontevedra, Hospital Montecelo, Pontevedra.

Introducción: Aunque en España la tasa de suicidios es baja, ésta ha sufrido un incremento a lo largo de los últimos años. Dentro de ellos, la muerte por degollamiento no es de las más frecuentes pero supone una situación de extrema urgencia al poder lesionar la vía aérea y grandes vasos.
Material y método: Se expone el caso de una mujer de 69 años de edad que es traída por el servicio de urgencias con heridas por arma blanca en miembro superior izquierdo y a nivel cervical, realizadas por la propia paciente con fines autolíticos. Además de la hemorragia provocada por la sección de tejidos y vasos, presenta una ruptura casi completa de la tráquea cervical,
Resultados: Se analiza la conducta a seguir en casos de traumatismos abiertos a este nivel basándonos en la actuación sobre este caso, en el que se realizó una anastomosis terminoterminal de la tráquea.
Discusión/Conclusiones: Las heridas por este tipo de armas a nivel laringotraqueal, aunque no son frecuentes en nuestro medio, suponen una urgencia quirúrgica inmediata. Ante el diagnóstico de este tipo de lesiones es fundamental asegurar la vía aérea y controlar las hemorragias, reparando posteriormente las vías respiratorias y lesiones asociadas.

122

ESTENOSIS DE CAE POR DISPLASIA FIBROSA MONOSTÁTICA

N. Muñoz Fernández, A. Morant Ventura, I. Alonso Castañeira, N. Conill Tobías, M.T. Achiques Martínez, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: La displasia fibrosa monostática es una patología de baja frecuencia pero de interés para el otorrinolaringólogo por su predilección por afectar huesos del cráneo y cara. De etiología genética se caracteriza por una alteración del desarrollo óseo causado por un defecto en la diferenciación y maduración de los osteoblastos, lo cual se traduce en un reemplazo del hueso normal por un tejido fibro-óseo formando lesiones expansivas únicas o múltiples. Es rara su degeneración sarcomatosa. Es típico su aspecto radiológico por su cortical adelgazada, radiolúcida con aspecto de vidrio esmerilado, a veces heterogéneas. La monostática aparece en la 2ª y 3ª década de la vida y es la más frecuente. El temporal puede ser afectado en todas sus porciones pero lo más frecuentemente descrito es en la escama y la mastoides con una estenosis del CAE que llevará a una hipoacusia conductiva hasta la producción de un colesteatoma de conducto a veces complicado.
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de mediana edad que consulta por sensación de taponamiento e hipoacusia de trasnmisión. La otoscopia revela una imagen en forma de fondo de saco objetivando edema y estenosis del CAE sin visualizar membrana. El TAC muestra aumento de grosor de cortical externa de región mastoidea derecha con ocupación parcial del CAE por densidad partes blandas. La historia descarta pubertad precoz o alteraciones endocrinas.
Resultados: Actualmente la paciente se encuentra con poca clínica y realizando distintas pruebas objetivas ORL, siendo necesaria su vigilancia periódica.
Conclusiones: En las formas de presentación craneofacial el síntoma más frecuente es el aumento de volumen indoloro. En los casos de DFM la conducta a seguir dependerá de la sintomatología. Los tratamientos propuestos dependerán de la simple observación a la cirugía.

500

CIRUGÍA TRANSNASAL TRANSESFENOIDAL ENDOSCÓPICA. NUESTRA TÉCNICA

J.R. Vasallo Morillas, M. Zaballos González, E. Masgoret Palau, J.M. Cuyás Lazarich, J. Merán Gil, A. Ramos Macías
Complejo Hospitalario Univ. Materno-infantil Insular, Gran Canaria.

Introducción: El abordaje transesfenoidal endonasal endoscópico es un técnica quirúrgica mínimamente invasiva utilizada para la exéresis de lesiones sellares y parasellares
Material y métodos: El procedimiento se realiza vía esfenoidotomía anterior. Las dos principales características para el abordaje endoscópico, cuando lo comparamos con la intervención microquirúrgica estándar, es el uso del endoscopio como único instrumento óptico y la ausencia de retractor transesfenoidal. La técnica quirúrgica estándar está formada por tres fases principales: nasal, esfenoidal y fase sellar. Durante la fase nasal, el endoscopio se introduce a través de la nariz y se avanza hacia el receso esfenoetmoidal, donde se realiza la esfenoidotomía. La fase esfenoidal consiste en la esfenoidotomía anterior (extirpación de rostrum de esfenoides), la extirpación del septo esfenoidal, y la identificación de las estructuras del seno esfenoidal. En la fase sellar, la apertura de la pared sellar para la posterior extirpación de la lesión. Una amplia visualización de la afectación sellar se obtiene a través de la endoscopia angulada para detectar eventuales remanentes tumorales. El procedimiento finaliza con la reconstrucción sellar y la retirada del endoscopio, sin ningún taponamiento nasal postoperatorio.
Resultados: La bidimensionalidad de la visión endoscópica se ve compensada por el acercamiento directo de ésta a la región afectada, lo que permite una visión panorámica del campo operatorio y la posibilidad de identificar las diferentes estructuras.
Conclusión: Durante los últimos años, el abordaje transnasal endoscópico ha irrumpido como una opción en desarrollo, que probablemente llegará a predominar en un futuro próximo.

120

TUMORACIÓN NASAL GIGANTE

R. Polo López, P. Cabrera Morín, D. Abad Casado, M. Vaca González, G. de los Santos Granados
Hospital Univ. Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El fibroma osificante es una variedad de tumoración ósea en la que el hueso es sustituido por tejido fibroso. Parece tener su origen en una osteítis fibrosa reactiva con posterior formación de tejido óseo.
Caso clínico: Varón de 11 años que acude a consultas de ORL por insuficiencia respiratoria nasal bilateral y anosmia de larga evolución. La familia refiere crecimiento de dorso nasal e hipertelorismo en los últimos meses. No presenta epistaxis, rinorrea, alteraciones de visión ni clínica neurológica. En la exploración fibroscópica se objetiva una masa de aspecto vascularizado que ocupa completamente ambas fosas nasales con destrucción del septum nasal. La exploración neurológica y visual es normal. Se solicita T.C. de senos paranasales encontrando una voluminosa tumoración heterogénea de ambas fosas nasales con destrucción del septo nasal y afectación de celdillas etmoidales, senos maxilares, órbitas y senos esfenoidales. La lesión abomba la base de cráneo anterior sin invasión intracraneal. En la R.M.N., se confirman hallazgos previos de la T.C. sin poder descartar quistes aneurismáticos superpuestos a la lesión primaria, por lo que se recomiendo arteriografía. Se realiza arteriografía con embolización (partículas PVA) de la porción terminal y ramas distales de am-

bas maxilares internas; las principales aferencias tumorales proceden de ambas arterias meníngeas medias y arterias oftálmicas que no pueden ser embolizadas por el riesgo de accidente cerebrovascular. Dos días después de la arteriografía y embolización, se realiza, previa biopsia de la lesión (fibroma osificante juvenil), resección macroscópica de toda la masa mediante un abordaje combinado por craneotomía bifrontal y CENS. Durante el postoperatorio, el paciente presenta una fístula de LCR que se resuelve con medidas conservadoras y una parálisis bilateral de cuerdas vocales en abducción que se resuelve parcialmente al alta tras 25 días del la intervención. Tras 2 años de la cirugía, no hay signos de recidiva y la parálisis de cuerdas se ha resuelto completamente.
Conclusiones: El fibroma osificante aparece con mayor frecuencia alrededor de los 50 años, siendo raras las formas infantiles. Su tratamiento es quirúrgico en los casos sintomáticos o cuando producen deformidad.

113

LINFOMA T ANGIOINMUNOBLÁSTICO EN AMÍGDALA PALATINA

R. Jódar Moreno, J. Gálvez Pacheco, F.A. Navarro Escobar, J. Roura Moreno, M.S. Sánchez Torices
Hospital Neurotraumatológico Princesa de España, Jaén.

Introducción: En el curso de las hemopatías malignas o benignas son frecuentes las manifestaciones otorrinolaringológicas; en ocasiones éstas son las primeras en aparecer planteando problemas etiológicos.
Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 42 años que acude al Servicio de Urgencias de O.R.L. por odinofagia, mal estado general y sensación febril. En la exploración se objetiva ulceración en amígdala palatina izquierda y adenopatías cervicales ipsilaterales, afebril.
Resultados: Durante su ingreso se toma biopsia de amígdala que informa de la presencia de linfoma T angioinmunoblástico. El paciente es derivado a Hematología para recibir tratamiento quimioterápico; donde al presentar dolor abdominal y náuseas se realiza TAC abdominal, apreciándose líquido libre en íleon terminal y derrame pleural bilateral. Días después presenta hipotensión arterial dependiente de dopamina, oliguria e hipoxemia por lo que ingresa en UCI, donde fallece debido a sepsis y fallo multiorgánico.
Discusión/Conclusiones: Los linfomas de las vías aerodigestivas superiores son casi siempre linfomas no Hodgkin localizados en el anillo de Waldeyer. El diagnóstico preciso del tipo histológico es el factor determinante del tratamiento y el pronóstico.

336

LIPOMA PARAFARÍNGEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.T. Almela Rojo, L. Rosique López, N. Mena Viveros, R. Arce Martínez, N. Mínguez Merlos, D. Hellín Meseguer
Hospital Univ. Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Las neoplasias del espacio parafaríngeo son raras, constituyen un 0,5% de los tumores de cabeza y cuello. La mayoría son benignas, con mayor frecuencia afectan a glándulas salivares, menos frecuentes son los tumores neurogénicos, y los lipomas que afectan a este espacio son extremadamente raros.
Material y métodos: Varón de 71 años que consulta por sensación de ocupación faríngea de 5 meses de evolución sin disfagia ni disnea. En la exploración de orofaringe encontramos una masa de consistencia blanda y elástica que desde la amígdala izquierda se extiende medialmente. La tomografía axial computarizada informa de lesión de densidad grasa que ocupa espacio parafaríngeo izquierdo preestiloideo y se extiende hasta porción profunda de la parótida, compatible con lipoma parafaríngeo izquierdo. La biopsia de la lesión informa de tejido adiposo maduro de características benignas.
Resultados: Se realiza la exéresis quirúrgica del tumor mediante abordaje transcervical y el postoperatorio discurre con normalidad. El informe de anatomía patológica confirma el diagnóstico preoperatorio de lipoma.
Discusión: Un 13% de los lipomas aparecen en cabeza y cuello, la mayoría son lesiones subcutáneas que afectan a la región posterior del cuello, y raramente aparecen en la región anterior del cuello, cavidad oral, faringe o laringe. Existen pocos casos descritos en la literatura de lipomas que afectan al espacio parafaríngeo. Estos tumores crecen de forma lenta y dan síntomas cuando alcanzan gran tamaño. El tratamiento de elección es la excisión quirúrgica y el tipo de abordaje depende de la localización, tamaño y relación con vasos y nervios.

323

LINFOMA PRIMARIO DE AMÍGDALA: PRESENTACIÓN ATÍPICA

J. Knäpper Martín, D. Graterol Torres, R. Wegmann Vicuña, J. Lorente Guerrero, López
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La presentación en el área ORL de los linfomas se ha incrementando en los últimos años. Los linfomas primarios del anillo de Waldeyer suponen aproximadamente un 10% de todos los casos de los linfomas y más de la mitad de los casos localizados en área de cabeza y cuello. En un 62% de los casos se manifiesta como un crecimiento asimétrico de las una o ambas amígdalas. En pacientes adultos dicha asimetría amigdalar suele ser indicador de enfermedad maligna; mientras que en el caso de los niños, sin otros hallazgos, es menos probable. Ante la sospecha de este proceso debe realizarse una biopsia de la lesión. Las pruebas de imagen objetivan una lesión uniforme sin destrucción ósea y, en algunos casos, desplazamiento de espacios parafaríngeos sin llegar a infiltración.
Material y métodos: Varón de 15 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por persistencia de odinofagia de 7 días de evolución, síndrome febril y malestar general. En los últimos días se añade voz de ocupación y disfagia relativa con aumento de la sudoración, pérdida de peso y sensación de otalgia refleja. A la exploración ORL, se objetiva un abombamiento periamigdalino derecho con ulceración superficial de pequeño tamaño. La punción-drenaje es positiva para material purulento y se orienta como absceso periamigdalino.
Resultados: Ante la persistencia de los síntomas y aumento de la extensión ulcerosa amigdalar se decide biopsia de la lesión que resulta positiva para linfoma B de células grandes tipo centro germinal. El estudio de extensión mediante TAC cervical y toraco-abdomino-pélvico descarta cualquier otra afectación sistémica. Finalmente, se decide amigdalectomía reglada para tipaje del linfoma.
Discusión: La asimetría uni o bilateral de ambas amígdalas palatinas orienta a patología tumoral del Anillo de Waldeyer. El carcinoma epidermoide es la entidad más típica en adultos siendo el linfoma no Hodgkin el segundo en frecuencia. Es importante conocer que el tratamiento quimioterápico actual consigue que la supervivencia sea elevada; por ello la biopsia amplia excisional y un minucioso análisis anatomo-patológico llevará a un deseado diagnóstico precoz.

69

PERFORACIÓN SEPTAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

F.J. Avilés Jurado, J. Merán Gil, M. Tobed Secall, E. Doménech Vadillo, M. Roca, E. Figuerola, J. Risco Arenas
Hospital Univ. Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: La perforación septal es una entidad relativamente frecuente en la consulta ORL. Las etiologías más frecuentes (80-90%) son la traumática, el contacto con tóxicos y las infecciosas. Presentamos el caso de una perforación septal, que tras estudio clínico, analítico y anatomopatológico, persiste sin diagnóstico definitivo, con muy mala respuesta a tratamiento. Se realiza pequeño resumen de la actuación ante la perforación septal.
Material y métodos: *Caso clínico.* Varón de 32 años. No alergias. No antecedentes patológicos, quirúrgicos ni traumáticos de interés. Niega hábitos tóxicos. Presenta clínica de Insuficiencia respiratoria nasal bilateral de 6 meses de evolución, epistaxis de repetición y deformidad del dorso nasal en "silla de montar". Se toman múltiples muestras de los márgenes de la perforación así como de paredes laterales de ambas fosas nasales. *Diagnóstico anatomopatológico:* infiltrado linfo-plasmocitario no específico, fibrosis y presencia de células inflamatorias policlonales.
Resultados/Discusión: Descartadas las más causas más probables, debemos tener en cuenta enfermedades vasculíticas y neoplásicas. La importancia del diagnóstico precoz de estas últimas obliga a no conformarse ante resultados no concluyentes alegando consumo oculto de tóxicos o enfermedad idiopática. El diagnóstico de enfermedad idiopática debe ser utilizado con extrema reticencia. La historia clínica, la exploración completa del paciente, el estudio anatomopatológico (frecuentemente son necesarias repetidas biopsias), las serologías y pruebas hematológicas.

75

SCHWANNOMA VAGAL HIPERVASCULARIZADO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON PARAGANGLIOMA VAGAL

R. Reboll Ferrer, M. Juez, M. Armengot Carceller, C. García Navalón, M. Bonet, M.J. Gómez, J. Basterra, J. Martínez-León, M.A. Martorell
Serv. de ORL, Serv.de Cirugía Cardiovascular, Serv. de Cirugía Cardíaca,Serv. de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario, Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: Los schwannomas de cabeza y cuello corresponden al 25% de los schwannomas observados en todo el organismo. En ocasiones pueden ser lesiones muy vascularizadas que por su localización plantean el diagnóstico diferencial con un paraganglioma. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico intervenido con el diagnóstico preoperatorio de paraganglioma vagal, y que el examen histológico reveló que se trataba de un schwannoma del décimo par craneal.
Material y métodos: Paciente mujer de 53 años que consulta por sensación de cuerpo extraño al tragar de cinco años de evolución. La exploración clínica solo revela un abombamiento hacia la línea media de la fosa amigdalina izquierda. No se palpaban tumoraciones cervicales. La angiorresonancia magnética cervical informa de masa hipervascularizada, con un tamaño de 36 mm × 44 mm, localizada en el espacio carotídeo izquierdo, con un patrón en "sal y pimienta" sin extensión intracraneal. Se realiza tratamiento quirúrgico mediante cervicotomía con exéresis de la lesión. La anatomía patológica revela que se trata de un schwannoma maduro. El examen inmunohistoquímico informa de positividad para vimentina y proteína S-100.
Discusión/Conclusiones: Los schwanomas de nervios cervicales pueden presentarse como tumores hipervascularizados que nos llevan al diagnóstico de un paraganglioma. Dado que el tratamiento es la exéresis quirúrgica en ambas entidades, tener un diagnóstico previo es útil atendiendo a la necesidad o no de embolización preoperatoria. Como en este caso, sólo la anatomía patológica complementada con la inmunohistoquimia nos da el diagnóstico definitivo.

471

LIPOMA FARÍNGEO GIGANTE

G. Fernández Rodríguez, E. de La O Corrochano, M.J. Cisternas Bittencourt, F. Ramos Puerto, C. Salazar, M.J. Lavilla Martín de Valmaseda, J. Marcos Calle, M.R. de Saa Álvarez, M. García, M.S. Aparicio
Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: El lipoma es un tumor benigno mesenquimal frecuente cuya localización faringea es excepcional, con escasas publicaciones en la literatura. Se llega al diagnóstico por hallazgo casual o por molestias faríngeas debido al aumento progresivo de tamaño, como en nuestro caso.
Material y método: Se describe y analiza el caso de un varón de 87 años que acude a Urgencias por sensación de cuerpo extraño orofaríngeo que a la exploración física se observa una tumoración gigante que se extiende desde el repliegue faringoepiglótico hasta exteriorización a través de la cavidad bucal.
Resultados: Tras microcirugía laríngea mediante láser CO_2 se realiza exéresis de la lesión con resultado anatomo patológico de lipoma faríngeo de aproximadamente 14 cm.
Discusión: El lipoma de localización faríngea es infrecuente como se confirma con la escasez de casos en la literatura publicados. Lo espectacular del caso demuestra como patología benignas pueden ser enmascaradas por el paciente a lo largo de los años hasta que empiezan a dar problemas por el tamaño o localización de las mismas.

470

HEMATOMA HIPOFARÍNGEO DISECANTE POST SUBMAXILECTOMÍA

E. de La O Corrochano, M.J. Cisternas Bittencourt, G. Fernández Rodríguez, F. Ramos Puerto, M. García, C. Salazar, J. Marcos Calle, J. Ibarrondo, M.R. de Saa Álvarez, G. Pardo, M.S. Aparicio
Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: El tratamiento quirúrgico de la glándula submandibular consiste en tratar tumores malignos y benignos, infecciones crónicas y traumatismo. A pesar de la adecuada realización de la técnica pueden aparecer complicaciones urgentes que comprometan la vida del paciente como en el caso de hematoma hipofaríngeo disecante post submaxilectomía, como el caso que se presenta, que necesita un rápido diagnóstico y una efectiva terapia.
Material y método: Se describe el caso de un paciente varón de 23 años intervenido de submaxilectomía izquierda en hospital comarcal, y que en el postoperatorio inmediato presenta disfagia y aumento del diámetro del ángulo submandibular izquierdo por hematoma. Es derivado a nuestro hospital, donde al realizar la exploración endoscópica se observa abombamiento de la pared lateral faríngea izquierda con disminución de la luz hipofaringea superior al plano glótico.
Resultados: A consecuencia de la extensión del hematoma postoperatorio se realiza intervención quirúrgica de urgencias drenando dicho hematoma por vía combinada: incisión cervical e incisión laterofaríngea. El paciente presentó buena evolución sin ninguna otra complicación.
Discusión: El hematoma disecante faríngeo es una complicación posquirúrgica tras submaxilectomía infrecuente pero grave y que puede comprometer la vida del paciente. Se necesita una rápida actuación, y unos medios adecuados que puedan asegurar la vía aérea y monotorización del paciente.

467

HEMATEMESIS MASIVA SECUNDARIA A FÍSTULA CARÓTIDO-ESOFÁGICA Y DECÚBITO POST-STENT ESOFÁGICO EN PACIENTE CON ESTENOSIS ACTÍNICA POST-LARINGECTOMÍA

B. Martínez Vidal, T. Borés, E. Rioja, M. Caballero, I. Vilaseca, F. Sabater, J.L. Blanch, M. Bernal-Sprekelsen
Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Caso clínico: Paciente de 17 años con un carcinoma laríngeo T3N1M0 intervenida mediante láser de CO_2 en 2 ocasiones que posteriormente requirió laringectomía total, vaciado ganglionar bilateral y radioterapia. 12 meses después presenta afagia por estenosis esofágica actínica completa que se realiza fallidamente con láser de CO_2 y posteriormente se coloca un stent faringoesofágico mediante esofagoscopia retrógrada a través de la gastrostomía previa.10 dias después presenta hematemesis masiva que requiere hemostasia con sonda de Seinkstaken. La arteriografía objetiva una fístula carótido-esofágica a nivel de la arteria carótida primitiva izquierda y se logra hemostasia mediante prótesis endoluminal de carótida común e interna. Presenta posteriormente una nueva hematemesis masiva que requiere embolización de la carótida externa y cervical profunda sin control del sangrado. La fibroscopia evidencia sangrado por decúbito del stent esofágico, que obliga a colocar un nuevo stent. 6 días después desarrolla una reestenosis esofágica e isquemia del traqueostoma que se interviene encontrando necrosis traqueal y estenosis esofágica completa que obliga a una esofaguectomía total, resección traqueal y traqueostomía torácica.
Discusión/conclusiones: Las fístulas carótido-esofágicas después de la colocación de stents esofágicos para el tratamiento de estenosis actínicas son complicaciones infrecuentes pero potencialmente mortales en los pacientes con múltiples intervenciones cervicales y radioterapia.

465

TIROIDES LINGUAL, REPORTE DE UN CASO

N. Mena Viveros, P. Anula Suárez, L. Rosique López, R. Arce Martínez, M. Almela Rojo, L.M. Amorós Rodríguez
Hospital Univ. Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El arresto total en el descenso del tiroides en desarrollo con el resultado de la presencia de tejido tiroideo en la base de la lengua es llamado tiroides lingual. Histológicamente el tejido aparenta ser tejido tiroideo normal, pero, la infiltración en el tejido muscular adyacente pude simular un carcinoma. El tiroides lingual a menudo es el único tejido tiroideo funcional en estos pacientes. Con el tiempo, la mayoría de los pacientes serán hipotiroideos.
Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer en la quinta década de la vida que acudió a la consulta externa de Endocrinología por presentar clínica sugerente de hipotiroidismo y disfagia de 2 años de evolución. Antecedentes personales de interés: psicóloga de profesión,

sin enfermedades crónico- degenerativas. Fumadora (48 paquetes al año). Se realizaron los estudios pertinentes: PAAF que informó el resultado como compatible con quiste del conducto tirogloso. Gammagrafía tiroidea con tecnecio 99: en donde presentó 2 áreas de captación correspondientes a conducto tirogloso y región sublingual correspondientes con tejido tiroideo ectópico. Compatible con tiroides lingual. TC de cuello: imagen nodular hiperdensa en línea media de 1,5 cm de diámetro compatible con quiste de conducto tirogloso. A nivel de margen inferior de cartílago tiroides en línea media y anterior se visualiza otra pequeña imagen quística de 1 cm.
Resultados: Dado lo anterior, se decidió la resolución quirúrgica, realizando la exéresis de ambos tejidos ectópicos. Sin incidentes. Se enviaron ambas muestras a estudio A.P. que confirmó el diagnóstico.
Conclusión: El tiroides lingual es una entidad no muy frecuente, contraria al quiste de conducto tirogloso que es la anomalía cervical congénita más común. Es importante realizar los diagnósticos diferenciales apropiados: nódulos submentales, quistes dermoides, carcinoma tiroideo metastásico, nódulo del lóbulo piramidal, quistes branquiales, lipomas, etc., pero, a menudo el diagnóstico definitivo se realiza sólo al remover el tejido ectópico. El objetivo de realizar estudios de imagen en estos pacientes, es evaluar la naturaleza de la lesión y determinar si es el único tejido funcionante.

337

PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO PARALARÍNGEO

M.T. Almela Rojo, P. Navarro Paule, L. Rosique López, N. Mena Viveros, R. Arce Martínez, P. Anula Suárez, J. Sola Pérez
Serv. ORL, Serv. Anatomía Patológica, Hospital Univ. Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El pseudotumor inflamatorio o tumor miofibroblástico es una proliferación neoplásica benigna que se desarrolla principalmente en el pulmón. Las localizaciones extrapulmonares son raras, se han descrito en abdomen, sistema nervioso central y en cabeza y cuello, siendo excepcional su presentación en la laringe.
Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 71 años que acude a nuestro servicio por un cuadro de disfagia para sólidos y líquidos y disfonía de 10 días de evolución. En la exploración mediante nasofibroscopia se observa una laringe asimétrica, siendo la vallécula derecha de mayor tamaño que la izquierda y las cuerdas móviles. No se encontraron adenopatías cervicales palpables. La tomografía axial computarizada muestra una formación quística en vallécula derecha que desplaza laringe y la rota.
Resultados: Se programa microcirugía laríngea con toma de biopsia cuyo resultado es negativo para neoplasia. Ante la sospecha de tumoración maligna se realiza cervicotomía con excisión de neoformación en espacio preepiglótico que desde hioides desciende hasta borde superior de cartílago tiroides. El resultado anatomopatológico informa de tumor miofibroblástico de baja agresividad. Se realiza un seguimiento de la paciente mediante nasofibroscopia y tomografía de control obteniendo hasta el momento una remisión completa.
Discusión/Conclusiones: El tumor miofibroblástico de laringe es considerado como una lesión no neoplásica que puede semejar neoplasias malignas con las que se debe realizar un diagnóstico diferencial. El tratamiento consiste en la excisión quirúrgica del tumor y responde muy bien a los corticoides. En el caso de múltiples recurrencias sería necesaria una cirugía más agresiva.

55

SÍNDROME DE COGAN ATÍPICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

M.P. Lisbona Alquezar, E.M. Llorente Arenas, J.A. Maltrana García, M. El Uali Abeida, L. Pérez Delgado, S. Herrera Tolosana, F. de Miguel García, A.M. Ortiz García
Hospital Univ. Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El síndrome de Cogan es una patología autoinmune infrecuente con afectación sistémica. La forma típica de presentación cursa con queratitis, hipoacusia neurosensorial y vértigo. La atípica presenta otras afectaciones oculares diferentes y patología sistémica autoinmune.
Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 30 años, que acude a urgencias por presentar sordera brusca y disminución de la agudeza visual bilateral. En la exploración inicial, presentaba cefalea holocraneal, parestesias en EESS, uveítis anterior bilateral, hipoacusia neurosensorial bilateral, acúfenos en oído izquierdo, fenómeno de Raynaud y artralgias en ESD, erupción pruriginosa y tenesmo vesical. La analítica es normal y las serologías negativas. La audiometría objetiva una hipoacusia neurosensorial bilateral, con PEATC sugerentes de disfunción periférica bilateral. La RNM fue normal. El ecocardiograma mostró reflujo mitral II/IV.
Resultados: Tras la alta sospecha de síndrome de Cogan se instaura tratamiento con prednisona 1 mg/kg cuatro semanas con pauta descendente y dosis de mantenimiento durante 18 meses. En controles posteriores permanece estable, con una hipoacusia bilateral. A los 14 meses del inicio del cuadro, quedo embarazada, siendo controlada por la unidad de alto riesgo. El parto fue provocado por presentar oligohidramnios, CIR y signos de sufrimiento fetal.
Discusión/Conclusiones: El síndrome de Cogan es una patología poco frecuente, que se presenta de forma atípica sólo un 30% de las veces. El diagnóstico es difícil realizarlo por la clínica tan variada y florida. El tratamiento precoz con altas dosis de corticoides es fundamental para evitar la progresión de la enfermedad y las secuelas ulteriores.

57

HIGROMA QUÍSTICO EN ADULTO

L. Pérez Delgado, M. El Uali Abeida, S. Herrera Tolosana, M.P. Lisbona Alquezar, A. Fuertes Zárate, F. de Miguel García, R. Martínez-Berganza Asensio, A. Ortiz García
Hospital Univ. Miguel Servet, Zaragoza.

Los linfangiomas son malformaciones congénitas del sistema linfático relativamente infrecuentes que normalmente se presentan en los primeros años de la infancia. La mayoría de ellos aparecen en el área de cabeza y cuello. La presentación en la edad adulta es rara y su tratamiento es normalmente quirúrgico. Presentamos un caso de linfangioma quístico cervical en una mujer de 76 años, que presentaba una tumoración blanda cervical asintomática de 2 meses de evolución.

476

DISNEA Y ESTRIDOR COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE RABDOMIOSARCOMA SUBGLÓTICO

M.J. Cisternas Bittencourt, E. de la O Corrochano, G. Fernández Rodríguez, F. Ramos Puerto, C. Salazar Cabrera, M.R. de Saa Álvarez, M.I. Castro Canelada, J. Marcos Calle, M.S. Aparicio Pérez
Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: El rabdomiosarcoma es un cáncer de tejido conectivo y óseo, y representa el 3% de todos los cánceres en niños. La edad media de presentación infantil es a los 5 años. Puede afectar tronco, extremidades y región de cabeza y cuello, constituyendo la localización laríngea sólo el 2% de todos los casos.
Material y método: Se describe el caso de una niña escolar de 6 años con cuadro de 1 mes de evolución de tos irritativa y estridor laríngeo progresivo, diagnosticada inicialmente de laringitis, que ante la falta de respuesta a tratamiento médico habitual y empeoramiento de los síntomas se decide ingreso para estudio y tratamiento en Servicio de Pediatría. Ante la aparición de crisis de estridor con cianosis intermitente se solicita valoración urgente por ORL, y se somete a exploración endoscópica en quirófano con sedación y respiración espontánea objetivándose tumoración de aspecto papilomatoso difuso en región subglótica. Se realiza estudio histológico cuyo resultado es de rabdomiosarcoma.
Resultados: Se confirma diagnóstico de rabdomiosarcoma subglótico, con estudio de extensión negativo, y se instaura tratamiento quimioterápico según protocolo EpSSG RMS-2005 (ifosfamida, vincristina y actinomicina D), logrando remisión tumoral.
Discusión/Conclusiones: El rabdomiosarcoma es un tipo de cáncer cuya localización laringea es rara, y en estos casos se prefiere como tratamiento inicial la quimio y/o radioterapia para evitar una cirugía mutilante en niños, con el objetivo de preservar las funciones laríngeas.

575

SARCOMA SINOVIAL BIFÁSICO DE LOCALIZACIÓN LARÍNGEA

A.M. Pérez Orribo, M. Valido Quintana, A. Oviedo Santos, J. Benítez del Rosario
Hospital Univ. Dr. Negrín, Gran Canaria.

Introducción: El sarcoma sinovial es un raro tumor maligno mesenquimal que representa el 8,5% de todos los sarcomas de tejidos blandos, localizándose preferentemente en las extremidades inferiores de adultos jóvenes La localización laríngea es extremadamente infrecuente, sólo habiéndose publicado 16 casos hasta la actualidad.
Caso clínico: Paciente varón de 65 años, con AP de DBNID y amputación de MI derecho. Acude a consulta por disfagia y disnea progresiva. La exploración endoscópica revela la presencia de una masa lisa y redondeada, dependiendo del repliegue ariteno-epiglótico izquierdo y que compromete el espacio faríngeo y la luz laríngea. Se realiza estudio con TAC y RNM que revela una masa blanda de 7 × 5 cm. muy compresiva. Se realiza exéresis de la masa mediante faringolaringuectomía parcial por vía externa. El estudio AP revela la existencia de un sarcoma sinovial bifásico.
Comentarios: El sarcoma sinovial bifásico de localización laríngea es un tumor de extraordinaria rareza. Los localizados en extremidades inferiores muestran tendencia a metastatizar a distancia. Sin embargo, las escasas publicaciones de este tipo de tumor en la esfera laríngea revelan que el tratamiento con cirugía parcial y sin RTP o QTP es un tratamiento adecuado. Nuestro caso revela nueve meses de evolución favorable.

367

A PROPÓSITO DE UN CASO DE CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PALADAR BLANDO

P. Fernández-Miranda López, M.I. Aguadero García, C. Pérez Torres, J.M. Ruiz Gómez, J.L. Vargas Fernández
Hospital Clínico Univ. San Cecilio, Granada.

Introducción: Los carcinomas de orofaringe son tumores de sintomatología discreta, lo que hace que se diagnostiquen en estadios avanzados. En la mayoría de los casos, se presentan con adenopatías cervicales en el momento del diagnóstico.
El ca de orofaringe es relativamente infrecuente (0,6% el total, 18% de los ca de cabeza y cuello). Es más frecuente en varones de edad media.
Material y métodos: Paciente de 56 años que acude a consulta por odinofagia, halitosis, y molestias inespecíficas en orofaringe. No disnea. Antecedentes personales: fumador de 2 paquetes-día, alcoholismo. Exploración: tumoración blanquecina no ulcerada en paladar blando, bien delimitada, respeta úvula. Fibroscopia normal. No adenopatías cervicales palpables. Resto de exploración normal. Se solicita TC cérvico-torácico con contraste y se toman biopsias de la lesión.
Resultados: Biopsia: carcinoma epidermoide. TC: lesión submucosa paladar blando, que no invade otras estructuras. Se intervino mediante láser CO_2 con cierre directo de la lesión, con buena evolución posterior.
Conclusión: La extensión de los ca de orofaringe crecen afectando estructuras próximas por continuidad. El tabaco y el alcohol son los factores más relacionados. La mortalidad es 4 veces mayor en alcohólicos.

278

SÍNDROME DEL SENO SILENTE. REVISIÓN DEL TEMA A PROPÓSITO DE UN CASO.

A. Callejo Castillo, F. Cruellas Taischik, X. González, C. Tortajada Bustelo, I. Clemente, R. Jiménez Montoya
Hospital Univ. de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: El síndrome del seno silente es una entidad de relativamente reciente conocimiento (Montgomery, 1964) y de baja frecuencia. Se trata de un proceso con escasos síntomas, la mayor parte de ellos de presentación oftalmológica. El gold standard para su diagnóstico es la tomografía computerizada (TC). En la actualidad, el tratamiento de elección es la cirugía endoscópica nasosinusal, que resuelve las alteraciones oftalmológicas y previene recidivas. Presentamos una revisión del tema a partir de un caso tratado en nuestro centro. El interés de la presente comunicación es aportar casuística al tema y transmitir nuestra experiencia en su manejo.
Material y métodos: Paciente varón de 38 años, que acude a nuestro centro de urgencias presentando enoftalmos unilateral espontánea y diplopía binocular, sin otra sintomatología acompañante. La TC orbitaria reveló una ocupación del seno maxilar ipsilateral al enoftalmos, con pérdida de la integridad de la pared inferior orbitaria. Fue tratado mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS), obteniendo resultados terapéuticos favorables, con toma de biopsias para completar el diagnóstico diferencial. Actualmente, sigue controles ambulatoriamente y se encuentra asintomático.
Discusión/Conclusiones: La revisión bibliográfica que mayor casuística aporta es el trabajo de Numa WA y colaboradores (2005). Realizamos una revisión basada en la bibliografía actualizada, centrándonos en el apartado más controvertido de este síndrome: una etiopatogenia poco clara. Además realizamos un análisis crítico de las propuestas realizadas por otros autores.

277

LINFOMA NO HODGKIN DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

A. Quintana Sanjuás, L. Díez González, O. Castro Macía, P. Fernández Vázquez, I. González Guijarro, A. Pérez Carro Ríos, E. Pallás Pallás
Serv. ORL, Serv. Anatomía Patológica, Hospital Xeral-Cíes (CHUVI), Pontevedra.

Introducción: Los linfomas no Hodgkin (LNH) comprenden un grupo complejo de neoplasias, diversas tanto en historia, forma de presentación, respuesta al tratamiento y pronóstico. En cabeza y cuello, los linfomas extraganglionares son relativamente más frecuentes en comparación con la enfermedad ganglionar.
Material y método: Presentamos dos casos clínicos de pacientes que acuden en 2007 al Servicio de ORL Hospital Xeral-Cíes Vigo (CHUVI) por cuadro clínico de disfonía. Uno de los pacientes presentaba lesión a nivel de banda ventricular derecha y el otro a nivel de aritenoides derecho. El resultado anatomopatológico de ambos pacientes fue de linfoma no Hodgkin de células B.
Conclusión: A pesar de que la localización extraganglionar en el anillo de Waldeyer es la más frecuente en los linfomas no Hodgkin, deben ser tenidos en cuenta a la hora de establecer el diagnóstico diferencial de las lesiones laríngeas, aunque la prevalencia en esta localización sea muy baja.

270

UTILIDAD DEL SISTEMA DE NAVEGACIÓN EN CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA

P. Baptista Jardín, L. Montes-Jovellar González, Y. Van-Arcken
Clínica Universitaria, Navarra.

Introducción: Numerosas variantes anatómicas de los senos paranasales, así como la proximidad a estructuras anatómicas como la órbita, el nervio óptico, la carótida interna y la base del cráneo, hacen de la cirugía endoscópica un procedimiento potencialmente arriesgado. Para disminuir el número de complicaciones se han empleado nuevas tecnologías que se basan en la toma de imágenes preoperatorias que a través de programas computarizados ayudan a identificar durante la cirugía la ubicación del instrumento en relación a estructuras vecinas en áreas críticas.
Material y método: Se presentan seis casos de pacientes operados en el departamento de otorrinolaringología de la Clínica Universitaria de Navarra, con patologías diferentes en las cuales el uso del sistema de navegación (Brain Lab) se hace imprescindible para realizar un procedimiento quirúrgico seguro. Caso Nº 1: resección transesfenoidal de macroadenoma hipofisiario; Caso Nº 2: drenaje endoscópico de absceso seno frontal derecho; Caso Nº 3: poliposis fronto-etmoidal masiva; Caso Nº 4: resección de rabdomiosarcoma etmoidal; Caso Nº 5: resección de tumor de pteriogiodes izquierda; Caso Nº 6: corrección de platibasia (horizontalización del clivus).
Resultados: Evolución postoperatoria satisfactoria, ninguno de los pacientes presentó complicaciones.
Discusión/Conclusiones: Los progresos en técnicas de imágenes hacen posible una identificación más precisa de los límites anatómicos de los

senos paranasales, dando al cirujano una mayor orientación espacial y seguridad, incluso en casos de sangrado o de cirugías previas donde la visualización de los límites anatómicos se dificulta.

135

CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE GIGANTE DE BAJO GRADO DE MAXILAR SUPERIOR

M. Gómez Gómez, M. Armengot Carceller, C. García Navalón, R. Reboll Ferrer, M. Bonet Loscertales, J. Basterra Alegría
Hospital General Universitario, Facultad de Medicina, Valencia.

Introducción: El carcinoma mucoepidermoide (CM) es el tumor maligno epitelial más frecuente de glándulas salivares. Puede afectar a las glándulas mayores pero también a las menores, manifestándose entonces de forma atípica. El objeto de este trabajo es presentar un caso de CM de localización en maxilar superior afectando a paladar óseo, con invasión de fosas y senos maxilares.
Material y método: La paciente refería obstrucción nasal bilateral lentamente progresiva de años de evolución, que se había hecho completa. La exploración revelaba una "pared" por detrás de ambos vestíbulos nasales que cerraba completamente las fosas. En fosa canina izquierda formación quística que tras punción-extracción de líquido y PAAF indicaba "elementos inflamatorios". La TAC indicaba una gran lesión ósea de características líticas y formaciones pseudoquísticas afectando a paladar óseo y ambos maxilares superiores.
Resultados: Se realizó cirugía vía sublabial bilateral con fines diagnósticos y terapéuticos, observando una lesión ósea de características líticas y quísticas que fue eliminada a demanda. La biopsia extemporánea indicó "ameloblastoma", pero la biopsia definitiva completada con inmunohistoquimia llegó al diagnóstico definitivo: carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad. Sigue control evolutivo.
Discusión/conclusiones: Los CM de bajo grado pueden tener un crecimiento muy lentamente progresivo, como en este caso, en el que la clínica era de varios años de evolución. La afectación tumoral de las glándulas salivares accesorias de las fosas nasales puede manifestarse clínicamente como un tumor de maxilar superior en el que sólo estudio anatomopatológico nos dará el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico, no estando indicada la radioterapia en los de bajo grado.

416

LINFOMA CUTÁNEO NASAL – CASO CLÍNICO

J.D. Martins, H. Amorim, A. Santiago, C. Pinheiro, H. Silva, P. Gonçalves, R. Pratas, C. Carvalho
Hospital São Sebastião, Maria da Feira, Portugal.

Los linfomas cutáneos son neoplasias raras y son clasificados en células B y células T, siendo los primeros menos frecuentes. El linfoma cutáneo de las células B puede ser primario o secundario, teniendo el primero mejor pronóstico, presentando rara diseminación extra-cutánea. El diagnóstico de los procesos linfoproliferativos de las células B es hecho a través de la biopsia de la piel lesionada con análisis histopatológico, inmunohistoquímica y eventual pesquisa de reajustes genéticos. Los autores presentan un caso clínico de un paciente con linfoma cutáneo nasal de células B.

433

PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO CERVICAL

R. Krakowiak Gómez, A. Pujol Olmo, Z. Piñeiro Aguín, D. Viros Porcuna, I. Zarraonandía, M. López Vilas, X. León Vintró
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: El pseudotumor inflamatorio es un proceso reactivo y pseudoneoplásico de características benignas que puede aparecer en diferentes localizaciones del cuerpo humano, afectando más frecuentemente al pulmón. En cabeza y cuello su aparición es inusual.
Material y método: Paciente varón de 35 años que consulta por astenia asociada a tumoración laterocervical derecha de 3 meses de evolución. Se realizan PAAF: linfadenitis reactiva inespecífica, TC cervical: proceso linfoproliferativo, TC toraco-abdominal: normal. Bajo la presunción diagnóstica de proceso linfoproliferativo se decide biopsia en quirófano.
Resultados: Informe ananomopatólogico de la lesión: tumoración formada por una proliferación miofibroblástica y estudio inmunohistoquímico compatible con pseudotumor inflamatorio. Basándonos en la literatura y debido a la extensión de las lesiones, se desestimó el tratamiento quirúrgico como primera opción y se optó por el uso de corticoides. Se administró prednisona oral 1 mg/kg/día en dosis descendente con buena respuesta clínica. Tras 4 meses de control médico, se encuentra en remisión completa.
Discusión/Conclusiones: El pseudotumor inflamatorio es una entidad poco conocida, sobre todo a nivel cervical, pero hay que tenerlo en cuenta en el diagnostico diferencial de las tumoraciones cervicales. Su etiología sigue siendo desconocida, afecta a individuos de ambos sexos y con un amplio rango de edad. Clínicamente, a nivel cervical, suele cursar como una tumoración con escasa sintomatología acompañante. Su diagnostico sigue siendo difícil y se basa en el examen histológico. En la literatura existe controversia en cuanto al tratamiento que incluye desde la exéresis quirúrgica de la lesión, corticoides e incluso en condiciones especiales radioterapia y/o quimioterapia.

441

CARCINOMAS LARÍNGEOS LOCALMENTE AVANZADOS (CLLA) CON ENFERMEDAD ASOCIADA SEVERA: EVOLUCIÓN CON TRATAMIENTO, RADIOTERAPIA HIPERFRACCIONADA Y CISPLATINO

R. López Díu, G. Asín, J. Zubicaray Ugarteche, F. Arias, I. Arruti González, F. García Bragado
Hospital Virgen del Camino, Navarra.

Introducción: Revisamos la evolución de los pacientes con CLLA y mal pronóstico debido a tumores muy avanzados y enfermedad asociada grave tratados con radioterapia hiperfraccionada y cisplatino.
Material y método: Desde mayo de 2002, 27 pacientes con IK de más del 60%, y al menos dos de los siguientes criterios: Tumor irresecable, enfermedad cardiovascular severa, fumadores de más de 30 cigarrillos al día y bebedores de más de 200 mg/dl de etanol o hepatitis crónica. De los 27 pacientes, 24 en estadio IV (89%) y 3 estadio III AJCC .Supraglóticos e hipofaríngeos 22 (82%). Plan de tratamiento, radioterapia hiperfraccionada a 1,2Gy/fr B.I.D., 5 días/semana con dosis total de 76,8 a 81,6 Gy. , y cisplatino 20 mg/m^2/día, 5 días, en percusión, a la primera y quinta semana tras radioterapia.
Resultados: Respuesta del tumor, completa 20 pacientes (74%), parcial 5 pacientes, 2 no respuesta. Supervivencia, seguimiento medio 21 meses (9-52). Dos años de supervivencia y control de la enfermedad 60% y 62% respectivamente. Toxicidad aguda (CTCv3.0) Grado III-IV in 15 pacientes (56%). 3 p. (12%) neumonía; 4 p. traqueotomía por edema de glotis. Hospitalización media por toxicidad 7 días (0-52). No hubo ninguna muerte por toxicidad, durante el seguimiento 3 pacientes murieron sin enfermedad relacionada con el tumor.
Conclusión: Los pacientes incluidos en este grupo han tenido un aceptable control local de la enfermedad y una buena supervivencia con el tratamiento de radioterapia hiperfracionada y cisplatino.

196

EXTRUSIÓN CERVICAL ESPONTÁNEA DE PROYECTIL METÁLICO

C. Martín Oviedo, A. Lowy Benoliel, A. Encinas Vicente, X. Araujo Piedra, D. Poletti Serafini, C. Fernández Jáñez, E. Scola Pliego
Hospital General Univ. Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Presentamos el caso clínico de la extrusión espontánea de un proyectil metálico tras tres años de estar alojado en el compartimento cervicolateral posterior.
Material y métodos: Paciente de 28 años, con antecedente de lesión por arma de fuego tres años antes quedando según informe aportado por el paciente, un proyectil metálico en el compartimento cervicolateral posterior. Acude al servicio de urgencias de nuestro hospital refiriendo que el proyectil se ha desplazado en las últimas semanas refiriendo dolor e inflamación en la región cervicolateral anterior. A la exploración se observa una reacción dérmica eritematosa cervical anterior, palpando la presencia de un proyectil de 1 cm aproximadamente. Se realiza Rx cervical de partes blandas donde se aprecia un

proyectil metálico sin estar en relación con ninguna de las estructuras vitales del cuello.
Resultados: Se lleva a cabo la extracción del proyectil preservando las estructuras vitales del cuello y el desbridamiento y lavado de los tejidos cervicales afectados.
Conclusiones: En general los proyectiles metálicos suelen ser bien tolerados por el organismo y aunque su extracción no este en principio justificada por suponer un aumento de daños, hay que tener en cuenta que a largo plazo tienen tendencia a emigrar, debido fundamentalmente a la movilidad de los diferentes tejidos y sobre todo si quedan alojados a nivel de alguno de los planos fasciales.

483

DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDOSCÓPICA: NUESTROS RESULTADOS

J.L. Merán Gil, F.J. Avilés Jurado, E. Doménech Vadillo, E. Masgoret Palau, E. Figuerola Massana, J. Risco Arenas
Hospital Univ. Joan XXIII, Tarragona; Complejo Hospitalario Univ. Materno-Infantil Insular, Gran Canaria.

Introducción: La dacriocistorrinostomía (DCR), que puede ser externa o endonasal, ha sido considerada como el procedimiento estándar en el tratamiento de la obstrucción adquirida del conducto nasolagrimal. En los últimos tiempos y, gracias a las mejoras de los endoscopios esta técnica (DCR), ha tenido un gran auge entre los otorrinolaringólogos. En el presente trabajo pretendemos realizar una revisión de nuestros resultados después de 12 años realizando esta técnica.
Material y método: Se trata de un estudio retrospectivo, desde agosto de 1997 hasta febrero de 2007 para el cual hemos revisado un total de 150 intervenciones en pacientes con epífora por obstrucción post-sacal. Se diseñó un protocolo de recolección de datos (edad, sexo, síntomas, tiempo de evolución de la epífora, técnica quirúrgica, complicaciones, etc.). Se realiza fresado óseo e intubación bicanalicular con tubo de silicona en todos los casos. El tiempo mínimo de seguimiento fue de 12 meses y el máximo de 115. El tiempo quirúrgico promedio fue de 35 minutos.
Resultados: Como resultado final se observó que alrededor de un 85% de los pacientes presentó mejoría total o parcial de la epífora. No hubo complicaciones mayores durante o después de la cirugía. La complicación más frecuente fue el hematoma palpebral postquirúrgico.
Discusión/Conclusiones: Nuestros resultados son similares a los encontrados en trabajos publicados por otros autores. Es necesario realizar estudios prospectivos, con estandarización del lugar de la obstrucción, el tamaño de la osteotomía y que definan de manera estricta el éxito o el fracaso de la cirugía.

197

LINFOMAS T/NK. UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE A TENER EN CUENTA

F.J. Avilés Jurado, E. Domènech Vadillo, J. Merán Gil, M. Tobed, A. Soley, E. Figuerola, J. Risco
Hospital Univ. Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: Descrita inicialmente por Mc Bride en 1897 e individualizada por Stewart como entidad clínica, esta patología ha recibido múltiples denominaciones: granuloma maligno de línea media, granuloma gangrenescens, reticulosis polimorfa, sarco lupo pernio; haciendo de ella una entidad confusa. Pretendemos exponer de forma gráfica la enfermedad clínica, anatomopatológica y radiológicamente; así como los datos epidemiológicos más importantes.
Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente que durante un año recibe el diagnóstico de "sinusitis" hasta en cinco ocasiones y que llega desde urgencias a nuestro Servicio por IRN, epistaxis y dolor centrofacial intenso. Objetivamos masa de aspecto blanquecino, realizamos pruebas de imagen y biopsia y se llega al diagnóstico de Linfoma T/NK. LA paciente se trata con RT y poliQT siguiendo una evolución tórpida y siendo éxitos los 3 meses de diagnóstico.
Resultados: En la comunicación presentamos las imágenes más representativas, tanto radiológicas como histológicas y de la paciente más representativas así como el diagnóstico diferencial. Epidemiológicamente, debemos tener en cuenta el papel patogénico del Epstein Barr. Está relacionado ocasionalmente con enfermedades del colágeno e incluso como una enfermedad de Wegener sin afectación renal ni pulmonar. Eischel y Harrison (1978) lo relacionan con una linfoma maligno. Representa menos del 1% de los casos de linfoma no Hodgkin. Más común en Asia y Sudamérica. REAL classification: angiocentric T-cel lymphoma (angiocentricidad y predominio T). WHO aconseja en 2002 la denominación "NK/T-cell lymphoma nasal type". Clínicamente se caracteriza por: obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis, ulceración o destrucción centrofacial, dolor nasal. Tratamiento RT a 50Gy, PQT CHOP o COPBLAMV.
Conclusiones: Entendemos que es una patología que debemos tener presente ya que el diagnóstico temprano incrementa las posibilidades de curación, que aún así sigue siendo difícil con los tratamiento actuales. No obstante se ha observado un comportamiento "benigno" en algunos casos. Su interés radica en dificultad diagnóstica al inicio, angiocentricidad de la proliferación linfoide con necrosis vascular, diferente agresividad, relación con EBV.

442

RESULTADOS DE 10 AÑOS DE DIFERENTES VARIABLES PREANESTÉSICAS, TRAS RESPUESTAS SUBJETIVAS DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS OPERADOS EN ORL INFANTIL

L. Arbizu Ruiz, J. Zubicaray Ugarteche, N. Busto, R. López Diu, S. Quer, I. Arruti González, P. Rodríguez
Hospital Virgen del Camino, Navarra.

Introducción: Hemos analizado los resultados de diferentes variables contestadas subjetivamente por los padres, tras las preguntas realizadas en el cuestionario preanestésico infantil. 1/08/1997 hasta el 27/02/2008.
Métodos: Los niños, antes de la intervención, son vistos por el anestesista, el cual entrega a los padres un cuestionario preanestésico: 1) "Las alergias se pueden reconocer por la aparición en la piel de manchas rojas, picores, granos, o hinchazón de los párpados, de la boca o en otras zonas. ¿Tiene o ha tenido alguna alergia?"; 2) "Tiene el niño/a o alguien de su familia algún problema con la coagulación de la sangre, sangrado fácil por la nariz, cardenales sin golpes aparentes o tendencia a las hemorragias?"; 3) "¿Ha notado que, cuando duerme tiene la respiración ruidosa o ronque?" Se analizaran los datos estadísticamente para ver su grado de significación mediante Chi^2.
Resultados: Total de operados en cirugía de ORL infantil: 5624. Ronquera o respiración ruidosa: 4228 (75,18%). Alergias: 1122 (19,95%). Alteraciones no específicas de la coagulación o tendencia a las hemorragias (Sangrado): 899 (15,98%)
Discusión: Podemos observar que hay una alta incidencia de padres que creen que sus niños: roncan o tienen respiración ruidosa (75,18%): ¿se deberían plantear estudios polisomnográficos? ¿Ayudarían estas pruebas al diagnóstico y tratamiento del paciente? Alergia (19,95%): ¿sería necesario llevar a cabo pruebas de detección alérgica a todos los niños? Sangrado (15,98%): ¿Es necesario y útil el llevar a cabo las pruebas de coagulación sistemáticas que se llevan prequirúrgicamente en todos los niños?

151

SINUSITIS ESFENOIDAL POR SCEDOSPORIUM APIOSPERMUM

J. Horno López, P.M. Moreno Salvador, E. Vidal Verdú, J.I. Santaella Saez, J.M. Amador García, M. Sánchez Garzón
Hospital Univ. Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Según Ferguson, las rinosinusitis fúngicas pueden clasificarse en formas invasoras agudas/crónicas y no invasoras. En términos generales Aspergillus fumigatus ha sido la especie aislada con mayor frecuencia en enfermedad invasora y no invasora, tanto en inmunocompetentes como inmunodeprimidos.
Material y método: Mujer de 63 años sin antecedentes ni alergias que acude a consulta de ORL por cefalea frontomaxilar dcha. de 6 meses junto con sensación de peso al inclinar la cabeza, apirética y sin focalidad neurológica aparente. Vive durante alguna época del año en un cortijo y suele trabajar con tierra al arreglar macetas. Se realiza estudio hematológico/bioquímico que es normal. Exploración ORL y estudio radiológico sinusal normales prescribiéndose AINE y corticoide nasal. En revisión al mes refiere continuar con clínica solicitándose TAC que

informa de "engrosamiento de mucosa del seno maxilar dcho. con ocupación parcial de celdillas etmoidales y total del seno esfenoidal dchos.; ambos esfenoidales muestran pared engrosada y esclerótica". Con diagnóstico de pansinusitis se realiza estudio preoperatorio y es intervenida a los 30 días mediante CENS. En la cirugía se aprecia abundante material fungoso en seno esfenoidal que se recoge y envía para estudio microbiológico intraoperatorio, informando de sospecha de hongo filamentoso; tras consulta a servicio de Infecciosos se pauta voriconazol oral 400 mg/día de forma prolongada y quedando pendiente de resultados microbiológicos definitivos.
Resultados: Creciente mejoría clínica en días sucesivos y resultado de cultivo con colonias de Scedosporium apiospermum por lo que se decide continuar con antifúngico mínimo 3 meses. A los 5 meses de la cirugía se realiza nuevo TAC que indica:"ocupación similar a TAC prequirúgico". Se decide nueva CENS con toma de biopsia y cultivo de control que son negativos.
Discusión: Las infecciones por S. apiospermum suelen adquirirse a raíz de un traumatismo, frecuentemente tras contaminación con suelo o estiércol. El voriconazol debe ser considerado tratamiento de elección, siendo administrado a dosis máximas y durante un periodo prolongado de tiempo.

571

MEMBRANAS EN VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS DE CAUSA DESCONOCIDA

I. Anguita Sánchez, R. Terré Falcón, F. Sánchez González, J. Caballero Villena, J. Urbano Urbano
Hospital de Mérida, Badajoz.

Introducción: Paciente que acude de urgencias por agravamiento de dificultad respiratoria previa desde hacía años, apreciándose estenosis circunferencial en hipofaringe y supraglotis a expensas de membranas de tejido cicatricial.
Material y métodos: se realiza traqueotomía para solventar el cuadro agudo así como estudio general con analíticas, Rx tórax, biopsia de las lesiones sin llegar a un diagnóstico etiológico definitivo, proponiéndose a la paciente cirugía láser que rechaza.
Discusión/Conclusiones: Se analiza el caso clínico con estudio de las causas de membranas adquiridas en vías aerodigestivas superiores así como sus posibilidades terapéuticas.

502

ARTERIA CARÓTIDA ABERRANTE EN UN IMPLANTE COCLEAR

E. Novas Valiente, F. Culaciati, C. Artigas Sapiain, N. Bejarano Panadés, P. Sarría Echegaray, M. Tomás Barberán
Hospital Univ. Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: El trayecto aberrante de la arteria carótida interna (ACI) por el oído medio es raro y sólo se han descrito 45 casos en la literatura inglesa. Casi todos ellos afectaron a mujeres y mostraron preferencia por el lado derecho. La ausencia de porción petrosa vertical normal de la ACI hace que la arteria desarrolle un trayecto lateral o aberrante. La porción petrosa vertical es sustituida por un trayecto más lateral. Asociada a la ACI aberrante suele encontrarse una arteria estapedia persistente localizada a nivel del promontorio coclear.
Material y método: Presentamos el caso de una paciente de 16 años con hipoacusia neurosensorial profunda bilateral desde los 2 años, portadora de audioprótesis en oído derecho que se considera candidata para implante coclear en oído izquierdo. Durante la cirugía se objetiva un trayecto aberrante de la arteria carótida izquierda.
Resultados: La TC revela una tumoración de partes blandas en el hipotímpano izquierdo que capta y que se extiende hacia el área de la ventana oval, deja una muesca en el promontorio y desplaza lateralmente el tímpano .Los signos y síntomas consisten en acúfenos, hipoacusia, tumoración rojo azulada pulsátil retrotimpánica y vértigo. En junio 2007 se realiza implante coclear izquierdo con resultado satisfactorio.
Discusión/Conclusiones: No existe acuerdo sobre la etiología de la ACI aberrante.Entre los mecanismos propuestos se encuentra una deficiencia congénita de la osificación de la pared ósea limitante del conducto carotídeo petroso. En general las ACI aberrantes asintomáticas no requieren tratamiento, se reserva para pacientes con tinnitus pulsátil, hemorragias o parálisis de los pares craneales.

520

METÁSTASIS CADENA SIMPÁTICA CERVICAL EN LINFOMA NK NASAL TYPE: SÍNDROME AGUJERO RASGADO POSTERIOR

A. Padín Seara, J. Pombo Otero, P. Parente Arias, S. Regueiro Villarín, N. González Poggioli, M. Álvarez-Buylla Blanco, J. Martínez Vidal
Servicio de ORL, Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Univ. Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: El linfoma T/NK tipo nasal es un linfoma extraganglionar. Habitualmente expresa fenotipo NK/ VEB positivo, amplio pleomorfismo, frecuente necrosis y angioinvasión. Suele afectar estructuras extraganglionares, fundamentalmente tracto aerodigestivo superior. Las adenopatías secundarias no son comunes. Su curso clínico es rápidamente progresivo, presentándose en estadios diseminados al diagnóstico. Esta patología es más prevalente en adultos jóvenes y sexo masculino. Su presentación más común es la afectación mediofacial, lo que le confiere su denominación (tipo nasal). Se trata de un linfoma de alto grado, con pronóstico infausto.
Caso clínico: Presentamos un varón de 78 años que ingresa por disfagia progresiva de 10 días de evolución, acompañado de deterioro neurológico progresivo con nivel de conciencia conservado. A la exploración se observa una parálisis incompleta de los pares izquierdos IX, X, XI, XII (síndrome de Collet-Sicard) del lado, sin objetivarse lesión alguna en todo la rino-oro-hipofaringe. La TC mostraba una masa hipodensa ocupando el agujero rasgado posterior izquierdo, englobando el paquete vasculonervioso, sin objetivar tumor primario de localización cervical. La PAAF fue inespecífica. La biopsia mostró infiltración de la cadena cervical simpática por un linfoma NK tipo nasal. La biopsia de médula ósea no mostró infiltración tumoral. El paciente desarrolla a los 45 días de ingreso fuerte depresión cardiorrespiratoria con bajo nivel de conciencia siendo exitus.
Discusión: El linfoma NK tipo nasal constituye menos del 1% de linfomas. Su pronóstico es aciago y su tratamiento no está claramente establecido. La infiltración de la cadena cervical simpática por este linfoma originando un síndrome de Collet-Sicard es excepcional.

503

RABDOMIOSARCOMA PARAMENÍNGEO, PRESENTACIÓN DE UN CASO

E. Novas Valiente, N. Bejarano Panadés, C. Artigas Sapiain, F. Culaciati, F. Trobat Company, P. Epprecht González
Hospital Univ. Son Dureta, Palma deMallorca

Introducción: El rabdomiosarcoma es la neoplasia maligna de partes blandas más frecuente en niños y adolescentes. La mayoría de casos se presentan de forma esporádica sin ningún factor de riesgo o de predisposición reconocible. La invasión por contigüidad del SNC puede producir parálisis de los pares craneales, aumento de la presión intracraneal y síntomas meníngeos.
Material y método: Presentamos el caso de un varón de 5 años que ingresa para estudio de epistaxis izquierda recurrente. A la exploración rinoscópica se observa tumoración que ocluye totalmente fosa nasal izquierda y protruye hacia el exterior de la narina. Se realiza biopsia intraoperatoria con diagnostico de rabdomiosarcoma parameníngeo.
Resultados: Se realiza TC facial y nasosinusal informándose como gran tumoración nasosinusal, invasiva, con importantes signos de erosión ósea local y pequeña extensión extraconal a fosa orbitaria izquierda y fosa pterigopalatina izquierda. Con diagnóstico de rabdomiosarcoma parameníngeo con afectación nasosinusal y de órbita inicia tratamiento con quimioterapia y radioterapia.
Discusión/Conclusiones: Generalmente es curable en la mayoría de los niños que reciben terapia de modalidad combinada, con una supervivencia a 5 años de más del 70% después del diagnóstico. El pronóstico se relaciona con la edad, sitio de origen, resecabilidad, presencia de metástasis, número de sitios metastásicos o los tejidos implicados, presencia o ausencia de implicación ganglionar, el grado e histopatología, y las características biológicas únicas de las células tumorales. En el caso de pacientes con tumores primarios en la cabeza y cuello que se consideran

no resecables, se considera que la quimioterapia y radioterapia son la base del manejo primario de rabdomiosarcomas.

513

DIVERTÍCULO TRAQUEAL

B. Ágreda Moreno, R. Artal Sánchez, E. Serrano Añón, J.M. Sebastián Cortés, J.I. Alfonso Collado, H. Vallés Varela
Hospital Clínico Univ. Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: El traqueocele o divertículo traqueal es una patología muy poco frecuente. Pueden ser adquiridos o congénitos, y se forman por herniación de la mucosa a través de una zona de debilidad en la pared traqueal, entre el cartílago y la pars membranosa posterior. La localizacíón más frecuente es la zona posterolateral derecha. Los síntomas que puede causar son referidos en el árbol respiratorio, como tos ó infecciones respiratorias altas recurrentes. El diagnóstico se realiza mediante TC, y la confirmación diagnóstica se obtiene con broncoscopia flexible ó rígida. Según la mayoría de los autores, el tratamiento debe ser expectante hasta que aparezca alguna complicación.
Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 38 años de edad que presenta sensación de cuerpo extraño hipofaríngeo de varios meses de evolución, así como leve ruido en la región cervical anterolateral derecha con la deglución. La fibroendoscopia y el esofagograma resultan normales, pero al realizar un TC se observa un probable divertículo traqueal, que se confirma con la realización de una broncoscopia. Dada la poca relevancia de los síntomas, se decide tratamiento expectante.
Conclusiones: Los divertículos traqueales son muy poco frecuentes, pero deben ser tenidos en cuenta por las complicaciones que podrían causar, en el caso por ejemplo de una intubación orotraqueal.

506

CONGLOMERADO ADENOPÁTICO CERVICAL COMO MANIFESTACIÓN DE SÍFILIS

M. Ceballos Cauto, C. López-Ladrón García de la Borbolla, J. Martín Mora, G. Benavente Bermudo
Hospital Univ. Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La prevalencia de enfermedades de transmisión sexual está incrementándose en los últimos años. Las manifestaciones ORL de este tipo de patologías incluyen la aparición de úlceras mucocutáneas y adenopatías generalizadas. La práctica de sexo oral ha de hacernos considerar los patógenos de transmisión sexual entre las posibilidades diagnósticas.
Material y método: Paciente varón de 38 años de edad, presenta odinofagia y fiebre de 15 días de evolución, en tratamiento con eritromicina sin éxito. Antecedentes de promiscuidad sexual y práctica de sexo oral. Exploración: Lesión ulcerada de aproximadamente 1 cm. de diámetro situada por detrás del pilar posterior amigdalino izquierdo. Múltiples adenopatías laterocervicales izquierdas y supraclaviculares. Se instaura tratamiento hospitalario con tobramicina y clindamicina sin mejoría.
Resultados: TAC cervical con contraste yodado: adenopatías cervicales múltiples, la mayor de ellas de 3 cm de diámetro, ubicada en el espacio carotídeo preestiloideo. PAAF de adenopatía cervical inespecífica. Anatomía patológica de adenectomía cervical: linfadenopatía granulomatosa necrotizante. Serología: VIH, VHC, CMV, EB negativo; VHB, sífilis (RPR) positivo.
Discusión/Conclusiones: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual que se adquiere principalmente por contacto directo. La sífilis primaria tiene un periodo de incubación de entre 9 y 90 días; tras este periodo aparece el chancro en el sitio de inoculación junto con adenopatías, normalmente bilaterales e inguinales (cuando el chancro es genital).La sífilis secundaria aparece tras un periodo de incubación mayor y se manifiesta con síntomas constitucionales y lesiones mucocutáneas y linfadenopatías generalizadas. Los antecedentes del paciente hacen pensar en una primoinfección orofaríngea por contacto directo. La presencia de antecedentes de sexo oral y promiscuidad sexual ha de hacernos pensar en la posibilidad de infecciones por gérmenes no usuales en el área ORL.

174

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA ATÍPICA POR TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

E.I. Genestar Bosch, J. Knäpper Martín, C. Iglesias Valera, A.M. García Arumí, M.I. Navarrete Álvaro, E. Perelló Scherdel
Hospital Univ. Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La parálisis facial postraumática aparece en un 50% de las fracturas temporales transversales y en un 20% de las longitudinales. Si el pronóstico es desfavorable implica revisión quirúrgica para valorar la integridad nerviosa.
Caso clínico: Varón de 21 años de edad con una herida inciso-contusa horizontal de 8 cm por debajo del pabellón auricular. TC: fractura de punta de mastoides. Se realiza descompresión facial observándose integridad anatómica hasta su salida por el orificio estilomastoideo, a partir del cual se observan fibras nerviosas dispersas dentro de un tejido parotídeo con edema y material purulento.
Discusión: Los resultados de la revisión quirúrgica en fracturas temporales son variables, como el edema o la sección completa que requiere reparación nerviosa. La discordancia entre hallazgos radiológicos y quirúrgicos es poco habitual, pero posible como en nuestro caso cuya lesión no pudo repararse por tratarse de una lesión difusa extratemporal.
Conclusiones: 1. En parálisis completas debe plantearse un tratamiento quirúrgico. 2. La lesión del nervio facial también puede localizarse en su trayecto extratemporal. 3. La parálisis facial por parotiditis bacteriana aguda es rara, pero posible.

83

MANIFESTACIONES ORL DE LOS LINFOMAS NO HODGKIN DE CÉLULAS B

M. Ceballos Cauto, T. Herrero Salado, G. Benavente Bermudo, S. Sánchez Gómez
Hospital Univ. Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Los linfomas no Hodgkin son neoplasias malignas del sistema linfático caracterizadas por la ausencia de células de Reed-Sternberg y una gran heterogenicidad celular. La afectación primaria del anillo de Waldeyer es del 5-10%, representando más de la mitad de los linfomas extraganglionares primarios de cabeza y cuello. La manifestación más frecuente son las adenopatías indoloras de localizaciones múltiples.
Material y métodos: Primer caso: Mujer de 55 años de edad de procedencia colombiana que presenta tumefacción laterocervical derecha de 5 meses de evolución con odinofagia progresiva. AP: NAMC, DLP, alergia al marisco. Hallazgos exploratorios: Conglomerado adenopático en áreas ganglionares II-III, pequeña adenopatía submentoniana, asimetría de amígdalas palatinas, hipertrofia de amígdala lingual derecha. Segundo caso: Varón de 52 años de edad con LLC-B desde hace 13 años, en tratamiento poliquimioterápico actual, que presenta aplasia medular postquimioterápica y neutropenia febril al ingreso. El paciente refiere odinofagia de semanas de evolución. Hallazgos exploratorios: Múltiples adenopatías cervicales, supraclaviculares y axilares. Aumento de volumen de amígdala palatina izquierda cubierta por un exudado blanquecino.
Resultados: En el primer caso el diagnóstico fue de "Linfoma B de la zona marginal". En el segundo caso se diagnosticó un "Linfoma B difuso de células grandes" desarrollado sobre una LLC, "Síndrome de Richter".
Conclusión/Discusión: Existe un aumento de la incidencia de los linfomas no Hodgkin. Los abordajes terapéuticos cada vez son más específicos para los distintos subtipos de linfomas, siendo imprescindible la biopsia ganglionar realizada en muchas ocasiones por el otorrinolaringólogo. De gran interés es por tanto el conocimiento de esta patología en nuestro medio.

359

ASPERGILOSIS PARANASAL INVASIVA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

L. Martí Gomar, J.B. Iñesta Cabedo, A. Alamar Velázquez, H. Morera Faet, C. Morera Pérez
Hospital Univ. La Fe, Valencia.

Introducción: La aspergilosis de senos paranasales es una entidad poco común, sin embargo su frecuencia ha aumentado en los últimos años.

Se puede manifestar de cuatro formas: alérgica, no-invasiva, invasiva y fulminante.
Material y métodos: Presentamos el caso clínico de una paciente de 26 años con diagnóstico de leucemia aguda mieloblástica, que durante su estancia hospitalaria desarrolló un cuadro de aspergilosis invasiva con afectación de senos paranasales, órbita izquierda y partes blandas.
Resultados: El cultivo de tejido necrótico de fosa nasal fue positivo para Aspergillus flavus. Tras no mejorar con tratamiento médico, se realizó una cirugía radical que incluyó: antrotomía maxilo-etmoidal bilateral, resección cornete inferior y medio fosa nasal izquierda, parte del suelo de la órbita y lámina papirácea del etmoides izquierdo. Los cuidados postoperatorios fueron realizados con lavados con anfotericina B. 3 meses después la paciente estaba asintomática.
Conclusión: La aspergilosis invasiva es un proceso muy grave que afecta generalmente a pacientes inmunodeprimidos. Para evitar el elevado índice de mortalidad y morbilidad asociado con este proceso, es fundamental realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

350

ENDOTROPÍA: ¿DE CAUSA OFTALMOLÓGICA?

F. de la Rosa Astacio, D. Pérez Pérez, T. Labatut Pesce, E. Mora Rivas, C. Fragola Arnau
Hospital Univ. Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La endotropía es la desviación del globo ocular hacia la línea media. Es la forma más frecuente de estrabismo en niños. Su aparición en el adulto obliga a realizar estudio neurológico.
Material y método: *Caso clínico.* Varón de 45 años, acude a sala de urgencias por endotropía izquierda de una semana de evolución. No diplopía. Episodio de sinusitis hace dos meses. NO clínica rinosinusal actual. Algún episodio previo de epistaxis no llamativo para el paciente. Valorado por oftalmología que diagnostica paresia VI par derecho con secundarismo ojo izquierdo. Solicitan valoración por nuestro servicio. Exploración ORL: en endoscopia nasal abombamiento posterior del septo, con costras hemáticas en mucosa lado derecho, resto de exploración normal. TAC/RMN: voluminosa tumoración de cavum que infiltra parte posterior del septo nasal, clivus, fosa pterigopalatina derecha, seno cavernoso ipsilateral con englobamiento e infiltración de la pared de carótida interna intracavernosa. Extensión intraorbitaria sobre pared lateral de órbita derecha, desplazamiento ascendente de la hipófisis. Se aportan imágenes clínico-radiológicas que ilustran el caso.
Resultados: AP: Carcinoma epidermoide pobremente diferenciado. Estudio de extensión negativo. Diagnóstico: carcinoma epidermoide pobremente diferenciado de nasofaringe T4NoMo, estadio IVA. Tratamiento: radio-quimioterapia radical.
Conclusiones: La gran mayoría de los pacientes con carcinoma de nasofaringe presentan al diagnóstico enfermedad local y/o regionalmente avanzada. Esto es debido a la escasa o nula sintomatología inicial. La erosión ósea de la base de cráneo, con o sin afectación de pares craneales no es infrecuente. Hoy en día el diagnóstico precoz de esta patología es un reto.

297

ABSCESOS CERVICALES POR ACINETOBACTER BAUMANNII EN PACIENTE VIH+

C. Sánchez Herrero, C. López Azanza, E. Sánchez Terradillos, M. Cuetos Azcona, J. Pérez Sáez, L.M. Gil-Carcedo García
Hospital Univ. del Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Presentamos un caso aparatoso de infección faríngea por acinetobacter baumannii multirresistente en un paciente VIH positivo cuya evolución tórpida y complicada requiere un tratamiento agresivo médico y quirúrgico.
Material y método: Paciente de 41 años, VIH positivo en tratamiento con antirretrovirales, que consulta por cuadro febril, diarrea, odinofagia y disnea moderada. Diez días antes fue tratado intrahospitalariamente de infección respiratoria. Durante su ingreso en Medicina Interna desarrolla cuadro de insuficiencia respiratoria aguda con edema de paladar blando que necesita intubación orotraqueal urgente e ingreso en UVI. Es diagnosticado de flemón parafaríngeo derecho drenando, poco después, material purulento con cultivo positivo para acinetobacter baumannii y enterococcus faecalis. En los días siguientes desarrolla, pese a la antibioterapia intensa, un aumento del edema faringolaríngeo y cervical, detectándose -mediante técnicas de imagen- la formación de múltiples abscesos en faringe, laringe y espacios profundos cervicales por acinetobacter multirresistente. El paciente es intervenido quirúrgicamente mediante cervicotomía, desbridamiento amplio y drenaje de las colecciones purulentas.
Discusión: Las especies de acinetobacter son organismos Gram negativos que se encuentran con frecuencia en el medio ambiente y, hasta hace un tiempo, se consideraban poco virulentas. Sin embargo, a. baunannii se ha erigido en un patógeno tanto hospitalario como de la comunidad, muy problemático y, además, multirresistente. La incidencia de infecciones graves por especies de acinetobacter ha ido en aumento en los últimos años, especialmente en pacientes con inmunodeficiencias.
Conclusiones: Acinetobacter baumannii se ha convertido en los últimos años en un germen multirresistente capaz de provocar infecciones graves, especialmente en pacientes inmunodeprimidos. El caso que hemos presentado es un ejemplo de su agresividad.

166

QUISTE EPIDERMOIDE DE SUELO DE BOCA

F. Sánchez González, P. Blanco Pérez, A. Batuecas Caletrío, S. Santa Cruz Ruiz, P. Santos Gorjón, R. de la Fuente Cañibano
Hospital Universitario, Salamanca.

Introducción: Los quistes epidermoides son lesiones congénitas que aparecen como consecuencia de la inclusión de restos epiteliales y capas celulares subyacentes durante el periodo de embriogénesis. Estas lesiones son infrecuentes en cabeza y cuello, constituyendo aproximadamente el 7% de todas las localizaciones del organismo. La presencia de un quiste epidermoide en la región sublingual es excepcional.
Material y métodos/Resultados: Presentamos el caso de una paciente de 13 años, con una tumoración en el suelo de la boca, de crecimiento progresivo, no dolorosa y de gran tamaño (11 × 6 × 4 cm). El único síntoma que refería la enferma era discreta dificultad para la deglución de alimentos. La PAAF no aportó datos diagnósticos. La TAC y la RMN permitieron definir las relaciones anatómicas de la lesión, facilitando el abordaje quirúrgico. Se realizó una cervicotomía izquierda con extirpación de la lesión. El estudio anatomopatológico reveló que se trataba de un quiste epidermoide.
Discusión/Conclusiones: Los quistes epidermoides en el territorio cérvico-facial se presentan como una tumoración indolora de crecimiento progresivo. Se suelen diagnosticar en la segunda o tercera década de la vida, basándose principalmente en la sospecha clínica. Este diagnóstico se completa con pruebas como la PAAF o técnicas de imagen. El tratamiento es quirúrgico, por el riesgo de complicaciones infecciosas o compresivas. El pronóstico es bueno si se extirpa la totalidad de la lesión. El diagnóstico diferencial se debe establecer con otras patologías: ránula, quiste del conducto tirogloso, higroma quístico, quiste de hendidura branquial, lipomas...

368

A PROPÓSITO DE UN CASO DE AGENESIA DE SENO MAXILAR Y FOSA NASAL DERECHA

P. Fernández-Miranda López, M.I. Aguadero García, J.L.Vargas Fernández
Hospital Clínico Univ. San Cecilio, Granada.

Introducción: A pesar de la complejidad del desarrollo de la nariz y de la región mediofacial, las anomalías congénitas nasales son infrecuentes. Se encuentran en 1/40.000 nacidos vivos. Pueden aparecer con o sin obstrucción ventilatoria. Al ser los neonatos respiradores nasales obligatorios, la obstrucción nasal suele diagnosticarse en el periodo neonatal.
Material y métodos: Paciente 25 años, con antecedentes personales de Proboscis lateralis, atresia de coana derecha e hipodesarrollo de fosa nasal derecha, que acude a consulta por cuadro de rinorrea continua y dolores intensos en hemicara derecha. Fue ingresada 2 veces en nuestro servicio por cuadros de celulitis orbitaria por posible complicación sinusal de lado derecho. Exploración: dismorfia facial, hipoplasia fosa nasal derecha. Endoscopia: fosa nasal derecha en fondo de saco, con agenesia

de cornetes y otras estructuras. Coana impermeable. Fosa nasal izquierda gran desviación septal. Resto de exploración normal. Se solicita TC senos paranasales.
Resultados: TC: Prominencia en canto interno de ojo derecho en relación con ocupación de cavidad etmoido-frontal derecha. Malformación de fosa nasal y seno maxilar derecho.
Conclusiones: La probóscide lateral es una malformación infrecuente a modo de estructura tubular a expensas de la región del ángulo medial del ojo (canto interno). Suele asociar aplasia o hipoplasia heminasal contralateral, etmoidal, atresia de coanas e incluso agenesia completa de fosa. Esta probóscide lateral es incapaz de permitir un desarrollo correcto del proceso maxilar, con la consiguiente hipoplasia de vías nasolagrimales. En todos los casos se requieren varias fases de reconstrucción estética.

76

ADENOPATÍA INTRAPAROTÍDEA EN LA ENFERMEDAD DE HANSEN (LEPRA)

C. García Navalón, M. Armengot Carceller, R. Reboll Ferrer, M. Bonet Loscertales, M.J. Gómez, J. Basterra Alegría, I. Salvador
Serv. ORL, Serv. Anatomía Patológica, Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción: La lepra es una enfermedad infecciosa producida por la Mycobacterium leprae. Aunque es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio, no hay que excluirla en el diagnóstico diferencial de adenopatías intraparotídeas.
Material y método: Paciente mujer de 70 años remitido a consulta ORL por presentar dos tumoraciones en área parotídea derecha de dos semanas de evolución. Antecedentes: diagnosticada de lepra borderline hace 18 años en tratamiento con sulfonas y moxifloxacino. Exploración ORL: se palpan dos tumoraciones indoloras, de consistencia gomosa, de 1 cm de diámetro localizadas en área pretragal y retroangulomandibular derechas. Resto sin hallazgos patológicos. PAAF de las lesiones: linfadenitis granulomatosa no necrotizante. RM: lesiones intraparotídeas compatibles con adenopatías. Con sospecha diagnóstica de adenitis por leprea y ante el aumento de tamaño, se realiza parotidectomía superficial conservadora. El estudio anatomopatológico concluye: lepra tuberculoide (no se aíslan microorganismos).
Discusión/Conclusiones: Las lesiones de lepra afectan a la piel (máculas hipopigmentadas) y a los nervios periféricos (provocando hipo/anestesia), pero no se puede descartar una diseminación a otros órganos o tejidos. El diagnóstico se basa en la presencia de granulomas necrotizantes no caseificantes y, si no se demuestra la presencia de bacilos (formas tuberculoides), se realizará diagnóstico diferencial con sarcoidosis, lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades dermatológicas. El tratamiento es médico con rifampicina, dapsona y/o clofazimine durante tiempo prolongado. En caso de adenopatías persistentes que crecen a pesar del tratamiento está indicada la exéresis quirúrgica, con fines diagnósticos y terapéuticos.

293

RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO NASOSINUSAL. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

C. García-Vaquero, R. Wegmann Vicuña, M. Pellicer i Sa Rasa, F. Pumarola Segura
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El rabdomiosarcoma (RMS) es la neoplasia maligna de partes blandas más frecuente en la edad pediátrica, constituyendo el cuarto tumor sólido en frecuencia. Su incidencia anual es de 4 a 7 casos por millón de niños menores de 15 años en la raza blanca, dónde es más frecuente, así como en varones (2-4:1). En el 2-3% de casos se presenta desde el nacimiento, y existe un doble pico de incidencia, a los 4 y a los 17 a, siendo raro en mayores de 55 años. La edad de presentación varía dependiendo del tipo histológico. La mayoría de los casos son esporádicos y de causa desconocida y un pequeño porcentaje forma parte del síndrome de Li Fraumeni. Se presenta generalmente localizado en el órgano de origen, diseminándose vía linfática y hemática. Aquellos que afectan a cabeza y cuello cursan con otalgia, obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis y exoftalmos y alteración de la motilidad ocular si afectan a la órbita.
Casos clínicos: Presentamos dos casos de RMS nasosinusal diagnosticados en nuestro centro en los últimos 3 meses. Se trata de una niña de 2 a y un varón de 7 a, con presentación clínica inespecífica en ambos casos. En el primero se diagnostica a partir de clínica de corta evolución de epistaxis, obstrucción nasal y edema palpebral, y en el caso del varón como obstrucción nasal y OMS bilateral, así como masa en cavum de muy rápida evolución. Actualmente ambos pacientes se hallan en tratamiento con quimio-radioterapia, En el caso de la niña sólo se realizó una biopsia diagnóstica pero en el segundo caso la biopsia resultó negativa y requirió una exéresis casi completa para obtener el diagnóstico.
Discusión/Conclusiones: Los RMS suponen la mitad de los sarcomas de tejidos blandos de la infancia, del 5-15% de todos los tumores en menores de 15 años. En la edad pediátrica supone el tumor mesenquimal más frecuente, concretamente el tipo histológico Embrionario y Alveolar, con predilección por la cabeza y el cuello. Dada la sintomatología inespecífica, masa de partes blandas asintomática de crecimiento rápido, el diagnóstico clínico de los RMS es difícil, siendo en la mayoría de los casos exclusivamente histológico. En ocasiones el rápido crecimiento asociado a áreas de necrosis del tumor dificulta que la zona biópsica sino es de gran tamaño pueda dar un diagnóstico histológico. Deberá asociarse siempre un estudio de extensión, dado que la presencia de metástasis es nada desdeñable. El tratamiento deberá ser siempre multidisciplinario, basado en la cirugía, radioterapia y quimioterapia, en función del pronóstico, que dependerá de la localización y extensión del tumor primario y del subtipo histológico.

280

ADENOMA PLEOMORFO DEL PALADAR BLANDO

A.J. Fernández Pérez, M.J. Gámiz Maroto, M.J. Viciana
E.P. Hospital Poniente, Almería.

Introducción: Además de las glándulas salivares mayores, el tejido salivar esta formado por las glándulas salivares menores distribuidas por la mucosa labial, palatinas, molares, bucales, linguales y faríngeas. Cualquiera de los tumores que tienen lugar a nivel de las glándulas salivares mayores pueden asentar también en las menores; a excepción del tumor de Wharthin o de células acinosas. El más frecuente en esta localización es el cistoadenocarcinoma, el segundo en frecuencia es el adenoma pleomorfo seguido por el mucoepidermoide.
Material y métodos: Presentamos dos casos de adenoma pleomorfo de paladar blando; uno de ellos de gran tamaño de 4 × 5 cm de diametro y otro de 2 × 2 cm. Ambos casos se resecaron en su totalidad vía transoral. En la actualidad no existe evidencia de recidiva local en ningún caso. Ni secuelas fonatorias ni deglutorias.
Discusión/Conclusiones: Los adenomas pleomorfos son los tumores más frecuentes de las glándulas salivares mayores representando más del 60 % de los tumores de esta localización, cosa que no ocurre en los tumores de glándulas salivares menores donde el más frecuente es el carcinoma adenoide quístico con una frecuencia del 32,5%. El paladar es una localización rara de los tumores de la boca; sin embargo es la localización preferente del adenoma cuando se localiza en las glándulas salivares menores. El tratamiento de elección es el quirúrgico. La vía de abordaje transoral proporciona una buena exposición, es un abordaje seguro y eficaz; se puede acompañar de cervicotomía con ligadura de la arteria faríngea ascendente para evitar el sangrado intraoperatorio y evitar resecciones incompletas en tumores extensos, como en uno de nuestros casos. La frecuencia de recidiva es menor cuando asientan en esta localización; es raro la malignización y aún más infrecuente en los adenomas de localización a nivel de glándula salivar menor.

558

INGESTA DE CÁUSTICOS

M.L. Mozota Núñez, J.R. Mozota Núñez, M.J. Mozota Núñez, J.R. Mozota Ortiz
Servicio Navarro de Salud Osasunbidea, Navarra.

Objetivos: Estudiar para conocer más y mejor las lesiones provocadas por ingesta de líquidos hirvientes o cáusticos alcali o ácido. Conocer y prevenir las complicaciones en la forma aguda o quemadura y forma crónica de fibrosis faringolaríngea y estenosis faringoesofágica.

Métodos: Estudiamos los factores etiológicos de tipo de quemadura, grupos de edad, sexo y forense de accidente, suicidio u homicidio.
Resultados: 1.- Quemadura intensa: con dolor profundo hasta shock y constricción respiratoria torácica. Disfagia hasta odinofagia. Muerte por edema de glotis desde aritenoides. 2.- quemadura moderada: con sialorrea, disfagia, regurgitaciones y dolor terebrante; las principales complicaciones de muerte por edema de glos sofocante o perforación y desgarro esofágico. 3.- Después del día 15º tras la angustia de los primeros días del cuadro agudo, predomina los síntomas digestivos y se estabiliza la disfagia y mejora algo de peso. 4.- Pensar evitar complicaciones de muerte por shock, perforación esofágica con mediastinitis letal, bronconeumonía por aspiración, odinofagia e inanición, estenosis esofágica progresiva y sensibilización para progresión a carcinoma faringoesofágico de Barret.
Discusión/Conclusiones: El mejor tratamiento es la prevención de estos accidentes con campañas de información y concienciación, con normas legislativas para comercialización de productos cáusticos y almacenamiento de estos productos.

309

REVISIÓN DE PACIENTES LARINGECTOMIZADOS: ESTADIFICACIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

E. Domènech Vadillo, J.L. Merán Gil, F.J .Avilés Jurado, R. Ramírez, J.C. Flores, E. Figuerola i Massana, J. Risco Arenas
Hospital Univ. Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: Existen numerosas variedades y combinaciones terapéuticas en el cáncer de laringe. El objetivo es doble: control del cáncer con la menor morbilidad posible. La seguridad que aporta la laringectomía total en términos de seguridad oncológica es incuestionable, como lo es igualmente, el grado de morbilidad que provoca. Realizamos una revisión de pacientes laringectomizados, incluyendo estadificación, tratamiento recibido, complicaciones, recidivas y seguimiento.
Material y métodos: Se revisan las historias clínicas de los pacientes sometidos a laringectomía total en nuestro hospital desde enero de 1998 a diciembre del 2002. Se incluye un total de 60 pacientes. La estadificación y el tratamiento se analizan por localizaciones.
Resultados: 49 laringectomías totales, 11 laringectomías parciales; 7 habían recibido radioterapia previa; 33 recibieron radioterapia y/o quimioterapia adyuvantes o complementarias. En 52 pacientes se realizó vaciamientos ganglionares. El estadio T pre y post-quirúrgico varió en 20 casos; el estadio N en 16 casos. En 22 pacientes apareció faringostoma. En 5 casos hubo recidiva, en 4 metástasis a distancia y en 6 otras neoplasias. A los 5 años 24 pacientes estaban vivos y libres de enfermedad, 7 exitus, 29 perdidos.
Conclusiones: La mayoría de los pacientes tratados con cirugía por cáncer de laringe durante este periodo fueron sometidos a laringectomía total. En la mayoría se realizó tratamiento ganglionar. En el 33% varió la estadificación pre-quirúrgico respecto al post-quirúrgico. En el 33% apareció faringostoma. En casi la mitad de los pacientes se había perdido el seguimiento a los 5 años.

556

HISTOPATOLOGÍA DE LA CANCERIZACIÓN LARÍNGEA

J.R. Mozota Núñez, M.L. Mozota Núñez, M.J. Mozota Núñez, J.R. Mozota Ortiz
Servicio Navarro de Salud Osasunbidea, Navarra.

Objetivos: Investigar las frecuencias de modificaciones de morfología Anatomopatológica desde la Clínica ORL de paquidermia por displasia leve o moderada o severa a la anaplasia del cáncer de laringe.
Material y métodos: Realizamos un estudio anatomopatológico de las biopsias tomadas por microcirugía endolaríngea en el desarrollo biológico de las lesiones pretumorales a neoplásicas de 38 pacientes que terminan en cáncer de laringe, después de seguimiento otorrinolaringológico en al menos cinco años. Los métodos anatomopatológicos son: fijación en líquido de Bouin alcohólico para las biopsias rápidas y Bouin - Holanda previa a inclusión en parafina, y cortes con microtomo para tinciones con hematoxilina-eosina-azafrán y método del picropolichrome del Profesor Herovici del Instituto Oncológico Goustave Rougy de París.
Resultados: En las microfotografías se evidencia las modificaciones Histopatológicas en las lesiones avanzando hacia el cáncer laríngeo.
Conclusiones: La mcancerización empieza prácticamente en todos los casos con intranquilidad epitelial, mucho antes que en el tejido conectivo del corion subyacente. La primera modificación epitelial es la epidermización de los cuellos glandulares. Posteriormente hay una acantosis con proliferación del extracto lúcido con atipias en el epitelio epidermoide malpighiano y que coincide con una extensión con papilomatosis y que son signos de agravación del proceso. La proliferación anormal del epitelio hace que se observe una papilomatosis invertida que coincide con el aumento de atipias y anormalidades en la morfología epitelial que se hace de displásico a anaplásico con atipias y mitosis aberrantes.

536

MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA DE LARINGE

R. Barnoya Sanchinelli, A. Maeso Plaza, P. Escobar Rincón, E. Macón Liquete, C. Villanueva Sánchez, R. Paz López de Suazo, G. Barrutieta Baztán, P. Ortega del Álamo
Hospital de Móstoles, Madrid.

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas son las son las menos habituales pero las más agresivas de las malformaciones vasculares. Su localización más frecuente es cabeza y cuello, las intracraneales son 20 veces más frecuentes que las extracraneales. Son congénitas y crecen por aumento de flujo y no por proliferación celular. Su patogenia se explica por el reclutamiento de vasos sanguíneos adyacentes en un proceso de " shunting".
Material y métodos: Con el soporte de abundante iconografía consistente en nasofibrolaringoscopias, imágenes de TC y RM asi como cortes histológicos, se presenta el caso de una tumoración supraglótica de origen vascular en una mujer de 62 años y su evolución pre y post quirurgica tras resección con láser CO_2.
Resultados: Los tumores de origen vascular en partes blandas de cabeza y cuello más frecuentes son los hemangiomas 11% del total de tumoraciones benignas, mencionados la mayoría de la bibliografía revisada. No se encontró en la literatura consultada información sobre casos de malformaciones arteriovenosas a nivel laríngeo.
Conclusiones: Las malformaciones arteriovenosas a nivel de laringe son muy poco frecuentes, siendo difícil encontrar en la literatura casos similares al descrito. En esta ocasión se logró una resección de la lesión mediante cirugía transoral con láser CO_2, previa traqueotomía preventiva. La paciente se encuentra actualmente decanulada sin sintomatología y sin evidencia de la lesión.

205

DISPLASIA FIBROSA. RECIDIVA

A. Cordero Jiménez, V. Jiménez Oliver, R. Tenor Serrano, G. Rodríguez–Baró Andújar
Hospital Clínico Univ. Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La displasia fibrosa es una lesión ósea benigna que consiste en la sustitución de hueso sano por tejido fibroóseo desestructurado. De etiología deconocida, su localización craneofacial más frecuente es el maxilar superior seguido de hueso frontal y temporal. Tiene tres formas clínicas, monostótica, poliostótica y diseminada. Aparece como deformidad facial indolora o como algias faciales o con sintomatología ocular. Se diagnostica mediante TC y biopsia y su tratamiento es quirúrgico en el caso de que sea sintomática.
Material y método: Presentamos a varón de 46 años ya intervenido por displasia frontal hace años que acude a nuestro Servicio con una clínica de cefalea frontal, exoftalmos izquierdo y diplopía monocular izquierda.
Resultados: Se realiza TC fosas nasales apreciándose patrón óseo en vidrio deslustrado en celdillas etmoidales izquierdas y cara supero-interna órbita izquierda, así como cambios postquirúrgicos en la región frontal. En la RMN se observa alteración morfológica y de señal que afecta de forma heterogénea a seno frontal, órbita izquierda y celdillas etmoidales. Además se realizó analítica con perfil hormonal y gammagrafía ósea descargándose forma poliostótica y diseminada. Se derivó al paciente a Servicio de cirugía maxilofacial siendo intervenido y permaneciendo asintomático hasta ahora.
Conclusiones: Lesiones fibro-óseas pseutotumorales benignas son la displasia fibrosa y el fibroma osificante. Se diagnostican mediante TC y

biopsia siendo importante realizar gammagrafía ósea y analítica con perfil hormonal para descartar formas poliostóticas. Hay que tener una actitud expectante ante pacientes asintomáticos o bien quirúrgica si aparecen síntomas realizando una exéresis amplia.

387

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO

S. Tobías Gómez, M. Borrás Perera, I. Pérez Hernández, E. Sarroca Capell, A. Ruiz Giner, L. Andreu Mencía, V. Palomar García
Hospital Univ. Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: El carcinoma adenoide quístico es un tumor infrecuente con un comportamiento impredecible en cuanto a su extensión local y a distancia. Crece a partir de las glándulas exocrinas, principalmente glándulas salivares mayores y menores. Suele presentarse como una masa no ulcerada y submucosa asintomática, por lo que el diagnóstico suele ser tardío.
Material y métodos: Se realiza una revisión de 4 casos diagnosticados en nuestro hospital de CAQ localizados en orofaringe, mucosa yugal izquierda, glándula parótida derecha y glándula submaxilar derecha.
Resultados: El 50% de los pacientes fueron varones. La edad media fue de 61,25 años (rango de 34 a 76 años). En tres pacientes el tratamiento fue quirúrgico, más radioterapia postoperatoria en dos de ellos. El otro paciente recibió quimioterapia como único tratamiento. El 75% presentó metástasis a distancia en el momento del diagnóstico o a lo largo de la enfermedad. La mortalidad hasta el momento actual es del 25%.
Discusión: Se trata de un tumor de historia natural prolongada. Aunque las recurrencias locales y las metástasis a distancia son frecuentes, debido a su capacidad de extensión perineural y hematológica. El tratamiento debe ser exéresis quirúrgica con márgenes amplios y radioterapia adyuvante si existe invasión perineural, márgenes positivos, tumores a partir de T2 o que presenten metástasis regionales. Debe realizarse un seguimiento a largo plazo por su elevada mortalidad.

96

UTILIDAD DEL PET-TC EN EL ESTADIAJE DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

G. Pastor Canicio, N. Baviera Granell, P. Estrems Navas, R. Balaguer García, C. López Mollá, P. Abreu, P. Sopena, J. Dalmau Galofre
Hospital Univ. Dr. Peset, Valencia.

Introducción: El cáncer de cabeza y cuello representa aproximadamente un 3-5% del total de tumores malignos. Histológicamente, la mayor parte de ellos son carcinomas escamosos (más del 90%), con distintos grados de diferenciación, pero en general con gran avidez por la 18-Flurodexosiglucosa (FDG). Las primeras máquinas híbridas PET-TC fueron desarrolladas a finales de los 90 por el grupo del Profesor Townsend de la Universidad de Pittsburg. Esta nueva técnica permite aprovechar las ventajas aportadas por la PET en cuanto a sensibilidad y la localización del estudio por TAC.
Material y métodos: Se presentan una serie de casos e imágenes de pacientes que presentaron tumores de cabeza y cuello (excluyendo glándulas), y han sido estudiados en nuestro servicio, con obtención de TC cérvico-torácico y PET-TC para el estadiaje inicial de su enfermedad.
Discusión/Conclusiones: El PET TC puede ser de gran utilidad en el estudio de tumores del área cérvicofacial para el estudio del tumor primario y la estadificación preterapéutica. Además, se apuesta por la utilización de esta técnica en la planificación de radioterapia, la detección de recidivas y valoración de respuesta a tratamiento radioquimioterápico. Son necesarios más estudios comparativos (fundamentalmente con TAC) para establecer la utilidad y superioridad de esta técnica frente a las ya previas.

530

TRATAMIENTO MEDIANTE LÁSER DE CO_2 DE LUXACIÓN ARITENOIDEA POR FRACTURA LARÍNGEA

E. Coscarón Blanco, M. González Sánchez, J.M. Serradilla López
Hospital Virgen de la Concha, Zamora.

Introducción: Las fracturas laríngeas son una urgencia frecuente en ORL. La prioridad es mantener las funciones vitales según el esquema ABC. Sin embargo, otros aspectos son importantes una vez solventado este aspecto. Las líneas de fractura y las tracciones musculares pueden condicionar desplazamientos primarios o secundarios pudiendo dar lugar a una imposibilidad para respirar por vía natural, requiriendo la presencia de una traqueotomía permanente. Un ejemplo es una fractura luxación de aritenoides en el contexto de una fractura compleja de esqueleto laríngeo, que por desplazamiento medial condiciona una estenosis glótica posterior. Una posible solución es la laringoplastia posterior de aumento mediante diferentes técnicas.
Material y métodos: Presentamos un caso en que no pudo realizarse decanulación por insuficiencia respiratoria obstructiva laríngea secundaria a fractura compleja con fractura-luxación medial de aritenoides, al que se le sometió un año después a laringoplastia posterior de aumento con bisturí láser de CO_2 mediante aritenoidectomía parcial media y tenomiotomía interaritenoidea.
Resultados: Se logró una buena respiración laríngea con buena fonación si bien con disnea de esfuerzos moderados-severos, sin falsas vías ni reestenosis.
Discusión/Conclusiones: Existen diversas técnicas de laringoplastia posterior con diferente resultado entre ellas. En general, cuanto más tejido se reseque a nivel posterior, mejor respiración y menor reestenosis cicatricial se logrará pero a costa de mayores aspiraciones. Por el contrario, actitudes muy conservadoras, producirían un efecto inverso. Debe planificarse cuidadosamente el tipo de intervención a realizar y la cantidad de tejido a resecar para lograr un adecuado balance de resultados postquirúrgicos.

101

TUMORACIÓN LATEROCERVICAL EN UN JOVEN DE 15 AÑOS. ¿QUISTE BRANQUIÓGENO?

P. Contreras Molina, J.C. Verge González, J.A. Pérez Arcos, A. Cruz Escudero
Hospital Clínico Univ. Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: Varón de 15 años que acude a urgencias por tumoración laterocervical derecha de un mes de evolución, fiebre y malestar general.
Material y métodos: Tumoración laterocervical de unos 4 × 3 cm, en área II, dura y dolorosa a la palpación. No se palpan otras adenopatías cervicales. El resto de la exploración ORL es normal. Se procede a su ingreso hospitalario para estudio y tratamiento, bajo sospecha de quiste branquiógeno. Durante su estancia, se solicita PAAF, TAC y ECO cervical.
Resultados: En la PAAF eco-guiada de la lesión se visualiza proliferación linfoide atípica. La TAC describe una lesión de 2,6 × 3 cm de predominio quístico, con polo inferior sólido, compatible con adenopatía necrosada a dicho nivel, linfoangioma, hemangioma o higroma quístico.
La ECO cervical detecta un nódulo de 2,8 cm escasamente vascularizado, que sugiere necrosis, con tiroides normal. Dadas las características del cuadro y la duda diagnóstica, se realiza cervicotomía exploradora y exéresis de la lesión. El aspecto macroscópico de la misma es de fragmento de tejido de varios nódulos, el mayor de ellos de 2 cm, de consistencia blanda y color blanquecino. En una primera aproximación diagnóstica, se incluye linfadenitis granulomatosa como diagnóstico a descartar. Tras estudio histoquímico, no se observan microorganismos con técnica de PAS, plata-metenamina o Zhiel-Nielssen. Con inmunohistoquímica se evidencian positividad de las células de hábito histiocítico para S-100 y CD-68, hallazgo que parece sugerir una enfermedad de Rosai-Dorfman.
Conclusiones: La enfermedad de Rosai-Dorfman es una enfermedad proliferativa histiocítica rara, de causa y patogenia poco conocidas, que afecta a niños y jóvenes, relacionada al parecer, con un desorden inmunológico agravado por un cuadro infeccioso. Su manifestación clínica más frecuente es la afectación ganglionar cervical. El diagnóstico de certeza es anatomopatológico e incluye un diagnóstico diferencial con otras enfermedades histiocíticas, enfermedad granulomatosa, enfermedad linfomatosa, y carcinoma metastásico.

288

MANIFESTACIONES LARÍNGEAS DE LA TUBERCULOSIS

F. Muñoz del Castillo, F. Ropero Romero, B. Fernández-Conde, E. Alarcón Linares, E. Cantillo Baños, F. Bravo Rodríguez, A. Jurado Ramos
Hospital Univ. Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La TBC es una de las enfermedades granulomatosas crónicas que afectan con mayor frecuencia a la laringe. Puede tener diferentes vías de transmisión, entre ellas, vía aérea, por diseminación hematógena y linfática. El síntoma más frecuente es la disnea con disfagia y odinofagia.
Material y método: Paciente de 38 años fumador de 10 cig/d sin antecedentes personales de interés ni inmunosupresión conocida, que acude a Consulta de ORL por presentar en últimas semanas cuadro de dolor faríngeo, carraspera, disfonía intermitente con disfagia a sólidos y odinofagia que no cede tras tratamientos ATB. En la exploración se evidencia inflamación granulomatosa de aspecto neoplásico que afecta a pilares faríngeos, velo del paladar, orofaringe, base de lengua, epiglotis, RAEs y bandas ventriculares. No se encuentran adenopatías cervicales.
Resultados: Se realiza biopsia y cultivos microbiológicos de diferentes zonas del tejido afectado con el resultado de granulomas no caseosos descartando linfoma o carcinoma, siendo negativos los cultivos microbiológicos. La radiografía de tórax y el test de Kveim-Siltzbach son normales. Ante la sospecha de TBC laríngea, se realiza tratamiento con rifampicina, pirazinamida y etambutol mejorando el cuadro de forma progresiva. Los cultivos de micobacterias son positivos a Micobacterium tuberculosis a los 2 meses de la toma de muestras.
Discusión/Conclusiones: El diagnóstico se realiza por cultivos y biopsia positivas a BAAR con granulomas caseosos. El tratamiento es médico antiTBC y, si no se trata, puede evolucionar a estenosis laríngea, requiriendo traqueotomía. Ante el aumento de incidencia de la enfermedad, se debe realizar su diagnóstico de sospecha ante todo edema faringolaríngeo de difícil resolución con tratamiento médico.

215

DISFONÍA COMO SÍNTOMA DEBUT DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

M. Sánchez Torices, A. Delgado Quero, J. Gálvez Pacheco, R. Jódar Moreno, J. Roura Moreno
Hospital Princesa de España, Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Jaén.

Introducción: El síndrome de Collet-Sicard o del agujero rasgado posterior es un infrecuente cuadro clínico consistente en la parálisis de los pares craneales IX-X-XI-XII. Generalmente ocasionado por lesiones traumáticas o patología vascular carotídea, sólo en pocas ocasiones está descrito como consecuencia de una lesión metastásica derivada de neoplasias de próstata y mama principalmente.
Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 49 años de edad sin antecedentes de interés que ingresa en nuestro servicio por disfonía y disfagia de 10 días de evolución. En la exploración se objetiva parálisis de pares craneales izquierdos IX-X-XI-XII y adenopatía supraclavicular ipsilateral.
Resultados: Se solicitaron las siguientes pruebas complementarias: TAC cráneo-cervical: lesión erosiva basioccipital y adenopatía supraclavicular izquierda. RMN cráneo-cervical: lesión ósea en base de cráneo con afectación de cóndilo ociipital izquierdo y atlas. PAAF de adenopatía supraclavicular: compatible con metástasis de adenocarcinoma. Gammagrafía ósea Tc99: hipercaptación en base de cráneo y columna dorsal, sugerente de origen metastásico. Descartado el origen mamario, se investiga posible lesión primaria digestiva. El TAC toraco-abdominal objetivó adenopatías precarinales, hiliares, retrocrurales y retroperitoneales. Finalmente, mediante endoscopia digestiva alta se visualizó lesión en antro gástrico cuya biopsia informó de adenocarcinoma.
Discusión/Conclusiones: Son escasas las referencias bibliográficas acerca del diagnóstico diferencial en la etiología de un síndrome de Collet-Sicard. A pesar de que la causa más frecuente es la traumática, es posible encontrar esta lesión como resultado de una metástasis. Así resultó en nuestro caso donde el origen fue un adenocarcinoma gástrico, caso con escasas referencias hasta la actualidad.

338

TIROIDITIS DE RIEDEL. NUESTRA EXPERIENCIA

N. González Poggioli, J.C. Vázquez Barro, M. Álvarez-Buylla Blanco, A. Padín Seara, J. Martínez Vidal
Complexo Hospitalario Univ. Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: La tiroiditis de Riedel es una forma muy infrecuente de tiroiditis crónica en la cual la glándula tiroides es reemplazada por tejido fibroso. Los mecanismos etiológicos de esta patología son inciertos y su diagnóstico previo es muy difícil. Los síntomas compresivos, y la extensión sugieren malignidad por lo que la cirugía no conservadora comporta probables complicaciones de importancia. Nuestro objetivo es mostrar nuestra conducta diagnóstica y terapéutica ante esta patología con dos casos y hacer una revisión de la literatura al respecto.
Material y métodos: Se evaluaron las manifestaciones clínicas, pruebas diagnósticas, el tratamiento quirúrgico y la evolución en una serie única de dos pacientes consecutivos, que presentaron esta patología durante una experiencia de 15 años.
Resultados: Presentamos dos pacientes, ambas mujeres, con síntomas compresivos y hallazgos clínicos de tumoración tiroidea de larga evolución, sugerente de malignidad. Un caso fue sometido a tiroidectomía parcial con resección del istmo, y otro fue sometido a resección en cuña para biopsia, y posterior tratamiento a base de corticoides puesto que rehusaba el tratamiento quirúrgico definitivo. En ambos casos se observó mejoría de los síntomas compresivos tras el tratamiento. No se observaron recurrencias mediastínicas a los 13 y 1 año tras la intervención respectivamente.
Conclusión: No existe un estándar quirúrgico para esta patología. En nuestra experiencia consideramos que en aquellos no susceptibles de intervención la terapia corticoidea es una alternativa, así como que la cirugía radical debe ser evitada puesto que puede ser potencialmente lesiva y no disminuye las recurrencias.

566

MANEJO Y ABORDAJE DE LA MIOCLONÍA PALATAL COMO CAUSA DE ACÚFENO OBJETIVO. USO DE TOXINA BOTULÍNICA

N. Conill Tobías, C. de Paula Vernetta, A. Piera, N. Muñoz Fernández, M.T. Achiques, J. Marco Algarra
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: El acúfeno objetivo puede presentar múltiples etiologías siendo una de las más infrecuentes la mioclonía palatal, generada por la contracción rítmica e involuntaria del paladar blando. Es de todos conocido que la toxina botulínica genera una parálisis temporal del paladar mediante la inhibición presináptica de la acetilcolina a nivel de la unión neuromuscular.
Material y métodos: Paciente mujer de 78 años, Hipertensa, con cuadro depresivo de larga evolución, en el contexto de un acúfeno objetivo por mioclonía palatal que se ha intensificado en los últimos años. Se realiza nasofibroscopia, audiometría tonal y liminal, acufenometría, impedanciometría, productos de distorsión y otoscopia; llegándose al diagnóstico de mioclonía palatal. Se interviene a la paciente bajo anestesia local y visión directa por endoscopia, inyectándose 10 U de toxina butulínica a nivel del velo del paladar bilateral.
Resultados: El acúfeno desapareció a los 7 días. Se realizaron controles cada 15 días el primer mes y posteriormente a los 3 y 6 meses. Se analizan efectos secundarios, así como las distintas pruebas objetivas ORL.
Conclusión: El uso de la toxina botulínica en el tratamiento de la mioclonía palatal consigue unos resultados óptimos con mínimos efectos secundarios.

Comunicaciones Vídeo

Se pueden ver todos los vídeos en dos pantallas dedicadas que estarán en la zona de pósteres durante todos los días del Congreso

Se pueden consultar los textos de los resúmenes en la pág. 62

SOLICITUD DE INGRESO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

ORL ☐ OTRA ESPECIALIDAD (ESPECIFICAR) ____

DATOS PERSONALES (obligatorios)

APELLIDOS			
NOMBRE		DR. ☐	PROF. ☐
DNI		Nº COLEGIADO	
NACIONALIDAD			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO			

DIRECCIÓN PARTICULAR

Calle/Plaza					
C.POSTAL		LOCALIDAD			
PROVINCIA			PAÍS		
TELÉFONO		MÓVIL		FAX	
E-MAIL					

DIRECCIÓN CONSULTA PRIVADA

Calle/Plaza			
C.POSTAL		LOCALIDAD	
PROVINCIA		PAÍS	
TELÉFONO		FAX	
E-MAIL			
Si está en un Centro, especificar:			

DIRECCIÓN CENTRO HOSPITALARIO

HOSPITAL			
SERVICIO			
Calle/Plaza			
C.POSTAL		LOCALIDAD	
PROVINCIA		PAÍS	
TELÉFONO		FAX	
E-MAIL			

DIRECCIÓN PREFERENTE	
E-MAIL PREFERENTE	
TELÉFONO PREFERENTE	

DATOS PROFESIONALES

RESIDENTE ☐ AÑO FINALIZACIÓN: _____ (Adjuntar certificado del jefe de servicio, tutor o gerente)
ESPECIALISTA ☐

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 Caducidad

CHEQUE (Pagadero en un banco español) ☐
Adjunto cheque por importe de _____ euros, según relación de cuotas.

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/ Fundadores, 13 – Local, 28028 MADRID (ESPAÑA)

SEORL PCF

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 ..... 75,00 €
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, y que esté desarrollando su formación por el sistema MIR o similar
Cuota de pertenencia a la SEORL ..... 60,00 €
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 ..... 75,00 €
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 ..... 75,00 €
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 PERSONALES (obligatorios)

APELLIDOS	
NOMBRE	
DNI	

DIRECCIÓN PARTICULAR

Calle/Plaza					
C.POSTAL		LOCALIDAD			
PROVINCIA			PAÍS		
TELÉFONO		MÓVIL		FAX	
E-MAIL					

DIRECCIÓN CONSULTA PRIVADA

Calle/Plaza				
C.POSTAL		LOCALIDAD		
PROVINCIA			PAÍS	
TELÉFONO			FAX	
E-MAIL				
Si está en un Centro, especificar:				

DIRECCIÓN CENTRO HOSPITALARIO

HOSPITAL			
SERVICIO			
Calle/Plaza			
C.POSTAL		LOCALIDAD	
PROVINCIA		PAÍS	
TELÉFONO		FAX	
E-MAIL			

DIRECCIÓN PREFERENTE	
E-MAIL PREFERENTE	
TELÉFONO PREFERENTE	

DATOS PROFESIONALES (Marcar lo/s que proceda/n)

RESIDENTE	☐	AÑO FINALIZACIÓN:
EN PARO	☐	
BECARIO	☐	
FACULTATIVO ESPECIALISTA	☐	
JEFE DE SECCIÓN	☐	
JEFE DE SERVICIO	☐	
PROFESOR ASOCIADO	☐	
UNIVERSIDAD: _____		
PROFESOR TITULAR	☐	
UNIVERSIDAD: _____		
CATEDRÁTICO	☐	
UNIVERSIDAD: _____		

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 CRÁNEO	☐	
CIRUGÍA PLÁSTICA	☐	
ONCOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL	☐	
ORL GENERAL	☐	
ORL PEDIÁTRICA	☐	
OTOLOGÍA	☐	
OTONEUROLOGÍA	☐	
RINOLOGÍA / ALERGÍA	☐	
RONQUIDO Y APNEA	☐	
VOZ Y FONIATRÍA	☐	

FECHA	
FIRMA (no es obligatoria)	

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

SEORL PCF

■ ÍNDICE DE AUTORES

Abad Casado, D., 53, 156, 185, 187
Ábrego Olano, M., 158
Abreu, P., 199
Acevedo, N., 39
Achiques, M.T., 200
Achiques Martínez, M., 47, 53
Achiques Martínez, M.T., 58, 60, 79, 80, 93, 117, 150, 185, 186, 187
Achleitner, G., 44
Acosta, A., 120
Ademá Alcover, J.M., 104
Agreda Moreno, B., 66, 96, 97, 130, 147, 173, 195
Aguadero García, I., 49
Aguadero García, M.I., 147, 151, 191, 196
Aguilar, F., 84, 117, 158, 179
Aguilar Vera, F., 52, 55, 126
Aguilar Vera, F.J., 56, 107, 126, 150, 155
Alacio Casero, J., 125
Alamar Velázquez, A., 195
Alañón, M.A., 175
Alañón Martínez, M.A., 100
Alarcón, E., 94, 117, 153, 156
Alarcón Linares, E., 65, 125, 149, 200
Alarcón Linares, M.E., 65, 154, 184, 186
Alba, J.R., 109
Albaladejo Devis, I., 146
Albertí Casas, A., 73, 93
Albiol Varella, L., 47, 53, 54
Alcalde Navarrete, J., 157, 160, 161
Alcalde Navarrete, J.M., 168
Aldasoro Martín, J., 53
Alegre, M., 100
Alfonso Carrillo, C., 106
Alfonso Collado, J., 97
Alfonso Collado, J.I., 66, 96, 147, 173, 195
Alfonso Martínez, M., 83, 118
Algaba Guimera, J., 43, 45, 47, 59, 61, 73, 158, 186
Almaraz Gómez, A., 40
Almela Cortés, R., 53
Almela Rojo, M., 57, 58, 158, 189
Almela Rojo, M.T., 188, 190
Almendros, I., 110
Almodóvar Álvarez, C., 71, 136, 148
Alobid, I., 178
Alonso, D., 39
Alonso Castañeira, I., 47, 58, 60, 93, 101, 117, 148, 150, 170, 185, 186, 187
Alonso González, C., 157
Alonso Párraga, D., 184
Alonso Treceño, J.L., 148
Altuna Mariezkurrena, X., 43, 73
Álvarez Buylla Blanco, M., 59, 92, 153, 154, 194, 200
Álvarez Buylla, M., 162
Álvarez Carrillo, S., 104, 129, 150
Álvarez Morujo Sande, G., 127
Álvarez Morujo Sande, M.G., 55, 56, 85, 159
Álvarez Buylla Blanco, M., 41, 135
Amador García, J.M., 193
Amaral, J., 79
Amat, M., 121
Amat Martínez, P., 60
Amilibia, E., 95
Amilibia Cabeza, E., 171
Amor Dorado, J.C., 176
Amorim, H., 129, 192
Amorós Rodríguez, L.M., 58, 146, 189
Andrea, M., 79
Andreu Mencía, L., 40, 93, 199
Ángeles Figueroa, R., 178
Anguita Sánchez, I., 56, 95, 194
Antolí Candela Cano, F., 136, 145, 168
Antolín Zárate García, R., 76
Anula Suárez, P., 189, 190
Aparicio, M.S., 151, 152, 189
Aparicio Fernández, J.M., 67, 177, 181
Aparicio Pérez, M.S., 44, 152, 181, 190
Arán, I., 175
Arán González, I., 113, 172, 187
Arana Ortega, M., 157
Aranberri Aresti, J., 96, 121, 124, 149
Araujo Piedra, X., 43, 136, 140, 152, 192
Arbizu, L., 82
Arbizu Ruiz, L., 130, 166, 193
Arce Martínez, R., 57, 58, 158, 188, 189, 190
Arellano Rodríguez, B., 40, 144
Arias, F., 124, 192
Arias, G., 118
Arístegui Ruiz, M., 43
Arjona Montilla, C., 52, 148, 157
Armengot, M., 109
Armengot Carceller, M., 109, 151, 189, 192, 197
Armesto Fernández, A., 170
Arribas, I., 106, 181
Arroyo Domingo, M., 85
Arruti, I., 96, 130
Arruti González, I., 192, 193
Artal Sánchez, R., 66, 96, 97, 130, 147, 173, 195
Artigas Sapiain, C., 82, 83, 86, 91, 129, 153, 154, 194
Asgharpour Talat, E., 186
Asín, G., 192
Astier Peña, P., 113
Avilés Jurado, F.J., 41, 45, 57, 85, 130, 155, 156, 188, 193, 198
Avilés Jurados, F.J., 84
Aviñoa Arias, A., 84, 124, 148
Ayala, L., 100, 175
Ayats, E., 138

Balaguer García, R., 90, 91, 133, 161, 199
Balbín, M., 109, 123
Ballesteros Navarro, J.M., 184
Ballestín Carcavilla, C., 135
Baptista, P., 64
Baptista Jardín, P., 191
Barberá, R., 119
Barberá Durbán, R., 40, 185
Barnoya, R., 148
Barnoya Sanchinelli, R., 76, 137, 147, 198
Barona Guzmán, R., 112, 114, 115, 121, 122, 139, 154
Barreira Fernández, M.P., 176
Barrera Blázquez, C., 85
Barrios Recio, A., 48, 96, 149
Barros, C., 148
Barrós, M.J., 79
Barrutieta Baztán, G., 137, 147, 167, 198
Bartual Magro, J., 112, 143
Bartual Pastor, J., 112, 143
Bas Infante, E., 79, 80
Báscones García, M., 50
Bastarrica, M., 65, 106
Basterra, J., 109, 189

Basterra, Z., 73
Basterra Alegría, J., 144, 151, 192, 197
Batuecas Caletrio, A., 50, 58, 59, 61, 74, 96, 117, 158, 161, 196
Baviera Granell, N., 91, 120, 133, 161, 199
Bejarano, A., 152
Bejarano, B., 64, 100
Bejarano Panadés, N., 60, 82, 83, 86, 91, 129, 153, 160, 194
Beltrán Sirvent, F., 81
Benavente Bermudo, G., 195
Benet, A., 173
Benítez, J., 160
Benítez Rosario, J., 127, 191
Benítez Rosario, J.J., 54
Benito González, F., 130, 153
Benito González, J., 106, 157
Benito González, J.J., 183
Benito Navarro, J.R., 55, 159
Benito Orejas, J.I., 40, 51
Bernal Sprekelsen, M., 43, 67, 137, 178, 189
Bernáldez Millán, R., 70, 135
Berrocal Postigo, E., 52, 59, 83, 120, 160
Bezos Capelastegui, J.T., 146
Bidón Gomez, U., 157
Blanc Curto, J.M., 86, 95, 117
Blanch, J.L., 67, 189
Blanco, P., 162
Blanco Eguren, G., 90
Blanco García, J.L., 160
Blanco Pérez, P., 50, 58, 59, 61, 74, 96, 117, 123, 161, 163, 196
Bleda, C., 171
Bodet Agustí, E., 103
Boemo, R.L., 116, 169
Boemo Dalcol, R.L., 48
Bohé Rovira, M., 128
Boleas Aguirre, M.S., 144
Bolinaga Zubizarreta, U., 45, 59
Bomeo, R., 133
Bonet, M., 189
Bonet Loscertales, M., 151, 192, 197
Bonilla Pérez, A., 138
Borés, T., 189
Borrás Perera, M., 199
Borràs Perera, M., 40, 43, 93
Bosch, R., 117
Bracero Robledo, F., 39
Bravo, O., 118
Bravo Rodríguez, F., 125, 149, 200
Brea, B., 92
Breda, E., 163
Brotons, S., 119
Bruzón, J., 101
Busto, N., 193

Caballero, M., 189
Caballero Borrego, M., 67
Caballero Villena, J., 95, 194
Cabanillas Farpón, R., 76, 133, 166
Cabezudo Pedrazo, J., 180
Cabrera Morín, P., 53, 68, 185, 186, 187
Cabrera Ramírez, M.S., 54
Calderón Sánchez, M., 53, 73, 97, 140
Calero Castillo, J., 48, 149
Callejo, A., 103
Callejo Castillo, A., 191
Calvente, R., 172
Calvo Navarro, C., 128
Calvo Pérez, M., 47, 135, 136
Camacho, J.J., 45
Campos, V., 169
Campos Paradinas, V., 52, 84, 119
Canadell, L., 130
Canela, M., 134
Cano, B., 124
Cano Cuenca, B., 103
Cánovas, E., 118
Cantillo, E., 94, 117, 156
Cantillo Baños, E., 125, 200
Cantón, M., 121, 140
Cañizo Álvarez, A., 74
Caravaca, A., 147
Caravaca García, A., 88, 115, 122
Carda, C., 109
Cardelús Vidal, S., 178
Carlos Pozo Dios, J.C., 57
Carlos Pozo, J., 130
Carne Subiranas, J., 83
Carnero, S., 76
Carrasco Gómez, A., 101, 129
Carrasco Llatas, M., 67, 91, 120
Carvalho, C., 129, 192
Casado Morente, J.C., 71
Casajuana, E., 138
Casamitjana Claramunt, J.F., 169
Castaño Zapatero, I., 48, 149
Castañeda Fuentes, F., 51
Castillo, R., 65, 137, 162
Castillo Iturralde, I., 96
Castillo López, R., 47, 58, 88, 158, 182
Castillo Serrano, E., 150
Castro, A., 65
Castro, D., 117
Castro, M.I., 152
Castro Agüera, D., 107, 150
Castro Calvo, A., 106, 135
Castro Canelada, M.I., 44, 181, 190
Castro Foros, M., 83
Castro Gutiérrez, D., 56, 126, 155
Castro Gutiérrez Agüera, D., 52, 55, 126
Castro Macía, O., 42, 184, 191
Castro Macías, O., 39
Cavallé, L., 100
Cavallé Garrido, L., 107
Cazorla Ramos, O., 162
Ceballo, J.M., 150
Ceballos Cauto, M., 52, 90, 122, 195
Cegarra Navarro, M.F., 86, 97
Cenjor, C., 65, 158, 162
Cenjor Español, C., 47, 58, 88, 137, 182
Censor Español, C., 92
Centellas, S., 178
Cerván Rubiales, F., 127
Cervera Paz, F.J., 100, 141, 163
Cerverón Comeche, C., 122
Chamizo, J., 128
Chamizo, J.J., 103, 116
Charlone, R., 76, 133
Chiara, M.D., 166
Cisa, E., 57
Cisternas Bittencourt, M.J., 44, 151, 152, 181, 189, 190
Clemente, I., 41, 76, 95, 103, 191
Cobeta, I., 119
Cobeta Marco, I., 70, 156
Coca Pelaz, A., 133, 166
Cogolludo, F.J., 47, 65, 88, 137, 158, 162
Cogolludo Pérez, F., 58
Cogolludo Pérez, F.J., 92, 182
Colio Pérez, J.M., 81
Collazo Lorduy, T., 47, 57, 148, 161
Colmenero Ruiz, M., 176
Comas, J., 121
Conde Jiménez, M., 90, 115
Conill Tobías, N., 47, 53, 58, 60, 93, 101, 117, 150, 185, 186, 187, 200
Conte Visús, L., 123
Contestí, A., 71
Contreras, J.D., 167
Contreras Molina, P., 49, 151, 199
Contreras Sánchez, J.D., 46
Cordero Jiménez, A., 49, 151, 198
Corral Juan, J.L., 138
Corrales Millán, R., 50, 59, 120, 160
Corrochano, E.O., 44, 151, 152, 181, 189, 190
Cortés, L., 148
Cortés Sánchez, R.F., 116, 118

Cortijo, J., 109
Coscarón Blanco, E., 160, 199
Costa Climent, M.D., 47, 53, 54
Costa Ribas, C., 176
Crego Pablos, F., 84, 158, 179
Cristóbal García, F., 110
Cruellas, F., 171
Cruellas Taischik, F., 41, 191
Cruz Escudero, A., 151, 199
Cruz Piedad, E., 44, 45, 128
Cuello, G., 76
Cuello Bueno, G.A., 41, 137
Cuesta Albalad, M.P., 164
Cuetos Azcona, M., 156, 196
Culaciati, F., 82, 83, 91, 153, 154, 194
Culaciati Tapia, F., 86, 129
Cuyás Lazarich, J.M., 187
Cuyás Torres, J.M., 54

Dalmau Galofré, J., 67, 75, 90, 91, 120, 133, 161, 182, 199
Delgado Moreno, E., 101, 163
Delgado Quero, A., 200
di Vanna, S., 171
Dias, O., 79
Díaz, J.P., 137
Díaz Anadón, A., 42, 44, 140
Díaz Carmona, R., 53
Díaz Díaz, M.A., 125, 129
Díaz Manzano, J.A., 86, 97
Díaz Molina, J.P., 41, 154
Diego, J.I., 92
Diego Sastre, J.I., 70, 151
Díez González, L., 39, 42, 184, 191
Dina, E., 55
Dinares, D., 118
Doménech, E., 130
Doménech, I., 95
Doménech Arenas, E., 57
Doménech Juan, I., 171
Doménech Vadillo, E., 45, 84, 85, 155, 156, 188, 193
Domínguez, S., 127
Domínguez Sosa, S., 51, 54
Domènech, E., 41
Domènech, I., 76
Domènech Vadillo, E., 193, 198
Donderis Sala, J., 46, 135, 175
Dueñas García, S.J., 56
Durio Calero, E., 86, 119, 121
Dusuky, A.F., 83

Echeverría Usúa, L., 166
Eisenberg Plaza, G., 79, 111, 136
El Abeida, M., 47, 159, 190
El Uali Abeida, M., 113, 150, 190
Elhendi, W., 147
Elhendi Halawa, W., 88, 115, 122
Encina, L., 118
Encinas Vicente, A., 43, 136, 140, 152, 192
Enrique González, A., 169
Epprecht González, P., 60, 160, 194
Escapa Garrachón, J.M., 148
Escobar Rincón, P., 137, 147, 148, 198
Escobar Rincón, P.A., 76, 147
Escobar Sanz Dranguet, P., 101
Escolar Castellón, J.D., 47
Escrivà, P., 117
Escudero, J.V., 162
Escudero Severín, C., 85, 98, 116
Esteban, F., 52, 117, 126, 155
Esteban Ortega, F., 55, 56, 107, 126, 150
Esteban Sánchez, T., 48, 149
Estefano Rodríguez, J., 45, 59, 186
Estellés Ferriol, E., 67, 90, 161
Estelles Ferriol, J.E., 165
Estors, J.L., 103
Estors Ferrero, J.I., 124
Estrems Navas, P., 91, 133, 161, 182, 199
Eza Núñez, P., 50, 51, 60, 157, 159

Fabra Llopis, J.M., 165
Faraldo García, A., 39, 172
Fardoun Fardoun, H., 90
Farré, A., 57
Farré, R., 110
Farré Guiu, A., 41, 76, 103
Faubel Serra, M., 103, 124
Fernandes, J., 163
Fernández, M., 148
Fernández, S., 101
Fernández Acenero, M.J., 167
Fernández Aceñero, M.J., 137, 147
Fernández Buey, N., 51
Fernández Conde, B., 94, 117, 125, 149, 153, 156, 200
Fernández Conde Rodríguez, B., 125
Fernández Fernández, M., 69, 164, 174
Fernández Garrido, M., 77
Fernández González, C., 153
Fernández Jáñez, C., 43, 136, 140, 152, 192
Fernández Julián, E., 93
Fernández Julián, E.N., 170
Fernández Liesa, R., 47, 150
Fernández López, F., 95, 155
Fernández Martos, C., 119
Fernández Miranda López, P., 49, 124, 184, 191, 196
Fernández Pascual, E., 52, 97, 123, 124, 147, 157, 184
Fernández Pérez, A.J., 94, 197
Fernández Pinedo, M., 61
Fernández Robledo, I., 125
Fernández Rodríguez, G., 44, 151, 152, 181, 189, 190
Fernández Silva, J., 172, 187
Fernández Vázquez, P., 191
Fernández Zubillaga, A., 92
Ferrandis, E., 119
Ferre, R., 106
Ferrer Baixauli, F., 170
Ferrer Rebolleda, J., 133, 182
Figueroa, P., 117, 153, 156
Figueroa Crespo, P., 65, 94, 125, 186
Figuerola, E., 41, 57, 85, 130, 188, 193
Figuerola Masana, E., 84
Figuerola Massana, E., 45, 73, 155, 156, 193, 198
Fito, L., 161
Fito Martorell, L., 57, 148
Florentino Fresno, M., 166
Flores, J.C., 198
Flores Carmona, E., 162
Foglia, M., 183
Foglia Fernández, M., 106, 157
Fontané, J., 121, 140
Fortuny Amorós, P., 70, 134
Fortuny Llances, J.C., 43
Fortuny Llanses, J.C., 40, 93
Frade González, C., 42
Fragola Arnau, C., 40, 56, 68, 79, 111, 126, 149, 196
Fraile Rodrigo, J., 113
Franco Calvo, F., 42, 82
Freijanes Otero, J., 148
Fresno, M.F., 79
Frías Berzosa, B., 155
Fuente, R., 123, 130
Fuente Cañibano, R., 42, 57, 61, 74, 130, 161, 163, 184, 196
Fuertes Zárate, A., 190
Fumarola Segura, F., 54
Fusté, J., 121
Fusté Clapés, J., 127, 140, 172

Gaboli, M., 117
Galera Mendoza, L., 97

Galera Ruiz, H., 178
Galindo Delgado Ureña, J., 42, 44, 140
Gallego Aranda, I., 67, 181
Gallego Baena, S., 53
Gálvez Pacheco, J., 188, 200
Gamboa Mutuberría, F.J., 166
Gámiz Maroto, M.J., 94, 197
García, C., 113
García, J., 91
García, L.A., 79
García, M., 52, 117, 134, 146, 151, 189
García, M.A., 126, 155
García Alcántara, F., 106
García Arumí, A.M., 116, 119, 120, 195
García Berrocal, J.R., 55, 159
García Bragado, F., 124, 192
García Callejo, J., 53, 58
García Carracedo, D., 79
García Fernández, A., 57
García Fernández, E., 110
García Fernández, S., 49, 97, 148, 151, 157
García Fernández Sevilla, T., 46, 51, 56, 127, 167, 178
García Giralda Ruiz, M., 95, 155
García Gregorio, J., 104, 129, 150
García Ibáñez Cisneros, L., 141
García Ibáñez, L., 127, 172, 173
García Jiménez, M., 44, 152
García López, I., 66, 101, 129
García López, M., 51, 56, 178
García Lorenzo, J., 138
García Navalón, C., 109, 151, 189, 192, 197
García Pedrero, J., 166
García Pedrero, J.M., 79
García Pérez, L., 50, 57, 130, 163
García Pérez, L.I., 161
García Piñero, A., 178
García Planells, J., 109
García Rodríguez, J.F., 71
García Rodríguez, M.R., 127, 178
García Torre, J.P., 127
García Valdecasas, J., 123
García Valdecasas Bernal, J., 73, 84, 157, 184
García Vaquero, C., 116, 128, 197
García Vaquero Millán, C., 53, 54, 70, 92, 134
García Villarán, M.A., 55, 56, 107, 126, 126, 150
Gavilán, J., 65
Gavilán Bouzas, J., 42, 44, 70, 101, 106, 129, 135, 140, 175
Genestar, E., 103, 128
Genestar, E.I., 116
Genestar Bosch, E., 92, 119
Genestar Bosch, E.I., 195
Gil Calero, M., 119
Gil Calero, M.M., 86
Gil Carcedo García, L.M., 69, 83, 133, 134, 156, 196
Gil Carcedo, L.M., 115
Gil Carcedo Sañudo, E., 69, 83, 115, 133, 134
Gil Melcón, M., 42, 82, 184
Gimeno Vilar, C., 64, 141, 157, 160, 161, 163, 185
Girón, L., 141
Gómez, J., 73
Gómez, M.J., 189, 197
Gómez Angulo, J.C., 121
Gómez Estancona, N., 122
Gómez Fiñana, M.S., 94
Gómez Galán, M.J., 85, 98, 116, 160
Gómez Gómez, M., 192
Gómez Gómez, M.J., 151
Gómez González, J.L., 158, 163
Gómez Latorre, P., 93, 103, 129
Gómez Santos, D., 180
Gómez Tapiador, M.P., 112, 143
Gómez Ullate, J., 76
Gonçalves, P., 129, 192
González, F., 40
González, F.M., 44, 92
González, M.V., 79
González, X., 103, 191
González Aguado, R., 50, 51, 60, 157, 159
González Fernández, A., 183
González García, J., 50, 178
González Gay, M.A., 176
González Guijarro, I., 42, 191
González Jeute, A., 85, 98, 116, 160
González Martín, F.M., 144
González Martín, T., 155
González Pena, M., 86, 95, 117
González Poggioli, N., 135, 154, 194, 200
González Sánchez, M., 160, 199
Gonzàlez, X., 57
Gorostiza, D., 122
Górriz Gil, C., 55, 71, 92
Gozalbo Navarro, J.M., 47, 53, 54
Gras Albert, J.R., 68, 101, 163
Gras Cabrerizo, J.R., 134, 165
Graterol, D.J., 103, 116, 134
Graterol Torres, D., 92, 188
Graterol Torres, D.J., 48
Grau, E., 103, 124
Guallart Doménech, F., 133, 182
Guerra, F.J., 65, 158
Guerra Blaco, F.J., 47
Guerra Blanco, F., 58
Guerra Blanco, F.J., 88, 92, 137, 162, 182
Guerrero, D., 133
Guerrero Gilabert, M.D., 179
Guerrero Ríos, J.A., 181
Guervós, M., 123
Guilemany Toste, J.M., 67, 137, 178
Guillén, F., 112
Guillén Guerrero, V., 56
Guirao Cano, M., 93
Gundín Rivas, G., 150
Gutiérrez, J., 94, 117, 153
Gutiérrez, R., 47, 58, 65, 88, 92, 137, 158, 162, 183
Gutiérrez Castillo, C., 68, 101, 163
Gutiérrez Fonseca, R., 182
Gutiérrez Jodas, J., 65, 94, 125, 149, 184, 186
Gutiérrez Revilla, M.A., 131

Hardisson Hernáez, D., 92
Harguindey Antolí Candela, A., 136, 145, 168
Haro García, M., 118, 123
Hellín Meseguer, D., 188
Heras Flórez, P., 148
Hermsen, M., 109, 123, 164
Hernández Montero, E., 127, 155
Hernández Sánchez, A., 179
Hernández Sánchez, A.M., 83
Hernando García, A., 180
Herraiz Puchol, C., 67, 177, 181
Herrán, B., 65, 106
Herrera Tolosana, S., 47, 113, 150, 159, 190
Herrero, D., 83
Herrero Calvo, D., 69, 156
Herrero Fernández, C., 52, 84, 121, 169
Herrero Herrero, J., 151
Herrero Salado, T., 83, 90, 195
Herrero Salado, T.F., 120
Herrerro Salado, F.T., 59, 160
Hervás Núñez, M.J., 49, 55, 56, 85, 127, 159
Hijano, R., 103
Hijano Esqué, R., 84, 158, 179
Hinojar Gutiérrez, A., 104, 150
Homs Moreno, I., 84, 158, 179
Honguero Martínez, A.F., 167
Horna Castiñeiras, J., 104, 129

Horno López, J., 39, 48, 116, 118, 148, 172, 193
Huarte Irujo, A., 100, 107, 169

Ibáñez Mayayo, A., 40, 144, 159
Ibáñez Rodríguez, J.A., 123
Ibarrondo, J., 189
Idoate, F., 82
Iglesias Valera, C., 48, 70, 120, 195
Iglesias Varela, C., 119
Iniesta Alcázar, J., 86, 97
Iniesta Turpín, J., 146
Iñesta Cabedo, J.B., 195
Isasa González Ubieta, I., 53, 73, 97, 140, 186

Jáñez Moral, M., 42, 50, 57, 59, 74, 82, 130, 158, 161
Jaume Bauzà, G., 154
Jiménez, R., 57, 95, 103
Jiménez García, M., 46, 51, 56, 167, 178
Jiménez Huerta, I., 100, 175
Jiménez Montoya, R., 41, 76, 171, 191
Jiménez Oliver, V., 59, 198
Jodar Moreno, r., 48
Jódar Moreno, R., 188, 200
Jordano Pérez, J., 103
Juan, E., 107
Juan Beltrán, J., 108
Juan Fernández, J.M., 138
Juan Pastor, E., 71, 100
Juez, M., 109, 189
Jurado Ramos, A., 94, 117, 125, 149, 153, 156, 200

Kadiri, M., 171
Knapper Martín, J., 53, 92
Knäpper Martín, J., 70, 120, 134, 188, 195
Kolañczak, K., 165
Krakowiak Gómez, R., 67, 192

Labatut Pesce, T., 40, 56, 126, 149, 186, 196
Labella Caballero, T., 39, 42, 124, 126, 143, 172
Laccourreye, O., 183
Laguna Ortega, D., 40, 44, 144
Laherrán Rodríguez, E., 148
Láinez, J.M., 79, 80
Landa Aranzábal, M., 71, 73
Landeyro, J., 57, 155
Larach Juliet, F., 167
Lareo Copa, S., 133
Lassaletta, L., 65
Lassaletta Atienza, L., 42, 44, 106, 140, 175, 177
Latorre, E., 101
Laviana Muslera, T., 50, 51, 60, 157, 159
Lavilla Martín Valmaseda, M.J., 100, 107, 189
Lede Barreiro, A., 166
León Atance, P., 167
León Vintró, X., 77, 192
Lesmas Navarro, M.J., 46, 135, 175
Levorato, M., 141, 172, 173
Liern Caballero, L., 53
Lisbona Alquezar, M.P., 47, 113, 150, 159, 190
Llavero, M.T., 124
Llavero Segovia, M.T., 103
Llorens, M.T., 118
Lloréns Navarro, J., 39, 48, 116, 118, 148
Llorente, J.L., 123
Llorente Arenas, E.M., 159, 190
Llorente Pendás, J.L., 41, 76, 109, 110, 133, 137, 154, 164, 168
Lobato Pérez, R., 43, 45, 61, 186
López, A., 76
López, J., 116
López, R., 124
López Álvarez, F., 45, 76, 110, 164
López Amado, M., 153, 154
López Azanza, C., 156, 196
López Diu, R., 82, 96, 130, 166, 192, 193
López Fernández, S., 77
López González, M.A., 107, 126
López Huelva, E., 118
López Llames, A., 85
López Mollá, C., 67, 120, 199
López Vilas, M., 55, 192
López Villarejo, P., 184
López Cortijo Gómez Salazar, C., 40, 144
López Ladrón García Borbolla, C., 52, 90, 122, 195
Lorente Guerrero, J., 53, 92, 134, 188
Lorenzo, F., 101
Lorenzo Lorenzo, A., 166
Lorenzo Rojas, J., 151
Lowy Benoliel, A., 43, 136, 140, 152, 192
Lozano Ramírez, A., 39, 42
Lucas Elio, G., 146
Lucas Velarde, J., 127
Luqui Albisua, I., 96

Macaya Martínez, A., 166
Macón Liquete, E., 76, 137, 138, 147, 148, 198
Macor, C., 79
Maeso Plaza, A., 137, 138, 147, 198
Maeso Plaza, A.M., 147, 148, 167
Maeso Riera, J., 132, 182
Magri Ruiz, C., 138
Mahmoud, R., 97
Maíllo Sánchez, A., 153
Maldonado, J., 84
Maldonado, M., 162
Maltrana García, J.A., 159, 190
Mancebo Allende, M.A., 183
Mancebo Mata, G., 45, 79, 110, 154
Manrique, R., 64
Manrique Huarte, R., 112, 157, 160, 161, 169, 185
Manrique Lipa, R., 51, 91, 156
Manrique Lipa, R.D., 143
Manrique Rodríguez, M., 74, 100, 141, 169, 185
Mañós Pujol, M., 41, 76, 95, 171
Maranillo, E., 138
Maranillo Alcaide, E., 70, 186
Maraví Aznar, E., 166
Marco Algarra, J., 47, 53, 58, 60, 79, 80, 93, 101, 117, 150, 170, 185, 186, 187, 200
Marcos, M.S., 181
Marcos, S., 67
Marcos Calle, J., 44, 151, 189, 190
Marcos Peña, M.A., 53
Margalejo, C., 121
Margelejo, E., 140
Marín Gutke, M., 97
Márquez Báez, J., 103
Márquez Dorsch, F., 101
Márquez Moyano, J.A., 93, 103, 129
Martí, M., 151, 152
Martí, R., 171
Martí Gomar, L., 46, 135, 175, 195
Martí Peña, M., 44, 181
Martín, C., 76
Martín Berra, J.A., 158
Martín González, C., 40, 44, 92, 144, 159
Martín Martín, C., 39
Martín Mateos, A., 49, 55, 56, 85, 127, 159
Martín Mora, J., 50, 83, 122, 195

Martín Oviedo, C., 43, 136, 140, 152, 192
Martín Sanz, E., 84, 112, 114, 139, 141, 154, 169
Martín Serradilla, J.I., 148
Martínez, A., 175
Martínez, P., 124
Martínez, R., 155
Martínez Basterra, Z., 43, 45, 47, 158
Martínez Berganza Asensio, R., 190
Martínez Capoccioni, G., 42
Martínez Garrido, R., 126
Martínez González, V., 175
Martínez Guirado, T., 152
Martínez Lage, P., 163
Martínez León, J., 109, 189
Martínez Molina, P., 103
Martínez Monedero, R., 92
Martínez Moran, A., 69, 174
Martínez Moreno, A., 49
Martínez Novoa, M.D., 156
Martínez Ruiz Coello, A., 40, 44, 144
Martínez San Millán, J., 186
Martínez Sempere, M., 95
Martínez Soriano, F., 79, 80
Martínez Vecina, V., 103
Martínez Vidal, B., 110, 120, 189
Martínez Vidal, J., 41, 92, 135, 153, 154, 194, 200
Martins, J.D., 129, 192
Martorell, M.A., 189
Masana, L., 106
Masegosa, P., 127
Masegosa Zapata, P., 51, 56, 178
Masgoret Palau, E., 45, 170, 187, 193
Masià Ayala, J., 77
Massegur Solench, H., 104, 134, 138, 165
Mata, E., 150
Mata, E.A., 126, 155
Mata Ferrón, M., 48, 148, 172
Mata López, E., 52, 55, 107, 117, 126
Mata López, E.A., 56
Mate Bayón, M.A., 67, 181
Mateos Fernández, M., 46
Mateu, F., 92, 116
Mazón Gutiérrez, A., 51, 60, 157, 159
Medina, Y., 172
Medina Sola, J., 166
Medina Villaseñor, Y., 127
Megía López, R., 60
Melchor Díaz, M.A., 47
Meliá Casado, B., 47, 53, 54
Mellado Rubio, R., 65
Mena Viveros, N., 57, 58, 158, 188, 189, 190
Méndez, M., 118
Méndez Benegassi Silva, I., 101
Menéndez, M.E., 115
Mera Menéndez, F., 104, 129, 150
Merán Gil, F.J., 41
Merán Gil, J., 57, 84, 85, 130, 170, 187, 188, 193
Merán Gil, J.L., 45, 155, 156, 193, 198
Mesa Marrero, M., 155
Mielgo Luque, S., 143, 166
Miguel García, F., 47, 150, 159, 190
Milara, X., 109
Milstein, C., 72, 141
Mingo Fernández, E.J., 52, 90
Mínguez Beltrán, I., 39
Mínguez Merlos, N., 188
Mir Le Meur, A., 71
Mira, V., 48
Miró Castillo, N., 133, 169
Mochón Martín, A., 52, 117, 126
Molina Quirós, C., 176
Mompó Romero, L., 120
Monedero, G., 169
Monerris García, E., 68
Monge Jodra, R., 71
Monjas Cánovas, I., 68, 101, 163
Monserrat Vallvè, R., 123
Montalt Marco, J., 121
Monteiro, E., 163
Montes Jovellar, L., 64
Montes Jovellar González, L., 157, 160, 161, 185, 191
Montes Oca Fernández, L., 106
Montiel Díez, E., 52, 84, 119, 169
Montojo Woodeson, J., 136
Montoro Elena, M.J., 93
Montserrat, J.M., 110
Montserrat Gili, J.R., 123, 134, 165
Mora Rivas, E., 53, 56, 70, 126, 140, 186, 196
Mora Santos, E., 128
Mora Santos, M.E., 44
Moragas, M., 67
Morais Pérez, D., 40, 51
Morales Angulo, C., 159
Morant, A., 101
Morant Ventura, A., 170, 186, 187
Moreno, H., 47, 58, 65, 88, 137, 158, 162, 182
Moreno Jiménez, D., 86, 119, 121
Moreno León, P., 148
Moreno Luna, R., 117
Moreno Pardo, H., 92
Moreno Requena, J., 86
Moreno Salvador, P., 39
Moreno Salvador, P.M., 193
Morera, C., 100
Morera, E., 153
Morera Faet, H., 195
Morera Pérez, C., 46, 135, 175, 195
Morera Serna, E., 82, 83, 86, 91, 165, 173
Moro, M.A., 79
Morote Jiménez, F., 85, 98, 116
Morote Jiménez, F.J., 160
Moya, R., 52, 117, 126, 155
Moya Bueso, M., 54
Moya Martínez, R., 55, 56, 84, 107, 124, 126, 150
Mozota Núñez, J.R., 90, 91, 125, 128, 197, 198
Mozota Núñez, M.J., 90, 91, 125, 128, 197, 198
Mozota Núñez, M.L., 90, 91, 125, 128, 197, 198
Mozota Ortiz, J.R., 90, 91, 125, 128, 197, 198
Mullol Miret, J., 178
Muñoz, J., 117
Muñoz Castillo, F., 94, 117, 125, 149, 153, 156, 184, 200
Muñoz Fernández, N., 47, 53, 58, 60, 93, 117, 150, 170, 185, 186, 187, 200
Muñoz Herrera, A., 96, 153, 163
Muñoz Úbeda, M., 154
Muñoz Villanueva, F.J., 55, 126
Muñoz Villanueva, J., 52, 126
Muñoz Villanueva, J.F., 56, 150, 155
Muñoz Villanueva, J.M., 107
Murcia, V., 90
Murcia Puchades, V., 75
Mutio Zalacaín, L., 96

Navarrete, M.L., 116
Navarrete Álvaro, M.I., 195
Navarrete Álvaro, M.L., 48, 119, 120
Navarro Escobar, F.A., 48, 188
Navarro Paule, P., 190
Navarro Sampedro, J.J., 43, 47, 73
Navas Molinero, C., 67, 181
Nehme, A., 113
Nehme Paz, A.R., 172, 187
Nehmen, A., 175
Nicenboim, L., 185

Nieto, J., 53
Nieto, P., 90
Nogués, J., 76
Nogues Orpí, J., 171, 171
Novas Valiente, E., 60, 82, 83, 86, 91, 129, 153, 160, 194

Obeso, S., 123
Obeso Agüera, S., 45, 109, 110, 133, 154, 166
Ocampos Gubler, D., 71, 161
O´Connor Reina, C., 136
Ojeda, M., 127
Olarieta Soto, F.J., 106
Olarieta Soto, J., 106
Oliva Domínguez, M., 112, 118, 123, 143
Olivencia López, M., 85, 116
Olivencia Pérez, M., 98, 160
Oliver, B., 134, 138
Oliver, J., 71
Oliver, M., 106
Oliver, M.L., 183
Oliver Pina, M.L., 157
Ollé Moliner, M., 71
Olóriz Marín, J., 172
Onrubia Parra, T., 136
Oña Navarrete, A., 39, 48, 116, 118, 148, 172
Ortega, J., 94, 156
Ortega Álamo, P., 76, 137, 138, 147, 148, 167, 198
Ortega Carpio, J., 125, 149
Ortega Fernández, C., 133, 134, 137, 138, 147, 167
Ortiz Bish, F., 157
Ortiz García, A., 47, 113, 150, 159, 190
Ortiz García, A.M., 190
Ortiz Rueda, M., 90, 115
Orts Alborch, M., 185
Orts Alborch, M.H., 150
Orús Dotu, C., 108
Oviedo, A., 127
Oviedo Santos, A., 54, 191
Oviedo Santos, A.M., 51, 54

Pablo, M., 162
Padín Seara, A., 135, 154, 194, 200
Palacio, A., 135
Palacio, A.J., 70
Palau, M., 133
Palau Benavent, M., 155
Palau Viarnés, M.M., 179
Pallás Pallás, E., 42, 184, 191
Palomar Asenjo, V., 40, 43, 82, 83, 93
Palomar García, V., 40, 43, 82, 83, 93, 199
Palomino, A., 107
Pantoja Hernández, C., 128
Pantoja Hernández, C.G., 44, 45
Pardo, G., 189
Pardo, R., 130
Pardo Laplana, J., 117
Pardo Mateu, L., 103, 124
Pardo Plana, J., 86, 95
Pardo Romero, G., 44, 100, 152
Parente Arias, P., 59, 69, 135, 164, 174, 194
Pascual Delso, M.J., 147
Pastor Basterra, I., 148
Pastor Canicio, G., 91, 133, 161, 165, 199
Pastor Pons, E., 118
Paula Vernetta, C., 47, 53, 60, 200
Paulino Herrera, A., 56
Paulos Novoa, M., 113, 172, 175, 187
Pavón Gómez, M., 157
Paz López Suazo, R., 198
Paz López Zuazo, R., 137
Pellicer, M., 116
Pellicer Sa Rasa, M., 54, 120, 197
Peña Sánchez, M.C., 136
Peñarrocha Teres, J., 66, 101, 129
Perelló, E., 116, 119, 134
Perelló Scherdel, E., 54, 70, 195
Pérez, J., 115
Pérez Aguilera, R., 100
Pérez Arcos, J.A., 49, 199
Pérez Barrios Pedraza, J.M., 93
Pérez Carro Ríos, A., 191
Pérez Carro Ríos, A., 42
Pérez Delgado, L., 47, 113, 150, 159, 190
Pérez Esteban, L., 141, 169
Pérez Fernández, A., 56
Pérez Fernández, C.A., 46, 127, 167
Pérez Fernández, N., 112, 144, 169
Pérez Gamazo, R., 46
Pérez Garrigues, H., 114, 175
Pérez Guillén, V., 114
Pérez Hernández, I., 40, 43, 82, 83, 93, 199
Pérez Izquierdo, A., 71
Pérez Liedo, C., 160
Pérez López, L., 51, 167
Pérez Martínez, C., 180
Pérez Mora, R., 65
Pérez Mora, R.M., 106
Pérez Notario, A., 66
Pérez Orribo, A., 127
Pérez Orribo, A.M., 51, 54, 191
Pérez Ortín, M., 66, 129
Pérez Ortín, M.M., 101
Pérez Peña, M., 162
Pérez Pérez, D., 56, 68, 126, 196
Pérez Pérez, D.R., 149, 156
Pérez Sáez, J., 196
Pérez Samitier, E., 59, 186
Pérez Torres, C., 52, 73, 97, 147, 151, 191
Perolada Valmaña, J.M., 135
Picado, C., 178
Piédrola Maroto, D., 90, 115
Piera, A., 200
Pinheiro, C., 129, 192
Pinilla Urraca, M., 44, 92, 144
Piñeiro Agüín, Z., 67
Piñeiro Aguín, Z., 192
Piñas, J., 103
Pitarch Ribas, M.I., 101
Plà, A., 119
Plana, N., 106
Plata Sánchez, C., 118, 143
Platero, A., 101
Platero Zamarreño, A., 112, 121, 122, 154
Plaza Mayor, G., 79, 136, 180
Poletti Serafini, D., 43, 136, 140, 152, 192
Pollán Guisasola, C., 169
Pollán Guisasola, C.M., 133
Polo López, R., 53, 56, 73, 126, 186, 187
Pombo Otero, J., 194
Pons Playa, G., 77
Pons Rocher, F., 75
Porras Alonso, E., 56
Porras Alonso, E.C., 49, 85
Poyato Zamorano, C., 103, 129
Poyato Zamorano, M.C., 93
Pozo Dios, J.C., 50, 158, 161, 163, 184
Prades, J., 133
Prades Morera, E., 137, 178
Pradillo, J., 79
Prado, A., 39
Prado San José, M., 160
Pratas, R., 129, 192
Prats, A., 173
Prim, M.P., 92, 151
Prim Espada, M.P., 70
Pueyo, C., 84
Pujol Olmo, A., 67, 192
Pulido Clarasó, M.V., 128
Pumarola, F., 116, 120
Pumarola Segura, F., 197

Queijada, C., 140
Quer, S., 82, 96, 124, 166, 193
Quer Agustí, M., 55, 67
Quer Canut, S., 121, 149
Quesada, J.L., 103
Quesada Marín, J.L., 48
Quesada Martínez, J., 128
Quintana Sanjuás, A., 39, 42, 184, 191

Rabanal, I., 65, 101
Rabanal Retolaza, I., 129
Rábano, J., 137
Raboso García Baquero, E., 104, 125, 129, 150
Rama Quintela, J., 159
Rama Quintela, J.A., 50, 51, 60, 157
Ramírez, R., 198
Ramírez, R.D., 118
Ramírez Calvo, C., 78
Ramírez Camacho, R., 40, 55, 159
Ramírez Cano, B., 40
Ramos, F., 152
Ramos López, M.M., 180
Ramos Macías, A., 74, 170, 187
Ramos Puerto, F., 44, 151, 152, 181, 189, 190
Raventós, A., 57
Reboll, R., 109
Reboll Ferrer, R., 109, 151, 189, 192, 197
Recher, K., 93
Regueiro Villarín, S., 59, 135, 153, 164, 176, 194
Rejas Ugena, E., 44, 45, 128
Rey, J.A., 175
Rey García, M., 137, 147
Rey Martínez, H., 113, 175
Rey Martínez, J., 112, 115, 121, 122
Rey Martínez, M.H., 172, 187
Rey Tomás Biosca, F., 42, 50, 123, 130
Rey Tomás Biosca, F.J., 58, 130, 161, 184
Reyes, I., 117
Reyes Tejero, I., 52, 126, 155
Reyes Tejero, I.M., 55, 56, 107, 126, 150
Riera Sala, C., 47
Río, L., 175
Río Arroyo, L., 42, 44, 140
Río Valeiras, M., 126
Rioja, E., 189
Ríos González, J.L., 184
Risco, J., 57, 85, 193
Risco Arenas, J., 41, 45, 155, 156, 188, 193, 198
Rivas Lacarte, P., 155
Rivas Rodríguez, P., 97, 173
Rivera Rodríguez, T., 106, 166, 181
Rivero Jesús, V., 141, 172, 173
Roca, M., 188
Roca Ribas, F., 169
Roca Ribas Serdá, F., 133
Roda Aceituno, M., 49, 147
Rodrigo, J.P., 79, 123
Rodrigo Tapia, J.P., 41, 45, 109, 133, 137, 154, 166
Rodríguez, A., 147
Rodríguez, P., 96, 130, 193
Rodríguez Baró Andujar, G., 49, 198
Rodríguez Baro, G., 49, 151, 162
Rodríguez Castejos, M., 125
Rodríguez Contreras, D., 118, 123
Rodríguez Crespo, R., 50, 51, 157, 159
Rodríguez Domínguez, F., 96, 149
Rodríguez Domínguez, F.J., 48
Rodríguez Domínguez, R., 157
Rodríguez Espigares, P., 123
Rodríguez Fernández, J.L., 51, 91, 156, 166
Rodríguez Fernández Freire, A., 49, 88, 115, 122
Rodríguez Francos, M.I., 46, 51, 127
Rodríguez Paradinas, M, 166
Rodríguez Pérez, M.A., 49, 55, 85, 159
Rodríguez Prado, N., 115
Rodríguez Sola, M., 150
Rodríguez Valiente, A., 40, 44, 55, 144, 159
Rodríguez Velasco, M., 51
Rojas, S., 137
Roldán Nogueras, J., 65, 186
Rombola, C.A., 167
Romero Solano, J., 162
Romeu Figuerola, C., 103
Ropero, F., 117, 153
Ropero Romero, F., 65, 125, 149, 156, 184, 186, 200
Roquette Gaona, J.M., 123
Ros, A., 118
Rosa Astacio, F., 68, 185, 196
Rosa Astacio, F.M., 149, 156
Rosique López, L., 57, 58, 158, 188, 189, 190
Rossi Izquierdo, M., 39, 42, 132
Rossi Vargas, J., 176
Roura Moreno, J., 48, 188, 200
Royo, Y., 84
Royo López, J., 130
Ruiz, C.J., 98
Ruiz, J.R., 147
Ruiz, N., 119
Ruiz Azua, Y., 124
Ruiz Clemente, J., 85, 116, 160
Ruiz Cuesta Juste, F., 81
Ruiz Escudero, C., 67, 181
Ruiz Fito, J.R., 88, 115, 122
Ruiz Giner, A., 40, 82, 83, 199
Ruiz Gómez, J.M., 191
Ruiz Lomas, C., 103
Ruiz Mondéjar, A., 88, 115, 122, 147
Ruiz Vozmediano, P., 48, 174
Ruiz Rico Ruiz Morón, R., 59, 151

Saa, M.R., 152
Saa Álvarez, M.R., 44, 151, 152, 181, 189, 190
Sabater, F., 189
Saderra Estellers, M., 48, 54, 92
Sainz Quevedo, M., 52, 73, 84, 123, 124
Saiz, M., 166
Salazar, C., 152, 189
Salazar Cabrera, C., 152, 190
Salinero Hernández, J., 39, 48, 116, 118, 148, 172
Salvador, I., 197
Samara, L., 103
Sambola Cabrer, I., 53
San Román Rodríguez, E., 124, 126
Sanabria, J., 65, 158, 162
Sanabria Brassart, J., 58, 88, 92, 137, 174, 182
Sanabria Brassat, J., 47
Sanbruno, S., 163
Sánchez Barrueco, Á., 57
Sánchez Camón, I., 42, 44, 135, 140
Sánchez Camón, M.I., 44
Sánchez Celemín, F.J., 146
Sánchez Fernández, F., 66, 110
Sánchez Fernández, R., 45, 109, 110, 133, 154, 166
Sánchez Garzón, M., 151, 193
Sánchez Gómez, S., 50, 83, 120, 122, 160, 178, 195
Sánchez González, F., 50, 58, 59, 61, 82, 95, 96, 117, 123, 130, 153, 158, 161, 184, 194, 196
Sánchez Gutiérrez, R., 65, 184
Sánchez Herrero, C., 69, 133, 196
sánchez Laínez, J., 48, 149
Sánchez Legaza, E., 88, 115, 122, 147

Sánchez López, F., 85
Sánchez Palma, P., 49
Sánchez Palomero, J.M., 53
Sánchez Potenciano, M., 52, 84, 119, 121, 169
Sánchez Rozas, J.A., 95, 155
Sánchez Terradillos, E., 69, 156, 196
Sánchez Torices, M., 48, 200
Sánchez Torices, M.S., 188
Sancho Mestre, M., 101, 163
Sanmartín, A., 147
Sanmartín Anaya, A., 88, 115, 122
Santa Cruz Ruiz, S., 50, 58, 59, 61, 74, 96, 117, 161, 196
Santaella Saez, J.I., 118, 148, 172, 193
Santiago, A., 129, 192
Santiago, F., 48
Santidrián Hidalgo, C., 51, 91, 143, 156, 166
Santos, A., 79
Santos, G., 119
Santos Acosta, P., 50, 59, 120, 160, 178
Santos Gorjón, P., 50, 57, 58, 59, 61, 82, 96, 117, 123, 153, 158, 161, 196
Santos Granados, G., 40, 56, 68, 111, 126, 187
Santos Pérez, S., 114, 124, 132, 143, 172
Sanz Fernández, R., 52, 84, 86, 119, 121, 141, 169, 176
Sanz López, L., 181
Sañudo, J.R., 138
Sañudo Tejero, J.R., 186
Sarriá, M.J., 106
Sarría Echegaray, P., 60, 154, 160, 194
Sarriá Lucas, M.J., 44
Sarroca Capell, E., 40, 199
Scola Pliego, E., 78, 192
Scola Yurrita, B., 46, 136, 140
Sebastián Cortés, J.M., 97, 173, 195
Secades, J.R., 71
Secades Ariz, J.R., 138
Segarra, P., 60
Segarra Cortés, P., 117
Segovia Blázquez, B., 135, 136
Seguí Moya, P., 46, 51, 56, 127, 178
Seijas Rosales, T., 67
Sellarès Fabrés, M.T., 132, 182
Senao Fernández, S., 49, 55, 56, 85, 127, 159
Señaris González, B., 146
Seoane García, M.V., 51
Seoane García, V., 166
Serra Baldrich, N., 123
Serra Carreras, J., 84, 158, 179
Serradilla López, J.M., 160, 199
Serrano Añón, E., 66, 96, 97, 130, 147, 173, 195
Serrano Berrocal, M.A., 45
Sevilla García, M.A., 109, 123, 144, 154
Sgambatti Celis, L., 42, 50, 57, 123, 130, 161, 184
Sgambatti Celis, L.J., 82
Sierra Grañón, C., 73, 97, 140
Silva, C., 163
Silva, H., 129, 192
Silva Grosso, M., 178
Simã, M., 79
Sistiaga Suárez, A., 106
Sistiaga Suárez, J.A., 106, 181
Skufca, J., 57
Skufca Viéitez, J., 41, 76, 95, 103
Slavutsky, V., 185
Sola Pérez, J., 190
Solans, R., 134
Solares, C.A., 72, 141
Soler, T., 95
Soler Lluch, E., 150
Soley, A., 85, 193
Solís Vázquez, R., 44, 128
Sopena, P., 133, 199
Sopena Novales, P., 182
Soria Checa, C., 47, 53
Soria Checa, C.E., 54
Sota, E., 162
Soteras Ollé, J., 40, 43
Soto Varela, A., 124, 132, 143, 172
Souvirón Encabo, R., 119
Stirbu, O., 60
Suárez, C., 133
Suárez Fente, V., 76
Suárez Nieto, C., 41, 45, 76, 79, 109, 110, 123, 144, 154, 164, 166
Suárez Ortega, S., 160
Subirana, F.X., 158, 179
Subirana Pozo, F.X., 84

Tamarit Conejeros, J.M., 165
Tamarit Conejeros, M., 90
Tamarit Degenhardt, M., 121
Teba Luque, J.M., 52, 84, 150
Tejerina, E., 92
Tenor Serano, R., 59
Tenor Serrano, R., 151, 198
Tenor Serrano, R.L., 49
Terradillos, E., 134
Terré Falcón, R., 56, 95, 194
Tirados Menéndez, S., 79
Tobed, M., 41, 57, 85, 130, 193
Tobed, M.E., 84
Tobed Secall, M., 53, 188
Tobías Gómez, S., 40, 43, 82, 83, 93, 199
Toledano Muñoz, A., 67, 181
Tomás, M., 153
Tomás Barberán, M., 82, 86, 88, 165, 173, 194
Tornero Salto, J., 76, 171
Torres, M., 110, 175
Torres Morientes, L.M., 40, 51
Tortajada, C., 57
Tortajada Bustelo, C., 41, 76, 103, 191
Trelles Vargas, H., 96, 121, 124, 149
Treserras, P., 134
Trinidad Cabezas, A., 55, 159
Trinidad Ramos, G., 45
Trinidad Ruiz, G., 44, 45, 128
Trobat Company, F., 60, 154, 160, 194
Trujillo Piedrahita, J.B., 77, 80

Úbeda Muñoz, M., 121
Ulla, J.L., 175
Urbano Urbano, J., 194
Urbano Urbano, J.J., 56
Urbasos Pascual, M., 180
Urpegui García, A., 66, 96, 147
Urquiza Rosa, R., 90, 115
Uzcanga Lacabe, M., 166

Vaca González, M., 149, 156, 185, 187
Vadillo, A., 101
Vadillo Díez, A.B., 68, 163
Valdivieso, A., 100, 141, 169
Valero Santa Cruz, J.A., 49
Valido Quintana, M., 51, 54, 127, 191
Vallejo, L.A., 64, 115
Vallejo Valdezate, L.Á., 83, 133, 134
Vallés Varela, H., 66, 96, 97, 130, 147, 173, 195
Van Arcken, Y., 191
Vargas Fernández, J.L., 191, 196
Vasallo, V., 65, 162
Vasallo García, V., 47, 58, 88, 92, 137, 158, 182
Vasallo Morillas, J.R., 170, 187
Vázquez Barro, J.C., 41, 92, 200
Vázquez Muñoz, M.I., 112, 143
Vedia García, J., 148, 157

Vega García, C., 77
Vela, M., 118
Vendrell, J.B., 119
Venegas Pizarro, M.P., 108
Vera Llaó, R., 93
Verdaguer Muñoz, J.M., 55, 70, 159
Vergas Gutiérrez, J., 135, 136
Verge González, J., 59, 151, 162
Verge González, J.C., 199
Vergés Bueno, J., 133, 169, 179
Vicente, J., 44, 55
Viciana, M.J., 197
Vidal Verdú, E., 193
Vilaró Subirós, C., 53
Vilaseca, I., 110, 189
Vilaseca González, I., 67
Villacampa, J.M., 47, 65, 88, 137, 158
Villacampa Aubá, J.M., 58, 92, 162, 182
Villafruela Sanz, M.A., 100
Villán Marco, D., 84
Villanueva García, A., 49
Villanueva Sánchez, C., 198
Villar, J., 171
Villazón, F., 101
Vinuesa, M., 162
Viña, C., 171
Viña Soria, C., 41, 76
Virós Porcuna, D., 67, 192
Viza Puiggrós, I., 103

Wegmann, R., 103, 116, 120
Wegmann Vicuña, R., 128, 188, 197
Weiss, M.M., 109

Yebra Pimentel, M.T., 154

Zabala López Maturana, A., 71
Zaballos González, M., 170, 187
Zapater Latorre, E., 144
Zarraonandía, I., 192
Zarraonandia Andraca, I., 67
Zayas Pavón, G., 57
Zorita, C., 171
Zubicaray Ugarteche, J., 82, 96, 130, 192, 193
Zubimendi Eguiguren, C., 96, 124, 149
Zubimendi Eguiguren, K., 121
Zulueta Lizaur, A., 61

Tocamos todas las teclas

audiotest

Su marca en equipos de electromedicina

- **La gama más amplia de equipos de electromedicina** para el diagnóstico clínico y quirúrgico.
- **Servicio de Asistencia Técnica** que le asesorará en la adquisición, puesta en marcha y mantenimiento de sus equipos.
- **Servicio de reparaciones** rápido y de calidad.
- **Especialistas Clínicos** para la realización de cursos y demostraciones funcionales de los equipos.
- **Amplia red de Asesores Médicos** y más de 450 Centros Auditivos al servicio de sus pacientes.
- Y todo con **la mejor relación calidad-precio-servicio**.

NUEVO CATÁLOGO

www.gaes.es/orl

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 954 980 230 **Valencia** Tel. 963 530 019 **Zaragoza** Tel. 976 468 480

GAES
VIVIENDO EL SONIDO

nueva FORMULACION nueva

PULVERIZADOR NASAL

RINELON®

Mometasona Furoato

AHORA CON 0% ALCOHOL[1]

...NUNCA UN 0% APORTÓ TANTOS BENEFICIOS

RINITIS ALÉRGICA Y POLIPOSIS NASAL[1]

- NUEVA FORMULACIÓN SIN ALCOHOL Y CON GLICERINA[1]
  - Mejores propiedades sensoriales: menos irritación y sequedad de la mucosa nasal [2]
  - Preferido por la mayoría de los pacientes [3]

- SPRAY RECONOCIDO POR LA ARTHRITIS FOUNDATION como dispositivo fácil de usar por los pacientes con artritis [4]

ARTHRITIS FOUNDATION®
Take Control. We Can Help.™

- CÓMODA POSOLOGÍA:[1]

1 vez al día	
ADULTOS: 2 pulverizaciones de 50 mcg en cada fosa nasal RINITIS ALÉRGICA Y POLIPOSIS NASAL	NIÑOS (6 a 11 años): 1 pulverización de 50 mcg en cada fosa nasal RINITIS ALÉRGICA

- EFICACIA DEMOSTRADA EN EL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS NASALES Y OCULARES [5, 6]

www.e-alergia.com
INFORMACIÓN ESPECIALIZADA EN ALERGIA

GRUPO MENARINI
www.menarini.es