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

Noviembre 2009. Vol. 60. Especial Congreso

60 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial
y
VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Otorrinolaringología

Madrid, 13-17 de noviembre de 2009

Libro de resúmenes

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.

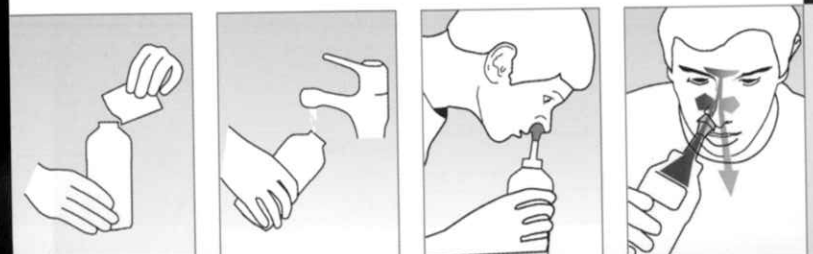
2) Llenar con agua tibia y cerrar el tapón-adaptador nasal.

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 inmunolog

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
Prof. 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 bimestral (6 números al año)

Tarifa de suscripción anual

Profesionales	147,3 €
Instituciones	372,91 €

(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 2009 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 forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

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

neomedic

Le Ofrece un Abanico de Posibilidades

• CENS MOTORIZADA CONSOLA IPC + M4™

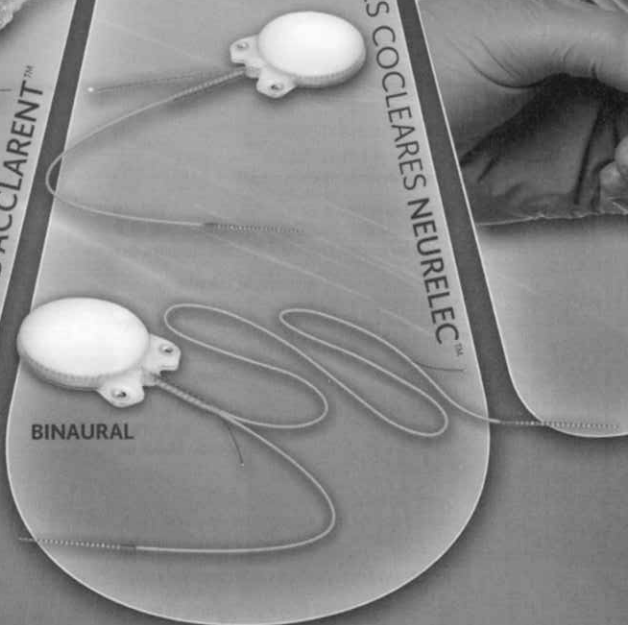
• PROTESIS DE VOZ INHEALTH™

• CIRUGÍA GUIADA POR IMAGEN FUSION™

• MONITORIZACION NERVIOSA NIM 3.0™

• CIRUGÍA LASER OMNIGUIDE™

• CESAB ACCLARENT™



• IMPLANTES COCLEARES NEURELEC™

Visítenos en nuestro stand nº 41-47
60 Congreso Nacional ORL / 14 - 17 de Noviembre de 2.009

www.neomedic.es
900 20 30 50

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. C. Orús Dotú

Vocales: Dres. C. Morales Angulo y L. Lassaletta Atienza

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

Stammberger, Heinz
Austria

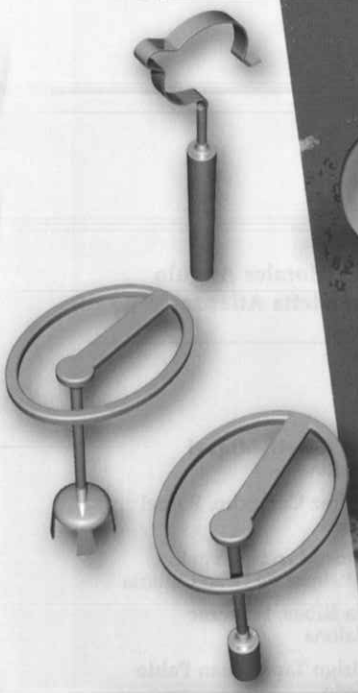
Steiner, Wolfgang
Germany

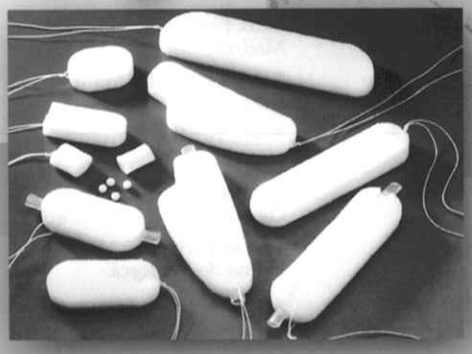
Trinidad Pinedo, Juan
Puerto Rico

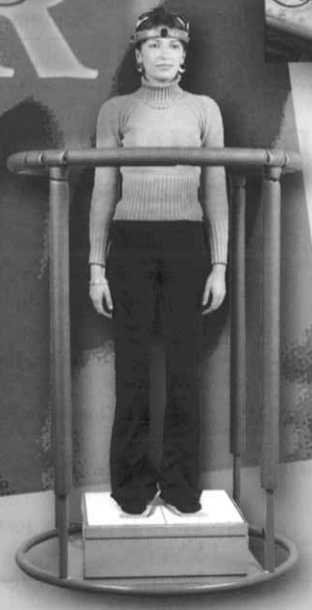
Weber, Randall
USA

Werner, Jochen
Germany

PRIM







OTOLOGÍA:
LÁMINAS DE SILICONA.
LÍNEA DE INSTRUMENTAL.
PRÓTESIS DE CADENA OSICULAR.
TAPONAMIENTO OTOLÓGICO.
TERMINALES DE ASPIRACIÓN.
TUBOS DE VENTILACIÓN.

RINOLOGÍA:
FÉRULAS NASALES.
IRRIGACIÓN SENOS MAXILARES.
TAPONAMIENTO NASAL.

LARINGOLOGÍA:
ACCESORIOS LARINGUECTOMIZADOS.
CÁNULAS DE PLATA Y SILICONA.
PRÓTESIS DE VOZ.

EQUIPAMIENTOS:
MOTOR PARA PERFORACIÓN ÓSEA.
OTOEMISIONES ACÚSTICAS
POSTUROGRAFÍA.
POTENCIALES EVOCADOS (EP, ABR, ASSR)
RADIOCIRUGÍA ELLMAN.
VIDEONISTAGMOGRAFÍA.

PRIM,S.A.
SUMINISTROS MÉDICOS

Calle F, nº 15 -Pol. Ind. Nº 1
Tel. 913 342 400 - Fax 913 342 494
28938 Móstoles (Madrid)
http://www.primhospitales.com

BARCELONA 934 155 835
SEVILLA 954 274 600
VALENCIA 963 486 629
A CORUÑA 981 140 250
BILBAO 944 762 641
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA 928 220 328

Acta Otorrinolaringológica Española

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

Madrid, 13-17 de noviembre de 2009

COMITÉ DE HONOR

Presidente de Honor del Congreso:
Excmo. Sr. Don José María Álvarez del Manzano y López del Hierro
Presidente de la Junta Rectora de IFEMA

Presidentes de Honor de la SEORL-PCF:
Prof. Manuel Mañós Gonzalbo
Prof. Teodoro Sacristán Alonso
Dr. Manuel Fernández-Vega Diego

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: J. Algaba Quimera
Vicepresidente: Bartolomé Scola Yurrita
Secretario: Ángel Ramos Macías
Vocales:
Primitivo Ortega del Álamo
Cristóbal López-Cortijo Gómez de Salazar
Juan Luis Gómez González
Manuel D. Tomás Barberán
Jaime Marco Algarra
Juan Pablo Rodrigo Tapia

azomyr®
desloratadina

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Azomyr 5 mg comprimidos con cubierta pelicular. Azomyr 0,5 mg/ml solución oral. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada comprimido contiene 5 mg de desloratadina. Cada ml de solución oral contiene 0,5 mg de desloratadina. **Excipientes:** Azomyr Comprimidos: Núcleo del comprimido: hidrógeno fosfato cálcico dihidrato, celulosa microcristalina, almidón de maíz, talco. Recubrimiento del comprimido: cubierta pelicular (conteniendo lactosa monohidrato, hipromelosa, dióxido de titanio, macrogol 400, indigotina (E132)), cubierta transparente (conteniendo hipromelosa, macrogol 400), cera de carnauba, cera blanca. Azomyr Solución oral: Contiene Sorbitol 150 mg/ml, propilenglicol, sucralosa E 955, hipromelosa 2910, citrato sódico dihidrato, aroma natural y artificial (chicle), ácido cítrico anhidro, edetato de disodio, agua purificada. **3. DATOS CLÍNICOS. 3.1. Indicaciones terapéuticas.** Azomyr está indicado para el alivio de los síntomas asociados con: rinitis alérgica, urticaria. **3.2. Posología y forma de administración.** Azomyr Comprimidos: Adultos y adolescentes (a partir de 12 años): un comprimido una vez al día, con o sin alimentos para el alivio de los síntomas asociados con la rinitis alérgica (incluida rinitis alérgica intermitente y persistente) y urticaria. La experiencia sobre el uso de desloratadina en adolescentes de 12 a 17 años de edad en ensayos clínicos de eficacia es limitada (ver sección Reacciones adversas). Azomyr y Solución oral: Azomyr puede tomarse con o sin alimentos para el alivio de los síntomas asociados con la rinitis alérgica (incluida rinitis alérgica intermitente y persistente) y urticaria. El médico debe tener en cuenta que la mayoría de los casos de rinitis en menores de 2 años de edad son de origen infeccioso (ver sección Advertencias y precauciones especiales de empleo) y que no hay datos que apoyen el tratamiento de la rinitis infecciosa con Azomyr. Niños de 1 a 5 años: 2,5 ml (1,25 mg) de Azomyr solución oral una vez al día. Niños de 6 a 11 años: 5 ml (2,5 mg) de Azomyr solución oral una vez al día. Adultos y adolescentes (a partir de 12 años): 10 ml (5 mg) de Azomyr solución oral una vez al día. La experiencia sobre el uso de desloratadina en adolescentes de 12 a 17 años de edad en ensayos clínicos de eficacia es limitada (ver sección Reacciones adversas). La rinitis alérgica intermitente (presencia de síntomas durante menos de 4 días a la semana o durante menos de 4 semanas) se deberá controlar según la evaluación de la historia de la enfermedad del paciente pudiéndose interrumpir el tratamiento después de la resolución de los síntomas, y reiniciarse si vuelven a aparecer. En la rinitis alérgica persistente (presencia de síntomas durante 4 o más días a la semana y durante más de 4 semanas) se puede proponer a los pacientes el tratamiento continuado durante los periodos de exposición al alergeno. **3.3. Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo, a alguno de los excipientes o a loratadina. **3.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** No se ha establecido la eficacia y seguridad de Azomyr comprimidos en niños menores de 12 años de edad. No se ha establecido la eficacia y seguridad de Azomyr solución oral en niños menores de 1 año de edad. En niños menores de 2 años de edad, el diagnóstico de la rinitis alérgica es especialmente difícil de distinguir de otras formas de rinitis. Deben considerarse la ausencia de infección del tracto respiratorio superior o de anormalidades estructurales, así como la historia del paciente, exámenes físicos y pruebas de laboratorio y cutáneas adecuadas. Aproximadamente el 6 % de los adultos y niños entre 2 y 11 años de edad son fenotípicamente metabolizadores pobres de desloratadina y muestran una exposición más alta. La seguridad de desloratadina en niños de 2 a 11 años de edad que son metabolizadores pobres es la misma que en niños que son metabolizadores normales. Los efectos de desloratadina en metabolizadores pobres < 2 años de edad no han sido estudiados. En caso de insuficiencia renal severa, Azomyr deberá utilizarse con precaución. Azomyr comprimidos: Los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a galactosa, con déficit de lactasa Lapp o con malabsorción de glucosa-galactosa no deberán tomar este medicamento. Azomyr Solución oral: Este medicamento contiene sorbitol; Por ello, los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, problemas de absorción a la glucosa o galactosa, o insuficiencia de sacarasa-isomaltasa, no deben tomar este medicamento. **3.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se han observado interacciones clínicamente relevantes en ensayos clínicos con desloratadina comprimidos en los que se administraron conjuntamente eritromicina o ketoconazol. En un ensayo de farmacología clínica, Azomyr tomado de forma concomitante con alcohol no potenció los efectos deteriorantes del alcohol sobre el comportamiento. **3.6. Embarazo y lactancia.** Desloratadina no fue teratogénica en estudios con animales. No se ha establecido la seguridad del medicamento durante el embarazo. Por lo tanto no se recomienda la administración de Azomyr durante el embarazo. La desloratadina se excreta en la leche materna, por lo que el empleo de Azomyr no se recomienda en mujeres en periodo de lactancia. **3.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** En ensayos clínicos que evaluaron la capacidad para conducir, no se produjo disminución de la misma en los pacientes que recibieron desloratadina. No obstante, se deberá informar a los pacientes que muy raramente, algunas personas experimentan somnolencia, que puede afectar a su capacidad para conducir o utilizar máquinas. **3.8. Reacciones adversas.** En ensayos clínicos en una población pediátrica, la formulación de desloratadina en jarabe se administró a un total de 246 niños de edades comprendidas entre 6 meses y 11 años. La incidencia global de las reacciones adversas en niños de 2 a 11 años de edad fue similar en los grupos de desloratadina y placebo. En bebés y niños de edades comprendidas entre 6 y 23 meses, las reacciones adversas más frecuentes notificadas por encima del grupo placebo fueron diarrea (3,7 %), fiebre (2,3 %) e insomnio (2,3 %). En un estudio adicional, no se observaron reacciones adversas en pacientes entre 6 y 11 años tras una dosis única de 2,5 mg de desloratadina solución oral. A la dosis recomendada, en ensayos clínicos que involucraban a adultos y adolescentes en una serie de indicaciones que incluyen rinitis alérgica y urticaria idiopática crónica, se notificaron reacciones adversas con Azomyr en un 3 % de pacientes más que en los tratados con placebo. Las reacciones adversas más frecuentes, notificadas con una incidencia superior al grupo placebo, fueron cansancio (1,2 %), sequedad de boca (0,8 %) y cefalea (0,6 %). En un ensayo clínico con 578 pacientes adolescentes, de 12 a 17 años de edad, la reacción adversa más frecuente fue la cefalea; que se produjo en el 5,9 % de los pacientes tratados con desloratadina y en el 6,9 % de los pacientes que recibieron placebo. A continuación se presentan otras reacciones adversas notificadas muy raramente durante el periodo de poscomercialización. **Trastornos psiquiátricos:** Alucinaciones. **Trastornos del sistema nervioso:** Mareo, somnolencia, insomnio, hiperactividad psicomotora, crisis convulsivas. **Trastornos cardiacos:** Taquicardia, palpitaciones. **Trastornos gastrointestinales:** Dolor abdominal, náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea. **Trastornos hepatobiliares:** Elevaciones de enzimas hepáticas, aumento de la bilirrubina, hepatitis. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Mialgia. **Trastornos generales:** Reacciones de hipersensibilidad (tales como anafilaxia, angioedema, disnea, prurito, rash y urticaria). **3.9. Sobredosis.** En caso de producirse sobredosis, se deberán considerar las medidas habituales para eliminar el principio activo no absorbido. Se recomienda tratamiento sintomático y de soporte. En base a un ensayo clínico con dosis múltiples, en el que se administraron hasta 45 mg de desloratadina (nueve veces la dosis clínica), no se observaron efectos clínicamente relevantes. La desloratadina no se elimina por hemodiálisis; se desconoce si puede ser eliminada por diálisis peritoneal. **4. DATOS FARMACÉUTICOS. 4.1. Incompatibilidades.** No procede. **4.2. Precauciones especiales de conservación.** Azomyr comprimidos. No conservar a temperatura superior a 30ºC. Conservar en el embalaje original. Azomyr solución oral. No congelar. Conservar en el embalaje original. **4.3. Precauciones especiales de eliminación.** Ninguna especial. **5. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** SP Europe. Rue de Stalle 73. B-1180 Bruxelles. Bélgica. **6. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Marzo de 2008. **7. PRECIOS AUTORIZADOS:** Azomyr 5 mg 20 comprimidos. PVP iva: 11,32 euros. Azomyr 0,5 mg/ml solución oral, frasco de 120 ml, PVP iva: 6,65 euros. **MEDICAMENTO SUJETO A PRESCRIPCIÓN MÉDICA. REEMBOLSADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL.**

BIBLIOGRAFÍA: 1. Ficha técnica Azomyr.

PULVERIZADOR NASAL
RINELON®
Mometasona Furoato

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO RINELON® 50 microgramos suspensión para pulverización nasal **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Mometasona furoato (como monohidrato) 50 microgramos/pulverización. Lista de excipientes, en 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Suspensión para pulverización nasal. Suspensión opaca de blanca a blanquecina. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1 Indicaciones terapéuticas** RINELON® 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® 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® puede administrarse en las cuatro semanas previas al comienzo previsto de la estación polínica. RINELON® está indicado para el tratamiento de pólipos nasales en pacientes adultos de 18 años de edad o mayores. **4.2 Posología y forma de administración** Tras el cebado inicial de la bomba de RINELON® (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® 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® 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. **4.3 Contraindicaciones** Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de RINELON®. RINELON® 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. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo** En caso de que se considere necesario administrar RINELON® 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® 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® 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® o la institución de un tratamiento apropiado. La persistencia de irritación nasofaríngea podría ser indicativa de la necesidad de suspensión de RINELON®. 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®. Sin embargo, precisan especial atención aquellos pacientes que pasen a recibir tratamiento con RINELON® 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®, 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®. 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® 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. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** (Ver 4.4, 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. **4.6 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® 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. **4.7 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 comunicado 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® 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® 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 Infección del tracto respiratorio superior: Frecuente (200 mcg una vez al día), poco frecuente (200 mcg dos veces al día); Epistaxis: Frecuente (200 mcg una vez al día), muy frecuente (200 mcg dos veces al día). Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración Cefalea: Frecuente (200 mcg una vez al día), frecuente (200 mcg dos veces al día). En pacientes tratados por rinosinusitis aguda, la incidencia de epistaxis fue 3,3% con RINELON® frente a 2,6% con placebo y similar a la observada en pacientes tratados por rinitis alérgica. 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. **4.8 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. **5. PROPIEDADES FARMACOLOGICAS 5.1 Propiedades farmacodinámicas** Grupo farmacoterapéutico: Descongestionantes y Otras Preparaciones Nasales para Corticosteroides de Uso Tópico, Código ATC: R01A D09. La mometasona furoato es un glucocorticosteroide tópico con propiedades antiinflamatorias locales a dosis que no son activas sistémicamente. Es probable que gran parte del mecanismo de los efectos antialérgicos y antiinflamatorios de la mometasona furoato radique en su capacidad de inhibir la liberación de los mediadores de las reacciones alérgicas. La mometasona furoato inhibe significativamente la liberación de leucotrienos por los leucocitos de los pacientes alérgicos. En cultivos celulares, la mometasona furoato demuestra una elevada potencia de inhibición de la síntesis y liberación de IL-1, IL-5, IL-6 y TNFa; también es un potente inhibidor de la producción de leucotrienos. Además es un inhibidor extremadamente potente de la producción de citoquinas Th2, IL-4 e IL-5, por los linfocitos T CD4 + humanos. En estudios practicados con provocación nasal antigénica, RINELON® ha demostrado que posee actividad antiinflamatoria tanto frente a las respuestas alérgicas de fase precoz como tardía. Ello se ha evidenciado por disminuciones (frente al placebo) de la actividad de la histamina y de los eosinófilos y por reducciones (frente al valor basal) en las proteínas de adhesión a eosinófilos, neutrófilos y células epiteliales. En el 28% de los pacientes afectos de rinitis alérgica estacional, RINELON® ha demostrado un comienzo de acción clínicamente importante dentro de las 12 horas siguientes a la primera dosis. La mediana (50%) del tiempo transcurrido hasta el inicio de la mejoría fue 35,9 horas. En dos ensayos clínicos con 1954 pacientes, RINELON® 200 mcg administrados dos veces al día mostró una mejoría significativa de los síntomas asociados a rinosinusitis aguda, comparado con placebo, según el Índice Compuesto de Síntomas (dolor facial/dolor a la presión/aumento sensibilidad/cefalea sinusal, rinorrea, congestión/obstrucción nasal y goteo post-nasal) durante el periodo de tratamiento de 15 días (P02683 p< 0,001; P02692 p = 0,038). El brazo de amoxicilina 500 mg tres veces al día no mostró diferencias significativas con respecto a placebo en la reducción de estos síntomas de rinosinusitis aguda según el Índice Compuesto de Síntomas. El SNOT-20 HRQL mostró un beneficio significativo con la dosis de 200 micrograms dos veces al día de mometasona furoato frente a placebo (p=0,047). No ha sido evaluado un tratamiento mayor de 15 días en la rinosinusitis aguda. En un ensayo clínico controlado con placebo en el que se administraron 100 micrograms al día de RINELON® durante un año a pacientes pediátricos (n=49/grupo), no se observó reducción en la velocidad de crecimiento. Los datos disponibles sobre la seguridad y eficacia de RINELON® en la población pediátrica de edades comprendidas entre 3 y 5 años son limitados, y no puede establecerse un intervalo adecuado de dosificación. En un estudio que incluyó 48 niños de edades comprendidas entre 3 y 5 años tratados con mometasona furoato intranasal 50, 100 ó 200 mg/día durante 14 días, no hubo diferencias significativas con respecto a placebo en la variación media del nivel de cortisol plasmático en respuesta al ensayo de estimulación con tetracosactrina. **5.2 Propiedades farmacocinéticas** La mometasona furoato, administrada como suspensión para pulverización nasal, posee una biodisponibilidad sistémica insignificante (< 0,1%) y, por lo general, no es detectable en plasma, a pesar del empleo de un método sensible con un límite inferior de cuantificación de 50 pg/ml; por tanto, se carece de datos farmacocinéticos relevantes con esta forma farmacéutica. La mometasona furoato en suspensión se absorbe muy escasamente en el tracto gastrointestinal, y la pequeña cantidad que pudiera ser deglutida y absorbida sufriría un amplio metabolismo hepático de primer paso antes de su eliminación por orina y bilis. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad** La mometasona furoato no ha demostrado poseer efectos toxicológicos peculiares sino que todos los efectos observados son los típicos de este tipo de compuestos y se encuentran relacionados con unos efectos farmacológicos exagerados de los glucocorticoides. Los estudios preclínicos demuestran que la mometasona furoato carece de actividad androgénica, antiandrogénica, estrogénica o antiestrogénica, pero, al igual que otros glucocorticoides, presenta cierta actividad antiuterotrófica y retrasa la apertura del canal vaginal en los modelos animales a dosis orales elevadas de 56 mg/kg/día y 280 mg/kg/día. Como otros glucocorticoides, la mometasona furoato demostró potencial clastogénico in vitro a elevadas concentraciones. Sin embargo, no es previsible que tenga efecto mutagénico a las dosis recomendadas en terapéutica. En los estudios sobre la función reproductora, la administración subcutánea de mometasona furoato, a dosis de 15 microgramos/kg, prolongó la gestación y prolongó y dificultó el parto, con una reducción de la supervivencia de las crías así como de su peso corporal o ganancia del mismo. No se observaron efectos sobre la fertilidad. Al igual que otros glucocorticoides, la mometasona furoato es teratogénica en el roedor y el conejo. Los efectos observados consistieron en hernia umbilical en la rata, paladar hendido en el ratón y agenesia de vesícula biliar, hernia umbilical y flexión de patas anteriores en el conejo. También se produjeron reducciones de la ganancia de peso corporal por las madres, efectos sobre el desarrollo fetal (un menor peso corporal fetal y/o retraso de la osificación) en la rata, el conejo y el ratón, y una menor supervivencia de las crías en el ratón. El potencial carcinogénico de la mometasona furoato inhalada (aerosol con propelente de tipo clorofluorocarbonado y surfactante) a concentraciones de 0,25 a 2,0 microgramos/l se examinó en estudios de 24 meses de duración en el ratón y la rata. Los efectos observados fueron los típicos relacionados con los glucocorticoides, incluidas varias lesiones de tipo no neoplásico. No se observó una relación dosis-respuesta estadísticamente significativa en ningún tipo de tumor. **6. DATOS FARMACÉUTICOS 6.1 Relación de 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. **6.2 Incompatibilidades** No aplicable **6.3 Periodo de validez** 2 años Utilizar dentro de los 2 meses desde la primera administración. **6.4 Precauciones especiales de conservación** No conservar por encima de 25ºC. No congelar. **6.5 Naturaleza y contenido del envase** RINELON® se presenta en un frasco blanco de polietileno de alta densidad, que contiene 18 g (140 pulverizaciones) de la formulación del producto y con una bomba de pulverización manual de polipropileno, de dosis calibrada. Cada embalaje contiene un frasco. **6.6 Instrucciones de uso/manipulación** Ninguna especial **DATOS ADMINISTRATIVOS 7. TITULAR DE LA AUTORIZACION DE COMERCIALIZACION** Laboratorios Menarini, S.A. C/ Alfonso XII 587, 08918 Badalona (Barcelona) **8. NUMERO DE AUTORIZACION DE COMERCIALIZACION** 62.689 **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACION/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** Fecha de la primera autorización: 15 de julio de 1999 Fecha de la última renovación de autorización: 23 de noviembre de 2006 FECHA DE LA REVISIÓN (PARCIAL) DEL TEXTO Junio de 2008. **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.

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

Acta Otorrinolaringológica Española

60 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial y VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Otorrinolaringología

Madrid, 13-17 de noviembre de 2009

SUMARIO | Noviembre 2009. Vol. 60. Especial Congreso

60 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

Comunicaciones orales

Viernes, 13 de noviembre
Congreso de Residentes
Sesión de comunicaciones orales 1 — 1
Sesión de comunicaciones orales 2 — 3
Sesión de comunicaciones orales 3 — 4
Sesión de comunicaciones orales 4 — 6

Sábado, 14 de noviembre
Comisión de Rinología
Sesión de comunicaciones orales 1 — 8
Comisión de Otología
Sesión de comunicaciones orales 2 — 10
Comisión de Otoneurología
Sesión de comunicaciones orales 3 — 12
Comisión de ORL Pediátrica
Sesión de comunicaciones orales 4 — 13
Comisión de Voz
Sesión de comunicaciones orales 5 — 15

Domingo, 15 de noviembre
Comisión de Cabeza y Cuello
Sesión de comunicaciones orales 6 — 17
Comisión de Audiología
Sesión de comunicaciones orales 7 — 19
Comisión de Cirugía Plástica Facial
Sesión de comunicaciones orales 8 — 20
Comisión de Roncopatía
Sesión de comunicaciones orales 9 — 22

Lunes, 16 de noviembre
Investigación
Sesión de comunicaciones orales 10 — 23
Cabeza y Cuello
Sesión de comunicaciones orales 11 — 25
Laringología
Sesión de comunicaciones orales 12 — 27
Otología
Sesión de comunicaciones orales 13 — 28
Otoneurología
Sesión de comunicaciones orales 14 — 30
Rinología
Sesión de comunicaciones orales 15 — 32
Sesión de comunicaciones orales 16 — 33

Martes, 17 de noviembre
Investigación
Sesión de comunicaciones orales 17 — 35
Cabeza y Cuello
Sesión de comunicaciones orales 18 — 37
Laringología
Sesión de comunicaciones orales 19 — 39

Otología
Sesión de comunicaciones orales 20 40
Sesión de comunicaciones orales 21 42
Sesión de comunicaciones orales 22 43
Rinología
Sesión de comunicaciones orales 23 45

Fórum de investigación 47

Pósteres
Viernes, 13 de noviembre 49
Sábado, 14 de noviembre 73
Domingo, 15 de noviembre 97
Lunes, 16 de noviembre 119
Martes, 17 de noviembre 143

Vídeos 167

Cursos de instrucción
Viernes, 13 de noviembre 174
Sábado, 14 de noviembre 174
Lunes, 16 de noviembre 177
Martes, 17 de noviembre 180

VIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

Comunicaciones y ponencias
Rinología 186
Otología 188
Laringología 189

Pósteres
Rinología 192
Otología 192
Laringología 194
Otros 195

ÍNDICE DE AUTORES 197

PULVERIZADOR NASAL

RINELON®

Mometasona Furoato

ÁREA PROTEGIDA

En el tratamiento de la
RINITIS ALÉRGICA
y la **POLIPOSIS NASAL**

1 toma al día

ADULTOS:
2 pulverizaciones de 50 mcg
en cada fosa nasal
RINITIS ALÉRGICA Y
POLIPOSIS NASAL

NIÑOS (de 6 a 11 años)
1 pulverización
de 50 mcg
en cada fosa nasal
RINITIS ALÉRGICA

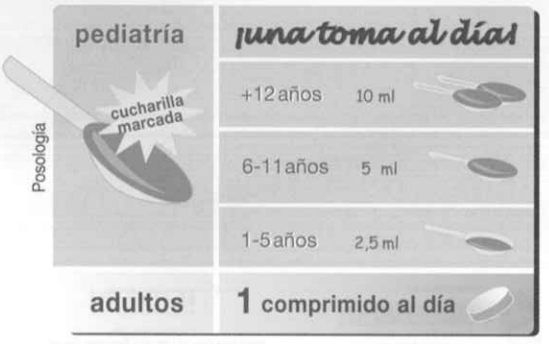
azomyr®

desloratadina

beneficios en todos los sentidos

NUEVO
Solución oral,
solución natural

- sin azúcar (1)
- sin conservante (1) (benzoato sódico)
- sin colorante (1)
- sin lactosa (1)



Sabor a chicle de fresa

1 vez al día

En rinitis alérgica y urticaria

www.e-alergia.com
INFORMACIÓN ESPECIALIZADA EN ALERGIA

GRUPO MENARINI
www.menarini.es

A la primera señal de vértigos o acúfenos

Promocionado por
FAES FARMA
75 aniversario
www.faes.es

IPSEN
Innovation for patient care
C/ Laureà Miró, 395
08980 Sant Feliu de Llobregat, Barcelona. España

tanakene
extracto de ginkgo biloba EGb761®

TANAKENE SOLUCIÓN ORAL: COMPOSICIÓN: Extracto de Ginkgo biloba EGb 761:4g; Etanol (96 por ciento): 59,0 ml: Otros excipientes, c.s.p. 100 ml. Los otros excipientes son: esencia de naranja soluble, esencia de limón soluble, sacarina sódica y agua purificada. 1 ml de solución oral contiene 40 mg de extracto de Ginkgo biloba EGb 761. **INDICACIONES:** Insuficiencia circulatoria cerebral y sus manifestaciones funcionales (vértigos, cefaleas, pérdidas de memoria, descenso de las facultades intelectuales, trastornos de la motilidad, perturbaciones afectivas y del carácter). Secuelas de accidentes vasculares cerebrales y de los traumatismos craneoencefálicos. Trastornos vasculares periféricos: arteriopatías de los miembros inferiores y sus complicaciones tróficas, trastornos vasomotores distales y afectación de la microcirculación (enfermedad de Raynaud, acroparestesia, acroeritrocianosis, fragilidad capilar). Trastornos neurosensoriales de causa vascular en ORL y Oftalmología. **DOSIFICACIÓN:** A criterio médico. Como promedio, de 3 a 4 ml diarios repartidos en dos tomas, antes de la comida y antes de la cena. **NORMAS PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DEL PREPARADO:** Utilizar la medida que se acompaña al frasco para dosificar con exactitud. Diluir las tomas en algo de agua y agitar si es necesario. **CONTRAINDICACIONES:** No se han observado. **EFECTOS SECUNDARIOS**: No se han observado, para las indicaciones y modo de administración recomendados. **PRECAUCIONES:** Este medicamento contiene 57% de etanol en volumen final. Cada ml contiene 0,45 g de etanol, lo que puede ser causa de riesgo en niños, mujeres embarazadas y pacientes con enfermedad hepática, alcoholismo, epilepsia, daños o lesiones cerebrales. Puede modificar o potenciar el efecto de otros medicamentos. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de sobredosis, los efectos adversos dependen principalmente de la cantidad de alcohol ingerida. Aparte de tales efectos, en caso de ingestión del contenido de un frasco o más cabe esperar los siguientes síntomas: náuseas, vómitos, gastralgias, diarrea, cefalea, sensación e vértigo, hipotensión, poliuria. Terapéutica que se recomienda: actitud conservadora, bebidas (té, café ligero); ocasionalmente, tópico digestivo, y si hay cefalea, antiálgicos clásico. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 91 562 04 20. **CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN**: Consérvese en lugar fresco y seco, protegido de la luz. **ADVERTENCIA**: El principio activo de la especialidad Tanakene, extraído de las hojas de Ginkgo biloba EGb 761, como otros extractos vegetales, puede presentar ligeras variaciones de color, sin que por ello varíe en absoluto su actividad. **MODO DE EMPLEO:** Utilizar el dosificador volumétrico en forma de jeringa que acompaña el frasco. Para llenar la jeringa: Después de haber presionado el émbolo hasta el fondo, introducirla en el frasco y aspirar la cantidad de medicamento necesaria para la dosis prescrita. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN**: Ipsen Pharma S.A. c/ Laureá Miró 395-08980 Sant Feliu de Llobrega-Barcelona-España. **FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN DEL TEXTO**: Marzo 2008. **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN**: Con receta médica. Reembolsable por el sistema nacional de salud. Aportación normal. **PRESENTACIÓN Y PVPiva**: frasco de 50 ml: 4,76 €

Acta Otorrinolaringol Esp. 2009;60(Espec Congr):1-46

ELSEVIER DOYMA

Acta Otorrinolaringológica Española

www.elsevier.es/otorrino

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

Madrid, 13-17 de noviembre de 2009

Comunicaciones Orales

Viernes, 13 de noviembre

Sala 101 08.30-09.30

Congreso de Residentes

Sesión de comunicaciones orales 1

002. LARINGECTOMÍAS SUPRAGLÓTICAS LÁSER. REVISIÓN DE 40 CASOS

J.P. Díaz Molina, J.P. Rodrigo Tapia, J.L. Llorente Pendás, G. Mancebo, C. Moreno y C. Suárez Nieto

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: La laringectomía supraglótica laser es una herramienta terapéutica en el tratamiento de los pacientes con carcinoma supraglótico que comparado con las técnicas abiertas evita en la mayoría de los casos la traqueotomía, conserva la deglución y disminuye las fístulas cutáneas y las neumonías por aspiración. Se presenta una serie de casos tratados con dicha técnica.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo de 40 casos con carcinoma epidermoide tratados en el Hospital Central de Asturias mediante laringectomía supraglótica laser. El seguimiento mínimo de los pacientes fue de 24 meses con un seguimiento medio de 55 meses.

Resultados: Se realizó vaciamiento ganglionar bilateral en 39 de los casos. Tratamiento complementario radioterapia adyuvante en 9 casos (1 en estadio III y 8 en estadio IV). La distribución por estadios de los pacientes fue de 8 en estadio I, 7 en estadio II, 17 en estadio III y 8 en estadio IV. La preservación laríngea se logro en el 85% de los casos (87% en estadios I, 86% estadio II, 82% estadio III y 87% estadio IV); la supervivencia específica de enfermedad a los 5 años fue de 87% (100% para estadios I y II, 87% estadio III y 68% estadio IV.

Discusión/conclusiones: La laringectomía supraglótica laser es una opción terapéutica para los pacientes con carcinoma supraglótico que permite buenos resultados en cuanto a la preservación laríngea y adecuadas tasas de supervivencia específicas para la enfermedad.

24. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE CABEZA Y CUELLO. REVISIÓN DE 13 AÑOS

A. Padín Seara, M. Álvarez- Buylla Blanco, J. Herranz García-Botas, P. Parente Arias, N. González Poggioli, G. Esquía y J. Martínez Vidal

Hospital Universitario A Coruña. A Coruña. España.

Introducción: La cirugía reconstructiva en pacientes con carcinomas epidermoides en estadios avanzados de cabeza y cuello ha supuesto una posibilidad terapéutica quirúrgica. El objetivo es analizar los colgajos evaluando las complicaciones, estancias y resultados oncológicos.

Material y método: Se recogieron 43 pacientes con edad media de 54 años (37-69) con relación hombre/mujer 42/1. 14 colgajos miocutáneosy 29 microvasculares Se usó el colgajo radial como cirugía reconstructiva en 16 pacientes y en uno como cirugía de rescate, el recto anterior en 9 pacientes como cirugía de primario y en un caso de rescate y el pectoral mayor se empleó en 7 pacientes como cirugía de rescate y en 6 pacientes en un tumor primario. El estadio más frecuente es el IV 69,8%, seguido del III en 11 pacientes 25,6% La estancia media fue de 54 días (miocutáneos de 46 días, microvasculares 57 días) Complicaciones en 72% colgajos miocutáneos y 76% microvasculares;en 51% de tumores 1 y 89% de recurrencias. Fístula salival 12 casos (9 pectorales y 3 radiales), 6 casos necrosis (3 radiales y 3 rectos), 6 casos fístula salival y hemorragia (3 radiales y 3 rectos), 3 hemorragias. Supervivencia media 25,34 meses.

Discusión: Los resultados analizados muestran que se han empleado los colgajos de modo más frecuente en carcinomas de estadio avanzado (E IV) y en cirugía reconstructiva, especialmente en este último caso el pectoral mayor. Con el mismo número de complicaciones en colgajos miocutáneos y microvasculares.

Conclusiones: En los últimos años se ha reducido progresivamente la estancia media de estos pacientes manteniéndose el número de complicaciones y su supervivencia. El presente trabajo se elabo-

0001-6519/$ - see front matter © 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

ra base al análisis de estos parámetros en busca de encontrar la posible mejora de los mismos.

168. RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE CARCINOMAS SUPRAGLÓTICOS Y GLÓTICOS CON EL USO DE MICROELECTRODOS

M. Bonet, E. Zapater, J.R. Alba, R. Reboll y J. Basterra

Servicio de ORL. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: Describimos los resultados oncológicos y funcionales con el uso de microelectrodos de disección aplicados para la resección endoscópica de tumores laríngeos glóticos y supraglóticos.

Material y métodos: Se llevaron a cabo laringoscopias directas utilizando microelectrodos de punta ultrafina de tungsteno angulada en 45º, 90º y 180º, a una potencia eléctrica de 5-20 watios, en 15 pacientes con tumores supraglóticos (estadio T1, T2 y T3) y glóticos (estadio T2 y T3). Los parámetros considerados incluían localización tumoral, estadio TNM, edad, género, necesidad de traqueotomía, vaciamientos ganglionares, necesidad de sonda nasogástrica para alimentación, estancia hospitalaria y tiempo empleado para lograr la decanulación.

Resultados: La duración de las cordectomías oscila entre 19 y 26 minutos. La duración de la epiglotectomía entre 13 y 20 minutos, mientras que la resección supraglótica completa se llevaba a cabo en un tiempo comprendido entre 77 y 95 minutos. Cinco de los pacientes, requirieron una traqueotomía temporal y cuatro requirieron alimentación por sonda nasoesofágica. Sólo un paciente tuvo una recurrencia local, mientras que otro paciente tuvo un segundo tumor laríngeo un año después.

Conclusiones: Los tumores susceptibles de ser resecados con láser CO_2 pueden ser resecados con microelectrodos con las siguientes ventajas: 1) reducción del tiempo quirúrgico; 2) mejora la hemostasia; 3) posibilidad de cortar en ángulo; 4) el sentido del tacto es directo y real; 5) la excelente visualización del tumor con la intensidad del luz del microscopio eléctrico; 6) facilidad en el manejo de los instrumentos, y 7) reducción de costes económicos del equipo.

192. MANEJO DEL CARCINOMA PRECOZ GLÓTICO

A. Quintana, M. Castro, M. Hamdan, E. Pallas, J.L. Fariña y N. Acevedo

Hospital Xeral-Cíes. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo. España.

Introducción: Mientras en muchos países europeos la radioterapia es el tratamiento de elección del carcinoma precoz glótico, porque los resultados de la calidad de la voz son superiores comparados con la cirugía, el láser CO_2 juega un papel cada vez importante en este tipo de carcinomas.

Material y métodos: Presentamos una revisión retrospectiva de los carcinomas precoces glóticos diagnosticados en el Servicio de ORL, Hospital Xeral-Cíes (CHUVI) entre enero del 2002 y diciembre del 2008.

Resultados: 54 casos de carcinomas glóticos. Edad media 64,12 (rango 40-87). Según el TNM: 3 Tis, 27 T1a, 4 T1b y 20 T2, con un tiempo medio de seguimiento de 51,77 (12-84) meses. 5 tratados sólo con radioterapia y 30 con cirugía (25 microcirugías convencionales, 17 microcirugías con láser y 6 cirugías abiertas. 16 pacientes presentaron recidivas, correspondiéndose con 8 (25%) de los tratados con microcirugía convencional, 6 (35%) con láser, 1 (17%) con cirugía abierta y 1 (20%) con radioterapia. 12 de las recidivas resecadas quirúrgicamente y 4 son responsable del éxitus del paciente. Al final del estudio, 41 pacientes (74,5%) están libres de enfermedad.

Conclusión: La cirugía endoscópica con láser CO2 es una buena alternativa en el tratamiento del carcinoma laríngeo precoz glótico, con respecto a radioterapia y cirugía abierta, ya que consigue alta tasa de control local, con una baja morbilidad.

373. ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE LESIONES NO HIPOFISARIAS EN EL EJE ROSTROCAUDAL. UN TRABAJO MULTIDISCIPLINAR

J. Galindo, C. Alfonso, J. García Polo, A. Pérez Zamarrón, C. López Pérez, L. Lassaletta, C. Álvarez Escola y J. Gavilán

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: La cirugía endoscópica avanzada ha permitido en los últimos años el abordaje transnasal de lesiones situadas en el eje rostrocaudal de la base de cráneo. Al clásico abordaje selar transesfenoidal se añaden otros que permiten el acceso a la fosa anterior, media y posterior. El trabajo multidisciplinar es fundamental.

Material y método: Estudio retrospectivo de las lesiones no hipofisarias de línea media intervenidas por vía totalmente endoscópica en los últimos 3 años.

Resultado: 20 pacientes intervenidos por ORL y Neurocirugía en los últimos 3 años. Las extirpes histológicas incluyen craneofaringioma, cordoma, adenoma intra-extraselar, fibroma osificante juvenil, displasia fibrosa, quiste de la bolsa de Rathke, mucocele, angiofibroma juvenil, fijación C1-C2 y carcinoma epidermoide. Utilizamos los siguientes abordajes: transcribiforme, selar extendido, transplanum, transtuberculum, transclival y transodontoideo. En la mayoría de casos el cierre se realizó con colgajo septal. Se muestran los controles radiológicos y campimétricos. Se expone la anatomía quirúrgica de la región, las ventajas de la técnica y los resultados oncológicos. Las complicaciones más frecuentes son la fístula de LCR y la epistaxis.

Discusión/conclusión: El abordaje totalmente endoscópico de tumores de la base de cráneo es una técnica de reciente aparición en constante desarrollo. Es un trabajo multidisciplinar que combina unos resultados oncológicos satisfactorios y una morbilidad baja en comparación con los abordajes externos. Nuestros primeros resultados son prometedores y aumentan las indicaciones en nuestro hospital, incluyendo tumores malignos. La excelente visualización y la ausencia de manipulación de tejido cerebral son las mayores ventajas de estos abordajes.

383. MENINGIOMAS DE CABEZA Y CUELLO. REVISIÓN DE 22 CASOS

C. Moreno Galindo, M. Costales Marcos, J.P. Díaz Molina, A. Coca Pelaz, J.L. Llorente Pendás y C. Suárez Nieto

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: Los meningiomas representan el 15-20% de las neoplasias intracraneales, y para su tratamiento requieren de diversos abordajes quirúrgicos dependientes de la localización de la lesión.

Material y método: Se revisaron los casos diagnosticados en el Hospital Central de Asturias, entre los años 1996 y 2009.

Resultados: En este período se diagnosticaron 3 hombres (13%) y 19 mujeres (87%), con edades comprendidas entre los 17 y los 73 años. La localización más frecuente fue el ángulo pontocerebeloso (27%), seguido de la región petroclival (22%), paraselar (13%), surco olfatorio (9%), espacio parafaríngeo (4,5%) y otras localizaciones (24,5%). Solo un paciente falleció durante el seguimiento. Se consiguió la extirpación completa de la lesión en el 70% de los

pacientes intervenidos. Dos pacientes (9%) presentaron recurrencia tumoral durante el periodo de seguimiento.

Conclusiones: Los meningiomas son tumores relativamente frecuentes con una gran predominancia por el sexo femenino. En centros con experiencia se puede conseguir una extirpación completa de la lesión en un alto porcentaje de los casos.

Sala 101 09.30-10.30

Sesión de comunicaciones orales 2

445. RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS DE LA LARINGUECTOMÍA SUPRACRICOIDEA

I. Sánchez-Cuadrado, A. Castro, I. Sánchez, J. Galindo, A. Díaz, R. Bernáldez, A. del Palacio y J. Gavilán

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: La laringuectomía supracricoidea consigue unos resultados oncológicos comparables a los de la laringuectomía total, con una mejor calidad de vida al preservar las funciones laríngeas.

Material y método: Revisión de historias clínicas de los pacientes intervenidos mediante laringuectomía supracricoidea en nuestro servicio desde su introducción en 1998. Aquellos pacientes vivos que no habían sido sometidos a laringuectomía total realizaron un cuestionario sobre su voz (Voice Handicap Index) y deglución (M.D. Anderson Dysphagia Inventory), al igual que un estudio de los parámetros básicos de la voz.

Resultados: Cuarenta pacientes con carcinomas epidermoides T1-T3 han sido sometidos a laringuectomía supracricoidea en nuestro servicio. En 32 de ellos la reconstrucción realizada fue una CHEP, y en los otros 8 una CHP. Se han producido 6 recidivas locales (4 de las cuales se rescataron mediante laringuectomía total) y 4 recidivas regionales (2 precisaron laringuectomía total por infiltración laríngea o traqueal). Veinticinco pacientes han formado parte de nuestro estudio de calidad de vida, estando altamente satisfechos con su deglución (mediana 93 sobre 100) y con su voz (VHI total < 30 en el 75% de los pacientes y mayor de 60 sólo en dos de ellos). El tiempo fonatorio máximo medio de esos 25 pacientes fue de 11 seg (rango 5-22 seg), con una Intensidad máxima media de 100 dB (rango 85-110 dB).

Conclusiones: La laringuectomía supracricoidea es un procedimiento oncológicamente seguro y con buenos resultados funcionales. Nuestros resultados son acordes con los publicados en la literatura.

459. TRATAMIENTO DE ESTENOSIS GLÓTICAS POR PARÁLISIS BILATERAL DE CUERDAS VOCALES EN ADDUCCIÓN

E. Macón Liquete, C. Ortega Fernández, A. Maeso Plaza, P. Escobar Rincón, R. Barnoya Sanchinelli, V. González Arias y P. Ortega del Álamo

Hospital General Universitario de Móstoles. Móstoles. España.

Introducción: La parálisis bilateral de cuerdas vocales en adducción se caracteriza por la imposibilidad de abrir el espacio glótico durante la inspiración, lo que conlleva insuficiencia respiratoria Las dos causas más frecuentes de esta patología son: iatrogénica posquirúrgica (tiroidectomía, cirugía torácica) y la intubación prolongada para ventilación mecánica.

Material y métodos: Presentamos 6 casos de parálisis bilateral de cuerdas vocales en adducción tratados en los dos últimos años en nuestro servicio mediante cirugía microendoscópica con aritenoidectomía parcial y cordotomía posterior unilateral, ambas asistidas con láser CO_2. La técnica consiste en un solo tiempo quirúrgico donde se realiza: cordotomía posterior amplia hasta cartílago tiroides, resecando un fragmento triangular de área posterior de la cuerda vocal, incluyendo apófisis vocal de aritenoides.

Resultados: De los seis casos: tres fueron secuelas de intubación prolongada, dos por tiroidectomía total y uno idiopático. Dos pacientes eran portadores de traqueotomía desde hacia tiempo, en dos la traqueotomía se había cerrado y los dos restantes nunca precisaron traqueotomía. La técnica quirúrgica se llevó a cabo en un solo tiempo en 4 pacientes, en el resto fue precisa otra intervención para resecar tejido de granulación. En los seis casos se empleó mitomicina C en todos los tiempos quirúrgicos. Se cerraron las 2 traqueotomías y los resultados funcionales y respiratorios fueron muy buenos en todos los casos, sin casos de disnea de mínimos esfuerzos. Los resultados fonatorios fueron satisfactorias: tiempos fonatorios dentro de límites aceptables, aunque todos presentan voz aspirada.

Conclusión/discusión: Esta técnica aporta buenos resultados funcionales y respiratorios, con aceptables resultados fonatorios. En nuestras manos, ha demostrado ser mejor que la aritenoidectomía simple o la cordotomía posterior uni/bilateral.

528. SEGUNDOS TUMORES PRIMARIOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

A.R. Nehme Paz, M.H. Rey Martínez, D.A. Burciaga Rivero, M. Paulos Novoa, I. Arán González y J. Fernández Silva

Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Introducción: En los pacientes con Cáncer Escamoso de Cabeza y Cuello (CECC) el desarrollo de un Segundo Tumor Primario (STP) es más frecuente que en tumores situados en otras localizaciones. Su aparición conlleva un empeoramiento del pronóstico y aumento de la morbimortalidad de los pacientes. Con el siguiente análisis presentamos los resultados obtenidos a partir de nuestra base de datos oncológica.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de un total de 326 pacientes con CECC entre enero de 2000 y abril de 2008. Analizamos las características del Tumor Primario (TP), el STP, esquema terapéutico, frecuencia de aparición, supervivencia, etc.

Resultados: Observamos presencia de STP en un 14% de los pacientes del estudio. Los TP que más frecuentemente se asocian a STP son los de laringe glóticos (27,6%) y los supraglóticos (25,5%). El STP que aparece con más frecuencia es el pulmonar (28%).

Conclusión: La aparición de STP en pacientes con CECC es elevada y conlleva un ensombrecimiento notable de la supervivencia. Por ello el seguimiento posterior y el control de los principales factores de riesgo cobran una gran importancia para la prevención, el diagnóstico precoz y un tratamiento más efectivo.

545. MANEJO DE LOS PARAGANGLIOMAS CERVICALES. REVISIÓN DE CASOS

D. Poletti Serafini, C. Fernández Jañez, X. Araujo Piedra, C. Alonso Martínez, C. Martín Oviedo, A. Lowy Benoliel, M. Aristegui Ruiz y B. Scola Yurrita

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: Los paragangliomas son neoplasias benignas de origen neurovascular, crecimiento lento y con potencial agresividad locorregional. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección, la abstención terapéutica se considera para pacientes de edad avanzada y la radioterapia como terapéutica paliativa.

Material y métodos: Revisamos 106 pacientes con 121 paragangliomas de cabeza y cuello, tratados durante el periodo de 1977 al 2009 en nuestro servicio. Aproximadamente el 25% de los casos presentaba localización cervical de los cuales fueron 9 carotideos, 6 vagales, 1 laríngeo, 9 multicéntricos.

Resultados: La edad media de presentación fue de 42 años. 84% fueron mujeres. El síntoma más frecuente en los paragangliomas cervicales fue la presencia de una masa cervical. Según la clasificación de Samblin 2 fueron del estadio I, 9 del II y 5 del III, y para los vagales siguiendo la de Fish, fueron 2 estadio I, 4 estadio II y 4 estadio III. En los carotídeos, 2 casos requirieron sustitución vascular, 1 presentó parálisis del X par y 1 del X y XII. De los vagales en 2 casos se adoptó una conducta expectante, fueron resecados por vía transmandibular 3, por vía cervical 2 y por acceso infratemporal 3, presentando parálisis del X par en todos los casos, 1 parálisis del XII, y 1 caso de distrés respiratorio.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico es la técnica de elección en los paragangliomas cervicales salvo en paciente asintomáticos o de edad avanzada y la rehabilitación y o cirugías especificas para el tratamiento de las secuelas.

596. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS METÁSTASIS CERVICALES DE ORIGEN DESCONOCIDO. NUESTRA EXPERIENCIA Y RESULTADOS

L. Sgambatti, J.L. Gómez González, A. Munoz Herrera, F. del Rey, J.C. del Pozo y R. de la Fuente

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: El 5% de pacientes con metástasis cervicales el tumor primario permanece incierto, por eso debemos realizar una historia clínica detallada, exploración ORL completa y pruebas de imagen.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo realizado entre enero de 1995-2004 exponemos una revisión de 42 casos diagnosticado de metástasis cervicales de origen desconocido después de realizar estudios de localización del tumor primario, se describe el sexo, la edad, el estadiaje, los diferentes tratamientos y la supervivencia a los 3 y 5 años respectivamente.

Resultados: 42 pacientes, 35 hombres y 7 mujeres, estadio: 3 N1, 12 N2a, 9 N2b, 18 N3. N1 la supervivencia a los 3 años de 2/5 (66,6%), a los 5 años de 1/5 (33,3%), N2a fueron tratados con Cirugía+RT la supervivencia a los 3 años fue de 10/12 (83,3%) y de 7/12 (58,3%) a los 5 años. De los N2b, fueron tratados con Cirugía+RT la supervivencia a los 3 años fue de 8/9 88,8% y a los 5 años 5/9 (55,5%). De los N3. Fueron tratados con QT+CIR+RT 11/18 la supervivencia de este grupo a los 3 y 5 años fue 6/11 (54%). Fueron tratados con Cirugía+RT 4/18, supervivencia a 3 años fue 3/4 (75%) y a los 5 años 1/4 (25%) y 3/18 fueron tratados como paliativos.

Conclusión: Evidenciamos mejores resultados con el tratamiento QT+Cirugía+RT a los 5 años en estadios avanzados que con Cirugía+RT. Y planteamos la importancia de un abordaje multidisciplinario entre los diferentes servicios de Otorrinolaringología, Oncología y Radioterapia.

597. LARINGECTOMÍAS NEAR-TOTAL. COMPLICACIONES, SEGUIMIENTO Y SUPERVIVENCIA A LOS 5 AÑOS

L. Sgambatti, A. Munoz Herrera, P. Blanco, J.L. Gómez González, F. del Rey, S. Estévez y J.C. del Pozo

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: Las laringectomías Near-total proveen una alternativa funcional a la laringectomía total en pacientes seleccionados de cáncer de laringe e hipofaringe. Los resultados oncológicos son ampliamente aceptados y contrastados por diferentes cirujanos, aunque sigue siendo una técnica quirúrgica la cual no es ampliamente extendida entre los otorrinolaringólogos dedicados a la oncología.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo con 38 paciente intervenidos de laringectomía Near Total entre 1996 y 2004 por carcinomas de laringe T2, T3.

Resultados: De los pacientes intervenidos 37 varones y 1 mujer con una localización supraglótica de 20/38 (52,65), glotis 11/38(28,9), seno piriforme 4/38 (10,54%), subglótico 1/38 (2,6%) y transglótico 2/38 (5,26%). Fueron tratados con RT complementaria 20/38 (52,6%). La complicación más frecuente en el postoperatorio fue la fístula 9/38 (23%), sangrado2/38 (5,2%) y faringostoma 2/38 (5,2%), falsas vías 5/38 (13,1%) de los cuales 3 se convirtieron en laringectomías totales y se evidencia una funcionalidad de la fístula fonatoria del 30/38 (78,9%) a los 6 meses, no son funcionales 8/38 (21,1%) de las cuales se convierten 4 en laringectomía total, con una supervivencia general a los 5 años de 24/38 (63,1%).

Conclusiones: Los resultados que hemos obtenido en nuestro centro, evidencian una seguridad oncológica adecuada en el control regional del cáncer de laringe con un buen resultado funcional.

Sala 101 10.30-11.30

Sesión de comunicaciones orales 3

633. LINFOMAS EXTRANODALES DE CABEZA Y CUELLO

M.J. Gómez, E. Zapater, R. Reboll, M, Bonet, N. Mosquera y J. Basterra

Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: Los linfomas son neoplasias del sistema linforreticular. Representan el 5% de las neoplasias malignas de cabeza y cuello siendo más frecuentes los linfomas no Hodgkin (75%). Tras el tracto gastrointestinal esta región es la segunda localización más frecuente y en la mitad de los casos aparecen en el anillo de Waldeyer.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo sobre 33 pacientes diagnosticados entre 2000-2008: 14 mujeres y 18 hombres. En 18 la edad es superior a los 69 años; la edad media es 68. 32 presentan LNH y 1 LH. Los linfomas B son los más frecuentes (26 pacientes). Entre las localizaciones más frecuentes encontramos el cavum (8 pacientes), amígdalas (7 pacientes) y parótida (7 pacientes).Se estudian estadio, apariencia macroscópica, clínica, adenopatías, tratamiento y evolución.

Resultados: El porcentaje de fallecidos es del 15% (5 pacientes), 3 de ellos por la neoplasia: 2 presentaban un linfoma B estadio IV y edad superior a 69 años y 1 presentaba un linfoma T estadio I y mayor de 69 años. 77% se encuentra en remisión completa y el 22% han presentado al menos una recidiva. Los pacientes que no presentan ulceración en las mucosas o que han sido tratados con CHOP+RT presentan mejor pronóstico

Discusión: El pronóstico de esta enfermedad ha mejorado gracias a los avances producidos tanto en el tratamiento como en el diagnóstico aunque sigue habiendo un grupo de pacientes con mal pronóstico, sobre todo pacientes con edad y estadio avanzado.

641. MANEJO AMBULATORIO DE LOS ABSCESOS PERIAMIGDALINOS

D. Abad Casado, M. Vaca González, A. Cordero Devesa, M.M. Medina González y R. Souviron Encabo

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: El absceso periamigdalino (APA), complicación más frecuente de la amigdalitis aguda, se define como una colec-

ción de pus entre la cápsula amigdalina y los músculos constrictores de la faringe. Este estudio pretende evaluar la posibilidad de manejo ambulatorio de esta patología de forma segura, comparando la evolución según el método de drenaje (punción vs. incisión) y antibioterapia utilizada (amoxicilina-clavulánico vs clindamicina).

Material y métodos: Estudio prospectivo de los 25 casos de APA atendidos durante los últimos 6 meses en el Servicio de Urgencias de nuestro centro, confirmados mediante drenaje de material purulento. Asignación aleatoria de método de drenaje y de antibioterapia.

Resultados: Se atendieron 25 pacientes sin antecedente de absceso previo, realizándose drenaje y observación durante 12 horas con una dosis de antibiótico y corticoide. Los síntomas más frecuentes fueron odinofagia y fiebre, seguidos de disfagia y trismo. En 13 pacientes se realizó punción y en 12 incisión, sin observarse diferencias en el pronóstico ni en el tiempo de recuperación. 10 pacientes fueron tratados con amoxicilina-clavulánico y 15 con clindamicina sin evidenciarse, igualmente, diferencias. El cultivo fue positivo en 17 casos, siendo Streptococcus sp el germen más frecuente (45%). Ningún paciente precisó ingreso ni reevaluación en días sucesivos.

Discusión: Se confirma que el tratamiento ambulatorio del APA, tras drenaje y dosis única de antibiótico y corticoide intravenoso, es una estrategia segura que evita el ingreso hospitalario. Cabe destacar el bajo porcentaje de anaerobios implicados en comparación con la literatura publicada.

661. ESTUDIO DEL PET-TAC EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO. RESULTADOS PRELIMINARES

G. Pastor, P. Estrems, R. Balaguer, T. Cuesta, C. López, P. Abreu, J. Dalmau y C. López Mollá

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Introducción y objetivos: El objetivo del presente estudio es comprobar la utilidad del PET-TAC en el estadiaje inicial de tumores de cabeza y cuello y localización del primario en metástasis cervicales de origen desconocido.

Material y métodos: Estudiamos prospectivamente 19 pacientes con carcinomas de cabeza y cuello, o con metástasis cervicales de origen desconocido excluyendo los localizados en glándulas salivares y tiroides. Realizamos exploración ORL completa y estadiaje clínico según la clasificación TNM. Solicitamos tras el diagnóstico simultáneamente TAC cervicotorácico y PET TAC. Recogemos los resultados obtenidos en una base de datos, junto con información clínica y personal del paciente.

Resultados: De los 19 pacientes el PET TAC fue positivo en 18 (detectó 1 falso positivo del TAC). En nuestro estudio de los 7 casos de enfermedad localmente avanzada el PET TAC permite realizar estadiaje completo en todos, con hallazgo de metástasis a distancia en 2 casos. De los 4 casos de metástasis cervical de origen desconocido en 1 caso localiza primario y permite aclarar falsos positivos del TAC en 2 casos. Resto de pacientes coincidencia con TAC.

Conclusiones: Según nuestros resultados, la utilidad del PET TAC en el estadiaje inicial, es similar a la TC en el diagnóstico de metástasis contralaterales y superior a distancia, en pacientes con enfermedad localmente avanzada. Sin embargo, tendría un papel más incierto en tumores N0. En cuanto a su utilidad en metástasis cervicales con primario desconocido, parece que aporta información si se hace una correcta selección de pacientes. Los resultados obtenidos hasta ahora concuerdan con los apuntados en publicaciones previas. Aunque hacen falta mayor número de casos para obtener resultados con significación estadística.

671. TUMORES NEUROENDOCRINOS DE CABEZA Y CUELLO. NUESTRA EXPERIENCIA

M. Costales Marcos, C. Moreno Galindo, B. Vivanco Allende, A. Coca Pelaz, J.L. Llorente Pendás y C. Suárez Nieto

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos de cabeza y cuello son neoplasias muy infrecuentes, con un gran espectro histopatológico, distribuyéndose de manera general en nasosinusales y nonasosinusales. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de los tumores neuroendocrinos tratados en nuestro Sº de otorrinolaringología del Hospital Central de Asturias.

Material y métodos: Se incluyen 7 pacientes con diagnóstico histológico de tumor neuroendocrino, tratados entre 1998 y 2009.

Resultados: Encontramos 4 varones y 3 mujeres, con edades comprendidas entre 47 y 69 años. El 85% de los tumores presentaban tinción positiva para sinaptofisina. La localización más frecuente fue las fosas y senos paranasales, encontrándose sólo un caso de localización laríngea. Dos pacientes no fueron subsidiarios de tratamiento quirúrgico debido al tamaño y la extensión tumoral; para los restantes casos se utilizaron variados abordajes quirúrgicos (abordaje craneofacial, maxilectomía, microcirugía laríngea, craniotomía frontal...). El 57% se encontraba en estadio IV al diagnóstico. 6 pacientes requirieron tratamiento radioterápico complementario, y 3 de ellos precisaron también tratamiento quimioterápico; un caso recibió tratamiento con QT-RT como primera opción. El 54% presentaron recurrencia tumoral durante el seguimiento. En el momento actual hay 3 pacientes libres de enfermedad.

Conclusiones: Los tumores neuroendocrinos son lesiones muy infrecuentes que se diagnostican en estadios tardíos tanto por la falta de clínica como por la agresividad de la estirpe, siendo necesario establecer protocolos de tratamiento con el fin de mejorar la supervivencia de los mismos.

761. FIABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA PAAF EN PATOLOGÍA TUMORAL PAROTÍDEA

N. Muñoz-Fernández, F.J. García-Callejo, L. de la Fuente-Arjona, M.J. Montoro-Elena, E. Fernández-Julián, M.T. Achiques-Martínez, I. Llópez-Carratalá, V. Monrroy-Parada y J. Marco-Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Universidad de Valencia. Valencia. España.

Introducción: El conocimiento de la naturaleza tumoral de las lesiones parotídeas condiciona el procedimiento quirúrgico y su pronóstico. Se ha efectuado la evaluación de la capacidad diagnóstica de la citología por punción-aspiración en tumoraciones de la glándula parótida.

Pacientes y métodos: Elaboración de una tabla de muestreo comparativo de los pacientes con tumoraciones en glándula parótida (n = 151) registrados en los últimos 4 años. Se valora la fiabilidad en la detección histopatológica de la PAAF frente al diagnostico definitivo que ofrece la biopsia postoperatoria. Cálculo de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN), así como eficiencia de la prueba.

Resultados: Sensibilidad del 82,7%, especificidad del 85,4%, VPP del 93,8%, VPN del 64,8% y eficiencia diagnóstica del 83,4% para la PAAF.

Conclusiones: La fiabilidad diagnóstica de la citología para lesiones parotídeas ofrece un índice elevado de falsos negativos en detectar lesiones malignas. Aun siendo una prueba diagnóstica contemplada en el algoritmo diagnóstico de las lesiones parotídeas, quizás estudios de imagen más avanzados como la espectrografía mediante RMN oferten un diagnóstico prequirúrgico definitivo y altamente certero.

334. MITOMICINA C EN CIRUGÍA DE VÍA AÉREA SUPERIOR. NUESTRA EXPERIENCIA

M.T. Achiques Martínez, J. Marco Algarra, I. Llópez Carratalá, N. Muñoz Fernández, A. Rubio y V. Monrroy Parada

Hospital Clínico Universitario. Universidad de Valencia. Valencia. España.

Introducción: La estenosis de cualquier región de la vía aérea superior trae como consecuencia complicaciones que incluyen afectación de la voz y dificultades de ventilación que pueden ser leves o potencialmente mortales. La mitomicina C actúa inhibiendo la síntesis de ADN celular y la síntesis de fibroblastos. Esta sustancia se presenta como un tratamiento poco invasivo en el tratamiento de oclusiones de vía aérea que puede servir como adyuvante a las técnicas empleadas actualmente.

Métodos: Se realizó una revisión de los casos a los que se les aplico mitomicina C posterior a tratamiento con láser CO_2, para cualquier obstrucción de la vía aérea superior, desde enero 2005 hasta abril 2009. Se encontraron 20 casos y se determinó para cada caso la localización, tipo y causa de la estenosis. Se analizaron el número de sesiones practicadas y los resultados obtenidos.

Resultados: Las causas más frecuentes de intervención fueron estenosis supraglóticas, faldones aritenoideos, sinequias de comisura anterior o posterior y estenosis de coanas. La etiología más común era una intervención previa por lesión neoplásica. Se encontró un porcentaje de éxito global de alrededor de 73% con la aplicación de láser más mitomicina C, de éstos, un 47% obtuvieron los resultados esperados con una sola sesión, mientras que el grupo restante precisó la realización de 2 sesiones para lograr el objetivo planteado. Sólo 2 pacientes presentaron fracaso terapéutico con esta técnica. Se presentó una complicación, que requirió la realización de traqueotomía.

Conclusiones: A pesar de la heterogeneidad en los estudios clínicos sobre este tema, la mayoría de los estudios actuales sugieren que el uso de mitomicina C tópica mejora los resultados en cirugía de vía aérea superior. Su utilización en combinación con la cirugía láser es un procedimiento relativamente sencillo en manos adiestradas y puede mejorar significativamente la calidad de vida de estos pacientes

Sala 101 15.00-16.30

Sesión de comunicaciones orales 4

503. FALLOS Y EXPLANTACIONES DE IMPLANTES COCLEARES

L. Martí Gomar, I. Romero Sánchez, C. de Paula Vernetta, L. Cavallé Garrido, H. Pérez Garrigues y C. Morera Pérez

Hospital Universitario La Fe. Universidad de Valencia. Valencia. España.

Introducción: La implantación es el tratamiento actual de las hipoacusias neurosensoriales severo-profundas bilaterales. Los fallos del dispositivo implantado así como los problemas médico-quirúrgicos que surgen requieren en ocasiones la explantación del implante coclear.

Material y métodso: Se ha realizado una revisión de las causas de explantación en los pacientes implantados en nuestro programa de implantes cocleares.

Resultados: De los 485 implantes cocleares intervenidos en un periodo comprendido entre 1991 y octubre de 2008, el 6,39% (31 casos) han requerido ser explantados. En 23 pacientes (74,19%) el fallo se encontraba en el mismo dispositivo, en 7 pacientes (22,58%) la causa fue una infección y 1 caso (3,22%) debido a problemas quirúrgicos. Al analizar nuestra serie de explantes según la casa comercial encontramos que los fallos en el propio dispositivo se han dado sobre todo en los implantes tipo Medel (11,9%) y las infecciones son más frecuentes en el tipo Cochlear (2,13%), siendo el S. aureus coagulasa negativo el principal agente causal.

Conclusión: La causa de explantación más frecuente encontrada en nuestro programa de implantes cocleares ha sido el fallo del dispositivo seguido de las infecciones. A pesar de ello, observamos que el número de complicaciones que llevan a una explantación por motivos técnicos o por razones médico-quirúrgicas en los implantes cocleares es escasa.

233. ANTICUERPOS ANTICOCLEARES Y RESPUESTA A CORTICOIDES EN LA ENFERMEDAD AUTOINMUNE DEL OÍDO INTERNO

O. Castro, L. Díez, A. Quintana, M. Hamdam, E. Pallas, I. González y J.L. Fariña

H. Xeral-Cíes. Vigo. España.

Introducción: La hipoacusia de origen coclear representa más del 95% de las hipoacusias neurosensoriales. La enfermedad autoinmune del oído interno (EAOI) se define como una hipoacusia progresiva, fluctuante y asimétrica, que es potencialmente reversible con terapia esteroidea.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo incluyendo 53 pacientes, 32 mujeres y 21 hombres, de un rango de edad entre 5-75 años. Todos presentaban hipoacusia neurosensorial: súbita, rápidamente progresiva o fluctuante, de origen desconocido. Dividimos en dos grupos: grupo A (38 pacientes) tratado con corticoides, grupo B (15 pacientes) no tratado con corticoides. Se le realizaron test de laboratorio, incluyendo la detección de anticuerpos anticocleares contra el antígeno 68 Kd (hsp-70). Se analiza la mejoría audiométrica en ambos grupos y se correlaciona con la presencia de anticuerpos anticocleares positivos, basando el diagnóstico de enfermedad autoinmune del oído interno en respuesta a terapia corticoidea.

Resultados: Dentro del grupo A, encontramos 10 casos positivos a los anticuerpos anticocleares, y en el B sólo uno. En el primer grupo mejoran un total de 15 pacientes, 7 anticuerpos anticocleares positivos y 8 negativos. Esto supone que mejoran un 70% de pacientes con anticuerpos positivos, y sólo un 28% con anticuerpos negativos. En el segundo grupo sólo un paciente fue positivo a los anticuerpos, no obteniendo mejoría. De los 14 con anticuerpos negativos el 85% no mejoraron.

Conclusión: La detección de anticuerpos anticocleares, así como otros test de laboratorio, nos ayudan en el diagnóstico de la EAOI. Además su presencia puede predecir una buena respuesta a tratamiento esteroideo.

612. SIGNIFICADO PATOLÓGICO DE LAS CAPTACIONES DE CONTRASTE EN RMN DE CONTROL TRAS LA CIRUGÍA DE SCHWANNOMA VESTIBULAR

A. Díaz-Anadón, J. Lassaletta, J.M. Roda y J. Gavilán

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: El método de elección para el seguimiento de pacientes intervenidos de schwannoma vestibular (SV) es la resonancia magnética (RMN) con contraste, que puede presentar captación de contraste sin que esta siempre represente recidiva o persistencia tumoral.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 150 pacientes intervenidos de SV a los cuales se practicó resección tumoral completa en el 83% de los casos, neartotal en el 14% y subtotal en 1,6%. Se

revisaron sus RMN postquirúrgicas analizando tipo de captación de contraste en conducto auditivo interno (CAI) y ángulo pontocerebeloso, relación con tipo de intervención realizada e incidencia de persistencia/recidiva tumoral.

Resultados: Menos del 2% de los pacientes requirieron reintervención quirúrgica. Se obtuvieron datos completos de 84 RMN de control. El 53% presentaron captación nula en el CAI, 31% captación lineal y 15% nodular. No se observó relación entre tipo de captación y tamaño tumoral ni ocupación del fondo del CAI en estudios preoperatorios. Sólo en el 40% de los pacientes con resecciones neartotal se observaron captaciones nodulares. La inmensa mayoría de las captaciones nodulares no crecieron en los controles y no precisaron tratamiento. Entre los pacientes con captaciones lineales, ninguno presentó tras un seguimiento signos de persistencia tumoral.

Conclusión: Tras la cirugía del SV las recidivas son infrecuentes. Es conveniente realizar controles mediante RMN teniendo en cuenta que las captaciones lineales en CAI no suelen tener significado patológico a diferencia de las de tipo nodular.

355. CORRELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LA POSTUROGRAFÍA DINÁMICA COMPUTARIZADA Y EL SISTEMA SWAY STAR EN PERSONAS SANAS

A. Faraldo García, S. Santos Pérez, A. Soto Varela y T. Labella Caballero

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España.

Introducción: La posturografía dinámica computarizada (PDC) es un sistema de análisis del equilibrio basado en el registro de los desplazamientos del CdG. El Sway Star es también un sistema de análisis del equilibrio que registra los desplazamientos del tronco en los planos antero-posterior y lateral. En este trabajo analizamos las posibles correlaciones entre variables de ambos sistemas que a priori podrían tener relación.

Material y métodos: Estudio postural (SOT de la PDC y secuencia de estudio postural propio para Sway Star) en 70 individuos sanos (35 varones y 35 mujeres), edad media de 44,9 años. Estudio estadístico realizado con SPSS 16.0 (coeficiente de correlación lineal de Pearson $p < 0,05$).

Resultados: No hallamos correlación lineal para los resúmenes del equilibrio de ambos sistemas (Composite-BCI), tampoco para el análisis sensorial, ni para las pruebas que representan la posición de Romberg con los ojos abiertos sobre una superficie fija (Condición 1-s2eo), ni en las que el equilibrio sólo depende de las aferencias vestibulares (Condición 5- s2ecf). Hay correlación entre las pruebas que representan la posición de Romberg con los ojos cerrados en superficie fija (Condición 2 y s2ec) y posición de Romberg con ojos cerrado en superficie inestable (Condición 4- s2eof).

Conclusiones: Para sujetos normales, los resultados globales y el análisis sensorial que ofrecen la PDC y el Sway Star no son comparables. Esto puede deberse a una diferencia en el tratamiento matemático de la información entre uno y otro sistema. Sí son comparables, analizando individualmente, parámetros del registro realizados en condiciones sensorialmente similares.

717. FACTORES CONDICIONANTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO

B. Samaniego Regalado. G. Trinidad Ruiz. M.E. Mora Santos. E. Cruz de la Piedad. R. Solís Vázquez y E. Rejas Ugena

Unidad de Otoneurología (Servicio de ORL). Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. España.

Introducción: En este estudio pretendemos valorar el impacto de los trastornos del equilibrio sobre la calidad de vida de los pacientes que los sufren, así como el efecto que tiene sobre este impacto el tratamiento realizado.

Material y métodos: Presentamos un estudio prospectivo de 148 pacientes atendidos en nuestra unidad de Otoneurología entre agosto y diciembre de 2008. Como primera fase del estudio administramos a todos los pacientes el cuestionario DHI (dizziness handycap inventory) antes de su llegada a la unidad, valorando su situación previa, y, en una segunda fase, reevaluándolos al alta de la unidad para valorar la eficacia del tratamiento realizado.

Resultados: El DHI previo inicial medio fue de 47,03. Las neuritis vestibulares y los déficit de origen neurológico presentaron la puntuación máxima (59,33/56,33). Se ha observado una reducción media del DHI antes y después del tratamiento de 40 puntos. Las patologías de origen vestibular fueron las que mayor disminución mostraron.

Conclusiones: El DHI es una herramienta útil tanto en la evaluación previa de un paciente con un trastorno del equilibrio, como para orientar la eficacia de los tratamientos realizados sobre éste hacia la mejora de la autonomía y la calidad de vida del paciente.

364. ANÁLISIS DE LOS PATRONES POSTUROGRÁFICOS NORMAL Y VESTIBULAR CON LAS FÓRMULAS DE CEVETTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE MENIÈRE

E. Domènech Vadillo, L. Montes-Jovellar y N. Pérez-Fernández

Clínica Universitaria de Navarra. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. España.

Introducción: La posturografía dinámica computarizada (PDC) permite obtener una información fidedigna de la contribución de diferentes sistemas sensoriales al mantenimiento de la estabilidad. Los resultados en las diferentes condiciones permiten obtener una serie de patrones de déficit o preferencia sensorial. Cevette propuso un sistema basado en unas fórmulas para determinar la existencia de un patrón normal, vestibular o afisiológico no semejante al que usa el equipo de PDC.

Objetivos: Consideramos que la información obtenida desde el equipo de PDC y el logrado con las fórmulas de Cevette no es similar pues ambos utilizan condiciones diferentes en el cálculo del patrón.

Material y métodos: Hemos analizado los resultados en la prueba de organización sensorial de la posturografía dinámica computarizada de 130 pacientes con enfermedad de Ménière y comparado los resultados normal y de déficit vestibular de acuerdo a los criterios de Cevette y del constructor de la plataforma.

Resultados: Los resultados fueron similares en el 70% de los pacientes. En los que no había coincidencia (30%) hemos encontrado que se tratan de pacientes con mayor grado de disfunción vestibular (mayor adelanto de fase del reflejo vestíbulo-oculomotor en la prueba rotatoria) y con un resultado menor en la condición 5 de la prueba de organización sensorial y en el valor del composite score.

Conclusión: Las fórmulas de Cevette no discriminan correctamente los pacientes con un resultado normal o de déficit vestibular en la prueba de organización sensorial. En el trabajo se comenta el origen de esta anomalía que reside en la construcción de las fórmulas.

20. IDENTIFICACIÓN DE SIMULADORES MEDIANTE ANÁLISIS ESPECTROGRÁFICO DEL COCIENTE S2EC/W3MEC CON EL SISTEMA SWAYSTAR (3). APLICACIÓN EN PACIENTES REALES

M.P. Gómez Tapiador, M. Oliva Domínguez y M. Haro García

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. España.

Introducción: Una vez calculados los valores de referencia para s2ec/w3mec en una población joven experimental, aplicaremos esos valores a una población de pacientes reales

Material y métodos: Aplicaremos los valores de referencia calculados en otra parte de este estudio a los pacientes reales estudiados en nuestro hospital. Construimos las correspondientes tablas de contingencia para 6 frecuencias del espectrograma SwayStar con la prueba de chi cuadrado, valores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo y áreas bajo la curva ROC.

Resultados: Tratamos con 266 pacientes con edades comprendidas entre 10 y 86 años con una media de 47, 60% mujeres y 40% hombres. El diagnóstico de "Simulación" se aplicó al 3,8% de los casos. Una de las frecuencias usadas (10,7 en pitch) no tiene un chi cuadrado significativo. De las demás se encuentra que la mayor área ROC (0,846) y los mejores valores de cociente de probabilidad positivo (4,33) y negativo (0,13) se encuentra cuando son positivas 4 variables.

Discusión/conclusión: De las 5 frecuencias significativas, se identifica adecuadamente a un simulador cuando 4 de ellas son positivas.

643. TRATAMIENTO DE LA HIPERTROFIA MUCOSA DE CORNETES CON RADIOFRECUENCIA. ESTUDIO SUBJETIVO FRENTE A OBJETIVO

M.T. Achiques, N. Muñoz Fernández, V. Monrroy Parada, E. Fernández Julián, I. Llópez Carratala y J. Marco Algarra

Hospital Clínico Universitario. Universidad de Valencia. Valencia. España.

Introducción: La obstrucción nasal por hipertrofia mucosa de cornetes es un síntoma muy común y puede observarse en el curso de rinitis tanto alérgicas como no alérgicas. La radiofrecuencia de cornetes es un tratamiento con baja morbilidad, que presenta mejoría subjetiva de los síntomas y cambios objetivos en la función nasal.

Materiales y métodos: Para valorar la eficacia de la aplicación de radiofrecuencia en hipertrofia mucosa de cornetes se realizó un estudio prospectivo con 56 pacientes. A cada paciente se le realizo rinomanometría anterior activa, así como también una valoración mediante escala visual analógica (EVA) antes y después de la intervención. Se analizaron los resultados obtenidos.

Resultados: Alrededor de un 56% presentaba obstrucción nasal severa subjetiva preoperatoria con un descenso al 6% postoperatorio. En cuanto a la obstrucción moderada se observo un descenso de aproximadamente 31% a 12,5% en valores subjetivos y de 37% a 18% en mediciones objetivas. Estos resultados fueron estadísticamente significativos. La obstrucción leve postoperatoria presento valores de alrededor de 50% en la escala subjetiva y 55% en la objetiva. Se registraron valores subjetivos de ausencia de síntomas y rinomanometría normal en alrededor 25 a 30% de los casos.

Conclusiones: La radiofrecuencia es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de la hipertrofia mucosa de cornetes inferiores. Puede mejorar significativamente los síntomas, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Las pruebas de función nasal demuestran que estos resultados son objetivos. Actualmente esta técnica puede ser la modalidad terapéutica a elegir en este tipo de patología.

628. DACRIOCISTORRINOSTOMÍA TRANSCANALICULAR CON LÁSER DIODO

R. González Aguado, R. Megía López, P. Eza Núñez, R. García Zornoza y J.A. Rama Quintela

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Introducción: Describimos la técnica quirúrgica de dacriocistorrinostomía transcanalicular y endonasal con láser diodos empleadas en nuestro servicio y evaluamos los resultados clínicos obtenidos con la misma así como procedemos a comparar con otras técnicas no tan habituales.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, de 150 casos de DCR realizados en nuestro servicio entre noviembre de 1995 y diciembre de 2008. En cada paciente se evaluaron los datos clínicos previos a la cirugía, el grado de epífora, resultados y complicaciones. Se ha considerado como buen resultado, en caso de curación: desaparición de la epífora así como de los episodios de dacriocistitis, o mejoría: desaparición de los episodios de dacriocistitis y descenso de la epífora en al menos 2 grados en la escala de Munk.

Resultados: De las 150 DCR realizadas se ha podido hacer un seguimiento válido de al menos 2 meses tras la retirada de las sondas en 147 pacientes Se han conseguido buenos resultados en el 83% de los casos (de los cuales el 62,4% fueron de curación y el 20,6% de mejoría), persistiendo la clínica en el 17%. Como complicaciones postquirúrgicas aparecieron granulomas (complicación más frecuente tanto con láser diodo como con láser de CO_2): 20,6%, sinequias entre cornete medio y pared lateral: 5,7%, dacriocistitis agudas: 1,4%, epistaxis leves: 1,4%, enfisema subcutáneo: 1,4% y hematoma palpebral: 7%. En un caso se presentó un síndrome compartimental orbitario inmediatamente después de la cirugía, no achacable a la técnica quirúrgica, sino a la inyección accidental de pomada de antibiótico-corticoide dentro de la cavidad orbitaria.

Conclusiones: La DCR-TCL es un procedimiento mínimamente invasivo, que facilita la localización del saco lagrimal y su apertura a la fosa nasal. Existen varias técnicas con resultados similares, siendo la más utilizada en nuestro servicio la DCR-TCL con láser diodo. En nuestra serie los resultados son similares a los previamente descritos, siendo una alternativa válida en el tratamiento de la obstrucción lacrimonasal.

SÁBADO, 14 DE NOVIEMBRE

Sala 103 + 104 — 15.00-16.00

COMISIÓN DE RINOLOGÍA

Sesión de comunicaciones orales 1

3. PAPILOMAS INVERTIDOS RINOSINUSALES. REVISIÓN DE 61 CASOS

J.P. Díaz Molina, J.L. Llorente Pendás, J.P. Rodrigo Tapia, F. López, M. Costales y C. Suárez Nieto

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: Los papilomas invertidos son neoplasias raras localizadas preferentemente en la pared lateral nasal caracterizadas

por tendencia a recidivar y su potencial transformación en neoplasias malignas.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 61 pacientes diagnosticados y tratados en nuestro hospital desde 1983. Se recogieron datos clinicopatológicos, el tratamiento administrado y la evolución en el tiempo tras el tratamiento quirúrgico. El tiempo medio de seguimiento fue de 51 meses rango entre 3 y 228 meses.

Resultados: El 62% de los pacientes eran masculinos, el síntoma principal fue insuficiencia respiratoria nasal unilateral en el 91%. Se localizaban en la región etmoidal en el 53%, el seno maxilar en el 28% y en la pared lateral nasal en el 19%. El 78% de los casos tenían sinusitis asociada y el 43% poliposis asociada. La clasificación por estadios de Krouse fue 35% estadio I, 37% estadio II, 18% estadio III y 8% en el IV. Seis de 45 pacientes operados por CEN presentaron recidiva (14%) mientras que los pacientes que se operaron por técnicas abiertas presentaron recidiva en el 63% de los casos. El tiempo medio a la recidiva fue de 41 meses. Diez de los pacientes son casos malignizados 1 de ello se malignizo durante el seguimiento, 3 fueron diagnosticados desde el inicio como papilomas invertidos malignizados y seis fueron referidos a nuestro hospital con diagnóstico de malignizacion hecho en otro hospital.

Discusión/conclusiones: Los papilomas invertidos son neoplasias benignas con tendencia a recidiva y potencial malignización. El estrecho seguimiento a largo plazo es necesario para detectar de forma precoz las recidivas y poder practicar cirugías de rescate.

380. PAPEL DE LA ALERGIA EN LA RINOSINUSITIS CRÓNICA CON Y SIN PÓLIPOS

R. Hijano, J. Serra, F. Crego, F.X. Subirana, I. Homs, F. Aguilar y C. Hernández-Sánchez

Fundació Hospital Asil. Granollers. España.

Introducción: El papel de la alergia en la rinosinusitis crónica (RSC) no está claramente definido, existiendo discrepancias entre los diferentes autores. El objetivo de este estudio es evaluar la implicación de la alergia en la etiopatogenia de la RSC, relacionándolo con la severidad de dicha entidad.

Material y métodos: Se evaluaron de forma prospectiva 123 pacientes con RSC (68 con pólipos; 53 sin pólipos), obteniendo gradación de síntomas, tests de alergia (Prick, RAST), IgE total y eosinófilos en suero. Se analizó estadísticamente, usando t-Student para relacionar IgE total y eosinófilos con el resto de variables (escala visual analógica, gradación Lund-Mackay, síntomas), Chi-cuadrado para resto de variables. Se definió como significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: Los grupos fueron muy homogéneos en cuanto a sexo y severidad (EVA), aunque los pacientes con pólipos presentaron menos pruebas alérgicas positivas (22% vs 30%), sin ser significativo ($p = 0,3$). La distribución de la IgE total no mostró diferencias entre grupos, aunque los pacientes con pólipos si presentaron mayor eosinofilia ($p < 0,05$), más marcada en asmáticos. Los síntomas alérgicos (oculares, hidrorrea, estornudos) se asociaron al hecho de presentar tests + en pacientes con y sin pólipos ($p < 0,05$).

Discusión/conclusiones: No parece que la alergia sea más prevalente en pacientes con pólipos que en la población, aunque sí que tiende a serlo en pacientes sin pólipos. La eosinofilia caracteriza más a pacientes con pólipos. Sin embargo aquellos con pruebas de alergia positivas muestran una mayor afectación a expensas de síntomas relacionados con atopia, influyendo en la severidad de la enfermedad.

419. ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE LA ARTERIA ESFENOPALATINA COMO TRATAMIENTO DE LA EPISTAXIS POSTERIOR

K. Kolanczak, J.R. Gras, J.R. Montserrat, H. Massegur, R. Krakowiak, I. Zarraonandia y M. Quer

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción: El 10% de las epistaxis son graves y afectan el territorio vascular posterior de las fosas nasales. En la actualidad no existe pleno consenso en su tratamiento. El objetivo es presentar los resultados del abordaje endoscópico de la arteria esfenopalatina y definir su papel en el protocolo de tratamiento de las epistaxis en nuestro centro.

Material y métodos: Entre enero 2007 y abril 2009 se realizaron 23 ingresos por epistaxis grave. A raíz de la persistencia del sangrado tras maniobras conservadoras (taponamiento anterior, taponamiento anteroposterior con sonda Foley) se realiza la ligadura de la arteria esfenopalatina en 12 casos.

Resultados: Todos los pacientes fueron varones con edad media de 52.8 años (16-86). La maniobra quirúrgica incluye la realización de una meatotomía media, identificación del orificio esfenopalatino y colocación de clips asociado a cauterización bipolar. Tras el procedimiento un paciente con síndrome de Marfan presentó recidiva del sangrado a las 24 h que precisó una arteriografía con embolización selectiva. Los pacientes no presentaron complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: La ligadura de la arteria esfenopalatina en un sangrado posterior es un procedimiento relativamente fácil, rápido y cómodo. Destaca su escasa morbilidad en comparación con otras técnicas y además proporciona al paciente un mayor confort, acorta el tiempo de hospitalización y evita las secuelas de un taponamiento anteroposterior clásico con gasa.

675. EL TRATAMIENTO DE LA POLIPOSIS NASAL GRAVE CON CORTICOIDES ORALES E INTRANASALES PRODUCE MEJORÍA DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES ASMÁTICOS

F.S. Mariño, I. Alobid, J.M. Guilemany, A. Obando, A. Valero, C. Picado y J. Mullol

Hospital Clínic. Barcelona. España.

Introducción: La poliposis nasal (PN) es una enfermedad inflamatoria crónica de la mucosa nasosinusal asociada a comorbilidades como asma e intolerancia a aspirina. El efecto del tratamiento del la PN sobre el asma es controvertido. No existen estudios bien diseñados que estudien los efectos del tratamiento médico de la PN sobre el asma bronquial, tanto en pacientes asmáticos tolerantes (ATA) como intolerantes (AIA) a la aspirina.

Materiales y métodos: Estudiamos pacientes con PN grave ($n = 40$): PN-Simple ($n = 14$), PN-ATA ($n = 13$), PN-AIA ($n = 13$). La edad media fue de $50 \pm 1,3$ años (33% mujeres). Tras un periodo de lavado sin corticoides de 4 semanas, se administró prednisona oral (2 semanas) y budesonida intranasal (12 semanas). La recolección de datos se realizó en las semanas (S) -4, -1, 0, 2 y 12; analizando el flujo espiratorio máximo (FEM, L/min), síntomas nasales (EVA, 0-10) y endoscopia nasal (0-100%).

Resultados: Tras el tratamiento con corticoides orales (S2) e intranasales (S12), respecto a la visita basal (S0), hubo mejoría significativa ($p < 0,05$) del FEM ($S0 = 395,2 \pm 132,4$ L/min; $S2 = 416,4 \pm 133,7$ L/min; $S12 = 401,9 \pm 135,3$ L/min), el sentido del olfato ($S0 = 3,5 \pm 2,8$; $S2 = 5,1 \pm 2,9$; $S12 = 4,4 \pm 2,9$), la obstrucción nasal ($S0 = 6,3 \pm 2,7$; $S2 = 3,4 \pm 1,6$; $S12 = 3,3 \pm 2,2$) y el tamaño de los pólipos ($S0 = 77,3 \pm 15,5\%$; $S2 = 58,8 \pm 22,9\%$; $S12 = 56,6 \pm 23,2\%$), sin diferencias significativas entre los grupos ATA y AIA.

Conclusiones: El tratamiento de la PN grave con corticoides orales e intranasales, además de reducir el tamaño de los pólipos, mejorar la

obstrucción nasal y el sentido del olfato, se traduce en una mejoría significativa de la función pulmonar en los pacientes asmáticos.

107. SEPTORRINOPLASTIAS. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

R. Balaguer García, L. Mompó Romero, M. Carrasco Llatas, M.T. Cuesta González y J. Dalmau Galofré

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

Introducción y objetivos: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de septoplastia y rinoplastia en el Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia que describiera la técnica empleada y evaluara los resultados de la intervención.

Material y métodos: 49 pacientes intervenidos de septorrinoplastia y 6 de rinoplastia fueron examinados funcional y estéticamente después de la cirugía. El análisis de los resultados consta de un estudio descriptivo y uno comparativo de las variables: tipo de deformidad, edad, sexo, cirugía previa y resultados post-quirúrgicos. Para establecer la relación entre las variables se empleo el test exacto de Fisher.

Resultados: Después de realizar la septoplastia, el septum quedó centrado en el 91% (45) de los casos. En nuestro trabajo, no hemos podido encontrar diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de desviación septal y los resultados tras la septoplastia. En el caso de las septorrinoplastias, se obtuvo una pirámide centrada en el 76% (42) de los casos. Tampoco llegamos a la significación estadística entre el tipo de deformidad de la pirámide nasal y su estado final. El género femenino y los casos de septorrinoplastia secundaria predicen peores resultados tras la operación.

Conclusión: La septoplastia y la septorrinoplastia tienen buenos resultados si la indicación es correcta. De todas formas, el tipo de deformidad septopiramidal no parece influir en éstos.

Sala 101 15.00-16.00

Comisión de Otología

Sesión de comunicaciones orales 2

42. COMPLICACIONES DE IMPLANTE COCLEAR: SERIE DE 200 IMPLANTES EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

N. Muñoz-Fernández, A. Morant-Ventura, M.I. Pitarch-Ribas, E. Latorre-Monteagudo, N. Conill-Tobias, M.T. Achiques-Martinez, V. Monrroy-Parada, I. Llópez-Carratalá y J. Marco-Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: El implante colear (IC) está indicado en pacientes con hipoacusia neurosensorial grave-profunda bilateral, con nulo o escaso beneficio con prótesis auditivas convencionales. La técnica quirúrgica se realiza mediante abordaje transmastoideo con posterior cocleostomía inferior y acceso a la escala timpánica coclear. Durante o tras la colocación pueden aparecer complicaciones que debemos tener en cuenta. El electrodo puede actuar como cuerpo extraño y la cocleostomía puede inducir daños en las estructuras del oído interno. Se pueden presentar complicaciones intraoperatorias, tales como fístula de líquido cefalorraquídeo y lesiones del nervio facial y las postoperatorias pueden ser infecciones de herida quirúrgica (complicaciones inmediatas) y fallo técnico del sistema, meningitis y extrusión (complicaciones tardías) entre otras.

Material y método: Presentamos un análisis descriptivo retrospectivo de una serie de 200 implantes cocleares puestos de forma consecutiva en el Hospital Clínico Universitario de Valencia. Se analiza cuales fueron las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias más frecuentes.

Resultados: Nuestra serie de 200 IC se implantaron en pacientes con edades comprendidas entre los 13 meses y 79 años (85 Medel; 12 Cochlear; 103 Advanced Bionics), 110 en menores de 10 años. No hemos tenido complicaciones intraoperatorias, salvo salida de LCR resuelta sin problemas. No hemos tenido infección de herida quirúrgica precoz; sí 1 hematoma y 4 seromas (1 de ellos bilateral). En las complicaciones postoperatorias tardías los resultados son: 1 colesteatoma, 1 infección de la zona del receptor, 1 meningitis, 1 cerebritis, 1 extracción en limpieza de CAE, 1 caída de rendimiento IC tras estornudo y 11 fallos técnicos del IC. Estos últimos se han reimplantado sin problemas y con buenos resultados posteriores.

Conclusión: Gracias a la experiencia adquirida por los cirujanos otológicos, a medida que aumenta el número de implantaciones, el porcentaje de complicaciones es menor. Es, por tanto de esperar que, algunas complicaciones descritas en la actualidad se reduzcan o sean más leves con el paso de los años.

76. COLESTEATOMAS PETROSOS. TÉCNICAS ABIERTAS FRENTE A TÉCNICAS OBLITERATIVAS. MANEJO CLÍNICO

F. López Álvarez, J.R. Gómez Martínez, M.J. Bernardo Corte y C. Suárez Nieto

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: Los colesteatomas petrosos (CP) son lesiones benignas, de lento crecimiento, localizadas en el hueso temporal mediales a la cápsula ótica. Asintomáticos durante mucho tiempo, cuando se diagnostican normalmente afectan al laberinto, el nervio facial, los grandes vasos o la dura. El tratamiento es quirúrgico con atención al manejo del facial, el oído interno y otras estructuras cercanas. La reconstrucción puede realizarse mediante técnicas abiertas o cerradas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 25 pacientes con CP intervenidos quirúrgicamente en nuestro Servicio en los últimos 30 años. El síntoma de presentación más frecuente fue la parálisis facial completa, seguida de la hipoacusia perceptiva. Se realizaron estudios de imagen a todos los pacientes y se siguió la clasificación de Sanna. La media de seguimiento fue de 10,3 años.

Resultados: En todos los casos se realizó una resección macroscópica completa del CP. Cuatro de los pacientes (16%) presentaron una recidiva y debieron ser reintervenidos. En los pacientes con recidiva se había utilizado una técnica abierta, mientras que en el resto se usó una técnica cerrada. Sólo se conservó audición residual en 2 pacientes y en más del 75% de los casos se obtuvo una función facial postoperatoria satisfactoria.

Discusión: Los CP son una patología potencialmente grave. El diagnóstico precoz, las técnicas de imagen y el desarrollo de las técnicas quirúrgicas permiten mejorar los resultados postoperatorios. El uso de técnicas cerradas requiere un seguimiento regular con estudios de imagen, disminuye las complicaciones y no aumenta las recidivas.

290. RESULTADOS DE IMPLANTACIÓN SECUENCIAL BILATERAL EN NIÑOS PRELINGUALES

M. Manrique, A. Huarte, A. Valdivieso, R. Manrique, L. Montes-Jovellar e I. Sanhueza Torres

Departamento de ORL. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: Para desarrollar plenamente el sistema auditivo central, es esencial estimular apropiadamente la vía auditiva as-

cendente. En caso de hipoacusia bilateral profunda, la implantación coclear debe realizarse preferentemente antes de los dos años de edad. El objetivo de esta comunicación es presentar nuestros resultados en relación con el período auditivo crítico para la implantación coclear secuencial, estudiando los beneficios de esa estimulación en niños.

Materiales y métodos: De 109 niños implantados bilateralmente, hemos estudiado a 38 niños implantados secuencialmente con un período de seguimiento de al menos 4 años. Ambos implantes son de marca Cochlear, y se utilizó una estrategia de estimulación similar en ambos oídos. La edad media de la primera implantación fue de 2,31 años, y de 7,55 años para el segundo implante. Pruebas logoaudiométricas en contexto abierto fueron usadas en diferentes condiciones para la evaluación aditiva.

Resultados: El análisis por separado de ambos oídos muestra peor discriminación de palabras disílabas en el segundo oído implantado, a 1, 2, 3 y 4 años de la cirugía. Existe una correlación negativa cuando se comparan niveles de discriminación y la edad de implantación, para ambos oídos. Existe un beneficio binaural con el uso de ambos implantes, que es mayor si la edad de implantación de ambos oídos es menor a 5 años.

Conclusiones: Para niños programados para implante secuencial, se recomienda una edad temprana para el segundo procedimiento. En niños con hipoacusia congénita que han recibido una temprana estimulación mediante un IC, existe una ventana de 5 años para el segundo implante.

331. APLICACIÓN DE OTOTÓXICOS DIRECTAMENTE SOBRE LA VENTANA REDONDA. UN ESTUDIO COMPARATIVO DE OTOTOXICIDAD EN RATAS

F. García Alcántara, T. Rivera, J.A. Sistiaga, S. Murillo-Cuesta, E. Vacas, J. Contreras, R. Cediel, G. Camarero e I. Varela-Nieto

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares. España. Instituto de Investigaciones Biomédicas Alberto Sols. Consejo Superior de Investigaciones Científicas-Universidad Autónoma de Madrid. España.

Objetivos: Establecer la validez y comparar dos métodos de ototoxicidad en ratas, uno mediante la administración sistémica de kanamicina y furosemida, y otro mediante la aplicación local sobre la ventana redonda.

Material y métodos: 5 grupos de 6 ratas Wistar de género masculino: I) kanamicina subcutánea (400 mg/kg) y furosemida intravenosa (100 mg/kg); II) administración sistémica de suero salino; III) esponja de gelfoam embebida en suero salino aplicada sobre la ventana redonda; IV) esponja de Gelfoam con una mezcla de kanamicina (200 mg/ml) y furosemida (50 mg/ml) aplicada sobre la ventana redonda; V) grupo control de cirugía. La bulla timpánica de la rata se expuso mediante abordaje ventral realizando una bullostomía para acceder a la ventana redonda. Se emplearon potenciales evocados auditivos de tronco cerebral determinando los umbrales de audición, latencias pico y latencias interpico. Finalmente se analizaron histológicamente las muestras cocleares. El análisis estadístico se realizó con SPSS (v.12) utilizando el test ANOVA con corrección de Bonferroni. Los datos se presentaron como media ± desviación estándar, considerándose significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: La administración sistémica de kanamicina y furosemida produjo hipoacusia neurosensorial profunda con daño masivo de células ciliadas. Los mismos resultados, aunque menos severos, se obtuvieron tras administración directa de la mezcla sobre la ventana redonda. No existieron alteraciones funcionales ni histológicas en los grupos control cirugía y suero salino.

Conclusión: La colocación sobre la ventana redonda de una esponja de gelfoam con kanamicina y furosemida, representa un método reproducible y eficaz para provocar ototoxicidad en ratas.

288. EFECTO SOBRE LA AUDICIÓN DE LA COCLEOSTOMÍA PROMONTORIAL EN MACACA FASCICULARIS

R. Manrique, A. Valdivieso, A. Huarte, M.A. Gallego, C. Gimeno-Vilar, L. Montes-Jovellar y M. Manrique

Departamento de ORL. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: En los últimos años el concepto de atraumaticidad se ha incorporado en la técnica quirúrgica para la colocación de implantes cocleares. Varios son los elementos a considerar para poder conservar la audición residual y evitar complicaciones intracocleares durante la cirugía. La realización de la cocleostomía es uno de ellos. Tradicionalmente dos han sido las vías para abordar los espacios cocleares: la ventana redonda y la cocleostomía promontorial. Para analizar los efectos producidos por el fresado del promontorio y la exposición del laberinto membranoso se ha llevado a cabo este estudio.

Material y métodos: Se estudia una población de 5 macacas fascicularis, machos entre 3.050-3.823 g de peso. Bajo anestesia general en uno de sus oídos se llevó a cabo un abordaje retroauricular, timpanotomía posterior y a través del receso facial un fresado de la región promontorial por delante de la ventana redonda, hasta exponer el ligamento espiral con fresa diamantada de 0,7 mm de diámetro. Para estudiar cambios en los niveles de audición, se realizaron otoemisiones acústicas transitorias y PEATC pre- y postoperatoriamente, manteniendo un periodo de supervivencia y seguimiento de al menos 6 meses.

Resultados: En todos los animales estudiados, a excepción de uno, se mantuvieron unos niveles de audición dentro de la normalidad. Este caso, estuvo relacionada con una lesión del CSH.

Conclusiones: La realización de una cocleostomía promontorial que exponga el laberinto membranoso sin invadirlo, no genera cambios en los niveles de audición. Por lo tanto es compatible con los principios de la cirugía atraumática para la colocación de un IC.

436. PARAGANGLIOMAS YUGULOTIMPÁNICOS. REVISIÓN DE CASOS

C. Alonso, C. Fernández, D. Poletti, X. Araujo, A. Lowy, C. Martín, M. Aristegui y B. Scola

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: La dicotomía entre una evolución natural por lo general prolongada y la morbilidad, tanto del propio tumor como de su tratamiento quirúrgico, hace que el manejo del paraganglioma yugulotimpánico sea un auténtico reto.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo partiendo de los 81 casos de paragangliomas yugulotimpánicos no multicéntricos tratados en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón desde 1977 hasta 2009. Se analizaron las diferentes actitudes terapéuticas, complicaciones y secuelas de acuerdo a la edad, sintomatología, localización y tamaño.

Resultados: La edad media de presentación fue de 42 años. El 84% eran mujeres. El síntoma más frecuente en los paragangliomas timpánicos fue el acúfeno pulsátil (96%) seguido de hipoacusia (52%), otorrea (12%) y asintomáticos un 4%. En los yugulares predomina la otorragia (23%), parálisis facial (21%) y disfonía (12%). En un 20% de casos se adoptó una conducta expectante, un 7% fue tratado con radioterapia y fueron tratados quirúrgicamente el 73%, realizándose abordaje transcanal endoaural en estadios A (11%), transmastoideo retroaricular o petrosectomía subtotal en estadios

B (20%) y distintas formas de abordajes infratemporales en los estadios C (69%). El grado de funcionalidad del nervio facial a los 6 meses fue grado I-II en un 100% de los estadios A y B y un 72,4% en los estadios C y del X par en los a. infratemporales del 77%.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico es la técnica de elección en los paragangliomas yugulotimpánicos salvo en pacientes asintomáticos o de edad avanzada.

Sala 102 15.00-16.00

Comisión de Otoneurología
Sesión de comunicaciones orales 3

316. MODELO DE PREDICCIÓN DE FUNCIÓN FACIAL TRAS LA CIRUGÍA DEL SCHWANNOMA VESTIBULAR

L. del Río, L. Lassaletta, J.A. Rey, M. Patrón, M.R. Madero y J. Gavilán

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: La parálisis facial tras la cirugía del schwannoma vestibular (SV) es una de las complicaciones más temidas de esta cirugía. En un estudio previo, hallamos que la expresión positiva de ciclina D1 podría ser un factor predictivo de buena función facial postoperatoria. Ampliamos el estudio para elaborar un modelo predictivo de función facial incluyendo a la ciclina D1.

Material y métodos: Se estudiaron la función facial postoperatoria, la conducción facial al final de la cirugía, el volumen tumoral y la expresión de ciclina D1 en 64 pacientes intervenidos de SV en nuestro Servicio.

Resultados: En la regresión logística multivariante, en la probabilidad de buen resultado facial influyen la conducción facial = 0,05 ($p = 0,0038$), el volumen tumoral ($p = 0,0410$) y la expresión de ciclina D1 positiva ($p = 0,066$). La odds ratio (OR) para cada uno es 14,157, 0,899 y 0,246, respectivamente. Se obtiene un modelo en el que la probabilidad de buen resultado facial es $1/1+e^{(-z)}$, siendo $z = 0,0514-0,107 \times$ volumen tumoral$-1,404 \times$ ciclina D1 negativa $+ 2,65 \times$ conducción facial = 0,05. Este modelo proporciona un área bajo la curva de 823, y está validado mediante validación cruzada por el método leave-one-out cross validation.

Discusión/conclusiones: De acuerdo con la literatura, el volumen tumoral y la conducción al final de la cirugía son factores predictivos del resultado facial. La ciclina D1 aumenta el área bajo la curva al incorporarla al modelo. A igualdad de conducción facial y de volumen tumoral, la expresión de ciclina D1 puede predecir el resultado facial.

422. ANASTOMOSIS HIPOGLOSO-FACIALES. TÉRMINO LATERAL EN LA PARÁLISIS FACIAL RESIDUAL COMPLETA

C. Martín Oviedo, A. Lowy, X. Araujo, C. Fernández, D. Poletti, C. Alonso y B. Scola

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: La anastomosis hipogloso-facial l es una de las técnicas más acogidas para la reanimación del nervio facial, cuando éste se encuentra lesionado de forma completa y no es posible su reparación mediante sutura o injerto, especialmente en la cirugía de ángulo pontocerebeloso.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con anastomosis hipogloso-facial termino lateral en el Hospital Gregorio Marañón (hasta 2007), analizando mediante el programa estadístico SPSS 15.0, las siguientes variables: edad, sexo, patología, tratamiento casual de la parálisis, técnica utilizada, tiempo hasta la reparación, cirugías asociadas, resultados funcionales, tiempo medio hasta conseguirlos y complicaciones.

Resultados: Nuestra serie de 25 pacientes presenta una razón mujer/hombre, 3/1 con un rango de edad de 31-73 años. La etiología más frecuente es el neurinoma del acústico 88%, el neurinoma del facial 4%, patología parotídea 4%, fractura de base de cráneo 4%. Un 60% de las anastomosis se realizó mediante técnica de May y en un 40% con translocación del facial intratemporal. El tiempo hasta la reparación fue de 1-18 meses. El 52% consiguió un grado III de parálisis facial, el 24% grado IV, un 20% mayor de IV y un 4% sin función facial. El tiempo medio hasta el resultado final fue 11 meses. No hubo casos de atrofia lingual.

Conclusiones: En general, con la anastomosis hipogloso-facial se consiguen unos resultados aceptables, fundamentalmente en cuanto a simetría facial en reposo y a la adquisición de tono muscular, lo que hace que sea bien aceptada por la mayoría de los pacientes.

136. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LAS MANIOBRAS DE EXPLORACIÓN VESTIBULAR

E. López de Huelva, M. Haro García, D. Rodríguez Contreras, M.P. Gómez Tapiador y M. Oliva Domínguez

Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz. España.

Introducción: Valoramos la rentabilidad diagnóstica de las diversas maniobras y pruebas diagnósticas de nuestro protocolo de estudio vestibular mediante un estudio descriptivo.

Material y métodos: Presentamos una serie de 617 pacientes a los que se realiza las maniobras diagnósticas vestibulares protocolizadas en nuestro servicio y anotamos la positividad y negatividad de las mismas. Nos centramos especialmente en la detección clínica (con gafas de Frenzel y oftalmoscopio) e instrumental del nistagmo espontáneo con y sin fijación visual, maniobras de Dix-Hallpike y de agitación cefálica, exploración oculomotora en general y exploración espinal.

Resultados: Son explorados un total de 63% de mujeres y 37% de hombres, con edades comprendidas entre 6 y 86 años con una media de 48 años. Todas las pruebas espinales normales aparecieron en el 26,4% de los casos; toda la exploración oculomotora normal, en el 59% de los pacientes. La posturografía es positiva en un 48% de los casos, mientras que las diversas pruebas clínicas oscilan entre un 8,6 y un 46,7%. Las diversas pruebas registradas mediante VNG son positivas entre un 11 y un 72% de los casos. Por diagnósticos, encontramos un 16% como desconocidos, ansiedad (14%), Menière (14%) y canalitiasis (11,7%). Todos los demás diagnósticos tenían una frecuencia inferior o igual a 10%.

Discusión/conclusión: La exploración instrumental detecta más alteraciones que la exploración clínica, pero esto no tiene correlación en el diagnóstico final. Existen muchos casos que presentan alteraciones poco significativas.

19. IDENTIFICACIÓN DE SIMULADORES MEDIANTE ANÁLISIS ESPECTROGRÁFICO DEL COCIENTE S2EC/W3MEC CON EL SISTEMA SWAYSTAR (1). IDENTIFICACIÓN DE LAS FRECUENCIAS SIGNIFICATIVAS

M. Haro García, M. Oliva Domínguez y M.P. Gómez Tapiador

Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real. Cádiz. España.

Introducción: A partir del cociente s2ec/w3mec aplicado a todas las frecuencias del análisis espectral del posturograma SwayStar, identificaremos cuales son las frecuencias más significativas para identificar a pacientes simuladores

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 in-

formado 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 caminando 3 metros con los ojos cerrados sobre el suelo (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). Construimos los intervalos de normalidad al 95% para cada grupo y a continuación las tablas de contingencia con la prueba de chi cuadrado, valores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo y áreas bajo la curva ROC.

Resultados: Las frecuencias que tienen una mayor área ROC son: en roll, la frecuencia 6,1 (área de 0,9 y 0,8); en pitch, las frecuencias 1,4 y 7,2 (área de 0,9) y frecuencias 10,7 y 11,9 (área de 0,7). Todas ellas con chi cuadrado significativo.

Discusión/conclusión: Las frecuencias indicadas son útiles para identificar simuladores en una población experimental.

31. IDENTIFICACIÓN DE SIMULADORES MEDIANTE ANÁLISIS ESPECTROGRÁFICO DEL COCIENTE S2EC/W3MEC CON EL SISTEMA SWAYSTAR (2). EXTRAPOLACIÓN DE LOS VALORES DE REFERENCIA A TODAS LAS EDADES

M. Oliva Domínguez, M.P. Gómez Tapiador, M. Haro García, J. Bartual Magro y J. Bartual Pastor

Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz. España.

Introducción: Una vez calculados los valores de referencia para s2ec/w3mec en una población joven experimental, extrapolaremos esos valores para poder usarlos en todos las edades

Material y métodos: Hemos utilizado los valores calculados en una población de 18 individuos sanos, entre 23 y 37 años (media de 27,61), 10 mujeres y 8 hombres. Se les hizo las pruebas s2ec y w3mec primero simulando y luego de buena fe. Construiremos primero un rango de normalidad teórico. El programa SwaStar utiliza, al calcular el Balance Control Index, el 95% del rango de velocidad en pitch para esas pruebas, como límites de normalidad inferior y posterior. Le aplicamos técnicas de regresión estadística, la prueba R2 para averiguar qué modelo lo representaría mejor y su correspondiente fórmula. Seguidamente, calcularemos el error medio cometido entre nuestra población experimental y la calculada teóricamente, resultando así una nueva función, que aplicaremos a las frecuencias del espectrograma SwayStar calculadas en otra parte del estudio

Resultados: El modelo que mejor representa los datos teóricos es el modelo cúbico al tener una R2 mayor (0,778 para el límite superior y 0,331 para el inferior). Las fórmulas para calcularlo, una vez corregidos los errores medios: frecuencia 6,1 en roll: Ycorrg = 0,0903365 - 0,003 t + (5,34 × 10-5) t2 - (1,99 × 10-7) t3. Frecuencia 1,4 en pitch: Ycorrg = 0,1191355 - 0,003 t + (5,34 × 10-5) t2 - (1,99 × 10-7) t3, etc.

Discusión/conclusión: Las fórmulas calculadas permiten extrapolar los valores de normalidad de nuestra población experimental a todas las edades.

325. EL TINNITUS EN LA ENFERMEDAD DE MENIÈRE (EM). ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL DE PACIENTES EN DISTINTA FASE DE LA ENFERMEDAD

I. Romero Sánchez, M. Lesmas Navarro, V. Rodríguez Rivera, H. Pérez Garrigues y C. Morera Pérez

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Introducción: La EM se caracteriza por vértigo, hipoacusia y tinnitus. Existen diversos estudios sobre la evolución del vértigo y la audición en la EM pero son escasos los referidos al comportamiento del tinnitus.

Material y métodos: Hemos realizado, en un Hospital terciario, un estudio descriptivo transversal sobre el comportamiento del tinnitus en 88 pacientes con EM que se encontraban en distinta fase de la enfermedad. Analizamos las características del mismo: la intensidad con una escala analógico-visual, la frecuencia con referencias tonales, la repercusión sobre su calidad de vida con el test Tinnitus Handicap Inventory. Se valoran también factores epidemiológicos, antecedentes personales, umbral de audición, y evolución de las crisis vertiginosas en los últimos 12 meses.

Resultados: El promedio de años de evolución de la enfermedad fue 15,4 años. Se evidenció un tinnitus de intensidad moderada (5/10), con una leve repercusión en la calidad de vida y de frecuencia predominantemente grave (46%). Se observó un empeoramiento en la calidad de vida en relación a la afectación auditiva y/o estadio de la enfermedad. Factores de mal pronóstico fueron la tonalidad aguda, antecedentes de depresión y la edad avanzada. No encontramos relación con los años de evolución de la enfermedad, ni con las crisis de vértigo.

Conclusión: En muestras grandes, y con largo tiempo de evolución, el tinnitus no es considerado por los pacientes como un problema que repercuta de forma importante en su calidad de vida.

Sala 105 15.00-16.00

Comisión de ORL Pediátrica

Sesión de comunicaciones orales 4

647. ATRESIA DE COANAS. EXPERIENCIA CLÍNICA EN LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS

A.B. Vadillo Díez, C. Gutiérrez Castillo, B. Sanz Romero, M. Sancho Mestre y J.R. Gras Albert

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Introducción: La atresia de coana (AC) es la anomalía nasal congénita que se caracteriza por la falta en el desarrollo de la comunicación entre la cavidad nasal y nasofaringe. Su clínica puede ser precoz, con crisis cianóticas al nacimiento en la forma bilateral, o tardía, en formas unilaterales, caracterizada por aparición de rinorrea y obstrucción nasal. Entre las distintas técnicas quirúrgicas propuestas en la literatura, la técnica endoscópica transnasal es la más aceptada. El objetivo de esta revisión es presentar nuestra experiencia y resultados en el tratamiento quirúrgico de la AC en la última década, analizando las diferentes técnicas quirúrgicas realizadas, así como el uso de stent y de mitomicina tópica como adyuvantes.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a partir de 17 pacientes intervenidos en nuestro servicio ORL del Hospital General Universitario de Alicante entre enero 1997 y mayo 2009. Se describen las distintas técnicas quirúrgicas y se comentan los resultados.

Resultados: Se intervino a un total de 17 pacientes con una edad media al diagnóstico ORL de 4 días en formas unilaterales y 14 años en las bilaterales, siendo el 18% varones frente al 82% mujeres. El abordaje quirúrgico más empleado fue el transnasal vía endoscópica mediante láser de CO_2, microdesbridador y fresado óseo. Finalmente se obtuvo un porcentaje total de reestenosis del 29%, siendo ésta más frecuente en la forma bilateral.

Conclusiones: El abordaje transnasal endoscópico para la permeabilización de AC tanto unilateral como bilateral es la técnica de elección en la actualidad, debido a su menor tasa de complicaciones, y menor porcentaje de re-estenosis. En los últimos años, se

emplea la mitomicina aplicada tópicamente con buenos resultados y la tendencia actual es disminuir o eliminar el tiempo de stents.

691. RESULTADOS DE 10 AÑOS DE MIRINGOPLASTIAS PEDIÁTRICAS

A. Sánchez Barrueco, G. Zayas Pavón, C. Almodóvar Álvarez y M.A. Villafruela Sanz

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: La miringoplastia o injerto de tímpano es una de las intervenciones más frecuentes en otología pediátrica. A pesar de estar descrita desde 1640, persisten todavía controversias en los criterios de indicación quirúrgica, la edad idónea, la técnica y el injerto más apropiado. En los últimos años cada vez se publican más series con buenos resultados al realizar este procedimiento en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Material y métodos: Evaluar los resultados mediante una revisión retrospectiva de una cohorte de 130 miringoplastias pediátricas realizadas en el periodo de 1998-2008, en la Sección ORL Infantil del Hospital Universitario 12 de Octubre, de las cuales alrededor del 50% fueron realizadas en régimen CMA. Todas fueron intervenidas por un solo cirujano. Se estudiaron diversos parámetros que pueden influir en el resultado de la intervención como son la edad, los antecedentes ORL, la patología causal de la perforación, el tamaño y situación de la misma; y la técnica quirúrgica empleada. El resultado de la intervención se valoró en función de la imagen otoscópica y la ganancia audiométrica.

Resultados: No fue registrada ninguna complicación mayor. No existió ningún reingreso en los pacientes intervenidos en régimen CMA. El porcentaje de cierre de la perforación fue superior al 70%, sin diferencias significativas entre el ingreso hospitalario y CMA.

Conclusiones: En pacientes pediátricos, salvo patologías asociadas, la miringoplastia puede realizarse en régimen de cirugía mayor ambulatoria de manera segura, con un porcentaje de cierre similar al obtenido mediante ingreso hospitalario.

229. MASTOIDITIS AGUDA INFANTIL. ESTUDIO RETROSPECTIVO

A.I. Navazo. A. Clemente García y D. Conejo Moreno

Hospital General Yagüe. Complejo Hospitalario de Burgos. Burgos. España.

Introducción: La mastoiditis aguda es la complicación más frecuente de la otitis media aguda. Muchos estudios han mostrado un incremento en su incidencia en los últimos años.

Objetivo: Revisar los casos de ingresos por mastoiditis aguda, en nuestro Hospital, en menores de 15 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 62 pacientes menores de 15 años ingresados por mastoiditis aguda entre 1995 y 2009. Se analizaron diversas variables epidemiológicas, analíticas y clínicas.

Resultados: De las 62 mastoiditis, 53% fueron varones y 47% mujeres. La edad media fue de 28 meses. El 87% de los casos se presentaron después del año 2000. La mayoría en los meses de otoño e invierno, presentando como antecedente catarro de vías altas. El 61% presentaba diagnóstico clínico previo de otitis media aguda y el 53% recibieron tratamiento antibiótico previo. Todos los casos estudiados mostraban signos inflamatorios retroauriculares. El microorganismo prevalente fue el neumococo en 39% de los cultivos, aunque lo más frecuente fue un cultivo estéril (41%). El 32% de los neumococos presentaron resistencia a cefalosporinas de tercera generación. La mayoría (62,5%) de los pacientes fueron tratados con antibióticos y miringotomía, realizándose mastoidectomía en 4 casos. 5 pacientes presentaron complicaciones.

Conclusiones: La mastoiditis aguda muestra una incidencia en aumento en los últimos años. El germen más frecuentemente aislado es el neumococo, destacando las altas tasas de resistencias antibióticas en nuestro estudio. Los tratamientos con antibióticos solos o asociados con miringotomía son efectivos en las formas menos severas.

678. MALFORMACIONES DEL OÍDO INTERNO

I. Llópez Carratalá, A. Morant Ventura, M.V. Monrroy Parada, N. Conill Tobías, N. Muñoz Fernández, M.T. Achiques Martínez, E. Latorre Monteagudo, M.I. Pitarch Riba y J. Marco Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: Las malformaciones congénitas del oído interno según las pruebas de imagen, los podemos dividir en malformaciones óseas y membranosas (las más frecuentes), y representan un 20% de los pacientes con hipoacusia neurosensorial congénita.

Material y métodos: Presentamos una revisión de los casos de malformaciones en el oído interno de los últimos 10 años en nuestro hospital. A todos los pacientes se les realiza una anamnesis dirigida, exploración ORL completa, pruebas de imagen y tratamiento individualizado. Se analizan los resultados obtenidos, así como la presencia de malformaciones asociadas, junto con la frecuencia de las complicaciones derivadas de las mismas.

Resultados: Se obtiene una muestra de 9 casos, sin diferencia significativa entre sexos (5-4), con mayor incidencia en menores de 1 año (63%), con asociación a otras malformaciones no estadísticamente significativa, con factores de riesgo en un 77% de los casos y con HNS profunda bilateral en un 77%, siendo en la mayoría de ellos el implante coclear el tratamiento más frecuente (44%).

Conclusión: Existen numerosas malformaciones congénitas en el oído. La TC es la técnica de imagen más utilizada para el diagnóstico, ya que permite una buena visualización de las estructuras óseas y las partes blandas se complementan con la RMN. En la mayoría de los casos el tratamiento de este tipo de malformaciones es protésico o mediante implante coclear.

482. HEMORRAGIA POSTAMIGDALECTOMÍA. POSIBLES CAUSAS

M. Jiménez García, L. Pérez López, C.A. Pérez Fernández, P. Seguí Moya, F. Cerván Rubiales, M.R. García Rodríguez, J.D. Contreras Sánchez y T. García Fernández de Sevilla

Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Introducción: La amigdalectomía es un procedimiento quirúrgico muy frecuente, tanto en la infancia como en el adulto, cuya complicación más grave es la hemorragia postamigdalectomía. El objetivo de este estudio es identificar su prevalencia en nuestro centro y analizar los posibles factores que contribuyen a ello.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los 764 pacientes amigdalectomizados en el periodo entre 2003 y 2008 en nuestro Servicio. La técnica quirúrgica empleada fue la disección roma. Las variables a estudio incluyen: edad, sexo, indicación quirúrgica, alteraciones de coagulación, índice ASA, infección local, tipo de hemostasia realizada (si precisa, cauterización o ligadura y en este caso tipo de ligadura), hemorragia inmediata o tardía (cuantificándose los días transcurridos desde la intervención), tratamiento con medidas conservadoras o revisión quirúrgica, transfusión.

Resultados: Se identificaron 23 casos de hemorragia postamigdalectomía que requirieron ingreso (3% del total de pacientes), con una edad media de 16,6 años. Se contabilizaron 10 hemorragias inmediatas (43%) y 13 hemorragias tardías (57%). Precisaron revi-

sión quirúrgica 11 pacientes (1,4% del total) con ligadura del punto sangrante del lecho amigdalar con o sin cauterización en 9 casos y en 2 pacientes ligadura de la carótida externa por hemorragia incontrolable tardía tras varias reintervenciones con ligadura del lecho amigdalar e infección a dicho nivel.

Conclusión: La hemorragia postamigdalectomía tardía presenta un incremento en la incidencia en los últimos años con respecto a la inmediata, cuya causa (relación con infecciones locales previas y tras la cirugía, edad adulta, mayor duración de las suturas reabsorbibles, etc.) precisa de más estudios.

308. TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS SUBPERIÓSTICOS EN NIÑOS CON IMPLANTE COCLEAR

V. Rodríguez Rivera, L. Cavallé Garrido, I. Romero Sánchez y C. Morera Pérez

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Introducción: Una de las complicaciones más frecuentes de la otitis media aguda en niños es la mastoiditis, que puede extenderse provocando un absceso subperióstico (AS) y complicaciones intracraneales. En los pacientes implantados, la mastoiditis tiene unas consideraciones especiales desde el punto de vista clínico y del tratamiento. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar los casos de mastoiditis con AS en nuestro programa de implantes cocleares (IC).

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en 248 niños con implante coclear en el Hospital Universitario La Fe de Valencia, durante el período comprendido entre 1991 y 2008. 3 pacientes (incidencia de 1,21%), presentaron mastoiditis aguda con AS. La edad media de implantación fue de 29 meses, y la complicación se presentó entre 1 y 9 meses postimplante (media 9 meses). Todos los pacientes presentaron antecedente de otitis media secretora previo al implante. Se realizó tratamiento con anbioticoterapia, drenaje del absceso (quirúrgico/punción aspiración) y drenaje transtimpánico (DTT).

Resultados y discusión: En nuestra experiencia, el AS es una complicación más frecuente en niños implantados que en los no implantados. En estos casos la mastoiditis tiene una más rápida evolución a la formación de AS que podría explicarse por las vías preformadas por la técnica quirúrgica empleada para el IC, lo que facilitaría la progresión de la enfermedad. Consideramos que el tratamiento de los AS en estos casos, debe ser más conservador y precoz que el de los niños no implantados, ya que el tratamiento quirúrgico en pacientes implantados podría favorecer la infección del IC por Stafilococcus o Pseudomona.

Sala 106 15.00-16.00

Comisión de Voz
Sesión de comunicaciones orales 5

774. FONOCIRUGÍA Y DISFONÍA INFANTIL. NUESTRA CASUÍSTICA. REFLEXIÓN SOBRE LA INDICACIÓN

F. Ferran Vilà y C. Casanova Barberà

Consultorio de Foniatría, ORL y Logopedia. Hospital General de Cataluña. Sant Cugat del Vallès. Barcelona. España.

Introducción: El diagnóstico foniátrico y el tratamiento fonoquirúrgico en pacientes pediátricos está sujeto a especiales condicionantes dados por la edad y requerimientos de los pacientes. Hemos analizado nuestra experiencia para hacer una reflexión sobre los criterios de indicación quirúrgica en este tipo de pacientes.

Material y método: Se analiza una serie de 1.933 pacientes diagnosticados de patología vocal en nuestro centro entre los años 2000 y 2009. De ellos 189 son niños de menos de 14 años. Se han intervenido 356 pacientes 40 de los cuales son menores. 23 pacientes tenían lesiones congénitas, 16 lesiones funcionales y un caso lo era de sinequia anterior cicatricial.

Resultado: Se observa un porcentaje inferior de pacientes intervenidos en edad pediátrica (11,23%) en relación a los intervenidos en edad adulta (18,41%), un predominio de pacientes con quiste congénito epidérmico o sus evoluciones a quiste abierto o sulcus entre los operados (23 casos de lesión congénita, 16 de funcional, 1 sinequia), una distribución por género del 50% (20 niños y 20 niñas) a diferencia del claro predominio de pacientes femeninos en edad adulta. Hay casi una ausencia de pacientes adolescentes y con predominio femenino entre ellos (1 chico y 6 chicas de 14 a 18 años en toda la serie). Ningún paciente tenía menos de 9 años y 72,5% seguían estudios musicales en conservatorios o escuelas de música. Como era previsible no hay casos de edema de Reinke ni de vergetures y no hemos recibido pacientes con papilomatosis en edad pediátrica.

Discusión: En disfonía infantil la indicación quirúrgica debe ser aún más restrictiva que en pacientes adultos. Se precederá de un meticuloso diagnóstico foniátrico y un proceso reeducador. Cuando éste se revele insuficiente y cuando el paciente tenga una alta demanda vocal o una lesión muy invalidante, cronicidad, repercusión psicológica, intereses musicales, cierto grado de madurez corporal y personal y una familia implicada se planteará la fonocirugía enmarcada en un proceso terapéutico global foniátrico, reeducador y fonoquirúrgico. En general se planteará la cirugía en periodo de vacaciones escolares para facilitar el reposo vocal, y si no se dan buena parte de los condicionantes o ante la duda, el mejor consejo será esperar.

775. PAPILOMATOSIS LARÍNGEA DEL ADULTO. TRATAMIENTO FONOQUIRÚRGICO COMBINADO CON APLICACIÓN INTRALESIONAL DE CIDOFOVIR. NUESTRA EXPERIENCIA. POSOLOGÍA

F. Ferran Vilà y C. Casanova Barberà

Consultorio de Foniatría, ORL y Logopedia. Hospital General de Cataluña. Sant Cugat del Vallès. Barcelona. España.

Introducción: La papilomatosis laríngea recurrente en el adulto es de difícil solución. Se ha propugnado el tratamiento combinado de exéresis de lesiones e inyección intralesional de cidofovir en diversos trabajos con series cortas de pacientes. Presentamos nuestra casuística y conclusiones sobre concentración del fármaco y frecuencia de aplicación y fin del tratamiento.

Material y método: Se presenta la evolución de 6 pacientes tratados mediante cirugía instrumental e inyección de cidofovir intralesional, siendo la primera intervención de enero de 2006. Cinco de los pacientes son de origen lejanos y se controlan en su ciudad. 4 de ellos ya habían sido operados y sólo uno de ellos empezó el tratamiento en nuestro centro así como el único residente en nuestra ciudad. La primera dosis del primer paciente fue de 5 mg/ml, las sucesivas en éste y el resto fueron de 7,5 mg/ml excepto en el sexto en que pasamos a 6,25 mg/ml. El promedio de inyecciones ha sido de 4,25 y el intervalo entre ellas ha sido de un mes continuando hasta la desaparición de lesiones.

Resultado: 4 de los pacientes están en remisión pero dos de ellos han presentado dificultades vocales por secuelas de cirugía previa. En un caso fue con laser CO_2 y le hemos practicado inyección de micropartículas de silicona para mejorar el cierre glótico; en el otro se habían practicado 4 intervenciones convencionales y la cirugía funcional queda pendiente de su decisión. Un paciente sometido a una sola inyección tiene una pequeña recidiva con escasa

repercusión vocal y se mantiene actitud expectante por su edad (81 años) y antecedentes de salud con riesgo anestésico. El sexto paciente está en proceso de tratamiento con evolución favorable.

Discusión: El tratamiento combinado de exéresis instrumental e inyección de cidofovir parece revelarse eficaz para el tratamiento de la papilomatosis laríngea recurrente del adulto. Al ser un producto costoso optamos por inyecciones mensuales a 7,25 mg/ml al poder conservar sólo un mes el producto, obteniendo dos dosis por vial. Un trabajo reciente concluye en la estabilidad del cidofovir a 6,25 mg/ml hasta 5 meses lo cual permite el uso de un solo vial por paciente para un total de hasta 5 dosis con un ritmo mensual, siendo esta nuestra opción en el momento actual y finalizando el tratamiento después de efectuar un procedimiento sin observación de papilomas.

299. PREVALENCIA Y RIESGO RELATIVO DE DISFONÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES-REUMATOLÓGICAS

L. Sanz, A. Lara, E. Cuende, I. Arribas y T. Rivera

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. España.

Introducción: Los pacientes con enfermedades autoinmunes pueden presentar disfonía y alteraciones en la voz, sin embargo no son frecuentes las manifestaciones laríngeas de estas patologías. Están descritas entidades especificas como la artritis de la articulación cricoaritenoidea y lesiones en las cuerdas vocales, como los nódulos reumatoides y nódulos de bambú.

Objetivo: Analizar el riesgo relativo (RR) y la prevalencia de disfonía en pacientes con determinadas enfermedades autoinmunes frecuentes en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio observacional de cohorte transversal. Se selecciona una muestra de 42 pacientes, con edades comprendidas entre los 22 y 72 años. Se dividen en dos grupos: 20 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide, lupus sistémico y síndrome de Sjögren (casos); y 22 pacientes sin enfermedades autoinmunes ni laringológicas como grupo control. En cada uno de los pacientes se realiza una valoración subjetiva de la repercusión de la voz en su calidad de vida, mediante el análisis de dos cuestionarios: Voice Handicap Index (VHI) y Three Items Outcome Scale (TIOS).

Resultados: Los pacientes reumatológicos presentan una prevalencia de disfonía del 21-23% según el cuestionario de calidad de vida utilizado (VHI y TIOS, respectivamente) frente al 5-8% del grupo control. Y, además, presentan un RR de 3,03 de padecer disfonía, comparado con los controles sanos, con una diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0,05\%$.

Conclusión: Los pacientes que sufren enfermedades reumatológicas, tales como artritis reumatoide, lupus sistémico y síndrome de Sjögren; tienen mayor prevalencia y presentan un mayor de riesgo de padecer disfonía que la población sana.

411. PARÁMETROS DEL VIBRATO EN VOZ CANTADA

I. García López, J. Peñarrocha Terés y J. Gavilán Bouzas

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: El vibrato en la voz cantada lo definió Seashore como una oscilación en la frecuencia fundamental que da a la voz flexibilidad y riqueza en el timbre. Desde entonces se considera que el vibrato, para que cumpla estos requisitos debe tener una frecuencia de entre 5 y 7 ciclos por segundo y una amplitud menor de un semitono. Sin embargo, existen pocos trabajos que hayan comprobado lo que ocurre en realidad en la voz cantada a este respecto.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo con 30 sujetos, todos ellos cantantes líricos profesionales que no presentaban patología vocal en el momento de la exploración. Se realizaron grabaciones de la voz cantada en los tres registros de la voz: grave, medio y agudo. Se recogieron los parámetros de amplitud y frecuencia del vibrato realizando comparaciones entre los diferentes registros.

Resultados: La amplitud del vibrato tiende a ser mayor en el registro grave de la voz. La frecuencia es mayor en el registro agudo. La existencia de un vibrato más amplio tiende a correlacionarse con una frecuencia mayor.

Discusión/conclusión: Las características del vibrato en la voz cantada, definidas por la amplitud y la frecuencia del mismo, tienden a ser similares dependiendo del registro vocal. La definición del vibrato como una cualidad especifica de cada voz que no se modifica con la tesitura debe ser puesta en entredicho.

635. ALTERACIONES EN LA FONACIÓN EN FUNCIÓN DE LA CIRUGÍA TIROIDEA REALIZADA

J.M. Verdaguer[a], J.I. de Diego[b], M.P. Prim[b], A.J. del Palacio[b], R. Bernáldez[b] y J. Gavilán[b]

[a]*Hospital El Escorial. San Lorenzo de El Escorial. España.*
[b]*Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

Introducción: La cirugía de la glándula tiroides es una intervención de rutina en la mayor parte de los centros hospitalarios. La aparición de complicaciones generalmente se ha asociado a la cantidad de tejido tiroideo extirpado. Pretendemos en nuestro trabajo si la cantidad de tejido extirpado durante la cirugía se encuentra relacionada con un peor resultado en la voz del paciente.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo caso control en 132 pacientes intervenidos en nuestro centro (94 casos) de cirugía tiroidea. 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 pacientes intervenidos de hemitiroidectomía como en el de intervenidos de tiroidectomía total alteraciones en las medidas del análisis acústico vocal en todas las variables a las 3 horas de la intervención (p 0,05).

Discusión/conclusiones: Los cambios aparecidos en la fonación tras la cirugía tiroidea cuando el nervio laríngeo se encuentra preservado son similares independientemente de la cirugía realizada.

617. ALTERACIONES VIDEOFLUOROSCÓPICAS EN PACIENTES CON DISFAGIA

H. Moreno, R. Gutiérrez, J.M. Villacampa, J. Sanabria, M. Benavides, L. García, A. Encinas, F.J. Guerra, L. Garrido, G. Vasallo y C. Cenjor

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción: La videofluoroscopia de deglución (VFS) se considera la tecnica patrón de oro para estudiar los mecanismos orofaríngeos de la deglución. Es una exploración radiológica dinámica que mediante el registro digitalizado y análisis computadorizado permite identificar las principales alteraciones de la deglución en forma de signos videofluoroscópicos que se analizan mediante valoraciones cualitativas y cuantitativas espaciales y temporales de la fisiología y fisiopatología motora deglutoria.

Material y métodos: Se realizan en nuestro servicio estudios videofluoroscópicos a pacientes otorrinolaringológicos y neurológicos (Parkinson, ACVA, esclerosis lateral amiotrófica, TCE, esclerosis múltiple, Alzheimer) que presentan una alteración de la deglución orofaríngea (disfagia neurogénica). Los resultados de estos estudios implican un diagnóstico y un planteamiento terapéutico que permiten bien mejorar la deglución bien plantear tratamientos que eviten complicaciones severas de seguridad.

Resultados: Se exponen los principales parámetros de eficacia y seguridad en estos pacientes y su correlación clínica para permitir sospechar, incluso en caso de no tener la opción a la realización de este estudio, sospechar, diagnosticar y orientar el problema deglutorio de los pacientes.

Discusión: Aunque la exploración que se realiza en los servicios de ORL es la endoscópica, pensamos que la VFS asociada a la videoendoscopia es el mejor método para la evaluación de la deglución.

Domingo, 15 de noviembre

Sala 103 + 104 15.00-16.00

Comisión de Cabeza y cuello
Sesión de comunicaciones orales 6

67. EVALUACIÓN DEL TC EN PACIENTES CON CARCINOMA ESCAMOSO DE CABEZA Y CUELLO SOMETIDOS A TRATAMIENTO CONSERVADOR DE ÓRGANO

D. Virós Porcuna, X. León Vintró, M. López Vilas, A. Pujol Olmo, R. Krakowiak Gómez e I. Zarraonandía Andraca

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción: Existe controversia en relación al manejo terapéutico de los pacientes con metástasis cervicales N2-3 post-tratamiento conservador a nivel local con radioterapia (RT) o quimioradioterapia (QT-RT). El objetivo de nuestro estudio es evaluar la relación entre los hallazgos radiológicos en un grupo de pacientes N2-3 tratados con RT o QT-RT y sometidos a un vaciamiento cervical realizado en la secuencia terapéutica de tratamiento.

Material y métodos: Se efectuó un estudio retrospectivo en 37 pacientes diagnosticados y tratados en nuestro centro entre los años 2001-2006. Todos los enfermos fueron explorados mediante TC al diagnóstico y después de tratamiento. Se midieron los volúmenes de las adenopatías sugestivas de infiltración metastásica, y se valoraron características radiológicas compatibles con necrosis intraganglio y extensión a planos vecinos.

Resultados: El volumen ganglionar medio inicial fue 3,9 cm^3. El 41% de los pacientes presentaban signos de extensión extraganglionar y el 83% necrosis intraganglio. Los pacientes con un vaciamiento ganglionar negativo (ypN0) presentaron un volumen inicial medio significativamente menor (2,62 cm^3) respecto los ypN+ (6,4 cm^3). El TC obtenido tras completar el tratamiento con RT o QT-RT obtuvo una sensibilidad del 83% y una especificidad del 69% en relación al análisis histológico del vaciamiento. No se encontraron diferencias significativas entre la reducción en el tamaño tumoral tras el tratamiento con RT o QT-T y el resultado histológico del vaciamiento cervical. En un estudio multivariante el volumen inicial, la extensión extraganglionar, la necrosis intratumoral, y la reducción del tamaño no se relacionaron significativamente con el hallazgo de restos tumorales en el vaciamiento.

Conclusiones: La evolución y características iniciales del TC cervical contaron con una sensibilidad y especificidad limitada en el diagnóstico de la presencia de restos tumorales viables a nivel cervical en pacientes N2-3 tratados con RT o QT-RT.

771. MICROCIRUGÍA TRANSORAL LÁSER EN TUMORES LARÍNGEOS T3. FACTORES PRONÓSTICO

I. Vilaseca, M. Bernal-Sprekelsen y J.L. Blanch

Servicio de ORL. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Objetivo: Evaluar los resultados oncológicos y funcionales de la Microcirugía Transoral con Láser (MTL) ± radioterapia complementaria en el tratamiento de los carcinomas escamosos de laringe T3. Identificar factores pronóstico de supervivencia y preservación de órgano en función de las distintas subcategorías.

Métodos: Análisis retrospectivo de 147 tumores laríngeos consecutivos (pT3) tratados mediante MTL. Se analizó la supervivencia global y específica, la supervivencia libre de laringectomía, y el porcentaje de preservación laríngea.

Resultados: La supervivencia global, supervivencia específica y supervivencia libre de laringectomía a 5 años, fue del 53,1, 70,2 y 62,3%, respectivamente. La supervivencia específica difirió significativamente entre los tumores glóticos y supraglóticos (86,3% vs 61,8%, p = 0,015). La supervivencia específica no se relacionó con la presencia o no de afectación preepiglótica, fijación de cuerda vocal o infiltración focal del cartílago (p > 0,05) en nuestra serie. La preservación de la función laríngea a los 5 años fue del 65.5% en los tumores supraglóticos y del 49,1% en los glóticos (p = 0,002). En la regresión logística, la fijación de la cuerda vocal y la infiltración del cartílago tiroideo fueron factores pronóstico negativos independientes para la preservación de órgano (OR = 0,184, IC95% = 0,082- 0,411, p = 0,000 y OR = 0,331, IC95% = 0,139- 0,789, p = 0,013, respectivamente).

Conclusiones: La MTL puede ser una buena alternativa quirúrgica en un número elevado de tumores laríngeos T3, con supervivencias comparables a las obtenidas por otros tratamientos, y porcentajes de preservación de órgano superiores al 60%.

77. CIRUGÍA TRANSORAL LÁSER EN TUMORES AVANZADOS DE FARINGE Y LARINGE

F. López Álvarez, J.P. Rodrigo Tapia, J.L. Llorente Pendás y C. Suárez Nieto

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: El abordaje abierto transcervical del carcinoma epidermoide de faringe y de laringe en estadios avanzados (estadios II y IV) conlleva la presencia de importantes secuelas funcionales así como la frecuente aparición de complicaciones postquirúrgicas. La cirugía transoral LÁSER podría considerarse como alternativa por su seguridad oncológica y sus buenos resultados funcionales y menor número de complicaciones.

Material y método: Desde septiembre de 1999 hasta agosto de 2008, 57 pacientes con un carcinoma epidermoide de faringe (24) y de laringe (33) en estadio avanzado, que no habían recibido tratamiento previo, fueron intervenidos quirúrgicamente mediante cirugía transoral láser en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Central de Asturias. En el 95% de los pacientes se realizó disección cervical y en el 52% se aplicó radioterapia postoperatoria. Se evaluaron sus características clínicas así como los resultados oncológicos, con una mediana de seguimiento de 30 meses.

Resultados: La supervivencia global de los pacientes fue del 73% a los 5 años y la supervivencia libre de enfermedad a los 5 años fue del 57%. En los tumores laríngeos la supervivencia a los 5 años fue del 82% y el los faríngeos fue del 63%. El 39% de pacientes recidivaron o presentaron metástasis. El 38% de los pacientes presentaron algún tipo de complicación postquirúrgica.

Conclusiones: En los pacientes con carcinoma de faringe y laringe en estadios avanzados, la cirugía transoral láser ofrece unos resultados oncológicos y funcionales que hacen que deba ser considerada como una opción válida dentro de los tratamientos conservadores de órgano.

148. RESULTADOS DE UN PROTOCOLO DE PRESERVACIÓN DE ÓRGANO EN PACIENTES CON TUMORES LOCALMENTE AVANZADOS DE LA LARINGE

J. García, X. León, M. López y M. Quer

Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción: Se pretende analizar los resultados de un protocolo de tratamiento basado en la quimioterapia de inducción para tumores localmente avanzados de la laringe, candidatos a laringectomía total.

Métodos: Estudio retrospectivo de los resultados obtenidos en 370 pacientes afectos de carcinomas de laringe T3 y T4, considerados candidatos a laringectomía total pero tratados inicialmente con quimioterapia.

Resultados: Siete de los pacientes fallecieron como consecuencia de la quimioterapia. De los 363 pacientes que completaron el tratamiento, 228 fueron tratados con radioterapia, en 154 (43%) tras respuesta completa y en 74 (20%) sin respuesta completa. Los restantes 135 pacientes (37%) fueron tratados con laringectomía total por no presentar respuesta completa. La supervivencia actuarial a los 5 años para el total de los pacientes fue del 73%. Para los pacientes con respuesta completa tratados con radioterapia fue de 77% y para los tratados con cirugía fue del 76%, en ambos casos mayor que la de los pacientes sin respuesta completa tratados con radioterapia (64%) ($p = 0,01$). Se consiguió la preservación de la laringe en un 42% de los pacientes: el 72% de los que consiguieron una respuesta completa con quimioterapia y el 62% de los tratados con radioterapia sin respuesta completa.

Conclusiones: La aplicación de un protocolo de preservación de órgano que incluía quimioterapia de inducción en pacientes con carcinoma de laringe candidatos a laringectomía total consiguió una supervivencia de 73% con una tasa de preservación laríngea del 42%. El factor pronóstico más importante para la conservación es la respuesta a la quimioterapia.

400. INFLUENCIA DE POLIMORFISMOS DE NUCLEÓTIDO ÚNICO EN EL TRATAMIENTO CON PACLITAXEL DE PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO AVANZADO

M. Caballero[a,b], J.J. Grau[a,c], M. Campayo[c], P. Navarrete[a], B. Martínez[b], S. Jansà[e], Ll. Alós[a,d], J.L. Blanch[a] y M. Monzó[e]

[a]*Universidad de Barcelona. Barcelona. España.*
[b]*Servicio de ORL. Hospital Clínic. Barcelona. España.*
[c]*Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínic. Barcelona. España.*
[d]*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínic. Barcelona. España.*
[e]*Departamento de Anatomía. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.*

Introducción: Los polimorfismos de nucleótido único (SNPs, del inglés Single nucleotide polymorphisms) de algunos genes involucrados en el metabolismo de los fármacos influyen en su capacidad terapéutica.

Material y métodos: En una muestra de 47 pacientes diagnosticados de cáncer avanzado de cabeza y cuello tratados con paclitaxel semanal con finalidad paliativa se evaluó la presencia de SNPs en 6 genes (CYP2C8, GSTT1, GTSP1, MDR1-57, MDR1-62 and ERCC1) y su relación con la tasa de respuesta (R), el tiempo hasta progresión tumoral (TP) y la supervivencia global (S).

Resultados: La respuesta al tratamiento se observó en el 45% (21/47) de los pacientes y el tiempo medio hasta progresión en los que respondieron fue de 5,1 meses. La respuesta fue mayor en los pacientes con SNPs en los genes MDR1-62, MDR1-57 o en 2 o más genes acumulados que en aquellos con genes sin polimorfismos ($p < 0,001$). La supervivencia fue significativamente mayor en pacientes con 3 o más SNPs acumulados ($p = 0,039$).

Conclusiones: La tasa de respuesta y la supervivencia es mayor en pacientes con 2 o más SNPs acumulados en los genes CYP2C8, GSTT1, GTSP1, MDR1-57, MDR1-62 y ERCC1.

329. ¿SON LOS PROBLEMAS DEGLUTORIOS UN OBSTÁCULO PARA LA REALIZACIÓN DE LARINGECTOMÍAS PARCIALES SUPRACRICOIDEAS?

J. Benito, M.L. Oliver, M. Foglia, F. Benito y O. Laccourreye

Hospital Universitario Sant Joan. Reus. España.
Hôpital Européen Georges Pompidou. París. Francia.

Introducción: Los problemas de deglución son los más frecuentes tras la realización de laringectomías parciales supracricoideas (SCPL), si bien todavía no se han llevado a cabo ningún estudio dedicado en concreto al análisis de su incidencia, relaciones, consecuencias y manejo.

Material y método: 457 pacientes (28-82 años) con CE laríngeo intervenidos mediante SCPL (1975-2000) en el HEGP, 3/4 tras quimioterapia de inducción. Se describen la aparición de problemas deglutorios (clasificación de Pearson) y se realiza un análisis multivariante para identificar los factores relacionados. Se estudia el manejo de tales complicaciones así como los factores que influyen sobre él.

Resultados: 59% no presentaron problemas de deglución. Hubo aspiración grado 1, 2 y 3 en el 19%, 10,5% y 11,5% respectivamente. Se encontró una relación estadísticamente significativa con el incremento de edad, el tipo de reconstrucción (CHP), la resección total o parcial de un aritenoides y la falta de reposición de los senos piriformes. Debido a problemas de deglución se realizaron 65 gastrotomías temporales (duración media 7,5 meses), 3 permanentes y 7 laringectomías totales. No hubo muertes por problemas de aspiración. La necesidad de alguno de estos procedimientos únicamente se relacionó con la resección del aritenoides.

Discusión/conclusiones: la aspiración tras las SCPL es un fenómeno frecuente pero rara vez severo. La edad es un factor determinante únicamente en las CHP con resección de un aritenoides a partir de los 70 años. La gastrostomía temporal durante periodos prolongados, especialmente cuando un aritenoides ha sido parcial o totalmente resecado, es el punto clave para la resolución de los problemas relacionados con la aspiración.

Sala 101 15.00-16.00

Comisión de Audiología
Sesión de comunicaciones orales 7

582. NECESIDAD DE NUEVAS ESTRATEGIAS DE ESTIMULACIÓN EN PACIENTES CON MALFORMACIÓN COCLEAR

E. Fernández Pascual, J. García-Valdecasas Bernal y M. Sainz Quevedo

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: Las malformaciones cocleares son un tema de creciente interés en la actualidad y el progreso de las técnicas de imagen ha permitido que cada vez sean más los pacientes diagnosticados. Hace años el implante coclear era un tratamiento imposible para estos pacientes, lo que actualmente ha cambiado de forma radical.

Material y métodos: Hemos diseñado un estudio observacional prospectivo de cohortes con una muestra de 16 pacientes con distintas malformaciones de oído interno que recibieron un implante coclear en nuestro Servicio: malformaciones del vestíbulo (7 casos), Mondini (4 casos), hipoplasia coclear (2 casos) y cavidad común (3 casos). Lo hemos comparado con un grupo control de 32 pacientes.

Resultados: Se han obtenido buenos resultados en la práctica totalidad de los casos, exceptuando los pacientes con malformación tipo cavidad común, cuyo rendimiento del implante coclear fue muy deficitario.

Discusión/conclusiones: Hemos comprobado como las estrategias actuales de estimulación del implante coclear no parecen las idóneas en el caso de la cavidad común. Parece necesaria la investigación de cara a encontrar nuevas estrategias que se adapten mejor a una anatomía coclear y una maduración neural muy diferente a la normal.

634. ESTUDIO COMPARATIVO DE POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS AUTOMÁTICOS Y OTOEMISIONES EVOCADAS TRANSITORIAS EN EL CRIBADO AUDITIVO NEONATAL. RESULTADOS PRELIMINARES

E. Cruz de la Piedad, G. Trinidad Ramos, G. Trinidad Ruiz, M.A. Serrano Berrocal, G. Trinidad Ruiz y E. Rejas Ugena

Unidad de Sorderas. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. España.

Introducción: Nadie discute la necesidad de cribados auditivos neonatales pero existe controversia en cuanto a la técnica a utilizar ya que las dos disponibles más extendidas internacionalmente presentan ventajas e inconvenientes que puedan hacer que alguna de ellas sea más efectiva y eficaz que la otra.

Objetivos: Realización conjunta de ambas pruebas (cribado ideal pero no aplicativo) en un número suficiente de niños que permita una valoración exhaustiva de ellas, su coste económico, su facilidad de realización y, sobre todo, el seguimiento a lo largo de tres años a fin de conocer con exactitud su sensibilidad y especificidad, comparándola con pruebas subjetivas (audiometría y logoaudiometría).

Metodología: Realización de OEAT y PEATCa simultáneamente siguiendo un sistema aleatorio de selección, incluyendo un tercio de niños con antecedentes de riesgo y dos tercios de niños sin antecedentes, 50% de cada sexo y con un 20% de niños nacidos por cesárea. Los niños que no pasen cualquiera de las dos pruebas se citarán para realización de una segunda prueba a la semana de la primera. Los que no pasan cualquiera de las dos pruebas por dos veces se estudiaran con PEATC convencionales y Potenciales de Estado Estable a los tres meses de edad.

Resultados: Se han estudiado 200 niños y 400 oídos. Hay un porcentaje de repetición de las otoemisiones del 3,72% y de PEATCa del 7,09%. De media, 1 minuto y 23 segundos se tarda en hacer las primeras otoemisiones y las segundas 2 minutos y 15 segundos. Por el contrario, 11 minutos y 5 segundos es el tiempo de espera para obtener el resultado de los primeros potenciales y 11 minutos y 8 segundos el de los segundos PEATCa.

339. ¿ESTÁN SATISFECHOS CON EL BAHA LOS PACIENTES CON COFOSIS UNILATERAL?

M.I. Sánchez-Camón, L. Lassaleta, G. Achleitner y J. Gavilán

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: El BAHA es un dispositivo de conducción por vía ósea indicado principalmente en pacientes con hipoacusia de transmisión o mixta debida a malformaciones congénitas de oído externo y medio u otitis media crónica. Una indicación reciente son los pacientes con cofosis unilateral, con expectativas y resultados distintos.

Material y métodos: Este estudio incluye a 31 pacientes implantados, de los cuales un 19,4% presentaban una cofosis unilateral. El instrumento empleado para la medición de calidad de vida fue el Glasgow Benefit Inventory y un cuestionario con preguntas abiertas, uso del BAHA, modificación del acúfeno y presencia o no de dolor.

Resultados: La puntuación media del GBI total fue 36, y en las subescalas general, social y física 52, 9 y 1 respectivamente. La media de horas al día de utilización fue de 12. Entre los pacientes con cofosis unilateral y el resto se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de puntuación total y en la subescala general (20 vs 41 y 31 vs 58 respectivamente, $p < 0,05$). Sin embargo, no hubo diferencias en cuanto al uso del BAHA, acúfeno, dolor o grado de recomendación del producto.

Conclusiones: Pese a las diferencias halladas en la puntuación en el cuestionario de calidad de vida, los pacientes con cofosis unilateral muestran un alto grado de satisfacción. Por ello, explicando adecuadamente las expectativas y el beneficio esperable, este grupo de pacientes son posibles candidatos al uso del BAHA.

70. FACTORES DE RIESGO DE HIPOACUSIA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

G. Pardo Romero, F. Ramos Puerto, M.J. Lavilla Martín de Valmaseda, E.O. Corrochano, G. Fernández Rodríguez y M.S. Aparicio Pérez

Servicio de ORL. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. España.

Introducción: Existen factores de riesgo para hipoacusia asociados a las UCIS neonatales. El presente estudio recoge la frecuencia de presentación de dichos factores, en qué medida se asocian al desarrollo de hipoacusia y cuál es su influencia en los programas de screening universales.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo a lo largo de un año sobre un total de 362 pacientes ingresados en UCI neonatal. Identificamos como factores de riesgo: peso < 1.500 g, prematuridad, hiperbilirrubinemia grave, ventilación mecánica, accidente hipóxico-isquémico, meningitis, fármacos ototóxicos y la infección gestacional (TORCH). A todos los pacientes según el programa de cribado universal se le realizan otoemisiones. Los pacientes con factor de

riesgo el empleo de ototóxicos se evalúan en consulta. Al resto se les realiza PEATC.

Resultados: El 20% de los neonatos presentaban algún factor de riesgo: peso < 1.500 10% (990 gramos de media); prematuridad 11% (30 semanas de media); ventilación mecánica 7% (8 días de media); hipoxia-isquemia 3% (6,7 pH cordón, Apgar 4 en el primer minuto); hiperbilirrubinemia grave 3% (25 mg/dl de media, sólo una exanguinotransfusión); ototóxicos 3% (aminoglucósidos); meningitis 2 pacientes; infección gestacional 1 paciente por CMV. Del total de 66 pacientes evaluados mediante PEATC hemos encontrado 9 hipoacusias leves y 10 moderadas (30% tienen PEATC alterados). En todos los casos las otoemisiones habían sido previamente negativas obteniendo una sensibilidad del 80% y una especificidad del 98% en las otoemisiones de estos niños de riesgo. Comparando estos datos con los resultados anuales del programa observamos que aunque la prevalencia de hipoacusia en los pacientes de UCI es mayor, 5% frente al 2% (estadísticamente significativo, probabilidad mayor del 99%), es en los niños sin riesgo donde hemos encontrado el mayor número de hipoacusias y las de mayor gravedad.

Discusión/conclusiones: La prevalencia de hipoacusia en las UCI neonatales supera la de la población general existiendo varios factores asociados a la misma. A pesar de ello una vez más se demuestra que el cribado debe ser universal puesto que el 50% de las hipoacusia, incluyendo las de mayor gravedad se detectan en niños sin riesgo.

279. CONSULTA DE AUDIOLOGÍA INFANTIL. ESTRUCTURA, FUNCIONAMIENTO Y RESULTADOS DEL PERÍODO 1996-2009

L. Montes de Oca, F.J. Olarieta, F. García, M. Rodríguez, N. González y T. Rivera

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. España.

Introducción: En nuestra consulta de audiología infantil se han atendido niños procedentes del programa de cribado en factores de riesgo y pacientes enviados desde las consultas de Pediatría y Otorrinolaringología.

Objetivos: Describir el funcionamiento y la estructura de una consulta de audiología infantil. Determinar la incidencia, grado y tipo de hipoacusias infantiles. Analizar los casos de hipoacusia neurosensorial y el diagnóstico etiológico.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo y descriptivo sobre la estructura, funcionamiento y resultados de la consulta de audiología infantil del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, en el periodo 1996-2009.

Resultados: Fueron atendidos 1248 pacientes. El bajo peso al nacer (15,38%) y la exposición a ototóxicos (14,9%) fueron los factores de riesgo más frecuentes. El 29,4% de los pacientes con factores de riesgo, presentaban factores de riesgo para hipoacusia tardía. El porcentaje de hipoacusias del total de pacientes fue 14,5%%, de las cuales el 75,13% eran transmisivas y el 24,87% neurosensoriales. El 96% de las transmisivas estaban causadas por otitis serosas. El 84,45% de las hipoacusias neurosensoriales fueron bilaterales, la mayoría moderadas (36,14%). La hipoacusia genética no sindrómica fue la causa más frecuente.

Discusión/conclusión: La mayor parte de los pacientes que llegan a la consulta de audiología infantil proceden del programa de cribado. Con la instauración del cribado universal podremos controlar mejor y más precozmente aquellos que presenten factor de riesgo para hipoacusia tardía y conocer la incidencia de hipoacusia neurosensorial congénita en nuestro área. Dentro del diagnóstico etiológico las hipoacusias genéticas han supuesto la causa más frecuente de hipoacusia neurosensorial.

401. IMPLANTACIÓN COCLEAR PEDIÁTRICA EN EL PERÍODO CRÍTICO. NUESTRA EXPERIENCIA

M.T. Achiques, J. Marco Algarra, A. Morant Ventura, E. Latorre, M.I. Pitarch Ribas, N. Muñoz Fernández, V. Monrroy Parada, I. Llópez Carratalá y N. Conill Tobías

Hospital Clínico Universitario. Universidad de Valencia. Valencia. España.

Introducción: Los implantes cocleares (IC) han demostrado un efecto positivo significativo en el desarrollo del lenguaje en niños con hipoacusias prelinguales, lo cual parece estar relacionado con el denominado período crítico para su adquisición. Los niños hasta los 6 años desarrollan buenas habilidades auditivas después de la colocación del dispositivo, siendo mejores los resultados obtenidos con la implantación a menor edad.

Materiales y métodos: Presentamos los resultados de los 97 niños implantados en nuestro centro desde junio 2008 hasta enero 2009. Estudiamos su nivel de audición y comprensión de lenguaje mediante la audiometría tonal con refuerzo visual, encuestas y tests auditivos.

Resultados: Los umbrales auditivos en la audiometría tonal en campo libre con refuerzo visual se situaron en 25-30 dB. El test de Nottingham muestra un progreso continuo hasta alcanzar un promedio de 8.8 sobre 10 y con los test de bisílabos los niños menores de 4 años alcanzan 100%. Los niños implantados antes de los 4 años de vida ofrecen mejores y más tempranos resultados, siendo estadísticamente significativos comparados con los niños mayores de 4 años.

Conclusión: La evidencia sugiere que la colocación del implante coclear a la edad más temprana, proporciona la mejor oportunidad de adquirir habilidades de comunicación que se aproximen a las de los niños con audición normal. Esto se debe a que la adquisición de habilidades complejas precisa un cerebro plástico.

Sala 102 15.00-16.00

Comisión de Cirugía plástica facial
Sesión de comunicaciones orales 8

681. SECUELAS DE LAS PARÁLISIS FACIALES

R. Balaguer García, P. Estrems Navas, G. Pastor Canicio, M.T. Cuesta González y J. Dalmau Galofre

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

Introducción: El objeto de este trabajo es el de conocer las secuelas funcionales posibles tras una parálisis facial periférica (PFP) estudiando su incidencia y la relación con el grado de disfunción del nervio facial, desde el punto de vista neurofisiológico.

Métodos: Presentamos un estudio retrospectivo que recoge un total de 144 enfermos de parálisis facial periférica. A todos los pacientes se les realizó una electroneurografía (en la primera visita y en el intervalo de aparición de las secuelas) y una electromiografía para conocer el grado de daño axonal así como para evaluar la existencia de signos de reinervación en los músculos explorados ó bien, los posibles errores de inervación.

Resultados: De los 144 enfermos, el 31,9% (46) presentaron secuelas, de éstos, el 67,4% (31) eran mujeres con resultados estadísticamente significativos. Las secuelas se observaron más frecuentemente en los casos de etiología idiopática o de Bell; 35 de 110 (31,8%). Los pacientes con el lado izquierdo afecto, son los que presentaron mayor número de ellas; en el 40,3% (27). Hemos comprobado que éstas aparecen más frecuentemente entre los 3 a 6 meses; en el

26,7% (12) de los enfermos. En la electroneurografía (ENG) realizada en la primera visita a los pacientes que posteriormente desarrollaron secuelas, el 50% (22) presentaban de un 81 al 100% de daño axonal. En la ENG practicada en el intervalo de aparición de las secuelas, el 32,5% (13) presentaban un daño axonal del 61 al 80%. Respecto a la electromiografía de los enfermos con secuelas; en el 39,3% (11) la denervación aguda fue de DA+, en el 39,3% (11) de DA++ y en el 21,4% (6) de DA+++. De los 37 pacientes de los que se obtuvieron los resultados de potenciales de unidad motora y tomando como referencia la clasificación de Seddom, el 40% (15) tuvieron ondas polifásicas de dos cruces y un 29.7% (11) presentaron una sola cruz. Únicamente 3 pacientes tuvieron tres cruces.

Discusión/conclusión: En nuestro estudio hemos podido comprobar que las secuelas de las parálisis faciales son más frecuentes cuando existe una pérdida axonal importante. Se han documentado otros factores de riesgo hasta ahora no contemplados en la bibliografía como son el sexo femenino y que el lado izquierdo sea el afectado.

150. OTOPLASTIAS CON ABORDAJE ANTERIOR FRENTE A POSTERIOR PARA EL TRATAMIENTO DE LAS OREJAS EN ASA

R.M. Echarri San Martín, M. Hernando Cuñado, J. Montojo Woodeson y G. Plaza Mayor

Servicio de ORL. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. España.

Introducción/objetivo: El abordaje anterior en las otoplastias combinado con suturas, se utiliza cada día más dado que es una técnica muy poco agresiva con el cartílago. El objetivo de este estudio es comprobar la utilidad de esta técnica comparándola con el abordaje retroauricular en el periodo 2004-2008.

Material y métodos: Se revisa la historia de 13 pacientes (25 otoplastias y 6 revisiones de otoplastia), con un rango de edad 7-41 años. En el abordaje anterior el cartílago auricular se adelgaza mediante limado y se modela el pliegue del antehélix mediante suturas.

Resultados: De las otoplastias, el 92% fueron bilaterales y el 8% unilaterales, con un 54% de niños y un 46% adultos, la anestesia fue local 20% y general 80%, el abordaje fue anterior en el 44% y en retroauricular en el 56%. Complicaciones: - abordaje anterior: reacción cuerpo extraño/pericondritis 9%, ulceración piel 0%, extrusión puntos 81%, cirugía de revisión 9%; - abordaje posterior: reacción cuerpo extraño 7%, ulceración piel 7%, extrusión puntos 20%, cirugía de revisión 7%. De las 6 revisiones de otoplastias, en el 50% se produjo una extrusión de los puntos (2 abordaje anterior y una retroauricular). El 81% de los pacientes están satisfechos con el resultado estético de la cirugía.

Conclusiones: En nuestra opinión el abordaje anterior en las otoplastias es una técnica sencilla y de buen resultado estético para el tratamiento de las orejas en asa pero la extrusión de las suturas es muy frecuente.

285. RINOPLASTIA SECUNDARIA CON INJERTO COLUMELAR TOTAL

P.A. Escobar, J. Gómez-Ullate, F. Pedroza y P. Ortega

Hospital de Móstoles. Móstoles. España.

Introducción: Describiremos una técnica novedosa de reconstrucción nasal con cartilago auricular.

Material y método: Presentamos tres casos de cirugía revisional realizadas en nuestro servicio. Todos los casos presentaban falta de proyección, definición y soporte de la punta nasal ademas de hundimiento del dorso por reabsorción del cartílago septal. Extrayendo el cartílago de la concha auricular, confeccionamos un injerto que colocaremos a modo de poste o strut. Dicho injerto creado por el Dr. Fernando Pedroza Campo, se denomina "injerto columelar total" y nos ayudará a darle soporte y proyección a la punta nasal. Usando como vía de abordaje el delivery, pudimos además realizar la "técnica de los nuevos domos" para definir la punta nasal. Para corregir el hundimiento del dorso y la retracción columelar que se presenta en estos casos usamos igualmente injertos de la concha colocados a nivel del dorso y en el borde caudal septal respectivamente.

Resultados: Usando esta técnica que combina el uso de injertos de cartílago auricular se logra un buen resultado estético-funcional, mejorando significativamente el soporte y proyección de la punta nasal de forma duradera y predecible en el tiempo.

Discusión/conclusiones: En conclusión podemos afirmar que esta técnica del "injerto columelar total" nos brinda la posibilidad de una reconstrucción anatómica de las estructuras que dan soporte de la punta nasal con relativa sencillez.

106. CORRECCIÓN DE LA ASIMETRÍA FACIAL EN LA PARÁLISIS FACIAL CON HILOS TENSORES

J. Knäpper, M.L. Navarrete, R. Boemo, D. Graterol y M. González

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: Los procedimientos de suspensión facial estática estabilizan los músculos de la facies paralizada y dan una simetría facial, una mejor apariencia estética, masticación, y producción del habla en pacientes con parálisis facial. Los autoinjertos y aloinjertos para la suspensión facial tienen sus limitaciones y hay pocos trabajos que documenten mejores resultados con unos que con otros.

Material y métodos: Evaluamos la eficacia de la suspensión estática facial con hilos tensores Silhouette Lift en un paciente con parálisis facial total y completa. Las suturas aportan una nueva forma de anclaje, a través de unos conos y nudos con gran fuerza de tracción. Son suturas de polipropileno con conos reabsorbibles de ácido poliláctico y glicólico, que marcan una diferencia con sus antecesores (hilos de oro, hilos aptos...).

Resultados: El grado de satisfacción tanto estética como funcional del paciente fue satisfactorio.

Discusión/conclusión: El tratamiento exige la implantación de una red de por lo menos 5 hilos. Los resultados son buenos pues el desvío de la boca para el lado sano se minimiza bastante. En algunos casos puede ser necesaria la implantación de 1 o 2 hilos más para maximizar la corrección. En resumen, nos parece un método correcto para mejorar la cara paralizada tanto desde el punto de vista estético como funcional, así como la recuperación de la autoestima del paciente.

252. INDICACIONES, VALORACIÓN PREOPERATORIA Y TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA RINOSEPTOPLASTIA ABIERTA

L.M. Menéndez Colino, J. Chacón Martínez, E.M. Mingo Sánchez, M.I. Fernández Agudelo, M.O. Lasso Luis y L.M. Menéndez Loras

Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

Introducción: Actualmente en el campo de la rinología y cirugía plástica facial la rinoseptoplastia abierta es una técnica utilizada frecuentemente, y por tanto se trata de una técnica quirúrgica que un ORL debe poder y saber realizar.

Material y método: Mediante diferentes diapositivas de casos clínicos se muestran las indicaciones, valoraciones preoperatorias y paso a paso para la rinoseptoplastia abierta y el diferente material empleado.

Resultados: El perfecto conocimiento anatómico y del material quirúrgico es imprescindible para la realización de la rinosepto-

plastia abierta y su curva de aprendizaje. Se presentan los resultados anatomofuncionales de diferentes casos clínicos.

Discusión/conclusiones: Es importante fomentar el aprendizaje de la rinoseptoplastia abierta durante la residencia, siendo este abordaje externo una muy buena posibilidad para la docencia.

509. OSTEOPLASTIA FRONTAL. NUESTRA EXPERIENCIA

R. Megía López, R. González Aguado, R. García Zornoza y J. Rodríguez Iglesias

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Introducción: La osteoplastia frontal continúa siendo una opción de tratamiento de la patología del seno frontal a pesar de los avances en cirugía endoscópica. El objetivo de este estudio es valorar nuestra experiencia analizando las indicaciones y los resultados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 20 pacientes desde el año 1992 hasta 2008.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 42,55 años (mínimo 16, máximo 72). Solo 2 eran tríada ASA conocidos y a uno de ellos se le había realizado una craniectomía por otra patología. El 90% presentaban cefalea, el 45% celulitis orbitaria y el 20% obstrucción nasal. Sólo el 10% tenían diplopía, parálisis del oblicuo superior y epífora. Un caso sufría hipotropía. La patología tratada más frecuente fue la sinusitis crónica (25%) seguida del osteoma (20%), de la celulitis orbitaria (15%) y la fístula craneal o cutánea (15%). Se realizó osteoplastia asociada a CENS en el 25% de los casos y se anularon los senos con grasa con o sin liodura en el 80%. La incisión fue coronal en el 65% de las intervenciones. Se objetivó recidiva en 1 paciente y ninguno presentó complicaciones importantes. La estética fue buena en todos los casos y sólo 5 pacientes (25%) presentan hipoestesia supraorbitaria residual.

Discusión: La osteoplastia frontal es una técnica relativamente sencilla con buenos resultados estéticos y poca morbilidad. Debemos tenerla en cuenta a la hora de plantear el tratamiento de la patología del seno frontal, sobre todo cuando han fracasado otras técnicas.

Sala 105 15.00-16.00

Comisión de Roncopatía
Sesión de comunicaciones orales 9

360. CORRELACIÓN DE LA EXPLORACIÓN CLÍNICA FRENTE A POLISOMNOGRAFÍA EN PACIENTES CON SAOS

V. Monrroy-Parada, E. Fernández-Julián, F. Ferrer-Baixauli, N. Muñoz-Fernández, M.T. Achiques-Martínez, I. Llópez-Carratalá, N. Conill-Tobías y J. Marco-Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Objetivo: Comparar si existe alguna correlación entre el estadiaje de Friedman y la PSG en pacientes con SAOS.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo (2006-2008) en pacientes con SAOS. Clasificación de todos los pacientes mediante estadiaje de Friedman (I, II, III) y estudio del sueño con PSG. Análisis Regresión Lineal Simple.

Resultados: 76 pacientes, 74 hombres, 2 mujeres con edad media 58 ± 13,7 años e IMC 26,7 ± 4. 11 pacientes (14,74%) fueron estadio I de Friedman, 40 (52,63%) estadio II y 25 (32,89%) fueron estadio III. 26,66% (n = 20) fueron SAOS leve, 53,33% (n = 40) SAOS moderado y 21% (n = 16) fueron SAOS severo. El análisis estadístico con regresión lineal simple mostró que no existe correlación estadísticamente significativa entre la severidad del SAOS y el estadiaje de Friedman (r de Pearson 0,43; valor p 0,068).

Conclusiones: Independiente de la severidad del SAOS, la obstrucción de la vía aérea superior puede ser multinivel, por lo tanto los abordajes terapéuticos del SAOS que abordan esta característica (multinivel), y que se suelen indicar en los casos de mayor severidad, pueden ser útiles en los SAOS leves.

262. UVULOPALATOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA BIPOLAR COMBINADA CON ESCLEROSIS QUÍMICA. NUESTRA EXPERIENCIA

C. Oconnor-Reina, M.T. García-Iriarte, J.C. Casado-Morente, D. Gómez-Ángel, A. Rodríguez-Díaz y G. Plaza-Mayor

Hospital USP Marbella. Marbella. España.
Universidad de Sevilla. Sevilla. España.
Centro de ORL García Monge. Sevilla. España.
Hospital Naval de San Carlos. San Fernando. España.
Hospital La Zarzuela. Madrid. España.

Objetivos: El fundamento de este estudio es valorar la efectividad y morbilidad del uso combinado de la esclerosis química junto con la uvulopalatoplastia con radiofrecuencia bipolar en pacientes con apnea y roncopatía simple con un seguimiento a un año.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo en 28 pacientes con ronquido primario por flutter palatino y que cumplieron los criterios de inclusión del estudio. Bajo anestesia local, se realizó una uvulopalatoplastia usando la radiofrecuencia bipolar combinándola con un agente esclerosante.

Resultados: Cuatro pacientes requirieron cirugía de rescate 6 semanas tras la operación. Los resultados obtenidos mediante la escala de Epworth al año de seguimiento mostraron una mejoría estadísticamente significativa. El ronquido medido mediante una escala visual disminuyó de 8,9 ± 0,7 a 4,1 ± 1,4. No se presentaron complicaciones. La reducción en el IAH fue de 24,2 ± 7,1 a 12,8 ± 4,4.

Conclusiones: La radiofrecuencia bipolar combinada con la esclerosis química es una técnica ambulatoria, económica y segura para el tratamiento del ronquido y de la apnea tras un año de seguimiento.

284. FACTORES PRONÓSTICO EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

E. Esteller, I. Modolell, F. Segarra, E. Matiñó, J.M. Ademà, Z. Piñeiro y A. Pujol

Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès. Barcelona. España.

Introducción: La posibilidad de tratar con Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) a los pacientes con Trastornos Respiratorios del Sueño (TRS), incrementa las opciones de manejo de un grupo de pacientes en los que muchas veces las ofertas terapéuticas son desproporcionadas.

Objetivo: Evaluar el grupo de pacientes con TRS que tienen más posibilidades de responder al tratamiento con IBP.

Material y método: Se analizan las características epidemiológicas y clínicas y los datos de la pHmetría de 24 horas y la polisomnografía de un grupo de 116 pacientes con TRS leve o moderado, tratados con IBP, independientemente del resultado de la pHmetría. Se lleva a cabo un estudio estadístico comparativo con análisis multivariado entre el grupo que responde a este tratamiento y el que no.

Resultados: De los 116 pacientes tratados con IBP, 57 mejoran clínica y polisomnográficamente (49,1%). En el grupo de 57 pacien-

tes que responden a IBP aparece de forma estadísticamente significativa un mayor porcentaje de casos con pHmetría proximal positiva, comparados con los 59 que no responden al tratamiento.

Conclusión: El tratamiento con IBP en los casos con TRS leve o moderado es una alternativa terapéutica útil, especialmente, según nuestros datos, en los pacientes con pHmetría proximal positiva.

267. MANEJO QUIRÚRGICO DEL SAOS. ¿A FAVOR O EN CONTRA?

P. Baptista Jardín, I. Sanhueza Torres, R. Manrique Huarte, L. Montes-Jovellar González y C. Gimeno Vilar

Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: El SAOS es una patología altamente prevalente, estimado entre un 1 a un 4% de la población. Su importancia radica en el aumento de la morbimortalidad cuando el índice de apneas del sueño (IAH) sobrepasa las 20 apneas por hora. El tratamiento del SAOS es con CPAP, para luego en caso necesario corregir quirúrgicamente partes blandas (fase 1), y luego partes óseas (fase 2), según el protocolo de Standford. Quisimos comparar la efectividad del tratamiento quirúrgico de los casos de SAOS en nuestro servicio, comparado su IAH pre y post quirúrgico.

Materiales y métodos: Nuestro departamento cuenta con 157 casos de SAOS diagnosticados mediante historia clínica, examen físico, fibroscopia y polisomnografía. A todos ellos se les indico el uso de CPAP por 3 meses. 34 pacientes fueron sometidos a cirugía de fase I, y 7 de ellos, a cirugía de fase II.

Resultados: De los 34 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico, el IAH se redujo en el 53,84%, mientras que un 67,74% presentaron una mejoría de la sintomatología (somnolencia diurna, cefalea, y ronquidos). Si bien no hay diferencias estadísticamente significativas, al comparar los valores de IAH pre y post quirúrgicos.

Conclusiones: Hasta la fecha el manejo quirúrgico del SAOS es controvertido. En esta serie de casos mostramos una amplia tasa de mejoría sintomática. La selección del candidato a cirugía debe ser minuciosa, para optimizar su evolución posterior.

508. EVALUACIÓN HISTOPATOLÓGICA DEL PALADAR BLANDO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA/ HIPOPNEA DEL SUEÑO EN COMPARACIÓN CON EL PALADAR DEL BULLDOG COMO MODELO ANIMAL

R. Wegmann, M. García López, M. Planellas, P. Huguet, R. Velarde, R. Cuenca y J. Lorente

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: La etiología del colapso de la vía aérea superior en pacientes roncadores y con síndrome de apnea/hiponea del sueño (SAHS) es compleja y multifactorial. Además de las alteraciones anatómicas, las disfunciones y lesiones musculares pueden contribuir a dicho colapso. El bulldog inglés y francés son razas caracterizadas por poseer una vía aérea superior anormal y se consideran un buen modelo animal de SAHS.

Material y método: Se obtuvieron biopsias de paladar blando de 10 pacientes con diagnóstico de SAHS y de 10 bulldogs (inglés y francés) con signos de obstrucción de vía aérea alta. Como muestras control se evaluaron muestras de paladar blando de 4 pacientes y 4 perros que perecieron por causas no respiratorias. Se cuantificaron las anormalidades histopatológicas y propiedades inmunohistoquímicas de las muestras.

Resultados: Se observó hiperplasia glandular, edema, fibrosis y atrofias musculares, tanto en las muestras de paladar de los pacientes con SAHS como en las de los perros con obstrucción de vía aérea, a diferencia de los casos controles. En los paladares humanos se observó, además, un importante infiltrado adiposo. No se observaron diferencias entre las fibras tipo I (lentas) y tipo II (rápidas) entre los grupos patológico y control.

Discusión/conclusión: Los resultados apoyan la hipótesis de que existen cambios histopatológicos en el paladar blando secundarios al ronquido crónico y que podrían contribuir a un mayor colapso de la vía aérea.

125. POLISOMNOGRAFÍA MEDIANTE SUEÑO INDUCIDO Y VISIÓN FARÍNGEA DIRECTA

M. Carrasco Llatas, J. Dalmau Galofré, P. Giner Bayarri, A. Rodrigo Sanbartolomé y J. Viñoles Pérez

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

Introducción: Desde el año 2001 llevamos realizando la videofibrosomnoscopia (observación directa de la faringe mediante sueño inducido) como método exploratorio en aquellos pacientes con SAHS que desean un tratamiento quirúrgico. Mediante esta técnica pretendemos conocer las zonas de colapso de la faringe y su morfología, para poder indicar la técnica quirúrgica más adecuada. También es útil para valorar la utilidad de otros tratamientos como los dispositivos de avance mandibular. Muchas de las controversias que existen respecto a esta técnica se basan en el hecho de que, al ser un sueño inducido, los hallazgos pueden no ser correspondientes a los del paciente con sueño natural. Por ello hemos realizado un estudio de VFS con PSG de forma simultánea.

Material y métodos: Obtenemos 3 registros de PSG del mismo paciente: Basal mediante sueño natural, con sueño inducido con propofol y otra mediante inducción con midazolam. Comparamos los registros obtenidos mediante el sueño inducido con los basales con el ánimo de responder a las siguientes preguntas: ¿Las apneas que se producen son equiparables a las del sueño natural? (en duración, nivel de desaturación, etc.). ¿Qué tipo de sueño conseguimos? ¿Hasta qué fase de sueño se profundiza? ¿Existe alguna diferencia con la utilización de un fármaco u otro?

LUNES, 16 DE NOVIEMBRE

Sala 103 + 104 15.00-16.00

INVESTIGACIÓN

Sesión de comunicaciones orales 10

581. EFECTO OTOPROTECTOR DE DEXAMETASONA, MELATONINA Y TACRÓLIMO MEDIANTE LIBERACIÓN LOCAL EN LA VENTANA REDONDA DE CÓCLEAS DAÑADAS POR GENTAMICINA

E. Bas Infante, J. Marco Algarra, F. Martínez Soriano y J. M. Laínez

Fundación de Investigación. Hospital Clínico Universitario. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia. España.

Introducción: El tratamiento con aminoglucósidos induce las células ciliadas del Órgano de Corti a la apoptosis, causando por tanto hipoacusia. El objetivo de este estudio es determinar el efecto otoprotector de tres compuestos que se emplean en clínica con otros fines terapéuticos y que actúan inhibiendo diferentes puntos de la cascada de la muerte celular.

Material y método: En un estudio previo estos compuestos han demostrado su efecto protector al ser administrados por vía sistémica, ahora se administran localmente mediante la ayuda de minibombas osmóticas (MB) o gel. Cinco grupos de ratas macho Wistar fueron empleadas, en cada una se implantó una MB con un catéter que libera su contenido en la ventana redonda de la cóclea del oído izquierdo durante 7 días, mientras que en la del oído derecho se aplicaron los productos embebidos en un gel. Los grupos fueron: suero fisiológico (Blanco), gentamicina (GM), GM + dexametasona (DXM), GM + melatonina (MLT), GM + tacrólimo (TCR). Se comprobó la estabilidad de los productos en las MB mediante HPLC. Se realizaron estudios de los productos de distorsión de las otoemisiones acústicas y potenciales evocados auditivos del tronco cerebral, a los 10, 15 y 20 días de la cirugía. Las cócleas fueron destinadas a estudios morfológicos. Los tres compuestos fueron otoprotectores al ser liberados localmente en la ventana redonda de la cóclea tanto mediante MB como en gel, lo que supone una ventaja en respecto a la administración sistémica en cuanto a la reducción de efectos adversos que producen DXM y TCR.

Resultados: Nuestro estudio confirma que en cócleas tratadas con GM hay un incremento en la producción de radicals libres que lleva a una respuesta inflamatoria en la que se activa la vía de las MAPK y que los compuestos en estudio fueron capaces de preservar la funcionalidad auditiva y las células ciliadas del órgano de Corti.

292. MONTELUKAST INHIBE LA SECRECIÓN DE GM-CSF, IL-6 E IL-8 PRODUCIDA POR CÉLULAS EPITELIALES DE MUCOSA Y PÓLIPOS NASALES

F.B. Callejas, J. Roca-Ferrer, E. Méndez, I. Alobid, F. García, A. Martínez, J.M. Guilemany, A. Valero, C. Picado y J. Mullol

Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. IDIBAPS. Hospital Clínic. Barcelona. España.

Introducción: Las células epiteliales liberan citoquinas que contribuyen a la inflamación de la mucosa nasosinusal en rinitis, rinosinusitis y poliposis nasal. Diferentes citoquinas, secretadas por células epiteliales de mucosa y pólipo nasal, incrementan la supervivencia y activación de eosinófilos.

Objetivo: Evaluar el efecto de montelukast, antagonista del receptor de leucotrienos cisLTR1, sobre la producción de citoquinas (IL-6, IL-8, GM-CSF) e ICAM-1 soluble por parte de células epiteliales procedentes de mucosa (MN) y pólipo nasal (PN).

Métodos: Cultivo de células epiteliales de mucosas nasales, obtenidas de pacientes no alérgicos por cirugía nasal (n = 7) y de pólipos nasales obtenidos por polipectomías (n = 7). Las células fueron estimuladas con suero bovino fetal (FBS 10%) en presencia de montelukast (10 μM-10nM) de 1 a 48h. Mediante ELISA se determinaron las concentraciones de GM-CSF, IL-6, IL-8 y sICAM-1 en los sobrenadantes de los cultivos. Los resultados se expresan como media ± desviación estándar. $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: La incubación durante 24h con 10% FBS estimuló significativamente ($p < 0,05$) la secreción de GM-CSF (MN = 374 ± 49; PN = 574 ± 134), IL-6 (MN = 3.164 ± 1.193; PN = 4.263 ± 1.284), IL-8 (MN = 5.134 ± 1.234; PN = 7.602 ± 1.961) y sICAM-1 (MN = 2.591 ± 860). El Montelukast inhibió significativamente ($p < 0,05$) la secreción de GM-CSF (MN = 229 ± 41; PN = 367 ± 83) e IL-6 (MN = 2.175 ± 883; PN = 3.862 ± 1.322) a 1 μM, y la de IL-8 (MN = 2.619 ± 392; PN = 5.396 ± 1.476) a 10 μM. El No tuvo ningún efecto sobre la producción de sICAM-1.

Conclusión: Estos resultados sugieren que el Montelukast podría reducir la inflamación de la mucosa nasosinusal, mediante la inhibición de la secreción de diferentes citoquinas en las células epiteliales, tanto de mucosa nasal como de pólipos nasales.

Estudio financiado por MSD, FIS, CIBERES, y GenCat.

523. EXPRESIÓN DE COX-1 Y COX-2 INDUCIDA POR IL-1ß Y PGE2 EN FIBROBLASTOS DE MUCOSA NASAL Y PÓLIPOS DE PACIENTES CON INTOLERANCIA A LA ASPIRINA

F.J. García-García, J. Roca-Ferrer, M. Pérez, L. Pujols, I. Alobid, A. Martínez, J. Mullol y C. Picado

Unidades de Rinología y Alergia. Departamentos de Neumología, Anestesia y Otorrinolaringología. IDIBAPS. Barcelona. España.

Introducción: Ha sido descrito un papel regulador de las prostaglandinas sobre la expresión de las ciclooxigenasas (Cox), aunque con resultados conflictivos dependiendo del modelo estudiado. Nuestro objetivo es investigar el efecto de IL-1β y PGE2 sobre la expresión de Cox-1 y Cox-2 en cultivos de fibroblastos de mucosa y pólipos nasales.

Material y métodos: Mediante cirugía endoscópica se obtuvieron muestras de mucosa (MN, n = 7) y pólipos nasales de pacientes no asmáticos (PN, n = 7) y asmáticos intolerantes a aspirina (PN-AIA, n = 7). Los cultivos obtenidos fueron tratados con IL-1β (0,5 ng/ml) y/o PGE2 (1 μM) durante 4 y 24 horas. La expresión de Cox-1 y Cox-2 fue analizada por western blot. Los datos se expresan como medianas del incremento respecto al control. $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativa.

Resultados: A las 24 horas, la adición de IL-1β más PGE2 indujo la expresión de Cox-1 en MN (2,56) y PN (1,28) respecto al control (MN = 1,02; PN = 0,99). Este incremento fue superior en MN que en PN y PN-AIA (0,92). A las 4 horas, IL-1β (MN = 0,05; PN = 0,12; PN-AIA = 0,06) e IL-1β más PGE2 (MN = 0,93; PN = 0,46; PN-AIA = 0,39) aumentaron la expresión de Cox-2 respecto al control. El efecto del tratamiento combinado fue mayor en MN que en PN-AIA. A las 24 horas, IL-1β e IL-1β más PGE2 indujeron la expresión de Cox-2 pero sin observarse diferencias entre cultivos.

Conclusión: Las diferencias en la expresión de Cox-1 y Cox-2 descritas apoyan la teoría de la desregulación de la vía de la ciclooxigenasa en los pacientes asmáticos con intolerancia a la aspirina.

342. MONTELUKAST INHIBE LA SUPERVIVENCIA DE EOSINÓFILOS INDUCIDA POR LAS SECRECIONES DE CÉLULAS EPITELIALES DE MUCOSA Y PÓLIPOS NASALES

F.B. Callejas, J. Roca-Ferrer, E. Méndez, I. Alobid, F. García, A. Martínez, J.M. Guilemany, A. Valero, C. Picado y J. Mullol

Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. IDIBAPS. Hospital Clínic. Barcelona. España.

Introducción: La infiltración eosinofílica es característica de la respuesta inflamatoria en rinitis, rinosinusitis y poliposis nasal. Las células epiteliales modulan la quimiotaxis, supervivencia y activación de eosinófilos mediante la liberación de diferentes citoquinas y mediadores.

Objetivo: Estudiar el efecto de Montelukast, antagonista del receptor de leucotrienos cisLTR1, sobre la supervivencia eosinofílica producida por las secreciones de células epiteliales de mucosa (MN) y pólipo nasal (PN).

Métodos: Eosinófilos de sangre periférica (Eos) de pacientes con eosinofilia > 3% fueron incubados con Montelukast (10 μM-10nM) en presencia o ausencia de secreciones de células epiteliales cultivadas (ECM) a partir de MN o PN. La supervivencia de los Eos fue

analizada desde mediante tinción Trypan blue (1-4 días). Los resultados se expresan con porcentajes (media ± desviación estándar) de supervivencia eosinofílica.

Resultados: ECM al 10% de células epiteliales de MN y PN incrementó la supervivencia de Eos desde el día 1 al 4. En el día 3, Montelukast inhibió ($p < 0,05$, $N = 7$) la supervivencia eosinofílica inducida por ECM de MN (10 µM: 68 ± 8; 10 nM: 73 ± 14) y la por ECM de PN (10 µM: 65 ± 8), comparando con los controles (MN = 99 ± 11; PN = 88 ± 9). En el día 4, Montelukast inhibió ($p < 0,05$, $N = 7$) la supervivencia de los Eos inducida sólo por ECM de PN (10 µM: 53 ± 6; 100 nM: 60 ± 16), comparando con los controles (77 ± 13).

Conclusiones: El Montelukast inhibe la supervivencia de eosinófilos inducida por las secreciones de células epiteliales de mucosa y pólipo nasal, sugiriendo que dicho antagonista podría tener un efecto antiinflamatorio en la inflamación eosinofílica de la mucosa nasosinusal.

Estudio financiado por MSD, FIS, CIBERES y GenCat.

536. EXPRESIÓN DE ERCC-1 Y TOPOISOMERASA II ALFA EN CARCINOMA FARINGOLARÍNGEO COMO MARCADOR DE SUPERVIVENCIA

R. Wegmann, M. González, N. Ortiz, I. Sansano, M. García López, P. Fortuny, F. Mateu, E. Perelló y J. Lorente

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: En la actualidad, uno de los factores más importantes en el pronóstico de los pacientes afectos de carcinoma de laringe y faringe es la presencia de metástasis ganglionares cervicales y es un dato crucial para el planteamiento quirúrgico de estos pacientes.

Material y método: Hemos estudiado un total de 130 pacientes diagnosticados y tratados de carcinoma escamoso faringolaríngeo excluyendo del estudio los pacientes diagnosticados de carcinoma glótico, y se ha determinado mediante inmunohistoquímica, la expresión de ERCC-1 y topoisomerasa II alfa, con un seguimiento mínimo de 4 años de todos los pacientes incluidos en el estudio, y se compara la expresión de estos 2 marcadores con el estatus de los enfermos.

Resultados: En las muestras analizadas, no observamos diferencias estadísticamente significativas entre la presencia o ausencia de ambos marcadores ni de su expresión con el pronóstico de los pacientes.

Conclusión/discusión: No existe correlación entre la expresión de ambos marcadores ni de ésta con la supervivencia de los pacientes con carcinoma faringolaríngeo.

595. LA DEXAMETASONA DISMINUYE LA EXPRESIÓN Y SECRECIÓN BASAL E INDUCIDA POR IL-1β DE MUC5AC EN CÉLULAS A549

F.B. Callejas, A. Martínez, L. Pujols, M. Fuentes, C. de Bolós, J. Roca-Ferrer, C. Picado y J. Mullol

Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. IDIBAPS. Hospital Clínic. Barcelona. España.

Introducción: En enfermedades inflamatorias respiratorias se ha descrito un incremento de citoquinas implicadas en la hipersecreción de mucinas, componente mayoritario del moco. Los glucocorticoides parecen ser los fármacos más efectivos para reducir la hipersecreción de moco asociada a estas enfermedades. Aunque existen estudios sobre el efecto de los glucocorticoides sobre la expresión basal de mucinas, poco se conoce sobre la inducida por estímulos proinflamatorios.

Objetivo: Estudiar el efecto de la dexametasona (DEX) sobre la expresión génica y proteica de MUC5AC y MUC5B, a nivel basal y en condiciones inflamatorias, en células A549.

Métodos: Cultivos de células A549 se incubaron con medio RPMI (control), DEX (10-6M), IL-1β (20 ng/ml), o DEX e IL-1β. Se analizó la expresión (ARNm por Real-Time PCR, proteína por inmunocitoquímica) y la secreción (ELISA) de MUC5AC y MUC5B a diferentes tiempos (entre 1 y 24h).

Resultados: 1. De los estímulos proinflamatorios que se probaron (IL-1β, TNF-alpha, LPS, metacolina, IFN-#g), la IL-1β fue el estímulo que presentó un mayor efecto inductor sobre la expresión de MUC5AC en A549. 2. La IL-1β incrementó de forma significativa la expresión de MUC5AC, de manera dosis-dependiente, tanto a nivel de ARNm como proteico, sin causar ningún efecto sobre MUC5B. 3. La dexametasona disminuyó la expresión y secreción de MUC5AC, a nivel basal e inducida por IL-1β, y de MUC5B a nivel basal.

Conclusión: La dexametasona es capaz de disminuir la expresión génica y secreción de MUC5AC, a nivel basal y en condiciones inflamatorias, y de MUC5B, a nivel basal, en células A549.

Sala 101 15.00-16.00

CABEZA Y CUELLO

Sesión de comunicaciones orales 11

130. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DE CABEZA Y CUELLO (EORTC)

J. Herranz González-Botas y M. Álvarez-Buylla Blanco

Hospital Universitario A Coruña. A Coruña. España.

Introducción: La Organización Europea para la investigación y tratamiento del cáncer (EORTC) ha desarrollado un sistema de medida basado en un cuestionario general de tumores QLQ-30 y otro específico de tumores de cabeza y cuello QLQ-H&N37. Nuestro objetivo es apreciar la calidad de vida en pacientes oncológicos entendida como su salud global en relación con su enfermedad y el tratamiento recibido.

Material y método: Se realiza un estudio prospectivo desde noviembre del 2008, a 36 pacientes con carcinomas avanzados de cabeza y cuello en los que realizamos individualmente el cuestionario QLQ-30 y QLQ-H&N37 previamente a la intervención, a los 3 meses y a los 6 meses. El 47% de los pacientes valoran su saluda general y calidad de vida previa al tratamiento como buena, no encontrándose diferencia significativa a los 3 meses. En el 87% no ha interferido el tratamiento en su vida familiar ni social, previo ni a los 3 meses. Existe un detrimento significativo en los siguientes ítems del cuestionario QLQ-H&N37: dificultad para hablar por teléfono, para salir en público, contacto físico, molesto su aspecto, y en los ítems del QLQ-30: dificultad para dormir, problemas económicos, así como en actividades físicas y laborales. El 83,7% presentan una pérdida de peso previa al tratamiento, que a los 3 meses se convierte en una ganancia de peso en el 61%. Las escalas de dolor no variaron previas y posteriores al tratamiento, empleando en el 41% medicinas para el dolor previa intervención y a los 3 meses.

Discusión: La medida de la calidad de vida de los pacientes oncológicos nos ayuda a determinar el tipo de tratamiento más adecuado entre varias posibilidades con similares resultados oncológicos, teniendo en cuenta tanto los síntomas del paciente por su enfermedad, el funcionamiento físico, psicológico y social.

Conclusiones: El uso de este tipo de cuestionarios nos sirve para delimitar los principales problemas que presentan los pacientes posteriormente al tratamiento y así poder detectarlos y tratar de solucionarlos o compensarlos.

207. GLOSECTOMÍA TOTAL O SUBTOTAL CON RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA. RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS

I. Zarraonandia Andraca, R. Krakowiak Gómez, G. Pedemonte Sarrias, J.C. Villatoro Sologaistoa, D. Virós Porcuna, X. León i Vintró y M. Quer i Agustí

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Objetivos/hipótesis: Evaluar los resultados oncológicos y funcionales obtenidos en pacientes sometidos a una glosectomía total o subtotal, reconstruidos con un colgajo libre microanastomosado.

Pacientes y métodos: Revisión de 32 pacientes tratados con una glosectomía total o subtotal y reconstruidos con un colgajo libre microanastomosado entre el periodo 2002-2007. Se evaluaron las indicaciones, técnica quirúrgica de exéresis y de reconstrucción, complicaciones postoperatorias, resultado funcional y resultado oncológico.

Resultados: 17 (53%) de las glosectomías fueron de rescate. 6 (19%) como tratamiento de una segunda neoplasia y 9 (28%) como tratamiento inicial. 18 (56%) fueron glosectomías totales y 14 (44%) subtotales. En 19 pacientes (59%) se asoció una bucofaringectomía y en 4 una laringectomía. En 32 pacientes se realizó una reconstrucción con colgajo libre microanastomosado. La complicación postoperatoria más frecuente fue la dehiscencia de sutura (28%). El control local se logró en el 69% de los pacientes. La supervivencia actuarial ajustada fue del 40% (IC95%:19-61%), siendo más reducida en el grupo de rescate (22%).

Conclusiones: El método de elección para la reconstrucción luego de la exéresis de tumores de orofaringe, es el uso de colgajos libres microanastomosados, que permiten resultados funcionales satisfactorios. La cirugía de rescate proporciona una paliación sustancial de los síntomas, con una expectativa de vida limitada.

211. SMAS. TÉCNICA QUIRÚRGICA Y REVISIÓN DE RESULTADOS EN TUMORES BENIGNOS DE PARÓTIDA

A. Pujol, D. Virós, J. García, M. López, X. León y M. Quer

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción: La realización de colgajos tipo SMAS (Superficial Musculoaponeurotic System) es uno de los métodos de reconstrucción local más frecuentemente asociado a las parotidectomías realizadas ante lesiones parotídeas benignas.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo sobre 185 pacientes operados por lesiones benignas parotídeas, registrados en una base de datos (1984-2008). Se analizan el uso del colgajo SMAS y sus resultados. La distribución histológica de las lesiones intervenidas fue: 44,5% adenoma pleomorfo, 34,1% tumor de Warthin, 7,1% quiste epitelial, 14% otras lesiones. La técnica quirúrgica más frecuentemente practicada fue la parotidectomía superficial (61,2%), seguida de P. superficial parcial (26,8%) y p. total con conservación del VII Par (12%).

Resultados: En 71 casos (39,2%) se usó el SMAS como técnica reconstructiva, siendo ésta la más usada durante la última década (55%). Aunque las tasas de seroma (28,2%) y infección de herida (7%) son superiores a las obtenidas en los 85 casos reconstruidos con ECM (21,2% y 3,6% respectivamente), el resto de complicaciones (hematoma, necrosis, algias o fístula salival) fueron menos frecuentes en el grupo SMAS, presentando una tasa de síndrome de Frey clínico significativamente menor ($p < 0,05$), así como mejores resultados estéticos.

Discusión/conclusión: El uso de colgajos tipo SMAS para reconstrucción tras las parotidectomías, no sólo mejora el resultado estético, sino que también disminuye la incidencia del síndrome de Frey clínico y disminuye la intensidad de sus síntomas, retrasando su aparición. Los resultados en nuestro estudio son similares a los descritos en la literatura.

616. PARÁMETROS DETERMINANTES EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER DE CAVIDAD ORAL EN ESTADIOS AVANZADOS

M. Cuesta Gil, M. Castrillo Tambay, J. Trujillo Trujillo, R. Galán Hernández y F. Riba García

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

Introducción: La cirugía del cáncer oral avanzado origina una alteración anatómica de graves consecuencias estéticas y funcionales que afectan significativamente la calidad de vida. Los cirujanos disponemos de técnicas adecuadas para lograr una correcta rehabilitación oro-dental y estética mediante el aporte de tejido libre microvascularizado.

Material y métodos: Presentamos una serie de 128 pacientes intervenidos de cáncer avanzado de cavidad oral en los Servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General de Ciudad Real y Gregorio Marañón de Madrid. Mostramos los métodos reconstructivos microquirúrgicos empleados para la corrección de defectos que involucran al sistema estomatognático. Los objetivos de la reconstrucción deben ir encaminados a: la obliteración del defecto quirúrgico y curación de las heridas; restauración de la competencia funcional de las áreas anatómicas involucradas; reconstrucción estética mediante el empleo de abordajes adecuados; restauración de los contornos, rasgos externos y técnicas de refinamiento secundarias; restauración de la función deglutoria y fonatoria; restauración de la masticación, si es necesario procurando una nueva dentición funcional implanto-soportada o mediante recursos prostéticos.

Resultados: La calidad de vida aumenta en aquellos pacientes sometidos a reconstrucción primaria mediante el aporte de tejido adecuado. La mejora estética y mantenimiento de la función gracias a una correcta rehabilitación estomatognática repercuten directamente en la reintegración social del paciente.

Conclusiones: La cirugía ablativa del cáncer avanzado tiene importantes efectos físicos, emocionales y sociales sobre el paciente. En aras de una completa rehabilitación, no debemos escatimar esfuerzos para lograr restaurar la calidad de vida del paciente a un nivel premórbido, óptimo en funcionalidad y estética.

705. COMPARACIÓN ENTRE PET Y PET TAC CON LA BIOPSIA EN EL DIAGNÓSTICO DE RECURRENCIA DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

E. Serrano, M.A. López, B. Agreda, R. Artal, J.M. Sebastián y L. Carmen

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: El objetivo de este estudio fue evaluar el resultado de las pruebas PET y PET TAC con la biopsia en el diagnóstico de sospecha de recurrencia tumoral en el cáncer de cabeza y cuello.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente 66 pacientes que acudieron a la consulta de laringología de nuestro hospital con sospecha de recidiva tumoral en el CA de cabeza y cuello durante el año 2008 y a los que se le solicitó PET o PET TAC y fueron confirmados mediante biopsia.

Resultados: De 66 estudios PET el 45.45% fueron positivos que posteriormente les fue realizada biopsia de confirmación al 83.4% con una sensibilidad del 80% mientras que de 12 estudios PET TAC al 100% se les realizó biopsia de confirmación con una sensibilidad del 100%.

Conclusiones: Tanto el PET como el PET TAC aportan buenos resultados para el estudio de recurrencia en el cáncer de cabeza y cuello y podrían ser incluidos en el protocolo de seguimiento de estos pacientes.

123. CIRUGÍA PAROTÍDEA. NUESTRA EXPERIENCIA

M. Foglia[a], J. Benito[a], M. Oliver[a], E. Mur[b] y J. Enjuanes[c]

[a]Servicio de ORL. Hospital Universitari Sant Joan. Reus. España. [b]Servicio de Oncología. Hospital Universitari Sant Joan. Reus. España. [c]Servicio de ORL. Hospital Santa Tecla. Tarragona. España.

Introducción y objetivos: Presentamos un estudio epidemiológico descriptivo de los casos de parotidectomía realizados en nuestro centro en los últimos 5 años.

Métodos: Se trata de 29 casos. Hemos recogido los datos epidemiológicos, el tratamiento quirúrgico y complementario realizado, la técnica de protección sobre el n. facial empleada, el tipo histológico definitivo comparándolo con el resultado previo de la PAAF, las complicaciones y el control evolutivo de la enfermedad.

Resultados y conclusiones: La edad oscila desde los 24 a los 91 años y la mayoría fueron hombres. Se realizó un total de 19 parotidectomías extrafaciales completas, 5 extrafaciales parciales y 5 parotidectomías totales. La protección sobre el facial fue el colgajo de ECM en 13 casos, el SMAS en 11 y no se colocó protección en 5. La mayoría fueron benignos histológicamente (15 t. mixto, 4 t. Warthin, 2 quistes linfocitarios) y 8 fueron malignos (5 escamosos, 2 mucoepidermoides y 1 de c. acinares). Recibieron radioterapia complementaria 6 casos. Se produjeron complicaciones en 14 pacientes: en 4, sangrado o hematoma-seroma en el postoperatorio inmediato y sólo uno requirió reintervención; en 2, fístula salival; en 1, sd. de Frey y en 8, parálisis faciales, de las cuales 3 se recuperaron, 4 fueron por sección voluntaria del nervio y 1 persiste pero es aún reciente. El control de las recidivas fue bueno en el caso de tumores benignos a pesar de un elevado número de casos con márgenes afectos y escaso en el caso de los c. escamosos a pesar del tratamiento complementario.

Sala 102 15.00-16.00

LARINGOLOGÍA

Sesión de comunicaciones orales 12

163. LA CIRUGÍA TRANSORAL CON LÁSER PRESERVA LA LARINGE EN TUMORES MALIGNOS AVANZADOS

M. Bernal Sprekelsen, I. Vilaseca y J.L. Blanch

Hospital Clínic. Barcelona. España.

Introducción: La cirugía transoral láser (CTL) busca una resección completa del tumor con intención curativa y una máxima preservación de la función. En los tumores avanzados existe una controversia acerca de qué tratamiento o combinación es el idóneo.

Objetivos: Estudiar los resultados funcionales tras CTL en tumores avanzados de laringe e hipofaringe.

Material y métodos: Base de datos SPSS puesta al día semanalmente de más de 800 pacientes consecutivos tratados mediante CTL entre 2/1998 a 9/2007. Únicamente pacientes con T3 y T4 (clasificación de 2002) y un seguimiento mínimo de 12 meses fueron incluidos. Se estudiaron las tasas de gastrostomías y traqueotomías temporales y definitivas, así como las de rescate con cirugía parcial o total.

Resultados: 207 casos con tumores avanzados previamente no tratados fueron incluidos, entre ellos 120 supraglóticos, 21 glóticos, 31 de comisura anterior y 35 de seno piriforme. 154 casos eran localmente avanzados: 136 T3 y 18 T4. Se realizaron gastrostomías temporales y definitivas en 6 casos (2,9%) respectivamente, así como un total de 24 traqueostomías temporales (11,5%) y 12 definitivas (5,8%). La preservación de órgano (laringe) se logró en 159 casos (76,4%) y la de la función (deglución) en 151 (72,6%). En función de la movilidad de la cuerda vocal la tasa de preservación de laringe fue del 72,7% en los casos con una movilidad reducida y del 61,5% cuando la cuerda vocal estaba fijada. La tasa de supervivencia ajustada fue del 69% para el estadio III y del 51% para el estadio IVA. La tasa de supervivencia ajustada para las diferentes localizaciones fue de: glotis 94,7%; comisura anterior 71,1%; supraglotis 58,2% y seno piriforme sinus 38,5%.

Conclusiones: Muchos pacientes con tumores avanzados hubieran sido sometidos a una laringectomía total siguiendo protocolos anteriores. En estadios avanzados (III y IVA) así como en tumores localmente avanzados (T3/T4) la CTL consigue una alta tasa de preservación de órgano sin penalizar la supervivencia.

712. INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD EN EL PRONÓSTICO DEL CÁNCER DE LARINGE

J. Gimeno Hernández, M.C. Iglesias Moreno, M. Gómez Serrano, J.D. Jiménez García, J. Roan Roan y J. Poch Broto

Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Objetivos: En la evaluación de un paciente con cáncer se involucran muchos factores. Con frecuencia se presentan patologías asociadas, a las que denominamos comorbilidad, que pueden influir en el tratamiento, complicaciones, resultados y por tanto, actuar como un factor de confusión en los análisis de supervivencia. Nuestro propósito es investigar cómo la influencia sobre la supervivencia de los factores pronósticos clásicos del cáncer de laringe puede ser modificada por el efecto de la comorbilidad.

Material y métodos: Presentamos una cohorte retrospectiva de 256 pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide laríngeo, intervenidos quirúrgicamente entre 1/1/1995 y 31/12/2002. Los datos sobre los pacientes fueron recogidos de la base de datos oncológica del Servicio ORL hospitalario y la historia clínica. La comorbilidad fue clasificada de acuerdo con el Índice de Charlson y el riesgo ASA anestésico. El análisis de supervivencia se realizó utilizando el método de Kaplan-Meier, mientras que el modelo de Cox se usó para la identificación de factores pronósticos independientes.

Resultados: A cinco años, el riesgo específico de muerte (cáncer de laringe) fue mayor en aquellos pacientes que presentaban una comorbilidad severa (puntuación = 5 en índice de Charlson o 4 en la clasificación ASA), con resultados estadísticamente significativos (riesgo relativo (RR) 1,74, intervalo confianza (IC) 95% (1,04-2,89) p = 0,034 y RR 3,45, IC 95% (1,54-7,74) p = 0,003 respectivamente).

Conclusiones: La comorbilidad es un factor pronóstico independiente (TNM, estadio y localización tumoral) en pacientes tratados quirúrgicamente por cáncer de laringe, teniendo una influencia relevante en el análisis de la supervivencia tanto global como específica tumoral.

479. VALOR DE LA FARINGOGRAFÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE FÍSTULA FARÍNGEA CIEGA EN EL POSTOPERATORIO DE UNA LARINGECTOMÍA TOTAL

A.F. Aguilà[a], J. Vivancos[a], A. Malet[b], Y. Escamill[a], M.A. Seguí[c], J.M. Saiz[a] y R. Rosell[a]

[a]Servicio de ORL. [b]Servicio de Radiología. [c]Servicio de Oncología. Hospital Taulí. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. España.

Objetivo: La fístula faringocutánea (FFC) tras laringectomía total (LT) aparece de forma diferida casi en la mitad de los casos. La faringografía (FG) podría descubrirlas en fase subclínica (FSC).

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de una serie de 136 pacientes consecutivos intervenidos de LT con o sin faringectomía parcial asociada (1989-2004). Comparamos las imágenes obtenidas en la FG con contraste yodado hidrosoluble en el 8º día del postoperatorio de una LT sin FFC evidente, con la evolución clínica

(96 casos, 1992-2004 -grupo1-); y si diagnosticar FSC conlleva una diferencia de duración del ingreso, o de supervivencia, respecto al periodo anterior sin FG (36 casos -grupo 0-).

Resultados: Obtenemos una sensibilidad del 81,82% y una especificidad del 95,98% para el diagnóstico de FSC. Pero sin descenso de la duración del ingreso: media 19,58 días ± 16,31 grupo 1, 15,94 ± 10,56 grupo 0, p = 0,3; ni variación significativa de la supervivencia a los 5 años: 82% grupo 1, 76% grupo 0, p = 0,66.

Conclusiones: La FG en el postoperatorio de una LT es una prueba válida para el diagnóstico de FSC, pero por si sola, no modifica la duración del ingreso ni el pronóstico vital.

391. ESTADO DE LA CIRUGÍA LARÍNGEA PARCIAL ABIERTA EN LA ERA DEL LÁSER CO_2

M. Vaca González, D. Abad Casado y R. Barberá Durbán

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción y objetivos: La generalización de la cirugía laríngea Láser ha supuesto una disminución radical de la indicación de procedimientos abiertos para la conservación de órgano en los cánceres de cabeza y cuello. El objetivo de este trabajo es analizar las cirugías laríngeas parciales abiertas realizadas en nuestro centro desde la implantación y consolidación del láser en el protocolo de preservación de órgano.

Material y métodos: Identificamos a 41 pacientes sometidos a cirugía laríngea parcial abierta desde el año 1999, 40 varones y 1 mujer. 23 fueron procedimientos verticales (incluyendo cordectomías) y 18 laringectomías parciales horizontales. La media de edad fue de 59 y 57 años respectivamente. Un 17% presentaba antecedentes de cirugía láser.

Resultados: Se trataron 23 tumores glóticos, 14 supraglóticos y 4 de otras localizaciones. El estadío del AJCC más frecuente fue el I en los procedimientos verticales (48%) y IV en el grupo de los horizontales (41%). 37 fueron carcinomas epidermoides, 3 verrucosos y 1 carcinoma escamoso basaloide. Se asoció cirugía cervical en el 51% de los casos. La traqueotomía se retiró al alta en el 88%. Se analizaron otros parámetros oncológicos así como funcionales.

Conclusiones: Las cirugías laríngeas parciales abiertas constituyen un conjunto de técnicas que ofrecen buenos resultados oncológicos y funcionales a largo plazo para el tratamiento de los tumores del área faringolaríngea. No obstante la morbilidad asociada a dichos procedimientos ha traído como consecuencia la disminución de su aplicación en detrimento del láser CO_2.

189. APLICACIÓN DEL LÁSER CO_2 EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA LARÍNGEO

A. Quintana, L. Díez, O. Castro, M. Hamdan, J.L. Fariña, E. Palla y N. Acevedo

Hospital Xeral-Cíes. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo. España.

Introducción: En los últimos años el láser CO_2 se ha convertido en una alternativa en el tratamiento del carcinoma epidermoide de laringe (glótico y supraglótico). Nuestro objetivo es evaluar los posibles factores relacionados con la supervivencia libre de enfermedad (pT, márgenes quirúrgicos afectos, infiltración de comisura anterior, subglotis, músculo vocal y ventrículo laríngeo).

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los carcinomas laríngeos intervenidos con láser CO_2 con intención curativa entre enero del 2002 y diciembre del 2008 en el Servicio de ORL (Hospital Xeral-Cíes).

Resultados: Han sido intervenidos 34 carcinomas laríngeos (9 supraglóticos y 25 glóticos). Según el TNM: 13 T1, 19 T2 y 2 T3, con un tiempo mínimo de seguimiento de 18 meses. 12 reciben RT complementaria postoperatoria por la extensión tumoral en el momento de la cirugía. Presentaron recidiva loco-regional 9 (25,71%), 5 de ellos con rescate quirúrgico con láser CO_2 y tres con cirugía abierta (dos laringuectomías parciales y una total). Tras 47,22 ± 12,67 meses de seguimiento, la supervivencia global es del 57,55% y la supervivencia libre de enfermedad es del 63,48%.

Conclusión: El láser CO_2 es una muy buen alternativa en el tratamiento del carcinoma laríngeo (tanto glótico como supraglótico), ya que consigue un buen control local, alta tasa de preservación laríngea y alta tasa de éxito desde el punto de vista oncológico en la resección de las recidivas, incluso tras radioterapia. Factores como la afectación de la comisura anterior y la subglotis o márgenes quirúrgicos positivos, no parecen influir en la tasa de control local.

498. EARLY-STAGE LARYNGEAL CANCER: LASER, OPEN SURGERY OR RADIOTHERAPY

S. Alves, E. Breda, J. Vieira y E. Monteiro

Otolaryngology Department. Portuguese Institute of Oncology. Oporto. Portugal.

Introduction: Throughout the last century, surgical research has provided many partial surgery techniques (either open surgery or endoscopic CO_2 LASER). At the same time, the modification of radiotherapy schedules has notably improved the local control with definitive irradiation. Consequently, in our time, there are different treatment modalities available for early laryngeal cancer, and choosing the best represents a permanent challenge.

Objective: The aim of this study is to analyze clinical and oncological results in patients with early-stage laryngeal cancer treated by LASER, radiotherapy or open surgery. A comparative revision of the literature concerning this matter is also made.

Material and methods: Retrospective study of 180 patients with T1 and T2 laryngeal carcinoma treated in the Otolaryngology Department of the Portuguese Institute of Oncology - Oporto. Three homogeneous groups of 60 patients were compared: I - treated by laser CO_2, II - treated by open approach surgery, III - treated by radiotherapy. In the homogeneous groups, I and II, different outcome measures were analyzed: status of the surgical margins, tracheotomy rate, time of decannulation, feeding-tube dependence, post-operative complications, hospitalization time, number of procedures, aspiration rate and postoperative radiotherapy. In every groups, local or regional recurrences salvage surgery and overall and disease-free survival were reviewed.

Conclusion: Tumor factors, patient factors and physician and patient preferences should dictate the choice of therapy. However, according to our experience, TLM is a good surgical option for treatment of early laryngeal tumors, in line with the reviewed literature.

Sala 105 15.00-16.00

OTOLOGÍA

Sesión de comunicaciones orales 13

138. BAHA: COLGAJO EN U FRENTE A DERMATOMO. COMPARATIVA DE LA TÉCNICA Y COMPLICACIONES

J.M. Tamarit Conejeros, G. Pastor Canicio, F. Pons Rocher, V. Murcia Puchades y J. Dalmau Galofré

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

Introducción: Las complicaciones dermatológicas son las complicaciones postoperatorias más frecuentes relacionadas con las

prótesis BAHA. En este estudio comparamos y evaluamos estas complicaciones con dos técnicas quirúrgicas diferentes, el colgajo en "U" y el dermatomo eléctrico.

Material y métodos: Se ha estudiado a 58 pacientes intervenidos en nuestro centro desde el año 2001. La comparación de las complicaciones se ha realizado según la clasificación de Holgers. Hemos registrado además el número de curas que se requieren hasta la estabilización de la piel.

Resultados: Hemos utilizado el dermatomo en 29 pacientes y el colgajo en "U" en 29 pacientes. En el grupo dermatomo hemos tenido 74% de complicaciones (21 pacientes), que contrastan con el 34% (9 pacientes) con el colgajo en "U". La media de curas por paciente con el dermatomo y con el colgajo en "U" es de 4,1 y 2,7, respectivamente. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas para un intervalo de confianza del 95%.

Discusión/conclusiones: En nuestra experiencia, con el dermatomo eléctrico obtenemos un número mayor de complicaciones que con el colgajo en "U". Dado que ambas técnicas tienen una serie de ventajas y desventajas, quizás la selección de la técnica a utilizar según las características cada paciente de forma individualizada permita obtener mejores resultados en el futuro.

476. IMPLANTES ACTIVOS DE OÍDO MEDIO. NUESTRA EXPERIENCIA

J.L. Merán, E. Masgoret, A. Osorio, J. Bueno, I. Lisner y A. Ramos

Servicio de ORL. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: Los dispositivos implantables de oído medio han ido evolucionando en los últimos años de una manera vertiginosa, de tal manera que lo que parecía como un futuro lejano ya es una realidad. Los implantes activos de oído medio (IAOM) están indicados en pacientes con hipoacusia moderada-severa, especialmente con caídas del umbral de graves a agudos, y que, además, no cumplen con las indicaciones para el implante coclear. Desde los primeros implantes activos de oído medio hasta los de hoy, todos constan de un micrófono, un audioprocesador, una batería, una unidad receptora y un transductor.

Material y método: Hemos realizado un estudio retrospectivo que abarca un periodo que va desde junio de 1998 a diciembre de 2008. En este periodo se han colocado un total de 30 IAOM, de los cuales 29 corresponden al modelo Vibrant Med-El, el cual es un dispositivo semiimplantable, mientras que del modelo totalmente implantable Carina Otologics se colocó sólo uno. Se diseñó un protocolo de recolección de datos del cual se obtuvo información relacionada con: edad, sexo, técnica quirúrgica, datos audimétricos, etc. También se realiza un cuestionario con una escala de satisfacción que valora el grado de conformidad del paciente con audífonos, IAOM o con ambos.

Resultados: En total se han implantado 30 pacientes de los cuales 29 fueron IAOM semiimplantables y 1 totalmente implantable. De los 29 dispositivos semiimplantables 24 fueron colocados con las indicaciones convencionales, mientras que 5 fueron colocados en ventana redonda. La edad de implantación estuvo comprendida entre 21 a 62 años, con una media de 43, 5 años. El oído más implantado fue el derecho (70%). El uso promedio de las prótesis auditivas en los pacientes implantados fue de 9,4 años. La mayor ganancia funcional auditiva con el IAOM, se obtuvo en frecuencias de 2000 y 3000 Hz, observándose también una mejor discriminación de bisílabas en ruido a 65 dB.

Discusión/conclusiones: Los aspectos positivos que normalmente son destacados por los usuarios del Vibrant® Soundbridge® son la mejora de la comprensión en ruido, calidad del sonido percibida y la comodidad de uso del dispositivo. La cirugía del implante de oído medio es, en sus fases iniciales, similar a la de otros procesos otológicos, pero hay algunos aspectos diferenciales que deben ser conocidos y tomados en cuenta por el otólogo.

213. ESTUDIO ANATÓMICO DE LAS REGIONES DE LA VENTANA REDONDA Y VENTANA OVAL EN EL OÍDO MEDIO Y SUS IMPLICACIONES EN LA ESTABILIZACIÓN DE IMPLANTES ACTIVOS DE OÍDO MEDIO DE ESTIMULACIÓN ELECTROMECÁNICA PARA HIPOACUSIAS CONDUCTIVAS O MIXTAS

C. Fernández Jáñez, D. Poletti Serafini, A. Lowy Benoliel, C. Martín-Oviedo, X. Araujo Piedra, C. Alonso Martínez y M.A. Arístegui Ruiz

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: Existen hoy en día numerosas opciones de implantes que permiten rehabilitar la pérdida de audición. Los inicios de los implantes activos de oído medio tienen lugar con la idea de la estimulación mecánica sobre cadena osicular para el tratamiento de las hipoacusias moderada-grave de tipo neurosensorial. Actualmente están ganando interés gracias al aumento de sus diferentes posibilidades de aplicación con la estimulación sobre ventana redonda, fosa oval o prótesis de reconstrucción y Más tarde aumentan sus posibilidades de aplicación obteniendo estimulación sobre ventana redonda, fosa oval o prótesis de reconstrucción y la opción de aplicarse sobre sorderas conductivas o mixtas.

Materiales y métodos: Se realiza la disección de 25 especímenes de hueso temporal obtenidos de donante cadáver, realizando la disección con exposición de la región de la ventana oval y redonda y su estudio morfométrico y anatómico. Se comprobarán las dificultades de adaptación y se expondrán los sistemas más adecuados utilizados tanto en el caso de la fosa oval como de la ventana redonda para la estabilización de los dispositivos electromecánicos disponibles.

Resultados: Se utilizaron piezas de cartílago para facilitar la estabilización del dispositivo. Dicho objetivo se logró en todos los casos de ventana redonda y sólo de forma consistente en un 30% de los casos de fosa oval.

Conclusiones: Dada la variabilidad anatómica tanto de la región de la ventana oval como de la ventana redonda es importante un buen conocimiento de las mismas para solventar las dificultades existentes en la adaptación y estabilización de los nuevos implantes de oído medio.

231. CONSERVACIÓN DE LA AUDICIÓN EN PACIENTES CON FÍSTULA LABERÍNTICA

B. Martínez-Vidal[a], A. Gocea[a], C. Panuschka[a], P. Epprecht[b] y M. Bernal- Sprekelsen[a]

[a]*Hospital Clinic. Barcelona. España.*
[b]*Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. España.*

Introducción: El manejo de las fístulas laberínticas es controvertido y la preservación de la audición es un desafío para el cirujano-otológico.

Métodos: 28 pacientes con colesteatoma y fístula laberíntica confirmada intraoperatoriamente. En todos los casos se extrajo completamente la matriz colesteatomatosa y la fístula se cubrió con polvo de hueso, periostio y/o cartílago. 23 pacientes recibieron dosis altas de metilprednisolona IV, 15 minutos antes de su reparación. Se compararon las audiometrías pre y postquirúrgicas.

Resultados: 22 fístulas (78.57%) se localizaron en el canal semicircular lateral (CSL), 5 en ventana oval y una presentó una doble localización (superior y CSL). Según la clasificación de Dornhoffer y Milewski se encontraron 5 fístulas tipo I (17,85%), 8 tipo IIa (28,5%),

4 tipo IIb (14,4%) y 6 tipo III (21,4%). Preoperatoriamente, la conducción ósea presentó un umbral de 34 dB. Los pacientes tratados con corticoides evidenciaron mejoría de la audición en 70% de los casos. Las fístulas de la ventana oval y tipo IIa del CSL tratadas con corticoides presentaron una buena audición, mientras que los resultados de los grupos IIb y III no fueron conclusivos. 3 de los 5 pacientes que no recibieron corticoides desarrollaron una hipoacusia neurosensorial parcial y uno una cofosis.

Conclusiones: La extracción completa de la matriz colesteatomatosa sobre la fístula previa administración IV de metilprednisolona y su posterior reparación es útil en la prevención de lesiones permanentes del oído interno e incluso mejora la conducción ósea en los pacientes con fístula de la ventana oval y tipo IIa del CSL.

297. TRATAMIENTO DE LA HERNIA MENINGOENCEFÁLICA

E. Montiel, E. Durio, D. Moreno, J. Esteban, C. Herrero y R. Sanz

Hospital Universitario de Getafe. Getafe. España.

Introducción: La hernia meningoencefálica es una patología asociada frecuentemente a la cirugía de oído medio por dehiscencia yatrógena del tegmen y más raramente aparece de forma espontánea. Consiste en una herniación de las meninges sola o acompañada de masa encefálica, hacia el oído medio y que puede ocupar toda la cavidad del mismo. El diagnóstico se realiza mediante otoscopia, tomografía computarizada y resonancia magnética nuclear.

Material y métodos: Se han descrito varios abordajes para el tratamiento de ésta patología, la fosa cerebral media, la transmastoidea y craniectomía a través de la vía transmastoidea. Describimos las tres vías y las indicaciones de las mismas. Exponemos los nueve casos que hemos tratado en nuestro Servicio, con los diferentes abordajes y técnicas de reparación.

Resultados: En todos los casos el defecto se ha cerrado. En dos casos se produjo extrusión del material interpuesto (hueso cortical). Uno que se realizó por vía transmastoidea pura y el otro que se realizó por craniectomía por vía transmastoidea.

Conclusión: Creemos que el mejor tratamiento de la hernia meningoencefálica es la prevención de la misma, interponiendo material (hueso cortical o cartílago) en el defecto realizado en el tegmen en el mismo acto quirúrgico. Cuando ésta se ha producido y el diagnóstico es certero, la vía de abordaje que preferimos es la de fosa cerebral media con interposición de fascia y cartílago y/o hueso cortical. Si fuera necesario, por patología preexistente en oído medio, se dejaría para un segundo tiempo la exéresis de la misma, por vía transmastoidea.

456. ELIMINACIÓN DE OÍDO MEDIO. UNA TÉCNICA VÁLIDA PARA PREVENIR Y TRATAR COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE OÍDO Y OTONEUROCIRUGÍA

X. Araujo Piedra, C. Martín Oviedo, A. Lowy Benoliel, D. Poletti Serafini, B.C. Fernández Jáñez, C. Alonso Martínez y M. Arístegui Ruiz

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.
Hospital de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid. España.

Introducción: La técnica de Eliminación de Oído medio fue introducida con el término de petrosectomía subtotal (Fisch) y su objetivo es eliminación de todo el sistema celular mastoideo. Asocia un cierre del conducto auditivo externo y un bloqueo de la trompa de Eustaquio, así como generalmente una obliteración de la cavidad resultante. Utilizada en personas donde es prescindible la audición, ofrece numerosas ventajas.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión de 30 casos de pacientes intervenidos con esta técnica, que incluían Implantes de oído medio, implantes cocleares, fístulas espontáneas, colesteatoma de localización profunda y tumoración de oído medio. Se discute las técnicas básicas utilizadas por pasos.

Resultados: En todos los casos se procedió al cierre y protección de la cavidad. No se registraron mayores complicaciones. Los seromas retroauriculares se presentaron en un 5%. En el caso de los implantes todos funcionaron adecuadamente sin complicaciones. Sólo se reintervinieron pacientes por patología residual (5%).

Discusión/conclusiones: La técnica de eliminación de oído medio ofrece protección de las estructuras que lo rodean para prevenir o tratar complicaciones potencialmente graves Dicho objetivo se cumplió en todos los casos.

Sala 106 15.00-16.00

OTONEUROLOGÍA

Sesión de comunicaciones orales 14

484. ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO ESTÁTICO Y DINÁMICO EN PACIENTES CON VESTIBULOPATÍA UNILATERAL

L. Echeverría, M. Rodríguez, L. Gómez y T. Rivera

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. España.

Introducción: Uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes con vestibulopatía periférica unilateral son el desequilibrio y las dificultades en la marcha, lo cual disminuye su calidad de vida.

Objetivos: Comparar los parámetros de la marcha y del equilibrio en controles sanos y en pacientes con vestibulopatía periférica unilateral.

Material y métodos: Llevamos a cabo un estudio prospectivo en el cual se incluye hasta el momento actual un grupo control de 22 mujeres sanas y un grupo estudio con 8 pacientes con vestibulopatía unilateral periférica, demostrada mediante pruebas calóricas (videonistagmografía) (déficit > 20%). Se estudiaron variables cinéticas y cinemáticas. Para la recogida de datos utilizamos un sistema de análisis tridimensional del movimiento que captaba la información de la marcha del paciente mientras este caminaba sobre una plataforma, tanto con los ojos cerrados (OC) como con los ojos abiertos (OA). El estudio estadístico se realizo con la t-Student para muestras apareadas.

Resultados: Obtenemos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en variables como la velocidad OA (sanos 1,14; enfermos 1,37), índice de estabilidad general OA (sanos 0,31; enfermos 0,57) y OC (sanos 2,36; enfermos 0,84)), test de riesgo de caídas (sanos 0,54; enfermos 1,62. No hay diferencias estadísticamente significativas en la cadencia con OA (sanos 118,67; enfermos 115) y OC (sanos 115,93; enfermos 113,38).

Discusión/conclusión: Como resultados preliminares, los pacientes con vestibulopatía periférica unilateral presentan una marcha más lenta, con un paso más corto y más ancho, en comparación con el grupo control.

180. PRUEBA CALÓRICA CON AGUA HELADA

A. Batuecas Caletrío[a], L. Montes Jovellar[b], M.S. Boleas Aguirre[b] y N. Pérez Fernández[b]

[a]*Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.*
[b]*Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.*

Objetivo: Estudio de los resultados obtenidos en la estimulación calórica con agua helada en pacientes con vértigo.

Material y método: Se estudian 71 pacientes que cumplen uno de estos tres requisitos: a) hiporreflexia canalicular mayor del 90%, b) suma de las velocidades de fase lenta tras la estimulación con agua fría y agua caliente en un oído menor de 9°s-1, c) suma de las velocidades de fase lenta tras la estimulación con agua fría y agua caliente en ambos oídos menor de 15°s-1. Se realiza la prueba con agua helada con el paciente en decúbito supino y a continuación en decúbito prono y se clasifican en función de la respuesta: Respuesta (el nistagmo cambia de dirección al pasar de supino a prono), pseudorespuesta (el nistagmo no cambia de dirección al pasar de supino a prono) y no respuesta. También se analizan el nistagmo espontáneo así como el resultado de la maniobra oculocefálica y la maniobra de agitación cefálica.

Resultados: De los 71 pacientes con hipofunción unilateral se obtuvo una respuesta normal en 24, una pseudorrespuesta en 31 y una ausencia de respuesta en 14. En dos pacientes se evidenció un nistagmo vertical independiente de la posición y en 12 pacientes la hipofunción era bilateral. Los resultados de la maniobra oculocefálica eran acordes a los resultados con la prueba calórica con agua helada.

Conclusiones: Por los resultados obtenidos se estima que la realización del test con agua helada debe tenerse en cuenta en aquellos pacientes con un bajo nivel de respuesta en la prueba convencional. Este test aporta información complementaria sobre el estado del laberinto posterior y su funcionalidad.

263. CORRELACIÓN DE PRUEBAS VESTIBULARES CALÓRICAS Y ROTATORIAS EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ALTERACIÓN VESTIBULAR

E. Martín Sanz, C. Herrero Fernández, V. Campos Paradinas, J. Esteban, M. Gil Calero y R. Sanz

Hospital Universitario de Getafe. Getafe. España.

Introducción: La relación entre la constante de tiempo tras la rotación en el eje horizontal y la pérdida de función del canal semicircular horizontal objetivada mediante pruebas calóricas, está establecida por distintos autores. La relación es más consistente en pérdidas totales que en las parciales. Del mismo modo, la localización lesional mediante pruebas rotatorias, está sujeta a controversia por conclusiones dispares s de distintos estudios.

Objetivos: Determinar la influencia de la paresia canalicular en la ganancia del VOR y su constante de tiempo determinada por un sillón rotatorio. Determinar la capacidad de los parámetros rotatorios de localizar el lado afecto en pacientes con vestibulopatía periférica.

Material y métodos: Se realiza un estudio longitudinal y prospectivo sobre 30 pacientes con patología vestibular, a los cuales se les realiza pruebas calóricas bitérmicas y pruebas rotatorias. El estímulo rotatorio se realiza mediante un sillón que alcanza una velocidad máxima de 180°/s y abarca un rango frecuencial de 0,04 a 0,64 Hz. El protocolo consiste en la realización de una prueba impulsiva con la obtención de la constante de tiempo postrotatoria, y la prueba sinusoidal multifrecuencial con la obtención de la ganancia, fase y simetría para cada una de las frecuencias estudiadas.

Resultados: Existe una correlación significativa ($p < 0,05$) entre los valores de la paresia canalicular y los de la constante de tiempo. Existe una disminución de la ganancia ipsilesional ($p < 0,05$) comparada con el lado sano.

Conclusiones: Las pruebas rotatorias suponen un instrumento fiable para la evaluación vestibular y para la localización lesional.

264. REHABILITACIÓN VESTIBULAR EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD DE MENIÈRE

E. Martín Sanz, J. Esteban, E. Montiel Díez, V. Campos, C. Herrero Fernández y R. Sanz Fernández

Hospital Universitario de Getafe. Getafe. España.

Introducción: La rehabilitación vestibular en la enfermedad de Menière (EM) es debatida puesto que la compensación es precaria por la fluctuación de la función vestibular, aunque está mayormente aceptado que la rehabilitación está indicada cuando la sintomatología principal del paciente es la inestabilidad y no las crisis de vértigo.

Material y métodos:. Presentamos un estudio retrospectivo de pacientes consecutivos diagnosticados de enfermedad de Menière según los criterios de la AAO-HNS de 1995, 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 60 pacientes (18 hombres y 42 mujeres) con una edad media de 60,7 años. El patrón posturográfico más frecuente fue el vestibular seguido del visuovestibular, y el de severidad. El patrón más frecuente tras la rehabilitación fue el patrón normal seguido del vestibular. Todos los pacientes fueron sujetos a rehabilitación instrumental con posturógrafo. El 74,5% mostraron una mejoría objetiva del patrón posturográfico inicial, el 12,8% mostraron un patrón similar al previo tras la rehabilitación, y un 12,8% 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 EM.

301. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA NEURITIS VESTIBULAR. NUESTRA EXPERIENCIA

R. de la Fuente, J.C. del Pozo, F.J. del Rey, M. Jáñez, A. Batuecas y S. Santa Cruz

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: La neuritis vestibular es la segunda alteración más frecuente tras el VPPB. La incidencia es de aproximadamente 3,5/100.000 casos. Recibe otros nombres como son: neuronitis vestibular, neurolaberintitis viral, fallo vestibular agudo unilateral, vestibulopatía periférica aguda unilateral. Se cree que su fisiopatología está relacionada con una infección viral previa ó episodios isquémicos.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de las neuritis vestibulares que ingresaron en nuestro hospital desde el año 2003 hasta el 2008. Las variables a estudio fueron: sexo, edad, fecha y agrupamiento epidemiológico, antecedente de cuadro viral, tiempo hasta acudir a urgencias, clínica, nistagmo (grado, dirección, cambio del nistagmo), mejoría subjetiva, medicación en la planta, inicio de la deambulación, pruebas complamentarias (ATL, VNG, vertical subjetiva, snalítica y RMN) y aparición de un VPPB posterior.

Resultados: El total de pacientes fueron 66 de los cuales 39 fueron hombres y 27 mujeres desde el año 2003 hasta el 2008. La estación en la que se produjeron más casos fue la primavera. Sólo en 5 casos hubo antecedente catarral previo. El tiempo hasta acudir a urgencias osciló entre 1 hora y 7 días. Clínicamente un pequeño porcentaje presentaron inestabilidad sin sensación de giro de los

objetos. El nistagmo al ingreso fue en la mayoría de 3º grado. La mejoría subjetiva sufrió una variación según el tratamiento aplicado, ya que desde el mes de junio de 2008 comenzó a utilizarse corticoide intravenoso. Sólo en 2 casos hubo un VPPb posterior.

504. POTENCIALES EVOCADOS VESTIBULARES MIOGÉNICOS (PEVMS) EN LA CANALOLITIASIS POSTERIOR

N. Ortiz Laredo, A. García-Arumí, E. Genestar Bosch, R. Wegmann Vicuña, D. Graterol Torres, M. Minoves y D. Moncho

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: Los PEVMs están siendo introducidos en la clínica para estudiar diversas patologías del oído, pero poco se ha publicado en relación al vértigo posicional paroxístico benigno especialmente comparándolos con los resultados videonistagmográficos.

Material y método: A 17 pacientes diagnosticados de canalolitiasis posterior, tratados y curados, se estudia la respuesta calórica mediante VNG y la respuesta evocada vestibular miogénica (PEVM) en el esternocleidomastoideo mediante estimulación con clics a través de auriculares, con el objetivo de valorar la función sacular y compararlos con sus respuestas calóricas.

Resultados: 4 (23%) presentaron respuesta calórica deficitaria en el oído afectado, 1 de ellos con PEVM alterados. 10 (59%) mostraron registros alterados en los PEVM (retrasos de latencia o ausencia de potencial).

Discusión: En nuestro estudio se ha obtenido un alto porcentaje de pacientes con afectación sacular y un porcentaje inferior con afectación del canal horizontal. Ello indica que aunque clínicamente se presentan de forma similar una gran parte de estos enfermos presentan lesiones en áreas diversas, especialmente saculares. Aunque la teoría de la canalolitiasis pretende explicar la clínica de estos pacientes no debe descartarse que la pérdida de las interacciones inhibitorias entre los receptores del sáculo y de las aferencias del CSP, estructuras que se estimulan simultáneamente con este movimiento, podría ser otra explicación ya que se ha observado casos de canalolitiasis que histológicamente no tenían depósitos otolíticos en dicho canal.

Sala 107 + 108 15.00-16.00

RINOLOGÍA

Sesión de comunicaciones orales 15

402. CIRUGÍA ENDOSCÓPICA. AVANZANDO HACIA LA BASE DE CRÁNEO

G. de los Santos, C. Frágola, D. Pérez y V. Rodríguez

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: La cirugía endoscópica permite abordar patología de base de cráneo. Previamente se requiere adquirir experiencia endoscópica en patología otorrinolaringológica compleja.

Material y métodos: Presentamos los casos complejos tratados con cirugía endoscópica en los últimos dos años. En total se han incluido 36 pacientes.

Resultados: Los diagnósticos que motivaron la intervención endoscópica fueron: 2 trombosis de seno cavernoso, 2 masas nasales (1 granuloma, 1 bola fúngica etmoidal,) 2 mucoceles frontales, 1 masa orbitaria (pseudotumor orbitario), 6 fístulas de LCR, 10 tumores nasosinusales y 13 abordajes hipofisarios. Los mucoceles frontales se trataron endoscópicamente mediante miniosteoplastias. De las 6 fístulas de LCR, en un caso fracasó la endoscopia y hubo que realizar una craneotomía anterior, Los tumores nasales fueron: 1 linfoma, 2 papilomas invertidos, 1 angioma, 1 meningioma, 2 fibromas osificantes, 1 adenoide quístico, 1 adenocarcinoma y 1 mioepitelial. Los abordajes hipofisarios se realizaron por las siguientes patologías: un quiste hemorrágico y 12 tumores (3 acromegalias, 2 productores de ACTH y el resto no funcionantes). La apertura amplia del diafragma supraselar fue el factor determinante en la presencia de fístula de LCR postquirúrgica.

Discusión/conclusiones: El tratamiento endoscópico de patologías otorrinolaringológicas cada vez más complejas es un paso previo al abordaje de la base de cráneo. Las limitaciones para el aprendizaje de técnicas avanzadas residen en la baja frecuencia de estas patologías y en la necesidad de disponer de neurocirujanos que colaboren en equipo. El desarrollo de estas técnicas requiere la concentración de estas patologías en centros con equipos multidisciplinares.

718. RESULTADOS A MEDIO PLAZO DE LA RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES

B. de Frías Berzosa, M. Mesa Marrero, E. Hernández Montero y P. Rivas Lacarte

Hospital de Viladecans. Viladecans. España.

Introducción: La obstrucción nasal es motivo frecuente de consulta en Otorrinolaringología, limitando la calidad de vida de los pacientes. Si la causa de la insuficiencia es hipertrofia de cornetes inferiores, habitualmente se inicia tratamiento médico y si este es insuficiente alguna de las alternativas quirúrgicas para reducir el tamaño de estos. En este trabajo se valora la eficacia a 6 meses de la radiofrecuencia de cornetes inferiores.

Material y métodos: Estudio descriptivo-prospectivo con 50 pacientes a los que se practica radiofrecuencia de cornetes inferiores bajo control endoscópico y con anestesia tópica en circuito ambulatorio sin quirófano. Los controles son a las dos semanas dos meses y 6 meses. Antes de la cirugía y en el control de los 6 meses se realiza una nasofibroscopia flexible para registro de signos y una escala EVA para registro de los síntomas.

Resultados: En el 90% de los casos la hipertrofia de cornetes inferiores es por rinitis alérgica o vasomotora. A los 6 meses se objetiva una reducción del tamaño de cornetes en el 49 casos, lo que supone el 98%. Se tuvo que repetir la técnica en éste y en otros 4 de manera selectiva. La complicación principal es la epistaxis tardía, se presentó en un paciente (2%). La escala EVA para la valoración subjetiva, muestra satisfacción tras la técnica en el 100% de los pacientes.

Conclusiones: La radiofrecuencia es una técnica poco invasiva, segura y rápida. Muestra buenos resultados tanto objetivos como subjetivos, convirtiéndose así en una técnica de primera elección para el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia de cornetes nasales.

241. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA RADIOFRECUENCIA DE CORNETES MEDIANTE RINOMETRÍA ACÚSTICA

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

Hospital Universitario de Getafe. Getafe. España.

Introducción: La hipertrofia de cornetes inferiores es un motivo frecuente de consulta en otorrinolaringología. Para su diagnóstico es útil la rinometría acústica, que determina el grado de obstrucción. Cuando el tratamiento médico falla, se puede recurrir a un tratamiento con radiofrecuencia, método poco invasivo y eficaz, con escasas complicaciones.

Método: Estudio retrospectivo de 122 pacientes intervenidos de radiofrecuencia de cornetes por dificultad respiratoria secundaria a hipertrofia de cornetes inferiores. Se establece el diagnóstico mediante la rinometría acústica antes y después de instilar un vasoconstrictor local. Todos los pacientes fueron objeto de RF y se repitió la rinometría tras dos meses de la intervención. Para el análisis estadístico se realizó un ANOVA de medidas repetidas mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados: No existieron complicaciones por el procedimiento. Existen diferencias altamente significativas ($p < 0,01$) comparando los resultados de la rinometría previa y posterior al tratamiento. La presencia de alergia polínica, los antecedentes de septoplastia, y el sexo no suponen ningún factor de interacción con los resultados expuestos.

Conclusiones: La radiofrecuencia supone un método eficaz y seguro para el tratamiento de la hipertrofia de cornetes. La aplicación tópica de anestésico con adrenalina supone un factor predictor para la eficacia de la radiofrecuencia. La rinometría acústica es un método útil para evaluar el grado de obstrucción nasal antes y después del procedimiento.

253. DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDOSCÓPICA. RESULTADOS A LARGO PLAZO EN 150 PACIENTES

G. Plaza, T. Gómez, P. Zaragoza, A. Nogueira y C. Ruiz

Servicios de Otorrinolaringología y Oftalmología. Hospital La Zarzuela. Madrid. España.

Objetivo: Describir nuestros resultados a largo plazo tras dacriocistorrinostomía endoscópica.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre 150 dacriocistorrinostomías endoscópicas consecutivas realizadas entre enero de 1999 y enero de 2009.

Resultados: Se realizó septoplastia en 45% de los casos, y otros procedimientos endoscópicos en 22%. Tras un seguimiento de 6 meses a 9 años, con mediana de 6 años, la dacriocistorrinostomía endoscópica consiguió un resultado satisfactorio en 92%, 89% y 84% de los casos, en términos de resolución de la epífora, permeabilidad anatómica mediante lavado lagrimal, y resultado funcional mediante test de Jones, respectivamente.

Conclusión: La dacriocistorrinostomía endoscópica obtiene unos resultados anatómicos y funcionales comparables a la dacriocistorrinostomía externa, siendo un procedimiento sencillo y coste-efectivo, cuyos resultados se sostienen a largo plazo.

256. ABORDAJES TRANSNASALES TRANSESFENOIDALES ENDOSCÓPICOS DE LA REGIÓN HIPOFISARIA. NUEVE AÑOS DE EXPERIENCIA

M. Armengot, M.J. Gómez, J.M. Gallego, R. Rodríguez, R. Reboll, M. Bonet y N. Mosquera

Hospital General Universitario de Valencia. Servicio de Otorrinolaringología. Facultad de Medicina. Valencia. España.

Introducción: Las fosas nasales son la vía natural para abordar quirúrgicamente la región hipofisaria. La introducción de los endoscopios permitió pasar de las vías sublabiales y más tarde transnasales-transeptales al camino anatómico de los ostiums esfenoidales. En este trabajo exponemos nuestra experiencia y las modificaciones que hemos introducido en la técnica para minimizar las secuelas nasales y mejorar la exéresis tumoral.

Material y métodos: Durante 9 años hemos intervenido junto con los neurocirujanos 33 pacientes afectos de adenomas hipofisarios por vía endoscópica transesfenoidal. Los criterios tumorales de este abordaje eran neuroquirúrgicos. Solo uno de los pacientes propuestos por neurocirugía fue rechazado por nosotros por ausencia de neumatización del esfenoides, siendo este el criterio de exclusión bajo el punto de vista otorrinolaringológico.

Resultados: En un paciente se requirió una septoplastia peroperatoria para mejorar la visión del receso esfenoidal. En todos los casos se ampliaban ambos ostiums esfenoidales hasta el suelo del seno esfenoidal. A través de una fosa nasal se introducía la óptica y por la otra el instrumental quirúrgico. La evolución ha llevado a eliminar el tabique óseo adyacente al rostrum del esfenoides y al uso del navegador.

Discusión/conclusiones: Tanto desde el punto de vista otorrinolaringológico como neuroquirúrgico, el abordaje transesfenoidal endoscópico de la región hipofisaria es seguro, eficaz y funcional, ya que preserva la vía aérea nasal. La eliminación del tabique óseo adyacente al nostrum esfenoidal y el uso del navegador facilitan tanto el abordaje como la exéresis tumoral.

435. CASUÍSTICA DE RINITIS ALÉRGICA EN EL SERVICIO DE ORL DEL ÁREA DE ALCALÁ DE HENARES

N. González, J.A. Guerrero, F. García y T. Rivera

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. España.

Introducción: La rinitis alérgica (RA) constituye un problema importante de salud; afecta al 10-25% de la población.

Material y métodos: Revisamos los pacientes estudiados durante 2008 en una consulta monográfica de Rinología (ORL) en nuestro Área. 53 pacientes cumplen criterios de RA. Cumplimentan un cuestionario describiendo antecedentes ambientales, personales, sintomatología y autoevaluación (escala visual analógica, EVA), criterios ARIA 2007. Se realizan pruebas epicutáneas (Prick test), rinomanometría anterior activa y endoscopia nasal. Los datos obtenidos se vierten en hoja de cálculo (Excel 2007).

Resultados: Se analizan 53 pacientes (62% hombres, 38% mujeres) con una edad media de 31 años. 51% son atópicos y 28% asmáticos. Se consideran afectos de RA intermitente 27 pacientes (43%), y persistente, 30 (57%). 7 de ellos (13%) describen síntomas leves y 46 (87%), moderados-severos, con una media de 7 puntos en la EVA. Según los resultados del Prick test los alergenos más frecuentes son las gramíneas (pólenes III 58%; pólenes IV 57%) y el olivo (51%). El epitelio de perro y gato afecta al 21 y 19% respectivamente. C. arizonica y P. acerifolia muestran una afectación intermedia, con una positividad del 15 y 17% respectivamente.

Conclusión: El estudio realizado muestra que los alergenos varían respecto al resto de la Comunidad de Madrid. El olivo presenta una mayor afectación, similar a la comunidad colindante (Castilla La Mancha). Creemos fundamental el estudio epidemiológico de cada población para individualizar el tratamiento y prevención.

Sala 109 + 110 15.00-16.00

RINOLOGÍA

Sesión de comunicaciones orales 16

46. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA POLIPOSIS NASOSINUSAL BILATERAL. FUNCIONAL FRENTE A RADICAL

D. Virós Porcuna, R. Krakowiak Gómez, J.R. Gras Cabrerizo, J.R. Montserrat Gili, H. Massegur Solench y G. Pedemonte Sarrias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción: La cirugía endoscópica (funcional o radical) es el procedimiento quirúrgico de elección de la poliposis nasal bilateral cuando el tratamiento médico

Material y métodos: Se efectúo un estudio retrospectivo de 46 pacientes operados entre los años 2006 y 2007. Se realizó cirugía endoscópica funcional en el 41% de los casos (n = 19) y cirugía endoscópica radical en el 59% (n = 27). El 37% (n = 17) de los pacientes presentaban triada ASA, el 21,7% (n = 10) asma concomitante, y el 41,3% (n = 19) PNS aislada. El 39% (n = 18) presentaban alguna cirugía previa.

Resultados: El estadiaje del TC medio fue de 11,2 en pacientes con PNS aislada, 15,2 en los que padecían asma concomitante y 18,1 en los que presentaban triada ASA. En los pacientes con triada ASA se realizó cirugía radical en el 76,5% de los casos (n = 13). En los pacientes con asma concomitante y poliposis aislada se utilizó en el 48,3% (n = 14). No se evidenció ninguna lesión polipoidea al año en el 68,1%(n = 15) de los pacientes tratados con cirugía radical y en el 31,5% de los pacientes intervenidos con cirugía funcional (n = 6).El olfato fue normal en el 59,2% de los enfermos tratados mediante cirugía radical y en el 42,1% de los sometidos a cirugía funcional. Los pacientes operados previamente tan sólo el 30% refería olfacción normal. La cirugía no empeoró el asma concomitante en ningún paciente. No se encontraron complicaciones asociadas a la cirugía.

Conclusiones: La cirugía radical parece aportar unos resultados más beneficiosos en el control de los síntomas sobre todo en aquellos enfermos con triada ASA concomitante y cirugías previas de repetición.

679. TAPONAMIENTO NASAL EN LA EPISTAXIS POSTERIOR. COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS

I. Llópez Carratalá, F.J. García Callejo, N. Muñoz Fernández, M.T. Achiques Martínez, M.V. Monrroy Parada, N. Conill Tobias, M.J. Montoro Elena y J. Marco Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universidad de Valencia. Valencia. España.

Objetivo: Evaluar la tolerancia y eficacia de dos sistemas diferentes de taponamiento nasal para epistaxis posteriores refractarias a medidas convencionales.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio comparativo longitudinal y prospectivo de 5 años en pacientes que acudieron a urgencias por epistaxis y precisaron ingreso por taponamiento posterior. Se consideraron 2 grupos; uno atendido con sistema de hinchado neumático bicameral (n = 105), y el otro con oclusión posterior con gasa accediendo por boca y refuerzo anterior (n = 47). La tolerancia se midió mediante escala analógica de intensidad de dolor durante la colocación y mantenimiento del tapón, así como por la necesidad de analgesia. La eficacia se valoró por los índices de resangrado, necesidad de otras medidas concomitantes, transfusión de hemoderivados y efectos secundarios.

Resultados: En los pacientes con taponamiento hinchable, la colocación fue significativamente más rápida y menos dolorosa, precisando menos analgesia hasta su retirada. El taponamiento de gasa presentó menos resangrado, menos necesidad de transfusión o de otros procedimientos, así como menos gasto sanitario y menores complicaciones a corto y largo plazo.

Conclusiones: El taponamiento posterior clásico con gasa resulta menos cómodo y rápido de adaptar, pero asegura un mayor porcentaje de éxitos en el control de la epistaxis, genera menos lesiones locales y reduce los costes sanitarios con respecto al neumotaponamiento.

348. ELECCIÓN DEL NAVEGADOR Y NUESTRA EXPERIENCIA EN LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASAL

F.J. Martín Arregui, J.A. Zabala López de Maturana, F. Santaolalla Montoya y J.A. Anta Escuredo

Servicio de ORL. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Introducción: Con este trabajo pretendemos hacer un repaso de los principales equipos para navegación en ORL, analizando las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos, así como relatar nuestra experiencia con estos equipos, para ayudar en la elección a aquellos que tengan en mente la adquisición de dicho aparataje.

Material y métodos: Comparación de características técnicas, facilidad de manejo, precio de compra y gasto en fungibles de los diferentes equipos. Aspectos médico legales. El futuro de los navegadores. Análisis de los 30 casos intervenidos en nuestro Servicio.

Resultados: En el mercado encontramos dos tipos de equipamientos, los basados en tecnología electromagnética y los ópticos, siendo los primeros de una utilización más sencilla, no obstante los segundos presentan una mayor disponibilidad de calibración de instrumental. A pesar de que todos los casos intervenidos eran complejos no hemos tenido ninguna complicación seria, no podemos comparar resultados con casos previos ya que no se trata de un grupo homogéneo.

Discusión/conclusiones: Consideramos de gran utilidad el uso del navegador en la CENS, básica y avanzada, así como en la docencia, creemos que es imprescindible en el abordaje de la base de cráneo, y en un futuro próximo en toda CENS. A la hora de la compra no debemos olvidar que la evolución de estos equipos va a ser vertiginosa, por lo que puede que nuestro aparato esté obsoleto en poco tiempo, parece inminente la incorporación de estudios de imagen a tiempo real, y la posibilidad de la tridimensionalidad, ya aplicada en el da Vinci. Por último tener presente el gasto atribuible a los fungibles, aspecto éste no desdeñable.

340. QUISTE NASOLABIAL. REVISIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CONDUCTA DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

R. Krakowiak Gómez, J.R. Gras Cabrerizo, I. Zarraonandía Andraca, G. Pedemonte Sarrias, J.C. Villatoro Sologaistoa, M. López Vilas y J.R. Montserrat Gili

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción: El quiste nasolabial o nasoalveolar es un raro quiste no odontogénico del maxilar superior que comprende del 0,7 al 2,5% de todos los quistes orales. Su etiopatogenia es controvertida, aunque parece proceder de una alteración del desarrollo del conducto nasolacrimal. Aparece con más frecuencia en mujeres entre la tercera y sexta década, siendo habitualmente unilateral. Se manifiesta como una tumefacción del ala nasal pudiendo provocar obstrucción nasal o bien ser asintomático. Las pruebas de imagen son métodos diagnósticos complementarios. Su tratamiento es quirúrgico.

Pacientes y método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 19 pacientes diagnosticados de quiste nasolabial, en el periodo comprendido entre enero de 1989 y enero de 2009. Se evaluó las características epidemiológicas y la conducta diagnóstico-terapéutica.

Resultados: El 84% de los pacientes fueron mujeres, presentándose con más frecuencia entre la cuarta y sexta década. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la presencia de una masa en la fosa nasal (42,1%) o la aparición de una tumefacción del

ala nasal (31,6%). En el 68,4% se realizó una tomografía computada presentando una concordancia clínico-radiológica del 100%. Se llevo a cabo un tratamiento quirúrgico en 15 casos (14 vía gingivolabial y 1 Caldwell Luc) y una conducta expectante en los cuatro restantes.

Conclusiones: El quiste nasolabial es una patología poco frecuente, que se presenta con más frecuencia en mujeres adultas. El diagnóstico es clínico confirmado con las pruebas de imagen. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

556. MUCOCELE FRONTAL TRAS CENS. MANEJO ENDOSCÓPICO DEL RECESO FRONTAL

C. Martín González, A. Martínez Ruiz-Coello, B. de Diego, C. López-Cortijo, B. Arellano y D. Laguna

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. España.

Introducción: Los mucoceles son procesos pseudoquísticos expansivos benignos rellenos de moco y recubiertos por mucosa respiratoria. Pueden desarrollarse de forma espontánea o aparecer tras cirugía endoscópica nasosinusal (CENS), sobre todo si el abordaje del receso frontal no se realiza de forma adecuada. Se trata de una entidad relevante por la afectación de las estructuras adyacentes a la misma, como destrucción ósea de las paredes de los senos, siendo de mayor importancia en el seno frontal debido al riesgo de infiltración intracraneal.

Material y métodos: Presentamos 4 casos de poliposis nasosinusal que refieren reaparición de la clínica nasal y síntomas oculares, tras la realización de CENS, en distintos hospitales de la Comunidad de Madrid, como tratamiento de su poliposis. Realizamos una revisión en la literatura del mecanismo de aparición de mucoceles frontales en pacientes sometidos a CENS, relacionado con la técnica quirúrgica utilizada.

Resultados: Se realiza TC nasosinusal de control, objetivándose en todos los casos la existencia de un mucocele frontal, con extensión a órbita en uno de ellos. Todos los pacientes son tratados quirúrgicamente, mediante CENS con o sin abordaje externo. La revisión realizada muestra relación entre la aparición de mucoceles frontales y el antecedente de CENS, pudiendo estar relacionado con la técnica utilizada para abordar el receso frontal, entre otras causas.

Conclusiones: Creemos que se debe realizar un abordaje endoscópico del receso frontal cuidadoso y con una técnica adecuada, para evitar el desarrollo de un mucocele, entidad benigna pero no exenta de complicaciones.

239. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON RINOSINUSITIS CRÓNICA

R. Hijano Esqué, J. Serra Carreras, F. Crego de Pablos e I. Homs Moreno

Fundació Hospital Asil. Granollers. España.

Introducción: Es posible una relación de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) con rinosinusitis crónica y/o pólipos, aunque los estudios al respecto no ponen de manifiesto una relación de causalidad clara. El objetivo del presente estudio es ver si la ERGE es más prevalente en pacientes con rinosinusitis crónica, confiriéndole características diferentes.

Material y método: Se usó el cuestionario validado GERDQ en enfermos control y enfermos con criterios de rinosinusitis crónica con/sin pólipos. El cuestionario consta de 6 preguntas con diferente puntuación referente a la presencia de ardores, regurgitación y afectación del sueño. Se divide en paciente con probable no ERGE, ERGE y ERGE severa.

Resultados: La muestra constaba de 233 enfermos: 80 controles, 78 pacientes con pólipos y 75 con rinosinusitis crónica. Los grupos estaban homogéneamente distribuidos (edad media 52 años y sexo -60% hombres; 40% mujeres-). Los pacientes con sinusitis crónica puntuaron más alto en los síntomas relacionados con la regurgitación y ardor que los controles y los pacientes con pólipos ($p < 0,05$). Sin embargo el diagnóstico de ERGE se produjo en los controles en un 25%, situándose en torno al 20% en aquellos pacientes con RSC y pólipos. Los pacientes con pólipos presentaron menos ERGE severa (8%).

Discusión/conclusiones: Una relación entre la ERGE y la rinosinusitis crónica es probable, sin embargo la prevalencia de esta enfermedad en pacientes con rinosinusitis crónica no parece marcar diferencias. Helicobacter pylori parece relacionarse con una disfunción móvil ciliar en la mucosa nasosinusal, pudiendo predisponer a padecer rinosinusitis ± pólipos.

MARTES, 17 DE NOVIEMBRE

Sala 103 + 104 15.00-16.00

INVESTIGACIÓN

Sesión de comunicaciones orales 17

615. CARACTERIZACIÓN BIOQUÍMICA Y FUNCIONAL DE LOS RECEPTORES DE PROSTAGLANDINA E2 EN LA ACTIVIDAD MASTOCITARIA INDUCIDA POR MANITOL

I. Torres Atencio, I. Oliver Vila, M. Martín Andorrá, R. Torres, F. de Mora y C. Picado

Unidades de Rinología y Alergia. Departamentos de Neumología, Anestesia y Otorrinolaringología. IDIBAPS. Barcelona. España.

Introducción: El mastocito produce y almacena mediadores involucrados en diferentes procesos inflamatorios. La hiperreactividad bronquial genera broncoconstricción en el asmático debido al incremento de mastocitos en el músculo liso respiratorio. El ejercicio produce hiperreactividad que coliga con el aumento en la osmolaridad del líquido de las vías áreas. Este cambio osmótico provoca que el mastocito se active y libere mediadores como la prostaglandina E2 (PGE2), metabolito del ácido araquidónico, que según el receptor al que active, previene o agudiza el proceso inflamatorio. Nuestro objetivo fue caracterizar bioquímica y funcionalmente el efecto de PGE2 en el mastocito en condiciones hiperosmóticas.

Metodología: Se utilizó la línea de mastocitos humanos LAD2. El estímulo osmótico fue manitol al 20%. La población de receptores EP fue caracterizada mediante fármacos antagonistas y PCR. La actividad mastocitaria se determinó con el ensayo de liberación de β-hexosaminidasa. El efecto de los tratamientos en las vías de MAP quinasas se analizó mediante western blot. Los valores se representan como media ± SEM ($N = 3$). Una $p < 0,05$ fue considerada significativa (prueba t de Student).

Resultados: El manitol produjo 25% de liberación de β-hexosaminidasa, siendo reducida a un 5% al bloquear el receptor EP3; igualmente ocurrió con la activación de las MAP quinasas que disminuyó significativamente ($p < 0,003$) al antagonizar el receptor EP3.

Conclusión: Estos resultados sugieren que el receptor EP3 es el responsable de los efectos deletéreos en la activación del mastocito inducida por manitol, por lo que el efecto protector de PGE2 puede deberse a su unión a los receptores EP2/EP4.

662. DESARROLLO DE UN MOTOR DE BÚSQUEDA PARA OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS EN FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIAS

G. Álvarez Morujo[a], A. Martín Mateos[a], A. Martín Romero[b] y M. Mier Morales[a]

[a]Servicio de ORL. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España. [b]E.U. Informática de Cádiz. Cádiz. España.

Introducción: Las fuentes de información secundarias nos ofrecen documentos que valoran, sintetizan o resumen la evidencia. Desafortunadamente es necesario realizar la búsqueda en diferentes bases de datos con estrategias diferentes. El objetivo es diseñar un buscador único que nos permita encontrar la información requerida en diferentes bases de datos con una sola búsqueda.

Material y método: Se analiza las bases de datos secundarias que ofrecen mejores contenidos de información ORL. Se analiza la raíz web de sus contenidos. Se prueba la precisión del modelo (números de documentos de interés obtenidos/número de documentos obtenidos).

Resultados: Se desarrolla el buscador personalizado Evidencias en ORL disponible en la red desde www.orlevidencia.org, utilizando la base de datos de Google. Se incorporan diversas fuentes de información biomédicas en un solo motor de búsqueda, destacando entre ellas National Guideline Cleringhouse de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) del U.S. Department of Health and Human Services, The Cochrane Library, The Specialist Library for ENT and Audiology de la National Library for Health (NLH) y el Centre for Reviews and Dissemination (CRD) de la Universidad de York.

Discusión/conclusiones: El desarrollo de motores de búsquedas personalizados por áreas de conocimiento es en el momento actual uno de los sistemas más eficiente para encontrar respuesta a nuestras preguntas clínicas en fuentes de información secundarias. La estrategia de búsqueda es muy sencilla, no precisando de descriptores ni operadores booleanos, sólo de términos libres. La búsqueda es inmediata ordenando los documentos en base a la relevancia y pageRank.

682. DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN PARA LA INSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE RECURSOS WEB DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

S. Senao Fernández[a], A. Martín Mateos[a], A Martín Romero[b] y M. de Mier Morales[a]

[a]Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España. [b]Escuela Superior de Ingenieria informática. Cádiz. España.

Introducción: El estado actual de la información biomédica está caracterizado principalmente por su abundancia, variabilidad en su calidad y su dispersión, en ocasiones es contradictoria o poco precisa. El conocimiento de la distribución de la información en una pirámide 5S descrito por Haynes facilita su manejo. En ella en la parte más alta de la pirámide se sitúan los sistemas informáticos, sumarios y publicaciones secundarias, estando en los dos últimos peldaños las revisiones sistemáticas y los artículos originales.

Metodología: Selección fuentes de información de mayor interés en ORL. Distribución según pirámide de Haynes. Desarrollo de la aplicación con Inno Setup, programa para poder crear archivos de instalación para los sistemas operativos Windows en 16 y 32 bits, debido al uso extensivo de la compilación condicional soporta la creación de un único fichero EXE para facilitar la distribución de los programas a través de Internet.

Resultados: Se desarrolla la aplicación que permite la instalación automática de las Web que contienen los recursos de las fuentes de información secundarias. La instalación distribuye las carpetas en la misma sucesión que la pirámide de Haynes. Se añaden los metabuscadores y recursos específicos de otorrinolaringología. Dentro de cada una de ella se ofrecen los enlaces a las principales bases de datos

Conclusiones: Disponer de los recursos Web clasificados según la pirámide 5S en nuestro propio ordenador facilita la realización de una estrategia de búsqueda eficiente.

693. DISPOSICIÓN TOPOGRÁFICA DE LOS ELEMENTOS NEUROVASCULARES EN LA REGIÓN SUPRAGLÓTICA DESDE UN ABORDAJE ENDOLARÍNGEO

R. Souvirón, E. Maranillo, T. Vázquez, N. Patel, B. Scola, S. McHanwell y J.R. Sañudo

Departamento de Anatomía Humana y Embriología I. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España. Oral Biology Dental School. Framlington Place.Newcastle upon Tyne. Reino Unido.

Introducción: El objetivo del estudio es el análisis topográfico de los elementos vasculares de la región laríngea supraglótica desde un abordaje endoluminal, tal y como podrían ser encontrados durante una cirugía laríngea láser CO_2.

Material y métodos: Se utilizan 7 laringes de cadáver humano adulto sin patología laríngea conocida (3 varones y 4 mujeres).El espacio paraglótico fue disecado en cada uno de los lados, desde un abordaje endolaríngeo, estableciendo como límites de la disección un triángulo virtual al que denominamos "triángulo vascular" y cuyos vértices son el proceso vocal, la comisura anterior y el repliegue aritenoepiglótico.

Resultados: Se describe el trayecto de la arteria laríngea superior y su relación con la vena y el nervio laríngeo superior interno. La arteria laríngea superior penetra en el espacio paraglótico en 12 casos (86%) a través de la membrana tirohioidea y en 2 casos (14%) a través de foramen tiroideo. Tras disecar el plano mucoso, el elemento más superficial encontrado fue la vena laríngea superior (salvo en 1 caso que no fue encontrada); la arteria laríngea superior fue el elemento intermedio en 12 casos (86%) y el más profundo en 2 casos (14%), donde el nervio laríngeo superior Interno fue el elemento intermedio. El trayecto de la arteria fue tortuoso en un 66% de casos, siendo curvo o rectilíneo en el resto de los casos.

Conclusión: Este estudio permite tener un conocimiento anatómico que explica la incidencia del sangrado tras microcirugía láser debido a la superficialidad de las estructuras vasculares.

546. PAPEL DEL POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE ESTADO ESTABLE EN LA DETECCIÓN DE PRESBIACUSIA EN ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN

J. Esteban Sánchez, C. Sánchez Rodríguez, E. Martín Sanz, J. Nevado Blanco, J.R. García Berrocal, R. Ramírez Camacho y R. Sanz Fernández

Hospital Universitario de Getafe. Getafe. España.

Introducción: La presbiacusia es la causa más frecuente de pérdida auditiva. La aparición de potenciales evocados auditivos de estado (PEAee) permite analizar un mayor espectro de frecuencias que los potenciales auditivos de tronco cerebral (PEATC). En un estudio preliminar realizado por nuestro grupo en ratas de dos rangos de edad detectamos diferencias significativas en el perfil audi-

tivo registrado mediante PEAee; éstos mostraron mayor sensibilidad en la detección de los umbrales que el PEATC.

Material y métodos: Presentamos un estudio longitudinal y prospectivo en 10 ratas sanas Sprague-Dawley. Se realizan estudios mediante PEAee en un rango frecuencial de 0,5 a 16 KHz con determinaciones a las 5, 20 y 36 semanas de edad. Para el análisis se emplea un test de ANOVA multivariante con test a posteriori de Dunnett mediante SPSS 15.0.

Resultados: El perfil audiométrico de las ratas presentan umbrales menores en frecuencias agudas a partir de 8 KHz. Detectamos tendencia a la mejoría en los umbrales auditivos de PEAee en las frecuencias 0,5 a 8 KHz entre la primera y segunda medida. La detección del umbral auditivo de la media de todas las frecuencias de PEAee no detecta diferencias significativas con la edad. El análisis de las frecuencias 12, 14 y 16 KHz evidencia una disminución del umbral a partir de las 20 semanas estadísticamente significativo.

Conclusiones: Existe un deterioro auditivo debido a la edad a partir de las 20 semanas en nuestra población. Los PEAee permiten analizar un espectro amplio de frecuencias de forma fiable.

706. ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE ALERTA INFORMÁTICA PARA MANTENERSE ACTUALIZADO EN LA CLÍNICA OTORRINOLARINGOLÓGICA

A. Martín Mateos, M. de Mier Morales, S. Senao Fernández y G. Álvarez-Morujo de Sande

Servicio ORL. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción: La investigación clínica genera continuamente nueva información publicada en diferentes fuentes de información de artículos originales o fuentes secundarias. Una de las posibilidades para conocer de forma inmediata la publicación de un nuevo documento científico en nuestra área de conocimiento y poder mantenerse actualizado es darse de alta a los sistemas de alertas en fuentes de información primarias y secundarias.

Material y método: Se realiza una exploración en las principales fuentes de información primarias y secundarias, que ofrecen información de interés para el ORL. Se examinan sus sistemas de alertas y RSS (Really Simple Syndication) para ORL Se examina entre otros Medline, Evidenceupdate, Essential Evidence Plus, ORL evidencia, Centre for Reviews and Dissemination, The Cochrane Library, La biblioteca Cochrane (versión española), The Specialist Library for ENT and Audiology de la NLH, The Centre for Reviews and Dissemination, National Guideline Clearinghouse, National electronic Library for Medicines del NHS.

Resultados: Entre los tipos de alerta encontramos tres tipos: canales RSS, búsquedas guardadas y boletín electrónico. Las periodicidades en algunas bases de datos pueden variar según el usuario desde la semana a mensual. Los boletines son mensuales. Otras son instantáneas. Todas precisan registro previo, excepto los canales RSS.

Discusión/conclusiones: El conocimiento por el clínico de los sistemas actuales de alerta de la información permite disponer de la mejor información en un breve plazo de tiempo sin esfuerzo de búsqueda. La alerta es remitida automáticamente desde los recursos de información.

Sala 101 15.00-16.00

CABEZA Y CUELLO

Sesión de comunicaciones orales 18

328. PAROTIDECTOMÍA PARCIAL SUPERFICIAL PARA EL TRATAMIENTO DE NEOFORMACIONES BENIGNAS PAROTÍDEAS

F.J. García-Purriños, M.D. Romero Panadero, M. Uzcanga Lacabe, A. Raposo, A. Rosell Cervilla y J. Calvo Moya

Hospital de Hellín. Albacete. España.
Hospital de Navarra. Pamplona. España.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción: La existencia de nuevos datos sobre la evolución y biología de los principales tumores benignos está variando las tendencias de tratamiento hacia opciones más conservadoras. Pretendemos comprobar si la realización de una parotidectomía parcial superficial es adecuada para el tratamiento de los tumores benignos de glándula parótida en cuanto a su tasa de recidiva y complicaciones postquirúrgicas.

Material y métodos: Pacientes intervenidos con más de 3 años de seguimiento. Encontramos 57 pacientes con tumor benigno operado de glándula parótida.

Resultados: Todos los pacientes fueron intervenidos mediante una parotidectomía parcial superficial (PPS), definida como aquel procedimiento quirúrgico que expone al menos el tronco principal del nervio facial, incluye menos tejido parotídeo que una parotidectomía superficial, y extirpa el tumor con un margen de al menos 5 mm. En ningún caso fue utilizada una monitorización intraoperatoria del nervio facial. Parálisis transitoria: 12 pacientes (26,6%). 8 se resolvieron antes del primer mes y cuatro antes del tercer mes. Un paciente (2,2%) sufrió una dificultad definitiva para mantener alineado el hemilabio inferior en la movilidad forzada, sin alteración de la comisura. Ninguno de los pacientes estudiados tuvo una recidiva (control entre 3 y 13 años).

Discusión: Los resultados sostienen nuestra hipótesis: no es necesario extirpar toda la porción superficial de la parótida para el tratamiento del adenoma pleomorfo o el tumor de Warthin. Las tasas de parálisis facial transitoria o definitiva así como la de recurrencias son similares o menores a las de otras series.

474. CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA TIROIDEA. NUESTRA EXPERIENCIA

R. Solís Vázquez, E. Cruz de la Piedad, B. Samaniego Regalado, G. Trinidad Ruiz, C.G. Pantoja Hernández, A. Ambel Albarrán, J.M. Pereda Tamayo, J. Pando Pinto y E. Rejas Ugena

Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz. España.

Introducción: La patología de la glándula tiroidea es frecuente. La indicación de cirugía es variada desde nódulos benignos con resistencia al tratamiento, síntomas compresivos, nódulos sospechosos o confirmados de malignidad e incluso motivos estéticos. El objetivo es analizar las indicaciones, resultados quirúrgicos y complicaciones derivadas de la cirugía de glándula tiroidea realizada en nuestro servicio.

Material y métodos: Se realiza estudio retrospectivo de pacientes intervenidos por patología de la glándula tiroidea (hemitiroidectomías y tiroidectomías totales) desde enero 2007 hasta marzo 2009 en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. En el estudio se recogen datos epidemiológicos, pruebas solicitadas para

el estudio, indicación de la cirugía, tratamiento quirúrgico, resultados histológicos, evolución del paciente, complicaciones postquirúrgicas y estancia media.

Resultados: Se revisan historias de 134 pacientes, 85,2% mujeres. Se realizó tiroidectomías totales en 63 casos siendo en un 63,49% por BMN, todos por vía cervical a pesar de un diagnóstico previo de bocio intratorácico en un 20,63%. El 23,5% de los pacientes tras tiroidectomía total presentaron cifras de calcio corregido inferiores a 8 mg/dl o clínica de hipocalcemia. En 71 pacientes se realizó hemitirodectomia con biopsia intraoperatoria siendo en un 9,8% el resultado de microcarcinoma papilar. La estancia media fue de 72 horas con bajo porcentaje de complicaciones.

Discusión/conclusiones: La elección de la vía cervical en pacientes con bocios intratorácicos es una opción viable que evita cirugías más agresivas. La colaboración con otros servicios como Endocrinología y Anatomía Patológica es clave para establecer criterios quirúrgicos en el caso de microcarcinomas papilares y un adecuado control pre y postoperatorio.

530. TUBERCULOSIS LARÍNGEA

R. González Aguado, R. García Zornoza, J. Rama López, M. Báscones García y J. Rama Quintela

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Introducción: La incidencia de la tuberculosis ha aumentado en los últimos veinte años debido a los fenómenos migratorios de la población y enfermedades que provocan inmunodepresión, como el SIDA. Las lesiones a nivel de la laringe son inespecíficas y pueden simular un carcinoma epidermoide.

Material y métodos: Presentamos siete pacientes diagnosticados y tratados en nuestro servicio en el periodo comprendido entre 1993 y 2008.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 50,86 años. El 71% eran fumadores y el 42% bebedores habituales. Sólo 1 paciente había tenido un contacto conocido con pacientes con tuberculosis activa. El síntoma más frecuente fue la disfonía persistente. Las lesiones se localizaban en un 57% a nivel glótico. 4 pacientes presentaban enfermedad pulmonar activa en el momento del diagnóstico y 1 enfermedad ganglionar. El diagnóstico se realizó mediante biopsia en 5 de los 7 casos, siendo el frotis laríngeo el otro método diagnóstico en los restantes. La coexistencia con carcinoma epidermoide se objetivó en el estudio anatomopatológico mediante biopsia en un caso. En otro no se determinó TBC y sí carcinoma pero el estudio definitivo postquirúrgico no corroboró ese diagnóstico. Las lesiones tuberculosas regresaron completamente tras tratamiento antituberculoso sin dejar secuelas.

Discusión: Al tratarse de una enfermedad de nuevo en aumento pero poco frecuente, es fácil que sea olvidada en nuestros diagnósticos diferenciales. Ante la sospecha de carcinomas epidermoides cuyas anatomías patológicas nunca son concluyentes, debemos sospechar la presencia de una TBC laríngea, cuyo tratamiento es médico y su curación sencilla.

40. CIRUGÍA DEL TIROIDES. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

N. Muñoz-Fernández, L. de La Fuente-Arjona, E. Fernández-Julián, M. Orts-Alborch, A. Morant-Ventura, I. Mallea-Cañizares, F.J. García-Callejo, M.J. Montoro-Elena, N. Conill-Tobías, M.T. Achiques-Martínez, I. Llópez-Carratalá, V. Monrroy-Parada y J. Marco-Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: En la cirugía de cabeza y cuello la patología de la glándula tiroides que precisa intervención quirúrgica es relativamente frecuente, y dentro de las indicaciones la patología tumoral es de las más frecuentes. La PAAF tiene una alta sensibilidad en el diagnóstico.

Material y método: Presentamos un análisis descriptivo retrospectivo de pacientes, con patología tiroidea desde enero de 1998 hasta diciembre del 2008. Analizamos la forma de presentación, pruebas complementarias, tratamiento quirúrgico y complicaciones de 90 pacientes diagnosticados de "nódulo tiroideo". Las variables analizadas serán sexo, edad, localización del nódulo, prueba diagnóstica, biopsia extemporánea, tipo de cirugía y complicaciones. Analizaremos la correlación anatomopatológica definitiva con la biopsia extemporánea, así como la relación entre la PAAF y los hallazgos intraoperatorios.

Resultados: Se revisan los historiales de 90 pacientes con edades entre 26 y 85 años. Se analiza el estudio histológico de las piezas quirúrgicas. Las complicaciones fueron casi todas menores. La biopsia extemporánea orientó al diagnóstico de benignidad en el 90% y al de malignidad en el 10% (con una diferencia del 4% en cuanto al resultado histopatológico definitivo). La PAAF coincidió con el diagnóstico anatomopatológico definitivo en la mayoría de los pacientes.

Conclusión: El tratamiento de los nódulos tiroideos presenta baja morbilidad. La mayor incidencia de malignidad se da en nódulos ecográficamente sólidos e hipoecogénicos. La PAAF permite con bastante exactitud el diagnóstico de los carcinomas diferenciados. No ocurre lo mismo con los foliculares, donde existe una imposibilidad manifiesta para diferenciar el adenoma del carcinoma. Creemos necesario realizar una biopsia intraoperatoria durante la cirugía de tiroides, sobretodo en casos de sospecha de malignidad.

295. SCHWANNOMA DEL NERVIO VAGO. SERIE DE 9 CASOS

L. Samarà Piñol, L. Palomino Meneses, J. Skufca Vieitez, E. Condom Mundo, J. Tornero Salto, X. Gonzàlez Compta y M. Mañós Pujol

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. España.

Introducción: El schwannoma del nervio vago es un tumor benigno, que se origina en las células de la vaina que envuelve los haces nerviosos. Se trata de una patología muy poco frecuente, con una incidencia del 0.5-0.8% entre las lesiones tumorales de cabeza y cuello. Su localización cervical más habitual es parafaríngea, aunque puede presentarse en todo el trayecto cervical del nervio vago, manifestándose en forma de tumoración laterocervical indolora de largo tiempo de evolución. El interés de nuestro estudio es aportar más información sobre esta patología tan poco frecuente, dado que en la literatura revisada, no se ha encontrado ninguna serie de casos.

Método: Realizamos un estudio retrospectivo de los últimos diez años (1999-2009) en nuestro centro donde observamos 9 casos diagnosticados de schwannoma del nervio vago. En él analizamos la clínica, forma y métodos diagnósticos, tratamiento, complicaciones y evolución de esta patología.

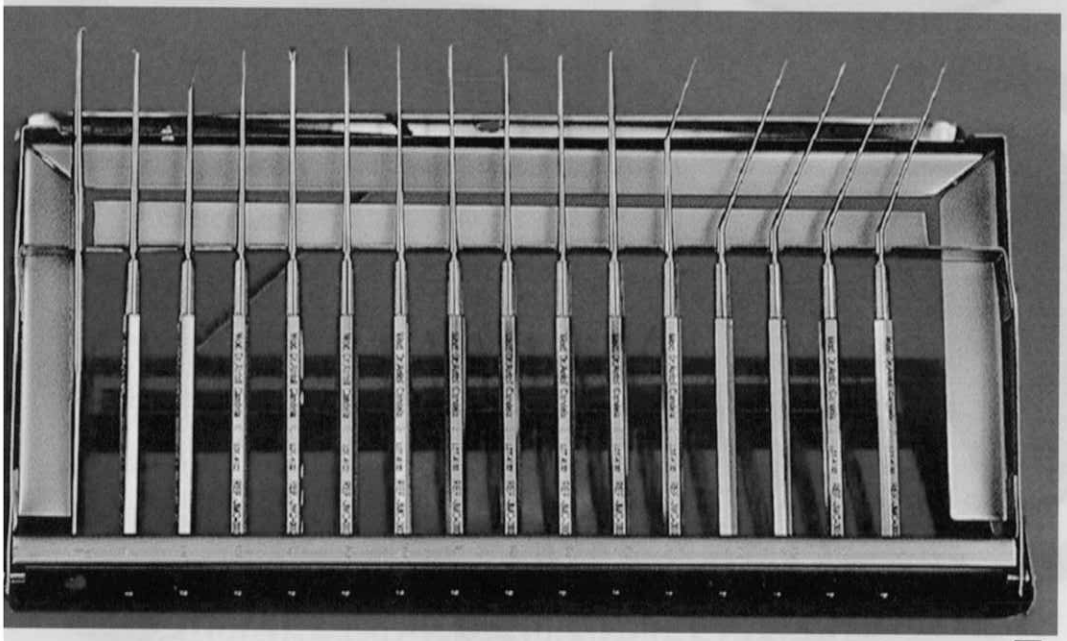
Conclusión: El schwannoma del nervio vago es una patología benigna y poco frecuente de la que no hemos encontrado ninguna serie de casos en la revisión bibliográfica realizada.

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.
2. Bisturí redondo acodado Ø 2,5 mm.
3. Bisturí de hoz 4,5 mm.
4. Espátula 6 x 1,85 mm.
5. Estilete recto mediano 1 mm.
6. Estilete recto pequeño 0,5 mm.
7. Estilete recto grande 2,7 mm.
8. Punzón curvo
9. Espátula acodada 3 mm.
10. Medidor de prótesis 4 - 4,5 - 5 mm.
11. Punzón acodado
12. Paleta hacia adelante acodada 0,25 x 0,6 mm.
13. Paleta hacia atrás acodada 0,25 x 0,6 mm.
14. Estilete hacia adelante acodado 0,45 mm.
15. Estilete hacia atrás acodado 0,45 mm.
16. 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

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 INMUNOLOGIA Y ALERGIA S.A.U.

Sala 102 15.00-16.00

LARINGOLOGÍA

Sesión de comunicaciones orales 19

62. PAPILOMA Y PAPILOMATOSIS LARÍNGEA. CIRUGÍA LÁSER CO_2. EXPERIENCIA EN HGUA

M. Sancho, A.B. Vadillo, B. Sanz y J.R. Gras

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Introducción: La papilomatosis laríngea (PL) se considera una neoplasia benigna. Se ha dividido en: la forma juvenil (afecta a niños en sus primeros años) y la forma adulta (afecta a adolescentes y adultos). En su etiología se barajan: infección por VPH y una teoría hormonal. El tratamiento de elección es la cirugía, actualmente la recomendada, microcirugía láser CO_2, que ha mejorado los resultados a corto y medio plazo. Paralelamente se ha propuesto tratamiento médico, como interferón, cidofovir intralesional, en casos de recidiva, característica destacable de esta patología.

Objetivo: Mostrar la experiencia de nuestro servicio con respecto a esta patología, tratada con cirugía láser de CO_2.

Material y métodos: Se recogen 25 casos diagnosticados y tratados de papiloma laríngeo con cirugía láser de CO_2, de 1994-2009. Mediante un estudio descriptivo retrospectivo, se analizan parámetros diversos: edad media, sexo, localización, tasa de recidiva.

Resultado: Como resultados se obtiene que la presentación con respecto al sexo, es más frecuente en los varones (76%), la localización múltiple concomitante con la laríngea se presentó en el 16% de casos. Todos los casos fueron tratados mediante cirugía láser de CO_2; y con tratamiento médico adyuvante el 12%. Con respecto a la evolución, recidivaron el 52% de los casos.

Conclusión: La PL puede presentarse a cualquier edad; los papilomas pueden ser únicos o múltiples; y tiene una evolución impredecible, con baja probabilidad de malignización. El láser de CO_2 ha supuesto una revolución en el tratamiento ya que proporciona una adecuada vía aérea sin las complicaciones de otros tipos de cirugía.

620. ABORDAJE MENTOLABIAL Y TRANSMANDIBULAR EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES DE LA CAVIDAD ORAL. NUESTRA EXPERIENCIA

M. Castrillo Tambay, M. Cuesta Gil, T. Bucci, B. Duarte Ruiz y R. Galán Hernández

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

Introducción: La resección y reconstrucción de los tumores de la cavidad oral representa un reto para el cirujano de cabeza y cuello. Un correcto abordaje que permita un buen acceso quirúrgico es la clave para una resección radical y reconstrucción adecuada. Hemos realizado un estudio retrospectivo de 79 pacientes con tumores avanzados de la cavidad oral, resecados y reconstruidos a través de un abordaje transmandibular.

Materiales y métodos: El objetivo de nuestra presentación ha sido valorar en estos 79 casos la tasa de complicaciones del abordaje transmandibular y analizar los factores que las determinan. Hemos estudiado la localización del tumor primitivo, el tipo y la zona de la osteotomía, el método de osteosíntesis utilizado, la necesidad de extracción de las piezas dentarias y los efectos de la radioterapia.

Resultados: La osteotomía en escalera paramediana respetando el nervio mentoniano, fijada con dos miniplacas ha sido la osteotomía más utilizada (90%) y la que ha presentado una tasa de complicaciones inferior. La radioterapia preoperatoria aumentó radicalmente la tasa de complicaciones (75%Vs.10%) comparado con la radioterapia postoperatoria. La complicación más frecuente fue la exposición de las miniplacas y la más grave la osteoradionecrosis (2 casos).

Discusión/conclusiones: La utilización del abordaje transmandibular en la resección quirúrgica y la reconstrucción inmediata de los tumores que afectan la mitad posterior de la cavidad oral y orofaringe y de los tumores T3 y T4 de cavidad oral anterior nos ha permitido realizar una resección controlada del tumor y una reconstrucción optima del defecto.

300. ESTUDIO COMPARATIVO DEL DAÑO CRÓNICO TISULAR DESPUÉS DE CORDECTOMÍAS USANDO LÁSER CO_2 O MICROELECTRODOS

R. Reboll Ferrer, E. Zapater, S. Frías, J.R. Alba, M. Bonet, A. Pérez y J. Basterra

Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: En este estudio se compara el daño crónico producido en los tejidos blandos de la laringe en las cordectomías realizadas mediante microdisección con electrodos y mediante láser CO_2.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes operados por carcinomas glóticos T1 vía endoscópica desde el año 2002, y pacientes que precisaron un segundo tiempo con un mínimo de intervalo de tiempo entre las dos cirugías de 8 semanas. Se examinaron 12 muestras de pacientes operados de cordectomía transmuscular, 6 de ellos con láser CO_2 y los otros 6 mediante microdisección con electrodos. Las muestras se procesaron con Masson de tricromio. El parámetro morfológico usado fue el grado y el nivel de colagenización en el estroma. Usando el test de Pearson #c^2, se analizaron las relaciones con la edad, el intervalo entre los procedimientos quirúrgicos, y el dispositivo usado para la resección.

Resultados: Las muestras control mostraron una baja colagenización. Las segundas muestras mostraron una colagenización moderada, con resultados similares independientemente de que la cordectomía se hubiese realizado con microelectrodos o láser CO_2. Se observó una relación estadísticamente significativa entre el nivel de colagenización y el intervalo entre cirugías, con independencia de la técnica quirúrgica utilizada.

Discusión/conclusión: El daño crónico en las cuerdas vocales producido por el láser CO_2 y por microelectrodos es similar, y consiste en un incremento de la concentración de colágeno en la lámina propia.

404. COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA SUBMAXILAR

M. Hernando, R. Echarri San Martín, M. Taha y J. Plaza

Hospital de Fuenlabrada. Madrid. España.

Introducción: En la glándula submaxilar la resección quirúrgica es el tratamiento de elección en patología crónica rebelde a tratamiento médico o en sospechas tumorales. La morbilidad estética debida a la afectación de la rama marginal del nervio facial es una de las complicaciones quirúrgicas que el cirujano siempre teme que ocurra. El objetivo de este estudio es comunicar los datos de las submaxilectomías realizadas en nuestra área en los últimos 5 años, poniendo énfasis en las complicaciones.

Material y método: Se aportan datos relativos a: historia clínica, pruebas complementarias, datos anatomopatológicos, evolución y complicaciones posquirúrgicas.

Resultados: Se realizaron 23 submaxilectomías, 11 por sialoadenitis crónica, 7 por tumores submaxilares (4 adenomas pleomorfos, 1 tumor de Warthin, 1 linfoma MALT, 1 carcinoma adenoide quístico) y en 5 casos por tumores adyacentes a la glándula. En todos los casos con sospecha tumoral se realizaron PAAF, que no fue sugerente de malignidad en ninguno de ellos. Se realizó en los 23 casos ecografía, en 8 de ellos se realizó además TC prequirúrgico. El

tiempo medio de ingreso posquirúrgico fue de 2 días. Respecto a las complicaciones, en 4/23 casos (18%) se evidenció durante la primera semana una sobreinfección de la herida. Sólo hubo un caso de paresia marginal persistente al año de la cirugía, en un caso de etiología inflamatoria.

Conclusión: A pesar de que la parálisis marginal es una de las complicaciones más relevantes de esta cirugía, en nuestra experiencia la submaxilectomía es una técnica segura.

475. CARCINOSARCOMA DE LARINGE E HIPOFARINGE. REVISIÓN

M. González, R. Wegmann, C. García-Vaquero, I. Koptseva, J.J. Torres, P. Huguet y M. García-López

Hospital Universitario Vall d´Hebron. Barcelona. España.

Introducción: El carcinosarcoma de laringe e hipofaringe es una entidad poco frecuente que se caracteriza por tener una histología típica, con un componente epitelial y otro mesenquimal.

Método y resultados: Hemos analizado en nuestro servicio 6 casos de carcinosarcoma de laringe e hipofaringe diagnosticados entre 1996 y 2009. Como factores de riesgo, todos ellos son fumadores de aprox. 20 cigarrillos/día y un 50% presenta enolismo asociado. La clínica predominante, motivo por el cual han consultado, es disfagia para sólidos y disfonía. Hemos seguido un caso glótico, dos hipofaríngeos y 3 supraglóticos. En el momento del diagnóstico, 2 de ellos eran de estadio I y los cuatro restantes estadio III y IV. En todos nuestros casos se realizó tratamiento quirúrgico y radioterapia adyuvante. En nuestra revisión vemos el desarrollo o no de metástasis y la supervivencia a 5 años. Nuestra revisión presenta una supervivencia a los 5 años de un caso sobre seis.

Discusión: El alcohol y el tabaco son factores predisponentes. El crecimiento es rápido, lo que explicaría que en el momento del diagnóstico la mayoría estén en un estadio avanzado. La mayoría de autores recomiendan cirugía y radioterapia concomitante, siendo la preservación de órgano posible en aquellos casos en los que la localización lo permita.

Conclusión: El carcinosarcoma de laringe e hipofaringe se diagnostica en estadios avanzados mayoritariamente y tiene un pronóstico desfavorable.

505. RESULTADOS DE LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA CON LÁSER CO_2 EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER LARÍNGEO

A. de Oña, M. Rodríguez, F. Bracero, J.M. Amador y F. Santiago

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: España es uno de los países europeos con mayor prevalencia de cáncer de laringe. La utilización de la cirugía endoscópica láser CO_2 ha sido una controversia en el tratamiento del cáncer laríngeo. En el año 2006 comenzamos a utilizar el láser para neoplasias laríngeas, el objetivo de este estudio es revisar los resultados obtenidos.

Material y métodos: Hemos estudiado una serie de 24 pacientes con carcinoma de laringe en diferentes estadios, diagnosticados y tratados en nuestro servicio con cirugía endoscópica láser. Las variables analizadas fueron: Diagnóstico histológico, localización (glótica, supraglótica, hiofaringe), estadio TNM, tipo de cirugía, realización de vaciamiento ganglionar, biopsia intraoperatoria, persistencia tumoral, recidiva tumoral y la realización o no de cirugía de rescate.

Resultados: De los 24 pacientes, 18 presentaron tumor de localización glótica en diferentes estadios, 6 localización supraglótica. Al 50% de los pacientes se le realizo vaciamiento ganglionar. Al 62,5% se le realizo biopsia intraoperatoria de las cuales 13,3% fueron positivas.29% presentaron recidiva tumoral y de estos al 90% se le realizó cirugía de rescate.

Discusión: Las técnicas endoscópicas con láser CO_2 son la alternativa actual a las técnicas convencionales por vía externa, observándose buenos resultados, con recuperación más rápida y menor tiempo de estancia hospitalaria. La supervivencia global y el tiempo libre de la enfermedad son equiparables a los de la cirugía externa clásica.

Sala 105 15.00-16.00

OTOLOGÍA

Sesión de comunicaciones orales 20

407. COMPLICACIONES Y RESULTADOS A MEDIO PLAZO DE LA IMPLANTACIÓN COCLEAR EN PACIENTES AFECTOS DE OTOSCLEROSIS

J. García-Valdecasas, M. Sainz y J.M. Ballesteros

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: La implantación coclear en pacientes afectos de otosclerosis presenta aún críticas dada la dificultad de la implantación, las complicaciones y resultados a corto plazo.

Objetivo: Describir y discutir las complicaciones y resultados a medio plazo de la implantación coclear en pacientes con otosclerosis.

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo sobre 15 pacientes afectos de otosclerosis que fueron implantados y seguidos durante un mínimo de 6 años. Edad media de inicio de la hipoacusia 32,6 años (DE 8,6 años), duración media de la hipoacusia 26,8 años (DE 7,9 años) y edad media en el momento de la cirugía 58,7 años (DE 9,5 años). Antes de la cirugía se registraron los umbrales auditivos y la anatomía y lesiones del oído interno mediante TAC y RMN. Todos los pacientes fueron implantados con dispositivos Med-El Combi 40+ y Pulsar. Tras la intervención, el numero de electrodos activos, registrados mediante radiografía simple, las habilidades auditivas, los parámetros de estimulación del implante y las complicaciones fueron registradas.

Resultados: Al progresar la enfermedad, el numero de electrodos activos se redujo mientras que el umbral eléctrico, nivel máximo de confort y la carga eléctrica aumentaron; estos cambios fueron más evidentes en electrodos mediales. Aunque la estimulación del nervio facial fue inferior a lo anteriormente publicado (13,3%), esta incremento durante el seguimiento. Dos pacientes presentaron acufenos intratables (13,3%). A pesar de ello la discriminación verbal mejoro significativamente en todos los pacientes.

Conclusiones: A pesar de la necesidad de estrategias de estimulación especiales y la aparición de complicaciones (estimulación del facial y acufenos), la mejoría de las habilidades auditivas apoya la implantación coclear en la otosclerosis.

532. RESULTADOS AUDIOLÓGICOS EN PACIENTES CON IMPLANTE BAHA

M.D. Bulnes Plano, I. Ruiz de Erenchun, M.D. Romero Panadero, M.J. Barbarín y S. Ciaurriz

Hospital de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: Los implantes BAHA constituyen una buena solución para los pacientes con hipoacusias conductivas, neurosensoriales no graves y mixtas. Valoramos los resultados audiológicos con un implante y con dos implantes en estenosis de CAE y en cavidades de mastoidectomía con otorrea secundarias a audífonos convencionales.

Material y métodos: Realizamos estudio audiológico en 18 pacientes con un BAHA, y en tres con dos, realizando audiometría

tonal y verbal en campo libre con uno, dos y sin implante audiometría tonal en cuatro frecuencias 500-1.000-2.000 y 3.000 Hz.

Resultados: Los resultados audiológicos encontrados con un BAHA muestran que las diferencias con y sin BAHA para todas las bandas dan un valor #c² entre 17 y18. La ganancia media con el BAHA es de 21 dB. Implantación de BAHA bilateral con hipoacusia conductiva da una ganancia media de los umbrales de 26,66 y en las frecuencias conversacionales de 40 dB, con el 100% de discriminación en dos pacientes y 95% en el tercero.

Conclusión: Observamos clara significación entre antes y después del BAHA, mejoría de la audición. Los valores de las audiometrías se encuentran correlacionados entre 0,76 y 0,87 con una P: 0 (los datos no están relacionados con el azar y deben considerarse como reales). BAHA en los dos oídos no cuenta con un número significativo de pacientes, pero los resultados son significativos.

286. TÉCNICA DE ATICOEXPOSICIÓN-ANTROEXCLUSIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL COLESTEATOMA

L. Montes-Jovellar, R. Manrique, I. Sanhueza, C. Gimeno-Vilar y M. Manrique

Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: La técnica de aticoexposición-antroexclusión (AE-AE) puede enmarcarse dentro de las técnicas a demanda y dentro de las técnicas abiertas. Sin embargo, la AE-AE tiene una serie de ventajas respecto a otras técnicas abiertas. Se expone el ático mediante el fresado de la pared superior del CAE y se excluye el antro y los espacios mastoideos mediante el cierre del additus. En esta comunicación se describe la técnica quirúrgica y los resultados.

Material y métodos: 27 pacientes, 13 varones y 14 mujeres, entre 8 y 85 años, diagnosticados de un colesteatoma adquirido primario y secundario. Cuando no superaban el additus, se llevó a cabo una AE-AE. Si el colesteatoma invadía el antro, se practicó una mastoidectomía. En este caso, se mantenía un puente óseo a nivel del additus-pared posterior del CAE y, posteriormente, se cerraba del additus para clausurar los espacios mastoideos. Se analiza un seguimiento de 1 a 5 años. El control postoperatorio incluye: otoscopia, audiometría tonal y resonancia magnética en secuencias de difusión.

Resultados: No se detectó recidiva colesteatomatosa. Un caso fue reoperado por reabsorción del cartílago de cierre del additus con bolsa de retracción a dicho nivel. Los resultados funcionales son equiparables a los de otras técnicas.

Conclusiones: La AE-AE permite el control de los espacios aticales. Elimina las recidivas por retracciones de la membrana timpánica. No cambia el manejo de la cadena osicular. La exclusión del antro, no genera la ocupación de ninguna efusión. Se favorece la autolimpieza del ático y permite la entrada de agua.

324. LESIONES QUE AFECTAN AL NERVIO FACIAL

A. Lowy Benoliel, C. Martín-Oviedo, X. Araujo Piedra, D. Poletti Serafini, C. Fernández Jañez, C. Alonso Martínez, M.A. Aristegui Ruiz y B. Scola Yurrita

Servicio de ORL. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: Los neurinomas del facial han plantado siempre un cierto dilema en relación al enfoque terapéutico según la función del nervio facial. La existencia de otros tipos de lesiones a parte de los neurinomas hace aún más complicado dicho planteamiento.

Materiales y métodos: Se revisaron 17 casos de lesiones que afectaban directamente al nervio facial (neurinomas, hemangiomas, linfangiomas, neuromas y meningiomas), estudiándose los tipos histológicos, abordajes, técnicas de rehabilitación de parálisis facial, índice de complicaciones y la clínica inicial.

Resultados: Todos los pacientes tenían cierto grado de déficit en la función del nervio facial en el momento del diagnóstico. En todos los casos se realizó una resección completa de la lesión sin signos de recidiva en los controles postquirúrgicos mediante RMN seriadas. El tiempo de seguimiento osciló entre los 8 meses y los 18 años. No se dieron complicaciones graves (ausencia de mortalidad y de secuelas neurológicas graves). Sólo en 3 casos se pudo mantener la integridad del nervio. La mayoría de los pacientes presentaban un grado III de H-B después de la rehabilitación.

Conclusiones: La decisión de intervenir debe ser consensuada con el paciente. La intervención precoz en nuestra opinión tiene varias ventajas de cara a un mejor resultado funcional y la posibilidad de realizar abordajes conservadores de la audición. La decisión de intervenir y el abordaje indicado dependerá de cada caso y debe llevarse a cabo por un equipo otoneuroquirúrgico con experiencia.

716. IMPLANTES COCLEARES EN PACIENTES CON NEURINOMA VESTIBULAR

R.M. Pérez-Mora, L. Lassaletta, L. del Río, A. Díaz-Anadón, M. Bastarrica y L. Gavilán

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: Los pacientes con neurinoma en oído único o con neurofibromatosis tipo 2 (NF2) suponen un reto para el otoneurólogo desde el punto de vista de la función auditiva. Así, deben elegir, para restaurar la audición después del tratamiento, entre la colocación de un implante de tronco u optar por un implante coclear.

Material y métodos: Presentamos 5 casos en los que coexisten neurinomas del VIII par (uni o bilaterales) y un implante coclear. Todos fueron intervenidos en nuestro servicio y en 3 se realizó la extirpación del tumor al mismo tiempo que se colocó el IC. En 3 de estos pacientes se colocó el implante en el mismo lado del neurinoma, radiado en 2 de ellos.

Resultados: Los 3 pacientes tuvieron respuesta auditiva inicialmente. Sin embargo, los resultados auditivos (umbrales tonales, discriminación de listas cerradas y abiertas, en ambiente ruidoso, etc.), fueron muy variables tanto en el tiempo como en el resultado final.

Discusión/conclusiones: El implante coclear presenta menos morbilidad asociada que los implantes de tronco cerebral y constituye una alternativa a estos en casos muy seleccionados. Las dificultades para realizar resonancias magnéticas, necesarias en el seguimiento, y el ajuste de las expectativas son fundamentales en estos casos.

490. RESULTADOS DE LOS IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS-BAHA EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

S. Frías, I. Pitarch, E. Latorre, A. Morant, I. Alonso y J. Marco

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Facultad de Medicina. Valencia. España.

Desde el año 2003 se realizan en el Hospital Clínico Universitario de Valencia implantes osteointegrados tipo BAHA. Hasta el momento se han realizado 70 implantes. Presentamos un análisis de los resultados obtenidos, revisando la indicación y técnica quirúrgica utilizada y sus complicaciones, resultado funcional tras el implante, así como una encuesta de satisfacción de los pacientes basada en el formulario APHAB. De los 70 pacientes tan sólo un paciente tuvo un rechace del implante. De los tres tipos de abordajes quirúrgicos realizados la incisión horizontal es la que presenta un menor número de complicaciones postquirúrgicas. La adaptación de los pacientes a la amplificación de los sonidos ha sido muy satisfactoria incluso en ambientes ruidosos.

Sala 106 15.00-16.00

Sesión de comunicaciones orales 21

223. FACTORES DETERMINANTES DEL UMBRAL DEL VÉRTIGO. ¿PUEDE OBJETIVARSE LA SUBJETIVIDAD?

E. Cruz de la Piedad, G. Trinidad Ruiz, M.E. Mora Santos, R. Solís Vázquez, B. Samaniego Regalado y E. Rejas Ugena

Unidad de Otoneurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. España.

Introducción: La EVA (escala analógica visual) se ha difundido como una herramienta útil para objetivar la percepción del dolor de un paciente (umbral del dolor). El vértigo comparte una característica similar al dolor, su importante componente subjetivo. ¿Por qué no existe una EVA para el vértigo? ¿Existe un umbral del vértigo? ¿Puede cuantificarse la respuesta subjetiva del paciente ante las crisis de déficit vestibular brusco?

Objetivos: - Valorar si existe un umbral del vértigo diferente para cada paciente. - Valorar qué factores pueden influir en él. - Determinar si podemos cuantificar el componente subjetivo del paciente.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional cuya población diana son los pacientes que acudieron durante el pasado año a la Unidad de Otoneurología de nuestro hospital por trastornos del equilibrio y precisaron pruebas de estimulación calórica. Además de la anamnesis sistematizada, se recogieron valores de EVA para las crisis padecidas previamente por el paciente y el mismo valor para la crisis provocada en la prueba calórica.

Conclusiones: Existe un umbral para el vértigo y el factor determinante más claro que se relaciona en la crisis provocada es la presencia de crisis de vértigo previa. La EVA proporcional del paciente (obtenida en cada paciente mediante un sencillo procedimiento matemático) se perfila como una prueba estadísticamente útil para orientarnos sobre la existencia de un déficit vestibular, incluso en pacientes con VNG normal.

548. EFECTO DE LOS DISTINTOS TRATAMIENTOS DE LA POLIPOSIS NASAL SOBRE LA OLFATOMETRÍA, RINOMANOMETRÍA Y ESCALA ANALÓGICO VISUAL

G. Eisenberg, R. Echarri, T. Onrubia, M. Taha y G. Plaza

Hospital Fuenlabrada. Madrid. España.

Introducción: La rinosinusitis crónica con poliposis nasal (RSCPN) es una enfermedad de gran prevalencia, que afecta a un 5% de la población. Requiere de un seguimiento periódico para la monitorización de su evolución, indicando en cada momento el tratamiento que más se ajuste a la clínica y extensión de la enfermedad. La respuesta que los pacientes tienen a los distintos tratamientos es variable.

Material y método: Muestra: 50 pacientes afectados por RSCPN. Se registran características demográficas, enfermedades coexistentes y diferentes parámetros objetivos y subjetivos: escala analógico visual por síntomas (EVA), olfatometría, rinomanometría y hallazgos endoscópicos. Dichos parámetros se recogen también a 3 y 6 meses de seguimiento. Se realiza también seguimiento del tratamiento aplicado a cada uno de los pacientes (corticoide tópico nasal, ciclos de corticoides orales y cirugía).

Resultados/conclusión: Se refleja estudio descriptivo de la muestra (distribución por sexo y edad, coexistencia con otras patologías como rinitis alérgica, asma intrínseco, triada ASA). Se caracteriza la muestra respecto al impacto de la enfermedad en los parámetros recogidos de los pacientes. También se valora la eficacia de cada uno de los tratamientos. Se realiza estudio estadístico mediante test paramétricos atendiendo a la naturaleza de las variables (cuantitativas/cualitativas). El nivel de significación estadístico se estableció en $p < 0,05$. El valor de la olfatometría resulta ser la medición más variable y menos predecible. Los síntomas rinorrea, obstrucción nasal y presión facial mejoran sobre todo con corticoides orales y cirugía. La respuesta a los corticoides nasales se modifica según la intensidad de la enfermedad.

291. SINUPLASTIA CON BALÓN. NUESTRA EXPERIENCIA

S. Herrera Tolosana, E.A. Vicente González, R. Martínez-Berganza Asensio, L. Pérez Delgado, M.P. Lisbona Alquezar, G. Tejero-Garcés Galve y A. Ortiz García

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción: La cirugía endoscópica nasosinusal es el método de elección para eliminar la obstrucción de los orificios de drenaje de los senos, sin embargo, con frecuencia origina problemas como la cicatriz circuferencial y las sinequias que tienden a ocluirlos de nuevo. La dilatación con un balón, tal y como se emplean en otras áreas del organismo, ha supuesto un avance muy importante.

Material y métodos: Se permeabiliza 22 senos frontales mediante una combinación de catéteres, guías metálicas y balones bajo control endoscópico y radioscópico. En todos los pacientes (quince) había fracasado el tratamiento médico de su rinosinusitis crónica administrado al menos durante tres meses.

Resultados: Hemos logrado repermeabilizar el ostium frontal en el 100% de los casos sin ninguna complicación, el orificio del seno frontal se mantiene permeable, con tiempo de control entre 2-12 meses. La hemorragia intraoperatoria y el daño en la mucosa son muy inferiores al de una técnica endoscópica tradicional.

Discusión: El acceso al seno frontal ha supuesto un reto al cirujano rinosinusal durante décadas, tanto por la variabilidad anatómica de la zona como por la dificultad de encontrar instrumentos adecuados para acceder al receso seno frontal. Con esta nueva técnica, sencilla y de fácil manejo, conseguimos mantener abierto el tracto de salida del seno frontal en la rinosinusitis crónica con o sin poliposis. La mayor ventaja de esta técnica es la menor morbilidad postquirúrgica ya que se conserva la mucosa del tracto de drenaje del seno frontal.

318. ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO JUVENIL. NUESTRA CASUÍSTICA

M.J. Lesmas Navarro, I. Romero Sánchez, V Rodríguez Rivera, A. Alamar Velázquez, J. Iñesta Cabedo, H. Morera Faet y C.Morera Pérez

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Introducción: El angiofibroma nasofaríngeo es un tumor histológicamente benigno constituido por tejido vascular y fibroso que se origina de forma característica en la pared posterolateral de la nasofaringe. Predomina en el sexo masculino entre los 15 y 19 años.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de 16 años (enero 1993-enero 2009), recogiendo datos de los casos de angiofibromas nasofaríngeos tratados en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario La Fe. Se obtienen 10 casos y se recoge información acerca de la presentación clínica, el diagnóstico, el tratamiento y la evolución.

Resultados: De los 10 casos estudiados, todos eran varones adolescentes con una edad media de 16 años. Los síntomas clínicos en el 80% de los casos, fueron epistaxis de repetición e insuficiencia respiratoria nasal progresiva. Un 20% de casos presentaron cefaleas y alteraciones visuales. El diagnóstico se realizó por la historia clí-

nica y técnicas de imagen, confirmándose posteriormente con la anatomía patológica. El abordaje quirúrgico se efectuó, bien por vía paralateronasal o por cirugía endoscópica nasosinusal, tras embolización prequirúrgica en todos los casos. No se han detectado recidivas en los controles posteriores.

Conclusiones: El tratamiento de elección del angiofibroma nasofaríngeo es la exéresis quirúrgica previa embolización. En los últimos años se ha producido un cambio de actitud quirúrgica hacia la cirugía endoscópica nasosinusal con excelentes resultados. La biopsia, actualmente, está contraindicada dado el alto riesgo de hemorragia.

341. POLIPOSIS NASOSINUSAL. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

M. Valido Quintana, A.M. Oviedo Santos, A.M. Pérez Orribo, D. Díaz Rodríguez, S. Domínguez Sosa, F. Ayudarte Tapia y J.M. Cuyás de Torres

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: La poliposis nasosinusal es una patología otorrinolaringológica muy frecuente cuya fisiopatología es relativamente poco conocida. Aunque el diagnóstico no suele plantear dificultades y el tratamiento está bien establecido, por su alta incidencia en la población general, se hace necesario el estudio epidemiológico y de seguimiento.

Material y método: realizamos la revisión sistemática de 100 casos diagnosticados de poliposis nasosinusal e intervenidos por CENS en la población de nuestro hospital entre los años 2007-2009. Estudiamos aspectos epidemiológicos, radiológicos, antecedentes personales, sintomatología, tratamiento médico-quirúrgico y posibles complicaciones. Se analizan los datos mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados y conclusión: La afectación más frecuente es la pansinusal. La técnica quirúrgica de elección es la CENS con posterior taponamiento de las fosas nasales (aunque destacamos el uso de "floseal" como alternativa). Alrededor del 20% asocian asma e intolerancia a los AINEs. El síntoma más frecuente es la obstrucción nasal que aparece en el 100% de los casos y el tratamiento médico se basa fundamentalmente en corticoides tópicos.

588. QUISTES DERMOIDES NASOETMOIDALES. NUESTRA EXPERIENCIA

B. Sanz Romero, C. Gutiérrez Castillo, A.B. Vadillo Díez, M. Sancho Mestre y J.R. Gras Albert

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Introducción: Los quistes dermoides nasoetmoidales son lesiones congénitas infrecuentes de origen ectodérmico, que junto con el glioma nasal y el encefalocele comprometen la línea media nasofrontal. Resultan de un desarrollo embriológico defectuoso y requieren un diagnóstico y tratamiento precoz debido a la magnitud de sus posibles complicaciones.

Objetivo: El objetivo de este estudio es mostrar la experiencia de nuestro servicio con respecto a esta patología.

Material y métodos: Se presenta un estudio descriptivo retrospectivo de los casos diagnosticados y tratados a lo largo de los últimos 18 años en nuestro servicio. Se describe un total de 13 pacientes, recogiendo variables como sexo, edad, localización de la lesión, forma de presentación, pruebas complementarias realizadas y técnica quirúrgica empleada.

Resultado: La edad promedio fue de 14,5 años, predominado el sexo masculino. La sobreinfección local fue la forma de presentación más frecuente (70%) y tan sólo uno de ellos debutó en forma de meningitis de repetición. Se realizó estudio mediante TAC en todos los casos y RNM en 10 de ellos, la cual confirmó comunicación endocraneal únicamente en uno. La técnica quirúrgica más empleada fue la rinoplastia abierta y no se ha evidenciado recurrencia de la enfermedad en ninguno de ellos hasta la fecha.

Conclusión: El quiste dermoide nasoetmoidal es una patología poco frecuente que no debe ser subestimada debido a sus potenciales complicaciones intracraneales. Para su diagnóstico es imprescindible la realización de una correcta historia clínica y utilización de pruebas de imagen tales como TAC y RNM que delimitarán localización, extensión, tamaño y existencia de comunicación intracraneal y ayudarán a la planificación del abordaje quirúrgico, siendo necesaria en ocasiones la colaboración de un equipo multidisciplinar.

Sala 107 + 108 15.00-16.00

OTOLOGÍA

Sesión de comunicaciones orales 22

346. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPOACUSIA EN APLASIA/HIPOPLASIA DEL OCTAVO PAR

M. Uehara Benites, L. Cavallé Garrido y C. Morera Pérez

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Introducción: Una de las causas de hipoacusia neurosensorial profunda (HNSP) es la aplasia o hipoplasia del octavo par craneal. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen, especialmente la resonancia magnética (RM). Presentamos nuestra experiencia en el diagnóstico y manejo de los casos de hipoacusia por aplasia e hipoplasia del VIII par.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los casos de aplasia/hipoplasia del NA mediante RM en los últimos 12 años. Se les agrupo mediante la clasificación de Casselman (1997). Se realiza estudios radiológicos y audiológicos adaptados a la edad.

Resultados: Se estudiaron 6 pacientes con hipoacusia profunda bilateral, tres presentaron aplasia del nervio coclear tipo I (2 bilaterales y 1 unilateral). Un paciente presento aplasia tipo I de un oído y tipo IIa del otro. Un caso presento una hipoplasia tipo IIb bilateral y otro paciente tuvo una hipoplasia tipo IIa en ambos oídos. Dos pacientes recibieron un implante auditivo de tronco cerebral (ABI) y los cuatro restantes un implante coclear (IC). Todos los casos excepto un paciente implantado obtuvieron respuestas auditivas, si bien existen importantes variaciones individuales.

Conclusiones: La hipoplasia del octavo par es una entidad rara. El diagnóstico se realiza mediante RM; pero no debe considerarse como una contraindicación absoluta para el IC. La elección de implantación debe basarse en estudios audiológicos y electrofisiológicos.

726. CLASIFICACIÓN DE LAS MALFORMACIONES COCLEOVESTIBULARES EN FUNCIÓN DE SU PRONÓSTICO PARA LA IMPLANTACIÓN COCLEAR. NUESTRA EXPERIENCIA

M.J. Lavilla, M.J. Cisternas, G. Pardo, I. Báez, A. Palomino, F. Ramos, J. Marcos y M. Aparicio

Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. España.

Introducción: El propósito de este trabajo es adecuar las malformaciones congénitas del oído interno diagnosticadas en nuestro centro, a una clasificación precisa, atendiendo a las características

radiológicas en vistas a establecer un pronóstico en implantación coclear. Así como revisar las asociaciones sindrómicas y diagnósticos genéticos de estas alteraciones

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente las malformaciones congénitas asociados a hipoacusia profunda bilateral, diagnosticados en la unidad de Implantes del Complejo Hospitalario de Cáceres desde enero del 2001 hasta enero del 2009. Se tratan de agenesia coclear 1, cavidad común 2, Mondini 1, hipoplasia coclear 1, acueducto vestibular dilatado (AVD), 2. De los 6, 4 recibieron un implante coclear (IC), cavidad común (1), Mondini (2) y AVD (2). Exponemos los resultados postimplantación y las incidencias quirúrgicas relacionadas con la alteración anatómica.

Resultados: El caso de agenesia coclear caso sugiere un síndrome Waardenburg variedad Wildervanck proponiéndose implante de tronco la hipoplasia coclear se asociaba a s. Waardenburg tipo I, con alteraciones neurológicas severas. La familia rechazó el tratamiento. Destacar que es uno de los dos casos documentados en España con una nueva mutación genética, concretamente es homocigoto para el nuevo c.335A > G (p.His112Arg), primera mutación publicada que afecta un residuo de aminoácido con el péptido activo de la endotelina-3 en el EDN3. El Mondini se asociaba a parálisis recurrencial congénita. Exponemos las particularidades de rehabilitación postimplantación de la lectoescritura en este niño con una comprensión del lenguaje adecuada para su edad pero con imposibilidad actual de fonar. Los casos de AVD, no cursaron Gusher quirúrgico, a pesar de la gran dilatación.

Conclusiones: No se encontraron diferencias entre los pacientes con cócleas normales y aquellos que presentaban malformaciones menores como la partición incompleta tipo II y el AVD. Las malformaciones mayores como la partición incompleta I, tienen una alta tasa de complicaciones quirúrgicas y no se posible predecir los resultados

271. NISTAGMO ORTOTRÓPICO COMO FACTOR PRONÓSTICO FAVORABLE DEL VPPB DURANTE LA MANIOBRA DE EPLEY

N. Pérez-Fernández, M.S. Boleas-Aguirre, I. Sanhueza Torres y R. Manrique

Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: La maniobra de Epley en el VPPB está basada en el mecanismo de canalolitiasis. Al realizar el giro cefálico desde la posición de Dix-Hallpike a la segunda de Epley, se puede producir un nistagmo ortotrópico (en la misma dirección que el evocado al hacer la maniobra de Dix-Hallpike), puede revertirse o incluso puede no haber nistagmo alguno. Si el debris se reposiciona correctamente con la segunda maniobra, se genera una corriente ampulífuga, con el consiguiente nistagmo ortotrópico. El objetivo de este estudio es analizar mediante curvas de supervivencia la existencia de diferencias en la evolución de pacientes con vértigo posicional tratados con la maniobra de Epley, en virtud de la existencia o ausencia de un nistagmo ortotrópico, así como de los datos de exploración vestibular.

Material y métodos: 130 pacientes entre febrero del 2008 a marzo del 2009, de los cuales se cuenta con un seguimiento adecuado e información fidedigna en 87 de ellos. Se analizó el éxito de la maniobra en relación a presencia o ausencia de vértigos y/o inestabilidad a posterior.

Resultados: El 90% de los pacientes con nistagmo ortotrópico tuvieron una resolución del cuadro luego de una maniobra de Epley, en contraste con un 40% de resolución en caso de nistagmo reverso o negativo.

Conclusión: La dirección del nistagmo en la segunda maniobra de Epley, es un importante predictor del éxito de la misma. La no obtención de nistagmo en la segunda maniobra de Epley, puede deberse a la poca energía cinética utilizada en la maniobra.

304. LA UTILIZACIÓN DE GENTAMICINA INTRATIMPÁNICA EN LA ENFERMEDAD DE MENIÈRE. NUESTRA EXPERIENCIA A CORTO Y LARGO PLAZO

V. Rodríguez Rivera, H. Pérez Garrigues, M. Lesmas Navarro y C. Morera Pérez

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Introducción: En pacientes con enfermedad de Menière la primera actitud terapéutica es el tratamiento farmacológico. Hay pacientes en que no se pueden controlar los episodios vertiginosos y es necesario recurrir al tratamiento quirúrgico. Una de las posibilidades, actualmente muy extendida, es la administración de gentamicina intratimpánica, cuyo objetivo es controlar las crisis de vértigo conservando la audición.

Material y métodos: La muestra estudiada es de 40 pacientes. En todos los casos se utilizó primero tratamiento farmacológico, cuando fracasó, se administró la gentamicina intratimpánica. Se utilizaron dos pautas: tratamiento seriado de tres dosis con un intervalo semanal entre ellas o en dosis única que se repetiría según los resultados obtenidos. La eficacia del tratamiento se ha considerado de acuerdo a las normas de la Academia Americana de Otorrinolaringología.

Resultados y discusión: El resultado ha sido satisfactorio en un 80% de casos, necesitando generalmente una única dosis. A largo plazo se mantienen los buenos resultados. En un caso persistió una pequeña perforación timpánica y en otro hubo un deterioro auditivo. En ningún paciente han empeorado los acúfenos ni la sensación de plenitud ótica. La incidencia de desequilibrio tras el tratamiento depende de la edad y la situación vestibular previa.

Conclusión: Nuestros resultados confirman que la utilización de gentamicina intratimpánica es una posibilidad terapéutica efectiva, sencilla, con pocos efectos secundarios y que puede conservar la audición si se utiliza una dosis única o un intervalo de tiempo suficiente en una pauta de varias dosis.

265. ELECTROCOCLEOGRAFÍA PARA LA ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE DEFINIDA. ESTUDIO PRELIMINAR

E. Montiel Díez, E. Martín Sanz, V. Campos, C. Herrero, M. Gil Calero y R. Sanz

Hospital Universitario de Getafe. Getafe. España.

Introducción: La electrococleografía se utiliza en el diagnóstico de la enfermedad de Ménière desde hace más de 3 décadas. El registro transtimpánico conlleva la sedación del paciente y la aplicación de un electrodo sobre el promontorio con lo que la utilidad para la clínica diaria se ve empobrecida. La llegada de la ECG extratimpánica permite el registro de este potencial de acción en un intervalo de tiempo corto y con escasos inconvenientes para el paciente.

Material y métodos: Se realiza un estudio longitudinal y prospectivo a pacientes consecutivos categorizados como enfermedad de Ménière definida según los criterios de la academia americana de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Se presentan a estudio los 20 primeros casos registrados mediante electrococleografía extratimpánica. Se determinan los valores de la amplitud y latencia del potencial de sumación y del potencial de acción, así como el cociente de éstos.

Resultados: Considerando un ratio de potencial de sumación/potencial de acción alargado (> 0,40), un ensanchamiento de la onda del potencial de acción (> 3 ms) y un alargamiento de la latencia del potencial de acción (> 0,2 ms), conjuntamente como criterios diagnósticos de hidrops endolinfático un 70% (14 de 20) de los pacientes de la muestra, obtuvieron esos parámetros del registro.

Conclusiones: La electrococleografía extratimpánica supone un método diagnóstico rápido, de sencilla utilización y fiable para el diagnóstico de la enfermedad de Ménière.

764. ESTANCIA EN UCI COMO FACTOR DE PREDISPOSICIÓN A LA HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL RÁPIDAMENTE PROGRESIVA (HNSRP)

I. Llópez Carratalá, F.J. García Callejo, N. Muñoz Fernández, M.T. Achiques Martínez, M.V. Monrroy Parada y J. Marco Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universidad de Valencia. Valencia. España.

Introducción: La estancia en Cuidados Intensivos (UCI) condiciona cambios inflamatorios profundos con repercusión en el sistema inmunitario y la microcirculación sistémica. El oído interno puede ser un órgano susceptible de evidenciar estas modificaciones.

Pacientes y métodos: En los últimos 6 años han sido revisados 4 pacientes aquejados de hipoacusia tras su estancia en UCI. Su edad varió entre 28 y 49 años y la estancia entre 9 y 35 días. Se midió audiométricamente la pérdida auditiva, así como la afectación hemorreológica e inmunomediada mediante indicadores de viscosidad y filtrabilidad sanguínea, y titulación de anticuerpos anticocleares por Western-blot (WB).

Resultados: Existió HNSRP bilateral y asimétrica en todos los casos, con porcentajes que variaron entre el 3,9 y el 58,1%. Todos los pacientes mostraron hiperviscosidad sanguínea. En 3 se detectó disminución en la filtrabilidad eritrocitaria y en 2 casos el WB resultó positivo. Al alta de su estancia en UCI se prescribió tratamiento con agentes vasoactivos en los 4 casos, pero sólo en uno se propuso corticoterapia, dada su patología de base. La pérdida de audición permaneció constante en los cuatro casos.

Conclusiones: El paciente atendido en UCI expresa un grado de stress metabólico en un contexto de hipoxemia tisular, infección y generación de reactantes de fase aguda. El desarrollo de síndromes de hiperviscosidad sanguínea o desórdenes inmunomediados pueden alterar la respuesta orgánica de diversos órganos. El conocimiento de su status reológico e inmunitario y una terapia precoz al efecto deberían establecerse en las circunstancias de deterioro auditivo perceptivo.

Sala 109 + 110 15.00-16.00

RINOLOGÍA

Sesión de comunicaciones orales 23

208. CARCINOMA DE PARATIROIDES. NEOPLASIA ENDOCRINA INFRECUENTE

P. Estrems, G. Pastor, R. Balaguer, M.T. Cuesta, F. Guallart, E. Estellés y J. Dalmau

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

Introducción: El carcinoma de paratiroides es una neoplasia endocrina infrecuente, que constituye menos del 1% del total de hiperparatiroidismos primarios. Su diagnóstico a priori es difícil, aunque existen datos clínicos y bioquímicos que lo sugieren. Mediante este trabajo, y a partir de tres casos clínicos tratados en nuestro servicio, realizaremos una revisión de la literatura publicada en relación a las principales características clínicas, diagnósticas y sobre todo terapéuticas de este tipo de patología.

Material y métodos: Presentamos tres casos de carcinoma paratiroideo tratados en nuestro servicio desde el año 2005.

Discusión: El carcinoma de paratiroides es una patología poco frecuente. Inicialmente debe sospecharse ante una serie de manifestaciones clínicas y bioquímicas como elevaciones marcadas en la calcemia y parathormona, la presencia de clínica de hipercalcemia severa o ante la aparición de una masa cervical palpable. La cirugía, y más concretamente la cirugía precoz, constituye el único tratamiento potencialmente curativo del carcinoma paratiroideo. Debido a la elevada tasa de recurrencias locales que presenta, se recomienda una resección en bloque del tumor junto con el lóbulo tiroideo ipsilateral, los ganglios linfáticos paratraqueales y cualquier tejido contiguo al que se encuentre adherido. Igualmente se indica la cirugía en caso de metástasis regionales o a distancia con intención paliativa sobre la hipercalcemia. Las técnicas de localización se reservarán para los casos de reintervención por persistencia o recurrencia tumoral.

Conclusiones: El carcinoma de paratiroides debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las posibles causas de hiperparatiroidismo primario. Su tratamiento es quirúrgico, por lo que el reconocimiento, tanto pre como intraoperatorio, del tumor resulta de suma importancia en el pronóstico del paciente.

466. PRÓTESIS FONATORIAS PROVOX. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL CHOP

M. Paulos Novoa, I. Arán González, J. Romera Aibar, H. Rey Martínez y J. Fernández Silva

Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Introducción: La laringuectomía total sigue siendo una de las principales opciones de tratamiento del cáncer de laringe. La pérdida de la voz es la consecuencia más inmediata e importante para el paciente laringuectomizado. Las prótesis fonatorias fueron diseñadas para intentar restaurar la comunicación oral en estos pacientes. Los resultados fonatorios son superiores a los de la erigmofonía.

Material y métodos: Estudio evolutivo de 20 pacientes laringuectomizados a los que se ha implantado prótesis fonatoria tipo Provox. Nuestra muestra consta de 19 hombre y 1 mujer, con edades comprendidas entre 46 y 85 años. La implantación se realizó de forma primaria en el 20% de pacientes y secundaria en el 80%. El tiempo medio de seguimiento fue de 13 meses desde la implantación de la prótesis.

Resultados: Analizamos el correcto funcionamiento de la prótesis para la función fonatoria, su adecuada posición en el traqueostoma y las complicaciones asociadas (granulaciones, infección...).

Conclusiones: La implantación de la prótesis fonatoria tipo Provox es una técnica sencilla y segura que ofrece buenos resultados fonatorios en pacientes laringuectomizados. El mantenimiento de la prótesis funcionante implica complicaciones menores solucionables mediante técnicas sencillas. La aceptación por parte de los pacientes ha sido buena.

566. OSTEOSARCOMA DE LARINGE. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

E.O. Neira Guerrero, J.M. Mondéjar, D. Hellín Meseguer, N.A. Mena Viveros y R. Arce Martínez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción: Los sarcomas laríngeos son tumores muy raros, con alta mortalidad. Histológicamente encontramos el condrosarcoma, fibrosarcoma, linfoma, angiosarcoma y osteosarcoma; De este último sólo hay aproximadamente 16 casos publicados.

Material y método: Varón de 44 años, fumador, con disfonía de cuatro meses de evolución. En exploración pólipo glótico que tras

microlaringocirugía no evidencia histológica de malignidad. Al persistir disfonía, se reevalúa y encuentra tejido polipoideo en tercio anterior de cuerda vocal derecha y comisura anterior que se biopsia e informa de malignidad con patrón osteosarcomatoso, índice proliferativo elevado y actividad mitótica intensa. Inmunohistoquímica con expresión vimentina, p53 y en algunas áreas actina. El TAC informa engrosamiento de la pared con tenue hipercaptación difusa del medio de contraste, sin observarse imágenes nodulares sospechosas, ni alteraciones de cartílagos adyacentes. Tórax normal. El PET-TAC informa de acumulo focal con incremento del índice glicídico a nivel de comisura anterior y cuerda vocal derecha con engrosamiento de pared y SUV de 7,50, con alta probabilidad de malignidad; Resto sin evidencia de malignidad.

Resultados: El paciente es sometido a laringectomía supracricoidea con cricohiodopexia y el diagnóstico definitivo es un osteosarcoma grado IV de partes blandas que se extiende al espacio prelaringeo.

Discusión/conclusión: El osteosarcoma de laringe es un tumor raro y agresivo que se propagación hematógena y dificultad diagnóstica. Existen pocos casos de osteosarcoma primario de laringe descritos y todos ellos con pobre pronóstico. El presente caso plantea diagnóstico diferencial con otros sarcomas, carcinoma seudosarcomatoso y tumor miofibroblástico inflamatorio.

625. CIRUGÍA CONSERVADORA EN EL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS DE PRIMERO Y SEGUNDO ARCO BRANQUIAL

J. Trujillo Trujillo, M. Castrillo Tambay, B. Duarte Ruiz, J. González Martín-Moro y T. Bucci

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

Introducción: El desarrollo embriológico de la cabeza y el cuello es dirigido por un entramado de numerosos genes siendo infrecuentes las malformaciones embriológicas. Cuando acontecen, las más comunes son el quiste tirogloso y las anomalías branquiales. La mayoría están presentes en el momento del nacimiento.

Material y métodos: Aportamos nuestra experiencia en el tratamiento de este tipo de lesiones y llevamos a cabo una extensa revisión bibliográfica. Nuestra contribución en el tratamiento de este tipo de anomalías consiste en llevar a cabo una parotidotomía como vía de abordaje a la lesión y posterior parotidoplastia, con preservación del nervio facial y la glándula parótida en todos los casos que se pueda aislar de forma óptima la lesión.

Resultados: Los resultados tanto estéticos como funcionales, en todos los casos son excelentes, sin incrementarse el riesgo de recidiva de la lesión.

Conclusiones: Las anomalías derivadas del segundo arco branquial son las malformaciones branquiales más frecuentes. Los sinus son más frecuentes que los quistes, y las fístulas branquiales son extremadamente raras. No existen diferencias en cuanto al sexo, y la mayoría de los pacientes (aproximadamente, un 70%) se diagnostican y tratan durante su infancia. El tratamiento de este tipo de lesiones consiste en llevar a cabo una exéresis quirúrgica completa de las mismas para evitar recidivas. La excisión completa a edades tempranas es recomendable para evitar complicaciones, sobretodo de índole infecciosa. Una vez llevada a cabo la cirugía, el estudio anatomo-patológico definitivo de la lesión nos establece el diagnóstico definitivo en todos los casos.

747. LARINGECTOMÍA PARCIAL SUPRACRICOIDEA CON CRICOHIOIDOEPIGLOTOPEXIA. NUESTRA EXPERIENCIA A LO LARGO DE 15 AÑOS

F.J. Guerra, R. Gutiérrez, V. Vasallo, H. Moreno, L. Garrido y C. Cenjor

Fundación Jiménez Díaz Madrid. España.

Introducción: La laringectomía parcial supracricoidea es un procedimiento conservador de órgano indicado en casos seleccionados de carcinomas transglóticos.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo de 15 años de duración de 52 casos de carcinomas laríngeos tratados mediante esta técnica quirúrgica.

Resultados: En nuestro estudio demostraremos la seguridad oncológica de esta técnica en casos bien seleccionados, las escasas alteraciones en la calidad de vida de los pacientes y su gran esperanza de vida. Estudiaremos datos de complicaciones postquirúrgicas inmediatas (primer mes postquirúrgico) o tardías (primer año postoperatorio). Estudiaremos los índices de recidivas así como los índices de segundos tumores primarios.

Discusión/conclusiones: La laringectomía supracricoidea con cricohioidoepiglotopexia es una técnica segura desde el punto de vista del control oncológico en manos expertas y presenta seguridad en la posterior calidad de vida de los pacientes.

la confianza
de un valor seguro

Varidasa® 40 comprimidos

Antiinflamatorio sin efecto gastrolesivo[1] para procesos infecciosos[2,3,4] y traumáticos[5,6,7]

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. VARIDASA Comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada comprimido contiene: Estreptoquinasa 10.000 USK (unidades de estreptoquinasa), Estreptodornasa 2.500 USD (unidades de estreptodornasa), Excipiente: Colorante amarillo anaranjado S (E-110) 0,060 mg. Para la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimidos. Comprimidos ranurados de color naranja claro. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de la inflamación aguda o crónica, infecciosa en combinación con antibióticos o traumática (con edema y/o hematoma). **4.2. Posología y forma de administración.** La dosis media habitual es de un comprimido por vía oral, cuatro veces al día, durante 4-6 días. En cuadros agudos, pueden utilizarse dosis mayores como medida terapéutica de ataque que consistirá en dos comprimidos tres veces al día y, si fuese necesario, la dosis podría aumentarse hasta dos comprimidos cuatro veces al día. **4.3. Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a la estreptoquinasa, estreptodornasa o a alguno de los excipientes. Diátesis hemorrágica conocida. Hipertensión grave no controlada. Niveles bajos de fibrinógeno. Trombocitopenia. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Varidasa comprimidos contiene estreptoquinasa y estreptodornasa, de las que son conocidas sus propiedades antigénicas. Se han comunicado casos de hipersensibilidad y reacciones anafilácticas/anafilactoides (incuyendo shock, disnea y urticaria) asociadas con el uso de estreptoquinasa-estreptodornasa. En caso de producirse una reacción alérgica/anafiláctica, se debe interrumpir el tratamiento con Varidasa comprimidos. Se debe tener especial precaución al administrar Varidasa comprimidos a pacientes que padezcan alguna de las situaciones siguientes: Hemorragia gastrointestinal grave reciente. Operaciones importantes recientes (6ª a 10ª día de postoperatorio, en función de la gravedad de la operación). Traumatismo reciente y resucitación cardiopulmonar. Biopsia reciente de algún órgano, punciones en vasos no compresibles, inyecciones intramusculares o intubación. Parto reciente, aborto. Pacientes con tratamiento concomitante con anticoagulantes orales (INR>1,3). Lesión hepática o renal grave. Lesiones orgánicas susceptibles de sangrar (p. ej. úlcera péptica activa). Pericarditis aguda y/o endocarditis bacteriana subaguda. Hemorragia interna activa, existente o reciente. Accidente cerebrovascular reciente; cirugía intracraneal o intraespinal. Neoplasia intracraneal. Traumatismo craneoencefálico reciente. Neoplasia conocida con riesgo de hemorragia. Pancreatitis aguda. Retinopatía hipertensiva de grados III/IV. Varidasa comprimidos debe ser utilizada con precaución en pacientes con antecedentes de disminución de la función hepática. La estreptoquinasa puede provocar la síntesis del activador de plasminógeno y de plasmina, enzimas con una alta actividad proteolítica que pueden conducir a disfunción hepática. A causa de un aumento en la probabilidad de aparición de resistencia debida a anticuerpos, Varidasa comprimidos podría no ser eficaz si es administrado transcurridos más de 5 días después de una terapia previa, particularmente entre 5 días y 12 meses. Por tanto, puede ser necesario incrementar la dosis en tratamientos prolongados. Asimismo, el efecto de Varidasa comprimidos puede verse reducido en pacientes que hayan sufrido recientemente una infección estreptocócica, como faringitis estreptocócica, fiebre reumática aguda o glomerulonefritis aguda. *Uso en pediatría.* No se recomienda el uso de estreptoquinasa-estreptodornasa en pacientes pediátricos debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia de su uso en estos pacientes. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** El tratamiento previo o simultáneo de Varidasa comprimidos con anticoagulantes o substancias que actúan sobre la formación o función de las plaquetas (p. ej. inhibidores de la agregación plaquetaria, dextranos, antifibrinolíticos tales como ácido aminocaproico, aprotinina y ácido traxenámico, analgésicos antiinflamatorios no esteroideos especialmente ácido acetilsalicílico, indometacina, fenilbutazona y otros inhibidores de la agregación plaquetaria especialmente sulfinpirazona) podría incrementar el riesgo de hemorragia. **4.6. Embarazo y lactancia.** *Embarazo.* No se ha establecido la seguridad y eficacia del uso de estreptoquinasa-estreptodornasa durante el embarazo. Aunque sólo pequeñas cantidades de estreptoquinasa atraviesan la placenta, se han encontrado anticuerpos específicos para estreptoquinasa en sangre fetal. Por tanto, no se recomienda el uso de Varidasa comprimidos durante el embarazo. *Lactancia.* No se ha establecido la seguridad y eficacia del uso de estreptoquinasa-estreptodornasa durante la lactancia. Por tanto, no se recomienda el uso de Varidasa comprimidos durante la lactancia. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** No se han descrito efectos sobre la capacidad para conducir o utilizar máquinas. **4.8. Reacciones adversas.** Las reacciones adversas se enumeran a continuación por órganos y sistemas de acuerdo con las categorías de frecuencia siguientes: Muy frecuentes: ≥ 1/10, Frecuentes: ≥ 1/100, < 1/10. Poco frecuentes: ≥ 1/1.000, < 1/100, Raras: ≥ 1/10.000, < 1/1.000, Muy raras: < 1/10.000, *Trastornos del sistema inmunológico.* Frecuentes: Desarrollo de anticuerpos antiestreptoquinasa. Poco frecuentes: Hipersensibilidad y reacciones anafilácticas/anafilactoides (incluyendo shock, disnea y urticaria). *Trastornos gastrointestinales.* Poco frecuentes: Náuseas, diarreas, dolor epigástrico y vómitos. *Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo.* Muy raras: Exantema eritematoso, dermatitis, prurito. *Trastornos hepatobiliares.* Poco frecuentes: Incremento transitorio de las transaminasas hepáticas, así como de la bilirrubina. *Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración.* Poco frecuentes: Cefalea y dorsalgia, mialgia, escalofríos y/o aumento de la temperatura corporal, así como astenia/malestar general. **4.9. Sobredosis.** En caso de sobredosis o ingestión accidental el tratamiento debe ser sintomático. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: Antitrombóticos: enzimas Código ATC: B01AD Varidasa comprimidos contiene como principio activo la combinación de enzimas estreptoquinasa-estreptodornasa extraídas por fermentación de cultivos de *Streptococcus β-hemolítico* no patógeno perteneciente al grupo C de Lancefield. La estreptoquinasa es una enzima activadora de plasminógeno. Forma complejo con el plasminógeno libre catalizando así la transformación del resto de plasminógenos en plasmina y desencadenando la fibrinolisis. La estreptodornasa es una desoxirribonucleasa que produce una degradación enzimática de los exudados supurativos y viscosos. Al mismo tiempo la estreptodornasa despolimeriza los ácidos desoxirribonucleicos y eventualmente los degrada a purinas solubles (adenina y guanina) y a bases pirimidínicas (timina, citosina) que pueden ser fácilmente eliminadas. Las zonas supurativas son licuadas a través de la lisis de estos polinucleótidos mientras que las células vivas y el colágeno no se ve afectado. Las enzimas estreptoquinasa y estreptodornasa tienen, por tanto, actividad antiinflamatoria y antiedematosa. **5.2. Propiedades farmacocinéticas.** Tras la administración oral, Varidasa se reabsorbe desde el tracto gastrointestinal en cantidades farmacológicamente activas. La biodisponibilidad de Varidasa oral, medida sobre la base de su efecto fibrinolítico tras una administración intravenosa, es de alrededor del 28%. Después de la administración oral, Varidasa activa el proactivador de plaminógeno en el jugo gástrico que probablemente también forma parte del efecto farmacológico. Tras la administración oral de Varidasa, se produce un incremento de los valores de anticuerpos para estreptoquinasa y estreptodornasa, volviendo a los valores iniciales después de 3-4 semanas. Además, se puede detectar en orina un incremento de la actividad de la peptidasa, tras la administración oral de Varidasa. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad.** Los estudios realizados en animales no revelan riesgos especiales para los humanos. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1. Lista de excipientes.** Fosfato de calcio dibásico dihidratado. Almidón de maíz. Acacia. Estearato de magnesio. Colorante amarillo anaranjado S (E-110) **6.2. Incompatibilidades.** No procede. **6.3. Periodo de validez.** 1 año. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz y la humedad. No conservar a temperatura superior a 30ºC. **6.5. Naturaleza y contenido del envase.** Blísters de Aluminio/PVC/PVDC. Varidasa comprimidos se presenta en los siguientes formatos: Envase de 20 comprimidos. Envase de 40 comprimidos. Envase clínico de 500 comprimidos. **6.6. Precauciones especiales de eliminación.** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** INDUSTRIAL FARMACÉUTICA CANTABRIA, S.A. Ctra. Cazoña-Adarzo, s/n 39011 Santander. **8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERACIALIZACIÓN** 41.161. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Junio 1965. Mayo 2000. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Mayo 2009.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Pita E et al. Efficacy of oral streptokinase-streptodornase in the treatment of the ankle sprains. Clin Orthop. 1991;263. **2.** Luna Castro M et al. La demetilclortetraciclina asociada a la estreptocinasa y la estreptodornasa en el tratamiento de las infecciones humanas. Prensa Med (Mex). 1967;32(1):12-4. **3.** De Oliveira WB. Use of antibiotic enzyma combination in dental practics. Folha Med. 1985;76(2):95-8. **4.** Pérez Fernández N. Terapia coadyuvante con estreptoquinasa-estreptodornasa. Tiempos Médicos. 1994:509:121. **5.** Caviak Y. Oral administration of streptokinase in posttraumatic edema and hematoma. Münch Med Wschr. 1978;120(40):1313-5. **6.** Spannbauer E. Oral streptokinase therapy in sports injuries. Therapiewoche. 1976;42:6828-30. **7.** Matta M, Mouzas GL. Streptokinase-streptodornase in the treatment of minor injuries. Practitioner. 1972;209:343-5.

www. ifcgroup.net

ifc

Antes de elegir la mejor publicación para ampliar sus conocimientos...

☑ Pídanos una prueba.

SÓLO TIENE QUE ESCOGER LA REVISTA Y SOLICITARLA

GRATIS

- Piel
- Medicine
- Medicina Clínica
- Pediatrics
- Anales de Pediatría Continuada
- Técnicas Quirúrgicas en Ortopedia y Trauma.
- Clínica e Invest. en Obstetricia y Ginecología
- Quintessence
- Quintessence Técnica
- FMC, Formación Médica Continuada
- Atención Primaria
- Jano, Medicina y Humanidades
- Nursing
- Enfermería Intensiva
- Enfermería Clínica
- Prehospital Emergency Care
- Revista Internacional de Acupuntura
- Revista Médica de Homeopatía
- Osteopatía Científica
- Farmacia Profesional

MIRE EL LISTADO, COMUNÍQUENOS SU DECISIÓN

ASÍ DE FÁCIL

LLAMANDO AL **902 888 740**

POR E-MAIL suscripciones@elsevier.com

Y RECIBIRÁ GRATUITAMENTE UN EJEMPLAR Ref. 802305

Oferta válida en España hasta el 31/10/09. Se aceptarán un máximo de 2 revistas solicitadas por una misma persona. El interesado autoriza de forma expresa a que la información que nos facilita pase a formar parte del fichero de ELSEVIER ESPAÑA, S.L. con la finalidad de mantener la relación comercial y recibir información y publicidad de productos y servicios de nuestra empresa, a través de cualquier medio, automatizado o no, incluido el telefónico y los electrónicos o equivalentes para productos similares. Tiene Ud. derecho a conocer, rectificar, cancelar, u oponerse al tratamiento de la información que le concierne y que podrá ejercitar ante ELSEVIER ESPAÑA, S.L., (Trav. Gracia 17-21, 08021 Barcelona) o en la dirección electrónica bbdd@elsevier.com. (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos).

ELSEVIER DOYMA

Acta Otorrinolaringol Esp. 2009;60(Espec Congr):47-48

ELSEVIER DOYMA

Acta Otorrinolaringológica Española

www.elsevier.es/otorrino

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

Madrid, 13-17 de noviembre de 2009

Fórum de Investigación

Domingo, 15 de noviembre

Sala 106 09.00-11.00

44. CAMBIOS GÉNICOS EN LOS SEGUNDOS TUMORES PRIMARIOS Y RECIDIVAS EN LA PROGRESIÓN DEL CÁNCER ESCAMOSO DE CABEZA Y CUELLO

V. Franco Gutiérrez, C.A. Álvarez Marcos, J.L. Llorente Pendás, M. Hermsen, L. Argüelles Tamargo y C. Suárez Nieto

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital de Cabueñes. Gijón. España.
Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo. España.
Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias (IUOPA). Oviedo. España.

Introducción: El cáncer escamoso de cabeza y cuello (CECC) es una patología de gran trascendencia en nuestro medio. Los segundos tumores primarios (STP) y las recidivas tumorales (RT) son formas de progresión de la enfermedad que condicionan la supervivencia de los pacientes.

Objetivos: Estudiar los cambios génicos en los STP y RT para contribuir al conocimiento de la progresión tumoral, con posibles implicaciones en el diagnóstico precoz y en el pronóstico.

Material y métodos: Se estudian 36 pacientes con CECC, distribuidos en dos grupos, uno de 21 pacientes que desarrollaron STP, y otro de 15 con RT. Se excluyeron los que habían recibido radioterapia entre ambos diagnósticos. Empleamos la técnica de MLPA que utiliza mínima cantidad de ADN (> 20 ng) y permite amplificar más de 40 secuencias distintas de ADN, obteniendo un patrón de pérdidas/ganancias génicas.

Resultados: Los STP tienen mayor supervivencia (67%) que las RT (20%). Los cambios génicos que diferencian los CECC iniciales de los STP fueron las pérdidas en IL2, AI651963, IL18, BRCA2, DLEU, CDH2 y la ganancia de CDKN2D. Para las RT las pérdidas en IGSF4, TP53 y las ganancias en LMNA y PTPN1. Los cambios génicos que diferencian los STP y las RT fueron las pérdidas en TP53, MFHAS1, CDKN2A, AI651963, RENT2, IL18 y las ganancias en LMNA, CTSB, PTPN1 y N33. Entre los CECC con su correspondiente STP y RT predominan las discordancias, aunque también se observan concordancias.

Conclusiones: El estudio realizado demuestra múltiples cambios génicos que diferencian los grupos estudiados, algunos no descritos previamente. El gran número de discordancias entre los CECC y sus RT, junto con algunas concordancias entre CECC y STP, sugieren que los criterios clínicos de progresión tumoral no son adecuados y en esta clasificación de la progresión deben ser considerados los estudios génicos.

75. ANÁLISIS GENÉTICO-MOLECULAR DE LOS CARCINOMAS EPIDERMOIDES NASOSINUSALES

F. López Álvarez, J.L. Llorente Pendás, M. Hermen, M. Aloso Guervós, C. Álvarez Marcos y C. Suárez Nieto

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.
Instituto Universitario Oncológico del Principado de Asturias (IUOPA). Oviedo. España.

Introducción: Los carcinomas epidermoides nasosinusales (CENS) son tumores que no presentan una clara relación epidemiológica con el tabaco y el alcohol a diferencia de otros carcinomas epidermoides de cabeza y cuello más frecuentes. El conocimiento acerca del perfil genético molecular de estos tumores es escaso.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 27 pacientes con CENS intervenidos en nuestro Servicio. Se analizaron los cambios génicos en los 27 casos utilizando la técnica de MLPA (multiplex ligation-dependent probe amplification) y, adicionalmente en 11 de ellos se realizó un estudio genómico con maCGH (microarray comparative genomic hybridization).

Resultados: Se obtuvieron alteraciones genético-moleculares en todas las muestras estudiadas tanto con MLPA como con maCGH. Las pérdidas más frecuentes se vieron en los genes CDKN2A (9p21), RB1 (13q14), CRK y TP53 (17p13), BRCA1 (17q21), CDH2 (18q11) y STCH (21q11), y se observaron frecuentes ganancias en los genes EMS1, CCND1 y RELA (11q13), RECQL4, MYC y PTP4A3 (8q24), ERBB2 (17q12), STK11 (19p13) y BCL2L1 y PTPN1 (20q11-13). Se comprobó la existencia de amplificación en las regiones 11q13 (EMS1 y CCND1), 17q21 (ERBB2). Las ganancias de 20q13, 11q13 y 8q24 se relacionaron con la presencia de diseminación tumoral.

0001-6519/$ - see front matter © 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: El perfil genético de los CENS revela un gran parecido con el que presentan los carcinomas epidermoides de faringe y laringe, más estudiados. Esto sugiere la existencia de una vía de carcinogénesis similar, a pesar de las diferencias etiológicas y apoyaría la aplicación en los CENS de métodos diagnósticos y terapéuticos moleculares utilizados en aquéllos.

87. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL SÚBITA. INFILTRACIÓN CORTICOIDEA INTRATIMPÁNICA

N. Bejarano-Panadés, P. Sarría Echegaray y M. Tomás Barberán

Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Introducción: La hipoacusia neurosensorial súbita (HNSS) es una urgencia otorrinolaringológica. Precisa de un diagnóstico y tratamiento precoz para permitir la máxima recuperación auditiva del paciente. En la mayoría de los casos es de etiología idiopática. Se presenta un nuevo protocolo de tratamiento de la HNSS en nuestro hospital que combina la administración sistémica + intratimpánica de metilprednisolona reflejando los resultados obtenidos.

Material y métodos: estudio prospectivo de pacientes afectos de HNSS comparando grupo tratado con terapia corticoidea endovenosa y grupo tratado con terapia endovenosa + intratimpánica.

Resultados: Hasta la fecha podemos presentar 10 pacientes de cada uno de los grupos que cumplieron los requisitos establecidos, grupo A (tratamiento habitual), grupo B (tratamiento habitual más infiltración transtimpánica corticoidea). De los pacientes del grupo A, encontramos 5 mujeres y 5 hombres con una edad media de 45 años y un rango 32-64. Recuperaron "ad integrum" un 40%, mejoria parcial igual o por debajo de 40 dB 30% y sin mejoría alguna un 30%. Con respecto a los pacientes del grupo B, tenemos 6 mujeres y 4 hombres con una edad media de 43 años y un rango 26-57. Recuperaron la audición habitual un 70%, mejoría parcial 20% y ausencia de recuperación 10%.

Discusión/conclusiones: El tratamiento más adecuado para el manejo de esta enfermedad no está universalmente aceptado, existiendo múltiples pautas. El estudio presentado aporta resultados esperanzadores sobre la eficacia de la terapia intratimpánica.

277. ANÁLISIS DE LA CORTACTINA EN LESIONES PREMALIGNAS DE LARINGE

G. Mancebo Mata, F. López Álvarez, J.P. Díaz Molina, J.P. Rodrigo Tapia, J.M. García-Pedrero y C. Suárez Nieto

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: Las lesiones "premalignas" de la región glótica pueden ser el primer paso en el diagnóstico de los carcinomas epidermoides de laringe. Recientemente han surgido estudios sobre nuevos posibles marcadores del riesgo de progresión a cáncer como la cortactina (codificada por el gen CTTN, situado en la región de amplificación 11q13).

Material y método: Se trata de un estudio analítico, longitudinal y retrospectivo en el que se obtuvieron del archivo de AP 64 muestras de tejidos quirúrgicos de 52 pacientes (10 displasias leves, 18 displasias moderadas y 36 displasias severas/CIS) intervenidos entre los años 2000-2003, el seguimiento se prolongó durante un mínimo de 5 años. Se realizó un análisis mediante IHQ de la expresión de cortactina, así como un análisis de la amplificación de CTTN mRNA mediante PCR-cuantitativa, seguido de un análisis estadístico de los datos obtenidos.

Resultados: Hemos observado una evolución hacia carcinoma en 23 pacientes (44,2%). La amplificación de CTTN se detectó exclusivamente en 6 muestras (9,4% del total). El 100% de muestras con amplificación han progresado hacia la malignización ($p = 0,008$). Se obtuvo expresión valorable de cortactina en 53 muestras (82,8%). El 72,7% de las muestras con expresión elevada de cortactina evolucionaron frente al 35,7% de las que presentaban expresión de grado bajo-moderado, resultados que en el análisis estadístico muestran significación ($p = 0,041$). No se apreció una correlación significativa entre el grado histológico y el nivel de expresión de CTTN ($p = 0,135$).

Discusión/conclusiones: La amplificación de CTTN mRNA se podría considerar un marcador de riesgo de cáncer en displasias laríngeas. Se destapa el potencial del análisis de la expresión de la cortactina para predecir mejor la evolución y pronóstico de las lesiones premalignas de laringe.

756. CORRELACIÓN DE LA pHMETRÍA CON LOS SÍNTOMAS Y SÍNTOMAS EN PACIENTES CON REFLUJO FARINGOLARÍNGEO. RESPUESTA AL TRATAMIENTO

M.H. Rey Martínez, G.I. Porto, J.L. Ulla, I. Arán y S.J. Fernández

Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Introducción: El RGE puede producir clínica atípica o extraesofágica. Según Koufman, 2/3 de los pacientes con alteraciones laríngeas o de la voz, el RGE es la principal causa, o cuanto menos, un cofactor importante.

Objetivos: 1°) Describir las principales características clínicas y pHmétricas a nivel ORL, de pacientes con RFL. 2°) Evaluar la mejoría clínica objetiva y subjetiva tras el tratamiento con IBP.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de 16 pacientes con RFL, vistos en la Unidad de Voz del Servicio de ORL del Complejo Hospitalario de Pontevedra. Se han utilizado 3 herramientas diagnósticas: el RSI, el RFS, y la pHmanometría de doble canal.

Resultados: pHmanométricamente, se observa menor número de RF (proximal) con una media de 11 episodios, de 2,5 minutos, y la mayoría en bipedestación. En comparación con el reflujo distal (RE) que presenta mayor n° de episodios (26), mayor duración media del reflujo más prolongado (18 minutos), ocurriendo mayoritariamente en decúbito. El 100% presentó obliteración ventricular y eritema difuso, el 93,7% hipertrofia de comisura posterior y edema laríngeo; y el 81,2% edema de cuerdas. El 100% presentaba carraspeo, el 87,5% globus y disfonía. La paquidermia interaritenoidea y el edema laríngeo son los síntomas que mejor responden al tratamiento con lansoprazol 30 mg/12 horas, así como la disfonía, el ardor y el carraspeo. La media del RSI y RFS antes del tratamiento fue de 26 puntos y 15 puntos respectivamente, disminuyendo a 11 y 8 puntos después del tratamiento.

Conclusiones: Utilidad del RFS y RSI como herramientas diagnósticas no invasivas, y económicas; antes y después del tratamiento con IBP, que han demostrado ser efectivos. La correlación entre la pHmetría y la clínica es negativa para síntomas ORL, sólo se ha encontrado entre pirosis y RE. Y mayor severidad en pacientes con ardor, hernia de hiato y fumadores. No se ha encontrado ningún signo ni síntoma laríngeo patognomónico de RFL ni se correlaciona con la severidad del reflujo.

Acta Otorrinolaringol Esp. 2009;60(Espec Congr):49-166

ELSEVIER DOYMA

Acta Otorrinolaringológica Española

www.elsevier.es/otorrino

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

Madrid, 13-17 de noviembre de 2009

PÓSTERES

VIERNES, 13 DE NOVIEMBRE

7. CONTROL POSQUIRÚRGICO EN CIRUGÍA ENDONASAL

S. di Vanna, M. Kadiri, J. Villar, C. Zorita y R. Martí

Hospital Dos de Maig. Barcelona. España.

Introducción: El objetivo de este trabajo es verificar si los diferentes cuidados postoperatorios en cirugía endonasal influyen de alguna manera en los síntomas, evolución y resultados de la cirugía.

Material y métodos: 159 pacientes de ambos sexos. Edad 19 y 74 años. Mayo 2007-febrero 2008 (inclusive).

16. TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES

L. Arbizu Ruiz, M. Uzcanga Lacabe, R. López Diu, F. García-Bragado, N. Fernández Arrechea, E. Maraví Aznar, A. Macaya Martínez, M. Saiz Calleja y J. Medina Sola

Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción: El tumor de células granulares es un tumor benigno, derivado de las células de Schwann, infrecuente y de crecimiento lento, cuya mayor incidencia es hacia los 40-50 años. La región laríngea es una ubicación poco frecuente, donde la más común es la zona posterior de la cuerda vocal. Suele debutar con una clínica de disfonía o ser un hallazgo casual. La anatomía patológica es indispensable para el diagnóstico mostrando células con abundante citoplasma y gránulos en su interior. Su diagnóstico diferencial clínica y visualmente es con lesiones benignas de cuerda vocal.

Material y métodos: Varón de 38 años, fumador ocasional. El paciente refiere disfonía de meses de evolución. Con el fibroscopio se visualiza una lesión quística en el 1/3 posterior de CVD. Bajo microcirugía laríngea se realiza una exéresis completa de la lesión.

Resultados: El análisis anatomopatológico dio el diagnóstico de tumor de células granulares. La TC fue normal. Se le propuso nueva cirugía al paciente para ampliar márgenes, que éste desestimó, por lo que se decidió control del paciente. El paciente lleva un año libre de enfermedad.

Conclusiones: El tumor de células granulares es un tumor poco frecuente cuyo análisis anatomopatológico es fundamental para el diagnóstico. El tratamiento consiste en hacer una resección completa con márgenes amplios y un buen control de seguimiento para evitar recidivas.

27. AGENESIA BILATERAL DE NERVIO AUDITIVO. POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

M.C. Gascón Rubio, J. Cervera Escario y M. Bartolomé Benito

Hospital San Pedro. Logroño. España.
Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. España.

Introducción: Las malformaciones congénitas de oído interno incluyen muchas combinaciones de alteraciones del desarrollo embrionario. Las malformaciones óseas representan aproximadamente el 20% de los casos de hipoacusia neurosensorial congénita. El 80% restante son malformaciones membranosas y celulares con oídos mantienen la arquitectura ósea normal.

Material y métodos: La clasificación más empleada en las malformaciones fue propuesta por Jackler en 1987. Está basada en los hallazgos tomográficos, y se dividen en alteraciones membranosas y malformaciones óseas. Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de hipoacusia neurosensorial profunda a la que se realizaron estudios audiológicos y de imagen.

Resultados: Los resultados de los estudios de imagen mostraron: agenesia parcial de conductos semicirculares y aumento de tamaño de los vestíbulos. Cócleas con espira basal normal y fusión de la media con la apical. Alteraciones del trayecto de ambos nervios faciales con trayecto horizontal más alto y agenesia de ambos nervios cocleares.

Discusión: El caso nos plantea el reto de valorar las posibilidades terapéuticas que se pueden realizar en la paciente para lograr la audición. No podemos realizar un Implante coclear ya que existe una contraindicación absoluta debido a la agenesia de ambos nervios cocleares pero podríamos plantear la realización de implante de tronco cerebral ya que este sistema produce el estímulo directamente sobre el núcleo coclear del troncoencéfalo.

0001-6519/$ - see front matter © 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

43. OSTEOMA FRONTAL GIGANTE. RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL Y ABORDAJE BICORONAL

N. Muñoz-Fernández, P. Segarra-Cortés, N. Conill-Tobías, M.T. Achiques-Martínez, V. Monrroy-Parada, I. Llópez-Carratalá, L. Miragall y J. Marco-Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: Los osteomas son tumores benignos óseos mesenquimatosos y osteoblásticos, por lo general asintomáticos y diagnosticados como hallazgo casual. La localización en senos paranasales es frecuente, siendo el seno frontal el más afectado. En general son pequeños y asintomáticos no requieren mayor tratamiento que la observación, indicándose cirugía en caso de hacerse sintomáticos o producir deformidades estéticas en tumores muy voluminosos. Se persigue la ablación del tumor y de su pedículo. Radiológicamente se manifiesta como una masa opaca con límites nítidos.

Material y métodos: Se expone el caso de un osteoma de seno frontal gigante con crecimiento hacia fosa craneal anterior y abombamiento progresivo, que llega a producir deformidad estética. Se muestran las imágenes diagnósticas y de reconstrucción tridimensional (fantoma). Para el abordaje se utiliza la incisión bicoronal y una amplia craneotomía frontal. En el tiempo de exéresis se realiza el despegamiento del tumor.

Resultados: Dado el tamaño de la lesión así como por la aparición de sintomatología y deformidad facial, se decide intervención quirúrgica para la extirpación completa de la tumoración. Se relata, con imágenes, los diferentes tiempos quirúrgicos que se llevaron a cabo para la exéresis y posterior reconstrucción. Se describe la técnica paso a paso apoyado por material radiológico y fotográfico. Tras la misma, el paciente se encuentra asintomático y en proceso postquirúrgico.

Conclusiones: Los osteomas suelen ser procesos silentes, diagnosticándose de forma accidental durante exámenes radiológicos, no obstante pueden presentan un crecimiento y una dirección de expansión impredecible. Los síntomas aparecen cuando interfieren en el drenaje sinusal o comprimen la duramadre, así como si su crecimiento provoca defecto estético. El tratamiento se basa en la extirpación lesional para mejorar la función y minimizar la malformación estética. 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.

71. VÉRTIGO DE ORIGEN VASCULAR

M. Haro García, M.P. Gómez Tapiador, D. Rodríguez Contreras, C. de la Plata Sánchez y M. Oliva Domínguez

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. España.

Introducción: La vascularización llega al cerebro por las dos carótidas internas y por las arterias vertebrales, ramas de las arterias subclavias. Estas fuentes de aporte están conectadas entre sí en el polígono de Willis. La falta de aporte vascular de estos territorios pueden originar trastornos del equilibrio asociados a síntomas neurológicos con una gran variedad de formas clínicas.

Material y métodos: Presentamos una serie pacientes con trastornos del equilibrio. A todos ellos se les sometió al protocolo de exploración vestibular de nuestro servicio. Discutimos las semejanzas entre los casos, su fisiopatología y como llegar a un diagnóstico lo más preciso posible.

Resultados: Todos ellos fueron diagnosticados de patología de origen vascular con un origen muy diverso: una malformación vascular intracraneal, un aneurisma de la arteria subclavia, una obstrucción carotídea, un infarto del SNC, un síndrome de Lindsay-Hemenway y un síndrome vestibular inferior.

Discusión/conclusiones: La patología de origen vascular repercute muy frecuentemente en el sistema vestibular y con unas presentaciones clínicas muy variadas.

80. TRAUMATISMOS LARINGOTRAQUEALES PENETRANTES

M. Pavón Gómez, C. Alonso González, P.A. Fernández Guerrero, U. Bidón Gómez, J.M. Cordoncillo Prieto, M. Rodríguez Verdugo, M.L. Uceda Carrascosa y J. Araujo Quintero

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

Introducción: Los traumatismos laringotraqueales son infrecuentes, siendo sus causas más frecuentes las heridas por arma blanca y los accidentes de tráfico. Presentamos tres casos de traumatismos laringotraqueales y revisamos el manejo diagnóstico y terapéutico.

Material y métodos: El primer caso fue una agresión laterocervical derecha por arma blanca visualizándose en la Tomografía axial computerizada (TC) un pseudo-aneurisma de la carótida común contralateral. Se procedió a la reparación vascular y se apreció una lesión en el seno piriforme ipsilateral. El segundo caso sufrió un accidente de motocicleta con enclavamiento de una rama. Presentó disnea y afonía. En la TC se objetivó una fractura del cartílago tiroides que se reparó quirúrgicamente. El tercer caso acudió por accidente laboral con sierra mecánica con hemorragia autolimitada y herida laterocervical abierta. En la TC se apreció un cuerpo extraño enclavado en tráquea. Los dos primeros pacientes precisaron traqueotomía. Como secuelas, el primer paciente desarrolló un síndrome de Claude Bernard Horner y el segundo una disfonía por parálisis cordal unilateral.

Discusión: La mayor parte de los traumatismos laringotraqueales tienen lugar en la zona II cervical. Debemos sospecharlos ante la presencia de disnea, disfonía y/o enfisema subcutáneo. Cuando la estabilidad hemodinámica del paciente lo permite debe realizarse una TC para decidir el manejo más adecuado. Las secuelas más frecuentes son la obstrucción crónica de la vía aérea y la alteración de la voz. El manejo de estos pacientes debe ser individualizado y se recomienda la intervención quirúrgica precoz para obtener mejores resultados a largo plazo.

81. LINFANGIOMA QUÍSTICO CERVICAL EN ADULTO

C. Alonso González, M. Pavón Gómez, P.A. Fernández Guerrero, M.L. Uceda Carrascosa, A. Castro Serrano, F. Ortiz Bish, M. Arana Ortega y M.A. Martín García

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

Introducción: El linfangioma es un tumor del sistema linfático que representa el 0,1% de los tumores benignos cervicofaciales. Se trata de una malformación congénita y entre un 70-90% su diagnóstico se realiza antes de los dos años de edad. Presentamos un caso muy infrecuente por debutar clínicamente en un adulto en la 6ª década de la vida.

Material y métodos: Varón de 60 años, que desde hacía cinco, refería una lesión cervical derecha indolora, que en las últimas semanas había aumentado de tamaño. A la inspección se evidenciaba una tumoración supraclavicular derecha, de consistencia blanda, fluctuante, de más de 6 cm de diámetro y que desplazaba al músculo ECM. La ecografía informó que se trataba una formación quística multiloculada, no vascularizada y la TC aportó las dimensiones de la lesión y el desplazamiento de las estructuras adyacentes sin invasión de las mismas. Se realizó la exéresis de la lesión, con buena evolución y sin recidiva post-quirúrgica.

Discusión: Aunque la incidencia del linfangioma quístico es extremadamente baja en adultos su localización más habitual es la cabeza y cuello, siendo necesario realizar su diagnóstico diferen-

cial con quiste branquial, hemangioma, lipoma, quiste dermoide, plunging ránula, linfoma y quiste del conducto tirogloso. La evolución clínica, la exploración ORL, junto con las pruebas de imagen orientaron hacia este diagnóstico que fue confirmado mediante el estudio histopatológico. Aunque en el tratamiento se ha descrito la eficacia del OK432 como sustancia esclerosante intraquística, en nuestro caso la cirugía permitió la exéresis completa de la tumoración con menor riesgo de recidiva.

89. ENFISEMA CERVICOFACIAL Y HEMATOMA LINGUAL COMO COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA PRÁCTICA DENTAL

I. Anguita Sánchez, R. Terré Falcón, J. Urbano Urbano y V. Guillén Guerrero

Hospital de Mérida. Badajoz. España.

Introducción: Las actuaciones odontológicas, a pesar de ser intervenciones seguras y eficaces en su mayoría, pueden acarrear complicaciones potencialmente graves, que hay que conocer, detectar a tiempo así como manejarlas adecuadamente. Presentamos dos actuaciones dentales (implante y empaste dental) que evolucionaron tórpidamente presentando respectivamente un gran hematoma lingual y de suelo de boca en el primer caso; y un enfisema cervicofacial de gran extensión en el segundo caso. Los implantes dentales son la medida de elección para reemplazo de los dientes; se realizan miles de implantes de una forma segura, si bien estas actuaciones no están exentas de riesgos y complicaciones, generalmente ocasionadas por un sangrado del suelo de boca que si progresa puede poner en peligro la vida del paciente. En la práctica diaria de maniobras de higiene bucodental es cada vez más frecuente el uso de instrumentos a presión pudiendo ocasionar el paso de aire o gas en los tejidos subcutáneos o submucosos originando un enfisema que puede progresar por la continuidad de los planos faciales y cervicales.

Material y métodos: Presentamos un caso clínico de un hematoma de suelo de boca y lengua tras colocación de implante dental. El hematoma evolucionó progresivamente comprometiendo vía aérea; se realizó traqueotomía de forma urgente así como drenaje de hematoma vía cervical. El segundo caso es un enfisema cervicofacial y torácico secundario a la realización de empaste dental.

Discusión: Presentamos los dos casos clínicos y discutimos ambas complicaciones.

93. ANGIOSARCOMA EPITELIOIDE DE TIROIDES

R. Solís Vázquez, E. Cruz de la Piedad, B. Samaniego Regalado, A. Ambel Albarrán, J.M. Pereda Tamayo y E. Rejas Ugena

Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz. España.

Introducción: El angiosarcoma epitelioide de tiroides es un tumor raro y agresivo englobado por algunos autores dentro de los carcinomas anaplásicos por su escasa diferenciación. Relacionado con pacientes originarios de zonas alpinas con déficit de iodo. Presentamos el caso de un hombre de 65 años con un angiosarcoma epitelioide de tiroides en estado avanzado.

Material y métodos: Paciente de 65 años originario de zona con déficit de iodo, con bocio de 25 años de evolución que presenta masa cervical anterior pétrea y dolor importante irradiado a brazo izquierdo con mala respuesta a mórficos.

Resultados: Se realizaron estudios de imagen (TAC/RMN) que evidenciaban masa cervical tiroidea de 5 × 6 cm con importante calcificación y necrosis. Prolongación tumoral prevertebral izquierda a nivel de C3-C4-C5 con afectación del plexo cervical calcitónica, CEA, hormonas tiroideas normales. El resultado de la PAAF inicial fue de carcinoma medular. Se realizó hemitiroidectomía izquierda y resección tumoral prevertebral en colaboración en el Servicio de Neurocirugía. El resultado anatomopatológico definitivo fue de angiosarcoma epitelioide de tiroides con inmunoreactividad positiva frente a CD31, Factor VIII, vimentina.

Discusión/conclusiones: El angiosarcoma epiteliode de tiroides aparece en pacientes de zonas alpinas y con bocios de largo tiempo de evolución, con imnunoreactividad frente a factor VIII, CD 31. Importante el papel de Anatomía Patológica e inmunohistoquímica, claves en el diagnóstico diferencial con tumores tiroideos menos frecuentes (carcinomas medulares y anaplásicos).

104. CIRUGÍA ESTAPEDIAL CON LÁSER DIODO

J. Knäpper, M.L. Navarrete, C. Iglesias, R. Boemo y N. Ortiz

Hospital Universitario Vall d´Hebron. Barcelona. España.

Introducción: La cirugía del estribo tiene una larga historia. Si bien los resultados son buenos, existe la posibilidad de complicaciones que pueden llevar a un empeoramiento de la audición. Casi no se ha modificado la técnica quirúrgica pero el cuidado para minimizar el trauma de la apertura del laberinto ha sido motivo constante de preocupación de los otólogos. Por eso se han desarrollado técnicas y material instrumental para maniobrar con el menor riesgo de traumatizar el oído interno.

Material y métodos: El propósito de este trabajo es estudiar la audición en pacientes operados con láser diodo 980 en el postoperatorio inmediato. Hemos estudiado 6 pacientes usando láser diodo Deka Smart 980. Para controlar el riesgo de daño laberíntico tomamos como referencia la vía ósea preoperatoria y la comparamos con la misma a los 10 días de la intervención.

Resultados: En ningún caso bajó la vía ósea en el primer control ATL a los 10 días de la cirugía. Por el contrario, mejoró en 4 de los 6 pacientes.

Discusión/conclusiones: El uso de láser diodo puede hacernos acceder a lugares más estrechos sin obstaculizar la visión. Reduce el sangrado al coagular pequeños vasos de la mucosa alrededor de la ventana oval. Minimiza la posibilidad de fractura platinar con el riesgo de caída de la misma en el vestíbulo. Se puede intervenir una platina gruesa sin el trauma que produce el fresado de la misma. En resumen, la cirugía del estribo con láser diodo reduce la posibilidad de complicaciones al facilitar el procedimiento quirúrgico.

117. NEUMOPERICARDIO SECUNDARIO A CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO

I. Pérez Hernández, P. Bellera Vilar, S. Tobías Gómez, V. Palomar Asenjo, J.C. Fortuny Llanses y V. Palomar García

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. España.

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños es una situación frecuente en la práctica ORL. Una de las complicaciones más temidas es la aparición de neumomediastino y/o neumopericardio como consecuencia de la perforación esofágica.

Caso clínico: Paciente de 30 años que acude a urgencias por presentar sensación de cuerpo extraño a nivel retroesternal superior tras la ingesta de carne. En el estudio radiológico no se observan imágenes de cuerpo extraño, pero se aprecia imagen de neumopericardio y neumomediastino. Se realiza endoscopia bajo anestesia general, extrayendo astilla ósea enclavada en tercio proximal esofágico. La paciente fue ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos con tratamiento antibiótico, resolviéndose la clínica satisfactoriamente.

Discusión: La perforación esofágica es una entidad relativamente rara, asociada en general a la instrumentación endoscópica se-

guida de la ingestión de cuerpos extraños. Es una entidad patológica que se acompaña habitualmente de una alta mortalidad. El tratamiento médico con nutrición parenteral y antibióticos es el elegido para casos de lesiones esofágicas autolimitadas.

118. CONDROSARCOMA LARÍNGEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.C. Trapero Domínguez, M.C. Trujillo Vargas, C. Santoyo Marrero, F. Hernández Moñiz y M. González Pérez

Hospital Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: Los condrosarcomas suponen menos del 1% de los tumores laríngeos. Su localización preferente es el cartílago cricoides. El diagnóstico de sospecha es fundamentalmente radiológico, siendo la biopsia y el examen histopatológico la prueba definitiva, aún cuando con frecuencia el diagnóstico diferencial con los condromas no resulta fácil. Por la agresividad local de estos tumores, la terapéutica quirúrgica debe ser conservadora.

Caso clínico: Varón de 77 años con disfonía y disnea progresiva. En la exploración nasofibroscópica destaca neoformación subglótica, que tras biopsiar obtenemos la confirmación del diagnóstico.

Discusión: Se trata de un tumor raro, donde la cirugía conservadora es el método de elección, llevada a cabo en este paciente, reservando la laringectomía total para los casos de recidiva o de gran extensión tumoral. Requiere de un estricto control postquirúrgico por su alta tendencia a la recidiva local.

165. CRIPTOCOCOSIS LARÍNGEA

M. Mata Ferrón, F. Santigo Moreno, J. Horno López, A. de Oña Navarrete, M. Rodríguez Briceño y J. Salinero Hernández

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: La criptococosis es una micosis sistémica, que afecta en su mayoría a inmunodeprimidos. La forma clínica más frecuente es la infección pulmonar primaria. La criptococosis laríngea puede producirse por inoculación directa de una infección pulmonar primaria o por diseminación hematógena. Presentamos este caso, por ser uno de los pocos descritos en la literatura.

Caso clínico: Paciente varón de 57 años de edad con antecedentes de diabetes y fumador de 20 cigarrillos al día, que acude a consulta por disfonía de un año de evolución no asociado a ninguna otra clínica laríngea, respiratoria ni sistémica. En la exploración con fibroscopio flexible se aprecia formación de aspecto polipoideo en tercio anterior de cuerda vocal derecha, siendo la cuerda vocal izquierda normotrófica y ambas con movilidad adecuada. Se realiza microcirugía endolaríngea para exéresis completa de la lesión cuyo estudio histológico informa de "nódulo amiloide e infección por criptococo". La analítica general, subpoblaciones, serología y proteinograma están dentro de la normalidad. A los dos meses se realiza nueva microlaringoscopia directa en la que no se ve lesión pero se toma biopsia de la zona, resultando negativa para criptococo.

Discusión: Se han descritos varios casos y en la mayoría de ellos con la extirpación de la lesión se ha conseguido la curación, sin necesidad de tratamiento antifúngico sistémico. En otros casos de recidiva de la lesión se le ha asociado tratamiento antifúngico.

Conclusiones: En nuestro caso, el paciente ha seguido revisiones periódicas sin signos de recidiva. Parece no necesario el tratamiento antifúngico sistémico en casos localizados de criptococococosis laríngea.

177. ESTENOSIS TRAQUEAL CONGÉNITA

M. Mata Ferón, R. Cortés Sanchez, A. Valenzuela, J. Horno López, A. de Oña Navarrete y J. Salinero Hernández

Servicio de Otorrinolaringología y Neumología Infantil. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: La estenosis traqueal congénita en niños es un diagnóstico raro que está asociado a una alta tasa de mortalidad. Aún no hay un consenso sobre cual es la mejor opción terapéutica, lo más frecuente es la cirugía reparadora teniendo siempre en cuenta la clínica del paciente.

Caso clínico: Paciente de dos años de edad que desde los seis meses de vida presenta estridor inspiratorio que se intensifica con el llanto. Es tratado en múltiples ocasiones por laringitis aguda de repetición y bronquitis obstructiva, precisando ingreso hospitalario en una ocasión. Se le realiza una TAC multicorte sin contraste en la que se observa "estrechamiento focal de los primeros anillos traqueales (coincidiendo con glándula tiroides) de morfología fusiforme con disminución del diámetro transverso y aumento del diámetro antero-posterior. Mide en plano axial 10 mm × 5 mm en una longitud corta de aproximadamente 5-8 mm. No se observan lesiones orgánicas responsables de dicha estenosis. Posteriormente se explora con rinofibrolaringoscopia flexible bajo anestesia general que confirma dicha estenosis traqueal y polisomnografía en la que no se observa repercusión sistémica.

Resultados: Al no existir repercusión sistémica ni insuficiencia respiratoria grave que requiera cirugía de emergencia se decide observación y revisiones periódicas.

Conclusiones: El tratamiento de la estenosis traqueal en niños es controvertido, siendo el de elección la reparación quirúrgica. Pero en este caso en el que el paciente no presenta una insuficiencia respiratoria grave y no tiene afectación sistémica se adopta una actitud conservadora.

185. TUMOR BASICRANEAL CON INVASIÓN NASAL. ESTESIONEUROBLASTOMA OLFATORIO

M.P. Lisbona Alquezar, J. Fraile Rodrigo, A. Lorente Muñoz, J.A. Maltrana García, L. González Martínez, L. Pérez Delgado, S. Herrera Tolosana, G. Tejero-Garcés Galve, F. de Miguel García y A. Ortiz García

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción: El estesioneuroblastoma es un tumor maligno muy poco frecuente que se origina a partir del epitelio olfatorio. Pueden ser tumores de gran tamaño, llegando a invadir las fosas nasales y las orbitas teniendo una gran extensión por la base de cráneo, constituyendo un gran reto quirúrgico.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 32 años procedente de Marruecos con estudio radiológico y diagnóstico de glioma frontobasal. Presentaba cefalea holocraneal, anosmia, exoftalmos izquierdo, disminución de la agudeza visual y edema de papila bilateral. En los estudios de RNM y TC se observa una gran tumoración frontobasal, que produce gran erosión de la lámina cribosa y penetra en las fosas nasales.

Resultados: Se realiza intervención quirúrgica en colaboración con el servicio de neurocirugía realizándose un abordaje craneofacial mediante incisión bicoronal con craneotomía bifrontal y rinotomía paralateronasal izquierda. Se realiza exéresis total a nivel nasal quedando mínimos restos adheridos a estructuras vasculonerviosas. Se reconstruyó la base de cráneo con injerto óseo de cadáver, plastia de duramadre y sellantes biológicos. La AP fue estesioneuroblastoma. Se completo el tratamiento con quimioterapia y radioterapia concomitante.

Conclusiones: El estesioneuroblastoma es un tumor poco frecuente con capacidad de invasión local por destrucción ósea. El

tratamiento estándar es la cirugía combinado con radioterapia. Los abordajes combinados craneofaciales son necesarios para realizar una buena exposición y conseguir el mayor grado de resección. El tratamiento asociado con quimioterapia es útil en casos de alto grado y/o con enfermedad metastásica.

193. SCHWANNOMA DEL SIMPÁTICO CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Artal, E. Serrano, A. López Vázquez, B. Ágreda, J.M. Sebastián, L. Carmen y H. Vallés

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: Los schwannomas son tumores benignos, poco comunes, y de crecimiento lento, que se originan en las células de Schwann localizadas en la vaina del nervio. Un 25-45% de estos tumores, aproximadamente, se localizan en cabeza y cuello y, éstos últimos, se pueden dividir según su localización en neurinomas mediales y laterales. Dentro de los tumores mediales, encontramos schwannomas que surgen a partir de los últimos cuatro nervios craneales (IX, X, XI y XII) y de la cadena simpática cervical, siendo su origen más frecuente los tumores del nervio vago y de la cadena simpática. Suelen presentarse como masas cervicales solitarias y encapsuladas sin clínica llamativa, excepto un aumento gradual y progresivo de tamaño. El diagnóstico preoperatorio suele ser difícil, y el tratamiento de elección lo constituye la exéresis total de la lesión si bien, a menudo, requiere el sacrificio de una porción del nervio de origen.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 59 años, con una tumoración laterocervical izquierda, que había aumentado de tamaño en los últimos tres meses. Se practicó la resección completa de la lesión. En el post-operatorio inmediato el paciente presentó paresia de la cuerda vocal izquierda y síndrome de Horner izquierdo.

Conclusiones: Los schwannomas de la cadena cervical simpática son tumoraciones asintomáticas, benignas y raras, encontrándose en la literatura revisada alrededor de 60 casos. Como tratamiento de elección se recomienda la resección completa. El síndrome de Horner es la complicación más frecuente.

196. PÓLIPO ESFENOCOANAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Artal, E. Serrano, B. Ágreda, A. López, J.I. Alfonso y H. Vallés

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: El pólipo esfenocoanal es un tumor benigno, solitario y raro, que se origina en el seno esfenoidal y crece ocupando la nasofaringe. Suele presentarse en niños y adultos jóvenes y su aparición es independiente de fenómenos alérgicos. El principal síntoma es la obstrucción nasal unilateral. Para su estudio y diagnóstico ha de llevarse a cabo una exploración clínica otorrinolaringológica, con endoscopia nasal y pruebas de imagen. La técnica quirúrgica de elección es la cirugía endoscópica. Presentamos el caso de una chica de 18 años con pólipo nasal de origen esfenocoanal y realizamos una revisión en la literatura de los pocos casos publicados.

Material y métodos: Paciente de 18 años con insuficiencia respiratoria nasal de varios años de evolución, roncopatía y sensación de cuerpo extraño en orofaringe. En la exploración ORL, es realmente el TC, el que nos informa de la ocupación del seno esfenoidal y de la continuidad del pólipo saliendo del seno por el ostium de drenaje. Se decide intervención quirúrgica para le resección de la tumoración mediante cirugía endoscópica.

Conclusiones: El pólipo esfenocoanal es un hallazgo raro cuya clínica principal es la obstrucción respiratoria nasal en el 100% de los casos. No existe evidencia de que el tratamiento médico sea efectivo. Es por tanto el tratamiento quirúrgico, el único que nos garantiza la desaparición de los síntomas.

220. PARAGANGLIOMAS MÚLTIPLES DE UBICACIÓN INTRA Y EXTRACRANEAL

G. Zayas Pavón, A. Sánchez Barrueco, L. Fito Martorell y C. Almodóvar Álvarez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Paciente de sexo femenino de 31 años que acude por otorrea crónica, acúfeno continuo e hipoacusia progresiva de oído izquierdo, junto a paresia facial periférica ipsilateral. Sin otros antecedentes personales de interés. Tras examen físico se detecta tumoración en CAE izquierdo polipoidea de superficie irregular, no pulsátil. En TAC Craneal se detecta presencia de tumoración compatible con paraganglioma de intensa vascularización que se extiende desde la porción cervical superior hasta la región del hipo y mesotímpano que también ocupa la pars vascularis del agujero rasgado posterior izquierdo. Existe una segunda tumoración contralateral de características semejantes, de ubicación extracraneal a nivel cervical que desplaza paquete vasculonervioso derecho. Presentamos un caso de una paciente joven con paraganglioma multicéntrico. Los paragangliomas son tumores derivados de las células de la cresta neural, poco frecuentes en cabeza y cuello. Presentan una preferencia por el sexo femenino y en los casos familiares se ha propuesto una herencia autosómico dominante. Su localización más común es a nivel carotídeo, seguido de los yugulo-timpánicos. Este tipo de tumores son considerados de carácter benigno aunque con un potencial de malignización escaso, incrementado en los casos multicéntricos. El tratamiento es preferentemente quirúrgico, asociando en algunos casos embolización preoperatoria. En los casos de inoperabilidad se plantea el tratamiento radioterápico.

226. PROPTOSIS Y DIPLOPÍA DE APARICIÓN BRUSCA

A. Cordero Jiménez, J. Verge González, E. Flores Carmona, J.A. Pérez Arcos y G. Rodríguez Baró

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: El mucocele es una formación pseudoquística originada en el interior de los senos paranasales, presentando un crecimiento expansivo lento. Etiología desconocida. La clínica es variable, desde asintomática hasta presentaciones dramáticas. Podemos distinguir mucoceles frontoetmoidales y etmoidoesfenoidales. La prueba de imagen que más información aporta es la tomografía computarizada. El tratamiento de elección es la extirpación del mismo o bien de su marsupialización, bien por abordaje externo bien por FESS.

Material y métodos: Presentamos a un paciente varón de 50 años describiendo su clínica, pruebas complementarias y tratamiento que requirió.

Discusión: Varón de 50 años con cefalea fronto-orbitaria de 40 días de evolución con empeoramiento en las últimas 24 horas, vómitos, fiebre. Presenta tumefacción palpebral izquierda con proptosis, restricción parcial de movimientos oculares y diplopía. Aumento de PIO. Nasofibroscopia fosa izquierda presenta abombamiento en meato medio con salida de moco-pus. TC nasosinusal: masa que ocupa seno esfenoidal izquierdo y etmoides posterior que expande y adelgaza pared contactando con nervio óptico. Compatible con mucopiocele. Se realiza FESS con etmoidectomía posterior y esfenoidectomía con marsupializacion de mucocele. Tras buena evolución clínica se da de alta al paciente a los 7 días.

Conclusiones: Un mucocele etmoido-esfenoidal es una formación quística que presenta 2 fases, una intrasinusal, asintomática y

una fase de exteriorización con sintomatología aguda en caso de sobreinfección. El diagnóstico se basa en la clínica y en la tomografía computarizada. Requiere tratamiento quirúrgico, bien abordaje externo FESS con extirpación completa o marsupialización, si está en contacto con estructuras nobles.

230. ADENOMA DE OÍDO MEDIO NEUROENDOCRINO

A. Cordero Jiménez, E. Flores Carmona, P. Contreras Molina, P. Sánchez Palma y G. Rodríguez Baró

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: Los tumores de oído medio son poco habituales, siendo el más frecuente el paraganglioma timpánico, seguido en segundo lugar por el adenoma de oído medio. El adenoma de oído medio es un tumor de crecimiento lento, benigno. Suele localizarse en mesotímpano. Clínicamente se presentan con hipoacusia y acúfeno pulsátil ocasional. La imagen otoscópica muestra una masa retrotimpánica blanquecina a tímpano íntegro. El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histológico e inmunohistoquímico que confirma a naturaleza neuroendocrina del tumor, en ocasiones. El tratamiento es la cirugía, debiendo ser lo más completa posible, debido a que las recurrencias son frecuentes.

Material y métodos: Presentamos una mujer de 56 años que acudió a consulta, describiendo su clínica, pruebas complementarias y tratamiento que requirió.

Discusión: Mujer de 56 años sin historia otológica previa, refiere hipoacusia progresiva de oído izquierdo y acúfeno pulsátil ocasional. Sin otra sintomatología acompañante. Otoscopia presenta masa retrotimpánica blanquecina no pulsátil con tímpano integro. En la audiometría presenta hipoacusia de transmisión. En la TC muestra ocupación parcial de oído medio en mesotímpano, próxima a articulación incudomaleolar, sin erosión ósea. Se realiza timpanotomía exploradora con exéresis de lesión, no adherida a osículos. Posteriormente se realiza miringoplastia. Histología: adenoma oído medio, inmunofenotipo neuroendocrino.

Conclusiones: Los adenomas de oído medio son infrecuentes, a menudo presentan una clínica inespecífica. Sólo el análisis histológico e inmunohistoquímico tras la cirugía, nos aportará el diagnóstico de certeza y nos permitirá hacer el diagnóstico diferencial. El tratamiento de elección es la cirugía que debe ser exhaustiva ya que las recidivas son frecuentes.

245. QUISTE VALLECULAR LARÍNGEO GIGANTE COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA PROGRESIVA

M. Hamdan Zavarce, L. Díez González, A. Quintana Sanjuas, O. Castro Macía, I. González Guijarro y N. Rodríguez Acevedo

Hospital Xeral Cies. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. España.

Introducción: Los quistes laríngeos son lesiones benignas que suelen ser asintomáticos o dar sintomatología variada, pudiendo llegar a producir apnea del sueño por obstrucción de vía aérea. Suelen presentarse síntomas de ronquera, disfonía, estridor y disfagia. Se han reportado casos mortales de obstrucción aguda de vía aérea en sobreinfecciones quísticas.

Material y métodos: Paciente varón de 46 años de edad, sin antecedentes medicoquirúrgicos personales, fumador importante, disfonía de 5 años de evolución, disfagia ocasional y dificultad a la inspiración profunda de aire el último mes. Niega odinofagia o pérdida de peso. Exploración: Disfonía inspiratoria, con nasofibroscopia laríngea, lesión supraglótica redondeada, lisa, de aspecto quístico que ocupa todo vestíbulo laríngeo, base en vallécula. TC: lesión de aspecto quístico, densidad líquida, pared nítida sin plano de clivaje en región de vallécula. Se realiza exéresis de lesión con microcirugía laríngea utilizando disección con láser de dióxido de carbono.

Resultados: El diagnóstico histológico fue quiste laríngeo de características benignas, con epitelio escamoso maduro sin displasia. La localización glótica es la más frecuente. El 56% están recubiertos por epitelio escamoso estratificado como en nuestro caso. Los quistes laríngeos se clasifican en ductales y saculares. Los quistes ductales son 3 veces más comunes, desarrollados por obstrucción seromucosa de los conductos excretores glandulares. Raramente la sobreinfección quística puede ocasionar obstrucción aguda de la vía aérea, una verdadera emergencia otorrinolaringológica.

Conclusiones: La microcirugía laríngea con láser CO_2 como tratamiento de elección es efectiva en la exéresis de estas lesiones. Las tasas de recidivas suelen ser bajas.

247. ENDOSCOPIA VIRTUAL EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

E. Domènech, T. Sempere, S. Rosa, F.J. Avilés, A. Rodríguez y E. Figuerola

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. España.

Introducción: Los avances en técnicas de imagen, especialmente la tomografía computarizada (TC) helicoidal, permiten imágenes tridimensionales de áreas anatómicas, con aplicación en docencia y en clínica. Basándose en el contraste natural entre aire y tejidos, es posible crear imágenes endoscópicas de cualquier cavidad o estructura luminar.

Material y métodos: Se presentan imágenes endoscópicas de tres zonas de nuestra área (laringe, nariz y cavidad timpánica) obtenidas a partir de imágenes seccionales de TC convencional.

Resultados: Obtención de una laringoscopia virtual, con visión caudal de la subglotis. Endoscopia nasosinusal, permitiendo la entrada en senos paranasales. Endoscopia timpánica, con visiones desde ángulos que permiten visualizar estructuras clave.

Discusión/conclusiones: La endoscopia virtual facilita la comprensión anatómica, permite visualizar zonas de difícil acceso y repetir una exploración sin necesidad de incomodar al paciente. Difícilmente valora características mucosas. Supone una herramienta complementaria a las usadas en la clínica diaria.

249. ENFERMEDAD DE LEMIERRE TRAS MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

D. Abad Casado, M. Vaca González, M.M. Medina González, A. Cordero Devesa y R. Souviron Encabo

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: La mononucleosis infecciosa es una enfermedad sistémica viral aguda, causada por el VEB, que se acompaña de síntomas faríngeos. Afecta predominantemente a adolescentes y adultos jóvenes. Tiene un carácter benigno y excepcionalmente presenta complicaciones.

Material y métodos: Paciente de 25 años en tratamiento antibiótico por amigdalitis aguda, sin mejoría. Se valoró en el SU, estableciéndose el diagnóstico clínico y analítico de mononucleosis infecciosa, con tratamiento ambulatorio. La evolución fue tórpida, con nuevas valoraciones en SU en los días posteriores. La clínica faríngea mejoró, pero comenzó un cuadro de dolor torácico, persistencia de fiebre y taquicardia.

Resultados: El paciente ingresó en el SU, donde se completó el estudio con nueva valoración ORL, objetivándose un absceso periamigdalino. En la TC cervicotorácica se evidenció una trombosis de la vena yugular interna y émbolos sépticos diseminados en ambos pulmones, por lo que se diagnosticó una enfermedad de Lemierre, lo que motivó el ingreso por el servicio de enfermedades infecciosas.

Discusión: La enfermedad de Lemierre clásica es una septicemia que implica una trombosis de la VYI junto con al menos un émbolo séptico, más frecuentemente pulmonar, tras una infección primaria orofaríngea. Aparece sobre todo en la segunda y tercera décadas de la vida. El Fusobacterum necrophorum es el principal agente implicado. Su incidencia es muy baja, lo que ha hecho que se le considere la "enfermedad olvidada" y que no haya un criterio claro de tratamiento. Actualmente la mortalidad se sitúa en alrededor del 10%.

272. GRANULOMA EOSINÓFILO EN REGIÓN MASTOIDEA

M.A. García Villarán, A. Mochón Martín, R. Moya Martínez, J.F. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez de Agüera, E.A. Mata López, E. Domínguez Durán y F. Esteban Ortega

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: El granuloma eosinófilo es la presentación más frecuente y benigna de las histiocitosis de células de Langerhans (HCL), correspondiendo al 70% de las mismas. Es un pseudotumor inflamatorio propio de la edad pediátrica, de localización más frecuente en calota craneana, mandíbula, costillas y pelvis.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de una niña de 22 meses que ingresa de urgencia en nuestro centro por presentar clínica y exploración compatible con otomastoiditis izquierda (otalgia, fiebre y despegamiento del pabellón auricular). En la tomografía axial computarizada se observa lesión ocupante de espacio en antro y celdillas mastoideas izquierdas con efecto expansivo y márgenes esclerosados.

Resultados: En quirófano se toman muestras múltiples de biopsia de mastoides izquierda, y se realiza resección de lesión ocupante de espacio y administración de corticoides intralesional. Así mismo se realiza biopsia de médula ósea y punción lumbar. Tras estudio anatomopatológico exhaustivo se diagnostica de Granuloma eosinófilo.

Discusión/conclusiones: Los granulomas eosinófilos son lesiones osteolíticas que afectan principalmente a niños. Rara vez se localizan en base de cráneo y cuando lo hacen suele ser a nivel mastoideo. El tratamiento debe ser ajustado a cada caso, recomendándose extirpación quirúrgica ± tratamiento radioterápico o inyección intralesional de corticoides en lesiones aisladas.

276. CIRUGÍA LARÍNGEA CON LÁSER DIODO

J.M. Knäpper, R.L. Boemo, M.L. Navarrete, D.J. Graterol, M.E. Semide y P. Huguet

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: El carcinoma de estirpe mioepitelial también conocido como adenomioepitelioma o adenoma de células claras es propio de las glándulas salivales y en raros casos aparece en la laringe.

Material y métodos: Presentamos una paciente de 50 años sin antecedentes de interés que consulta por odinofagia y disfagia progresiva de 3 meses con voz de ocupación en las últimas dos semanas. A la endoscopia laríngea se aprecia una lesión en cara lingual epiglótica exofítica con paso aéreo conservado. El estudio por imagen reveló una tumoración exofítica de epiglotis.

Resultados: Se realizó exéresis-biopsia con láser diodo 980. El resultado AP fue de mioepitelioma benigno.

Discusión/conclusiones: Los tumores mioepiteliales de laringe se caracterizan por ser de bajo grado y por su lento crecimiento sin especificidad por el sexo apareciendo en la mayoría de las series entre la quinta y la sexta década de la vida. En nuestro caso, la utilización del láser diodo aportó un buen control de la hemostasia y con ello una menor morbilidad para el paciente.

281. ESTESIONEUROBLASTOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

C. Muñoz Palza, P. Contreras Molina, P. Sánchez Palma y J. Pérez Arcos

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: El estesioneuroblastoma es una neoplasia muy infrecuente, que se puede manifestar como una masa a nivel de fosas nasales.

Material y métodos: Hombre de 17 años con antecedente de parálisis cerebral, que presenta tumefacción de hemicara izquierda y adenopatía cervical izquierda. Exploración ORL: cornetes muy edematosos, masa redondeada a nivel de FNI. Tumoración laterocervical izquierda de 3 cm de diámetro indurada ubicada en nivel II.

Resultados: TAC y RM de senos paranasales: masa sólida de consistencia partes blandas que ocupa la totalidad de fosa nasal y seno maxilar izquierdo produciendo expansión y rotura del hueso adyacente. Biopsia compatible con estesioneuroblastoma. Paciente es derivado a cirugía maxilofacial quienes deciden que la lesión es irresecable por lo que se indica quimioterapia. Actualmente presenta una remisión completa de la lesión.

Conclusiones: El estesioneuroblastoma es un tumor de bajo grado de malignidad con origen en el epitelio olfatorio de las fosas nasales. Es una neoplasia infrecuente, afectando por igual a ambos sexos. Presenta una distribución bimodal con dos picos a los 20 y 50 años. De lento crecimiento, destruye lámina cribosa para luego invadir fosas nasales, senos paranasales, base del cráneo, rino-faringe, fosa craneal anterior y lóbulos frontales. Dentro de los síntomas encontramos la obstrucción nasal unilateral y la epistaxis. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica seguida de radioterapia. Puede utilizarse quimioterapia para reducir el tumor previo a la cirugía y para el tratamiento de las metástasis. La supervivencia a los 10 años se estima en un 60-75%.

306. MELANOMA DE CAVUM. PRESENTACIÓN DE UN CASO

R. de la Fuente, J.C. del Pozo, A. Aparicio, F. Sánchez, M. Gil y J.L. Gómez

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: Los melanomas mucosos constituyen una entidad muy rara, suponiendo un 1% del total de los melanomas y menos de un 10% de los melanomas de cabeza y cuello. El origen más probable de los mismos se debe a la presencia de melanocitos en las mucosas que han migrado como derivados neuroectodérmicos hacia epitelios de origen ectodérmico del tracto respiratorio y digestivo superior, lo cual explicaría la baja frecuencia de melanomas extracutáneos en zonas revestidas por epitelio endodérmico como la nasofaringe, laringe, tráquea y esófago. No hay descritos casos de melanoma en cavum.

Material y métodos: Varón de 77 años que acude a consulta ORL por presentar insuficiencia ventilatoria nasal de pocos meses de evolución asociando rinorrea purulenta y en el último mes epistaxis. Además sensación de plenitud ótica en OD. A la exploración presenta una masa que procede del cavum y se introduce fundamentalmente en FNI. Se toman biopsias de la lesión bajo anestesia general.

Resultados: Los primeros resultados de la biopsia muestran un carcinoma indiferenciado. Con técnicas inmunohistoquímicas positividad para los marcadores S-100, HMB-45, NK1-C3 y vimentina que corroboran el diagnóstico de melanoma. A la realización del PET metástasis hepáticas.

310. ADENOMA PLEOMORFO DE GLÁNDULAS SALIVARES MENORES. PRESENTACIÓN DE UN CASO

R. de la Fuente, J.C del Pozo, L. Sgambatti, P. Blanco, A. Batuecas y S. Santa Cruz

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: El adenoma pleomorfo supone el 80% del total de los tumores de glándulas salivares mayores y aproximadamente el 85% de los sialomas benignos. Su crecimiento suele ser lento localizándose el 85% de los casos en la parótida (65% de los tumores parotídeos), el 8% en la submaxilar (50% de los submaxilares), el 6,5% en las glándulas salivares menores (40-70% del total en esta localización) y el 0,5% en la gl. sublingual. Su tratamiento de elección suele ser la cirugía debido a la posibilidad de su transformación maligna.

Material y métodos: Paciente varón de 65 años intervenido en febrero de 2007 de una neoplasia estenosante de esófago que resultó ser en AP carcinoma epidermoide ulcerado focalmente queratinizante. Se realiza una esofaguectomía parcial con curvadura menor gástrica yeyunostomía y esplenectomía por desgarro esplénico con linfadentomía mediastínica estándar y abdominal y reconstrucción con tubo gástrico. Se comprueba metástasis ganglionar. En los sucesivos controles mediante PET-TAC se comprueba la existencia de una asimetría en la captación y en la densidad en la región postero lateral derecha y de la amígdala lingual derecha, que por el levado grado de metabolismo glicídico (SUV máx 8,2) que se recomienda valorar para caracterización etiológica. En la biopsia resulta ser un adenoma pleomorfo de glándulas salivares menores.

Resultados: Ante la benignidad del proceso descubierto como hallazgo casual, la decisión que se toma es la de tratamiento conservador, sin la necesidad de optar por un tratamiento quirúrgico ni médico.

319. MUCOCELE ETMOIDAL EN NIÑO CON FIBROSIS QUÍSTICA

M.J. Lesmas Navarro, V. Rodríguez Rivera, I. Romero Sánchez, M. Mateos Fernández, I. Zaragosí Castelló, H. Pérez Garrigues y C. Morera Pérez

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Introducción: Los mucoceles son lesiones quísticas con retención de moco, secundarias a la obstrucción de los conductos de drenaje de los senos paranasales. La mayoría de los mucoceles ocurren entre la cuarta y la séptima década de la vida, siendo excepcionales en la edad pediátrica. En las series publicadas, aparecen factores predisponentes, como la fibrosis quística (FQ), traumatismos cráneo-faciales, procesos inflamatorios locales como sinusitis, tumores nasales y cirugía previa de senos paranasales.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 14 meses de edad diagnosticado de FQ con un exoftalmos izquierdo secundario a un mucocele en celdillas etmoidales, tratado con cirugía endoscópica nasosinusal.

Discusión: Los mucoceles de los senos paranasales son muy raros en la edad pediátrica. En la mayoría de los casos, aparecen factores predisponentes, especialmente la FQ, como en nuestro caso. La prueba diagnóstica de elección es la tomografía computarizada complementada con la resonancia magnética nuclear cuando se quiere estudiar la relación del mucocele con las estructuras blandas cerebrales, orbitarias o vasculares. Actualmente, la cirugía endoscópica nasosinusal es el gold-standard para el tratamiento de los mucoceles de los senos paranasales.

323. OTITIS EXTERNA MALIGNA POR SCEDOSPORIUM APIOSPERMUM

R. García Zornoza, R. González Aguado, P. Eza Núñez, T. Laviana Muslera, R. Ondiviela Gracia y A. Rubio Suárez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Introducción: La otitis externa maligna es una infección del oído externo con invasión del plano óseo de la base del cráneo, que se presenta habitualmente en pacientes ancianos e inmuno deprimidos, generalmente diabéticos. El germen más frecuentemente relacionado con la otitis externa maligna es la Pseudomonas aeruginosa, pero un amplio espectro de microorganismos pueden aparecer en este tipo de proceso incluyendo los de naturaleza fúngica. Las otitis externas malignas fúngicas más frecuentes son las debidas al género Aspergillus, excepcionalmente se han descrito algunos casos relacionados con el Scedosporium apiospermum.

Caso clínico: Presentamos un caso clínico de otitis externa maligna en un paciente diabético con clínica de otorrea y dolor persistente en oído derecho de un mes de evolución que se acompañó de parálisis facial periférica derecha, que finalmente se diagnóstico de otitis aguda necrotizante fúngica aislándose Scedosporium apiospermum. El paciente fue tratado quirúrgicamente y se pautó tratamiento específico con voriconazol y posteriormente posaconazol. La evolución fue satisfactoria remitiendo el dolor y la otorrea y con mejoría de la parálisis facial.

Discusión: Se hace una revisión de la literatura de las otitis externa maligna de etiología fúngica encontrándose que las debidas al Scedosporium apiospermum son excepcionales.

345. MUCOCELES DE SENOS PARANASALES. REVISIÓN DE NUESTROS CASOS DE 2007 A 2009

A.M. Oviedo Santos, M. Valido Quintana, A.M. Pérez Orribo, D. Díaz Rodríguez, F. Ayudarte Tapia y J.M. Cuyás de Torres

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: El mucocele es una formación quística con revestimiento mucoso, tapizada por epitelio respiratorio, sin conexión con las cavidades nasosinusales y de contenido líquido; formado por secreciones de los elementos glandulares de su revestimiento mucoso. Los mucoceles y pioceles se originan por la obstrucción del conducto de drenaje del seno y por retención de exudados en el mismo. No se conoce con exactitud, su incidencia.

Material y métodos: Presentamos los casos recogidos de mucoceles sinusales intervenidos en nuestro servicio desde el año 2007, en donde se muestran las distintas localizaciones, técnicas quirúrgicas y complicaciones. Se analizan mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados: La localización más frecuente es la frontal. La técnica quirúrgica a emplear depende de los factores relacionados con el mucocele (tamaño y localización) aunque en la mayoría de los casos se puede intentar como primera opción la vía CENS. El TAC es el método diagnóstico principal. Siendo frecuente la recidiva.

Conclusiones: Los mucoceles sinusales son lesiones benignas de evolución progresiva que a menudo se revelan por signos de compresión y desplazamiento de los órganos adyacentes. Para escoger el mejor tratamiento quirúrgico es imprescindible realizar TAC. En la mayoría de los casos se puede realizar una marsupialización por vía endonasal.

gotas nasales

propionato de fluticasona

RINOSONE®

La presentación específicamente desarrollada para el tratamiento de la poliposis nasal

FICHA TÉCNICA. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. RINOSONE 400 mg, Gotas nasales en suspensión. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. Cada dosis individual de Rinosone gotas nasales contiene: Propionato de fluticasona, 400 microgramos (1 miligramo/mililitro). Lista de excipientes, en Relación de excipientes. FORMA FARMACÉUTICA. Gotas nasales en suspensión (unidosis). DATOS CLÍNICOS. Indicaciones Terapéuticas. Rinosone gotas nasales está indicado para el tratamiento regular de los pólipos nasales y síntomas asociados de obstrucción nasal. Posología y Forma de Administración. Adultos: Instilación del contenido de una unidad (400 microgramos) una o dos veces al día. La dosis deberá dividirse entre los orificios nasales afectados. Después de agitar y abrir una unidad, el paciente deberá adoptar una de las posiciones que figuran en el prospecto para paciente. La dosis deberá dividirse entre los orificios nasales ya sea contando aproximadamente 6 gotas en cada orificio nasal ya sea sujetando la unidad por sus zonas cóncavas y apretando una vez en cada orificio nasal (con una compresión se libera aproximadamente la mitad de la dosis). Las instrucciones completas figuran en el prospecto para paciente. Ancianos: Debe usarse la dosis normal para adultos. Niños: No se dispone actualmente de datos suficientes para recomendar el uso de propionato de fluticasona para el tratamiento de pólipos nasales en niños menores de 16 años. La dosis debe ser ajustada a la dosis mínima con la que se mantenga un control eficaz de la enfermedad. Es esencial que se utilice con regularidad, para alcanzar el beneficio terapéutico completo. Se deberá explicar al paciente la ausencia de un efecto inmediato, dado que el alivio máximo puede no alcanzarse hasta después de varias semanas de tratamiento. No obstante, si no se observa una mejoría de los síntomas al cabo de cuatro a seis semanas, se deben considerar tratamientos alternativos. Contraindicaciones. Rinosone gotas nasales está contraindicado en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes. Advertencias y precauciones especiales de empleo. Infección local: Las infecciones de las vías nasales deben tratarse adecuadamente, pero no constituyen una contraindicación específica al tratamiento con Rinosone gotas nasales. Raramente aparece poliposis unilateral, lo que podría indicar la existencia de otras alteraciones. El diagnóstico deberá ser confirmado por un especialista. La existencia de pólipos nasales requiere llevar a cabo exámenes médicos regularmente a fin de controlar la gravedad de la alteración. Deberá evitarse el contacto con los ojos y con heridas abiertas. Debe tenerse cuidado al retirar a los pacientes el tratamiento esteroideo sistémico y comenzar la terapia con Rinosone gotas nasales, particularmente si hubiera alguna razón para suponer que su función corticosuprarrenal está alterada. Pueden aparecer efectos sistémicos debidos a corticosteroides nasales especialmente a dosis elevadas prescritas durante periodos prolongados. Es posible que el tratamiento a largo plazo con dosis de corticosteroides nasales más elevadas que las recomendadas pudieran originar una supresión corticosuprarrenal significativa desde el punto de vista clínico. Si se sabe con certeza que se están utilizando dosis más elevadas que las recomendadas, debe considerarse la administración de una cobertura adicional de corticosteroides sistémicos durante periodos de estrés o en caso de cirugía electiva. El ritonavir puede aumentar de manera considerable las concentraciones de propionato de fluticasona en plasma. Por lo tanto, debería evitarse el uso concomitante de propionato de fluticasona y ritonavir, a menos que el beneficio potencial para el paciente sea mayor que el riesgo de aparición de efectos secundarios sistémicos de tipo corticosteroide. También hay un aumento del riesgo de que aparezcan efectos adversos sistémicos cuando se combina el propionato de fluticasona con otros inhibidores potentes del CYP3A (Ver apartado Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. En circunstancias normales, se obtienen bajas concentraciones plasmáticas de propionato de fluticasona después de la administración intranasal, debido a un intenso metabolismo de primer paso hepático y a un alto aclaramiento sistémico producido por el citocromo P450 3A4 en el intestino e hígado. Por lo tanto, es improbable que se produzcan interacciones medicamentosas clínicamente significativas en las que intervenga el propionato de fluticasona. En un estudio sobre interacción llevado a cabo con propionato de fluticasona en sujetos sanos, se ha demostrado que 200mg de ritonavir (potente inhibidor del citocromo P450 3A4) dos veces al día puede aumentar varios cientos de veces las concentraciones de propionato de fluticasona en plasma, originando unas concentraciones de cortisol sérico marcadamente reducidas. Se carece de información relativa a esta interacción para el propionato de fluticasona inhalado, pero se espera un importante aumento en los niveles plasmáticos de propionato de fluticasona. Se han notificado casos de síndrome de Cushing y de supresión corticosuprarrenal. Debería evitarse el uso de la combinación, a menos que el beneficio potencial para el paciente sea mayor que el riesgo de aparición de efectos secundarios sistémicos de tipo corticosteroide. Otros inhibidores del citocromo P450 3A4 producen un aumento inapreciable (eritromicina) o mínimo (ketoconazol) de la exposición sistémica a propionato de fluticasona sin reducciones significativas de los niveles de cortisol plasmático. Se recomienda tener precaución cuando se administran concomitantemente inhibidores del citocromo P450 3A4, especialmente en tratamientos a largo plazo y en el caso de inhibidores potentes, ya que hay un riesgo potencial de que aumente la exposición sistémica al propionato de fluticasona. Embarazo y lactancia El uso de Rinosone gotas nasales durante el embarazo y la lactancia requiere que los beneficios sean sopesados frente a los posibles riesgos atribuidos al producto o a cualquier otra terapia alternativa. Embarazo: No hay evidencia suficiente acerca de la seguridad en el embarazo humano. En estudios de reproducción con animales, las reacciones adversas características de los corticosteroides potentes sólo se observan cuando los niveles de exposición sistémica son elevados; la administración directa por vía nasal asegura una exposición sistémica mínima. Lactancia: No se ha investigado la excreción de propionato de fluticasona en leche materna humana. Tras administración por vía subcutánea a ratas de laboratorio en periodo de lactancia, se detectó propionato de fluticasona en la leche materna; sin embargo, los niveles plasmáticos en pacientes tras administración de las dosis recomendadas de propionato de fluticasona por vía nasal son bajos. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria. No aplicable. Reacciones adversas. A continuación se relacionan los acontecimientos adversos ordenados por sistema corporal, órgano y frecuencia. Las frecuencias se definen de esta forma: muy frecuentes (≥ 1/10), frecuentes (≥ 1/100, < 1/10), poco frecuentes (≥ 1/1.000, < 1/100), raras (≥ 1/10.000, <1/1.000) y muy raras (< 1/10.000), incluyendo casos aislados. Los acontecimientos muy frecuentes, frecuentes y poco frecuentes se determinaron, generalmente, a partir de datos de ensayos clínicos. Los acontecimientos raros y muy raros se determinaron, generalmente, de notificaciones espontáneas. Al asignar las frecuencias de los acontecimientos adversos, no se tuvieron en cuenta los porcentajes basales en los grupos placebo, ya que estos porcentajes fueron, generalmente, comparables o bien superiores a los del grupo que recibió el tratamiento con el principio activo. Trastornos del sistema inmunológico. Muy raros: Reacciones de hipersensibilidad, reacciones anafilácticas/anafilaxia, broncoespasmo. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos. Muy frecuentes: Epistaxis. Frecuentes: Sequedad nasal, irritación nasal, sequedad de boca, irritación de garganta. Muy raros: Perforación del tabique nasal. Como sucede con otros productos para administración por vía nasal, se han descrito sequedad e irritación de nariz y garganta, y epistaxis. Además, ha habido casos de perforación del tabique nasal después de usar corticosteroides por vía nasal. Trastornos oculares. Muy raros: Glaucoma, aumento de la presión intraocular, cataratas. Estos efectos se han identificado en informes espontáneos después de tratamientos prolongados. Sobredosis. No se dispone de datos de pacientes sobre los efectos de sobredosis aguda o crónica con Rinosone gotas nasales. En voluntarios sanos, la administración por vía nasal de 2 mg de propionato de fluticasona dos veces al día, durante siete días, no tuvo efecto alguno sobre la función del eje hipotálamo-hipofisario-corticosuprarrenal (HHC). La administración de dosis mayores que las recomendadas durante un periodo prolongado de tiempo puede conducir a una supresión temporal de la función corticosuprarrenal. En estos pacientes, deberá continuarse el tratamiento con una dosis de propionato de fluticasona suficiente para controlar los síntomas; la función suprarrenal se recupera en unos días y puede comprobarse por determinación del nivel plasmático de cortisol. DATOS FARMACÉUTICOS. Relación de excipientes. Polisorbato 20, monolaurato de sorbitano, dihidrógenofosfato de sodio dihidrato, hidrógenofosfato de disodio anhidro, cloruro de sodio, agua para inyección. Incompatibilidades. No se han descrito. Periodo de validez 3 Años. Tras la retirada de la lámina: 28 días. Precauciones especiales de conservación. No congelar. Conservar en el embalaje original. Mantener en posición vertical. No conservar a temperatura superior a 30ºC. Naturaleza y contenido del recipiente. El tamaño de envase disponible conteniendo tiras de unidades unidosis (400 microgramos) de polietileno, dentro de una envoltura de aluminio, es el siguiente: Envase con 28 unidades (4 tiras de 7 unidades). Instrucciones de uso y manipulación. Las instrucciones completas figuran en el prospecto para paciente. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. FAES FARMA, S.A. Máximo Aguirre, 14. Lamiaco (Lejona) – Vizcaya. Bajo Licencia de Glaxo Wellcome. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN. Con receta médica. Financiado por el Sistema Nacional de salud con aportación normal. PRESENTACIONES Y PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO. RINOSONE gotas nasales, PVP-IVA 27,21 Euros. ULTIMA REVISIÓN. Septiembre 2005.

■ Único corticoide tópico con presentación en gotas nasales

FAES FARMA

www.faes.es

Línea de atención al cliente

900 460 153

NUEVA WEB

www.clinicasdenorteamerica.com

Entre y descubra las nuevas posibilidades

Créditos FMC

Servicio de alertas

Suscripción y compra

...y mucho más.

TODAS LAS CLÍNICAS:

Anestesiología
Ginecología
Médicas
Pediatría
Psiquiatría
Quirúrgicas
Radiología
Urología
Veterinaria

ELSEVIER

www.elsevier.es

351. ABORDAJE TRANSORAL DE METÁSTASIS GANGLIONAR RETROFARÍNGEA DE CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES

M. Uehara Benites, M. Mateos Fernández y R. Villanueva Martí

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Introducción: Aproximadamente el 5% de las neoplasias de la glándula tiroides son carcinomas medulares. Se desarrollan a partir de las células neuroendocrinas parafoliculares o C, secretoras de calcitonina. El 50% metastatiza a la cadena ganglionar cervical. En muy raros casos metastatiza al espacio retrofaríngeo. La faringotomía transhioidea es la vía clásica para abordar el espacio retrofaríngeo. También se ha descrito que el abordaje transoral es una técnica menos compleja y con menos morbilidad que la vía clásica.

Material y métodos: Presentamos un caso clínico de un paciente diagnosticado de carcinoma medular de tiroides (CMT). Se le realizó una tiroidectomía total y vaciamiento cérvico-ganglionar funcional bilateral. Tras 4 años libre de enfermedad, presentó una elevación de la calcitonina. En el PET y TAC cérvico-torácicos, se encontró una tumoración retrofaríngea izquierda de 3 × 2 × 3,8 cm. Además, se observaron adenopatías supraclaviculares izquierdas y dos lesiones paratraqueales inferiores ipsilaterales.

Resultados: Se realizó exéresis de la tumoración mediante un abordaje transoral. Se completó con un vaciamiento supraclavicular izquierdo y exéresis de las lesiones paratraqueales. No existieron complicaciones en el postoperatorio. El resultado anatomo-patológico fue de metástasis ganglionar de CMT para todas las lesiones.

Discusión: Las metástasis ganglionares en el espacio retrofaríngeo de carcinoma de tiroides son excepcionales. Al parecer, la disección cervical ganglionar y las metástasis ganglionares cervicales alteran la dirección de drenaje. La vía transoral es un abordaje menos complejo que la faringotomía transhioidea, con buenos resultados y menor morbimortalidad.

354. ESTUDIO BACTERIOLÓGICO DE LA OTITIS MEDIA CRÓNICA SUPURADA EN NUESTRO MEDIO

A.M. Pérez Orribo, M. Valido Quintana, A.M. Oviedo Santos, D. Díaz Rodríguez, F. Ayudarte Tapia y J.M. Cuyás de Torres

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: La otitis media crónica supurada constituye un proceso con gran expresividad clínica y su tendencia a la recidiva la hace susceptible de graves complicaciones y secuelas definitivas.

Material y métodos: Realizamos una revisión de los casos de OMC supurada en los últimos diez años, procediéndose a la detección bacteriana de los mismos.

Resultados/Conclusiones: En el 63,1% de los casos se trató de infecciones monobacterianas y en el 36,9% polimicrobianas. Los microorganismos más frecuentes son Pseudomona aeruginosa y Staphylococo aureus entre los primeros y la asociación de ambos con otros en el resto.

370. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 7 CASOS DE MUCORMICOSIS RINO-ÓRBITO-CEREBRAL

P. Santos Gorjón, P. Blanco Pérez, A. Batuecas Caletrío, A.M. Muñoz Herrera, R. de la Fuente Cañibano y F. Sánchez González

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: La mucormicosis es una infección oportunista, producida por los hongos del orden Mucorales. Tiene una baja incidencia. Es potencialmente letal y afecta a pacientes inmunocomprometidos normalmente.

Material y métodos: Presentamos 7 casos de mucormicosis rinocerebral en un estudio retrospectivo de 8 años (2000-2008) en pacientes hematológicos.

Discusión: Es preciso realizar un diagnóstico precoz, para lo cual se ha de mantener un alto índice de sospecha clínica en pacientes con factores predisponentes. El diagnóstico de certeza requiere la realización de cultivos o biopsias de las zonas afectadas que demuestren la invasión de los tejidos por las hifas características. La clave del tratamiento es el desbridamiento quirúrgico precoz y agresivo, junto con altas de amfotericina B intravenosa. A pesar de este tratamiento, el pronóstico es desfavorable y la mortalidad es de un 70-80%.

Conclusiones: La mucormicosis rino-óculo-cerebral es una enfermedad letal, por ello un alto grado de sospecha puede bastar para justificar un tratamiento agresivo de forma precoz.

393. ESTUDIO OSTEOLÓGICO DEL CANAL ETMOIDAL ANTERIOR

M.P. Lisbona Alquezar, R. Fernández Liesa, J.D. Escolar Castellón, L. Pérez Delgado, S. Herrera Tolosana, G. Tejero-Garcés Galve, A. Lorente Muñoz, F. de Miguel y A. Ortiz García

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción: Estudio osteológico del canal etmoidal anterior. Introducción. La arteria etmoidal anterior transcurre por el canal etmoidal anterior (CEA) en el espesor del etmoides y a nivel de la base del cráneo. No existen referencias claras para poder localizarla y presenta variaciones anatómicas. Por todo esto es susceptible de ser dañada en la CENS. Además en epistaxis incoercibles puede ser una diana terapéutica.

Material y métodos: Se realizo un estudio osteológico en 17 medias calaveras en el Departamento de Anatomía de la Universidad de Zaragoza. Se analizó la presencia del CEA y del CEP y la distancia entre ellos a nivel del orificio interno y del externo, su relación con las lamelas etmoidales y se cuantificaron diversas medidas útiles en la CENS descritas por otros autores.

Resultados: El CEA estaba presente en todos. El CEP, se encontraba ausente en dos casos. En un 82,3% se encontraba el CEA entre la 2ª y la 3ª lamela etmoidal. La distancia entre los orificios internos del CEA-CEP resulto ser siempre mayor que entre los orificios externos. La distancia media entre la espina nasal anterior y el CEA fue de 53,35 mm.

Conclusiones: El CEA es una estructura bastante constante, fácilmente identificable en calaveras, y válido para poder extrapolar los resultados a la AEA. Se encuentra más frecuentemente entre la 2ª y la 3ª lamela etmoidal. La espina nasal anterior, la axila del cornete medio y la AEA forman una línea recta, por lo que esta referencia es de gran ayuda en la CENS.

395. HIPOACUSIA Y ENFERMEDAD DE PAGET

J. Roán Roán, J. López Martín, A. Feliz Veras, M.C. Iglesias Moreno y J. Poch Broto

Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Introducción: La enfermedad de Paget es un trastorno óseo circunscrito que suele afectar a zonas difusas del esqueleto y que se debe a un mayor remodelamiento del hueso. La mayoría de los pacientes son asintomáticos. Puede producir dolor y deformación de las extremidades, fracturas, sordera, compresión medular ICC de alto gasto y degeneración en sarcoma El diagnóstico se realiza por presentar calcio, fosfatasa alcalina e hidroxiprolina elevados e imagen sugestiva en CT siendo los huesos más afectados pelvis, fémur y cráneo. La ex-

tensión de la enfermedad se evalúa con gammagrafía con bifosfonatos marcados con Tc -99 El tratamiento se realiza con calcitonina y bifosfonatos en pacientes con deformidad ósea que impide la marcha, hipercalcemia o hipercalciuria, compresión nerviosa, insuficiencia cardíaca, fracturas óseas o previo a cirugía ortopédica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una señora de 55 años con hipoacusia neurosensorial en oído derecho e hipoacusia mixta con gran componente transmisivo en oído izquierdo, en el seno de una enfermedad de Paget Se aportan resultados audiométricos, timpanométricos, pruebas de imagen y exploración vestibular.

Conclusiones: La enfermedad de Paget es tras la osteoporosis la osteopatía más frecuente en los países de nuestro entorno. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, pero en ocasiones presentan patología otorrinolaringológica como en el caso que presentamos.

410. MENINGOENCEFALOCELE. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Gutiérrez, A.B. Vadillo, B. Sanz, M. Sancho y J.R. Gras

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Introducción: El meningoencefalocele es una herniación de las meninges y del encéfalo a través de un defecto óseo craneal. La clínica más frecuente: rinorrea y meningitis recurrentes. La TC y RM son fundamentales en su diagnóstico, para valorar el tamaño y localización de la herniación y el defecto óseo, y útiles en la planificación del tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de una niña de 3 años, con rinorrea izquierda continua e IRN homolateral. AP: convulsión febril y meningitis neumocócica. Rinoscopia anterior: FNI: ocluida por tumoración cerebriforme desde techo a suelo.

Resultados: RNM: lesión quística que ocupa FNI, con solución de continuidad en lámina cribosa, a través de la cual se evidencia paso de contenido de partes blandas. Compatible con meningoecefalocele. Beta-transferrina: positiva. Tratamiento: CENS utilizando neuronavegador con resección de tumoración y cierre del defecto óseo con hueso de cornete medio y colgajo pediculado posterior de mucosa del mismo, reforzándose con Tissucol, Duragen y Antema. Resultado histológico: meningoencefalocele.

Discusión: Alrededor del 75% de los meningoencefaloceles aparecen en la región occipital, el 15% son frontoetmoidales, y el 10% basales. Los basales son infrecuentes y se clasifican por la localización del defecto óseo: transetmoidal o intranasal, esfenoetmoidal, transesfenoidal y frontoesfenoidal, o esfenoorbitario. El más frecuente es el encefalocele transetmoidal, manifestándose como una masa en el interior de la cavidad nasal, producido por un defecto en la lámina cribiforme, que en numerosas ocasiones, se diagnostica erróneamente como poliposis nasal. El tratamiento es resección de la lesión y cierre del defecto óseo.

413. METÁSTASIS CERVICAL DE MELANOMA

R. Barnoya Sanchinelli, M. Rey García, L. Cortés, A. Maeso Plaza, P. Escobar Rincón, E. Macón Liquete, V. González Arias y P. Ortega del Álamo

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. España.

Introducción: El melanoma es una neoplasia resultante de la transformación maligna de melanocitos localizados en epidermis y menos veces en dermis. Las localizaciones extracutáneas son menos frecuentes y de entre ellas las de mucosas, las meníngeas y las de retina son las más típicas.

Material y métodos: Con el soporte de abundante iconografía consistente en imágenes macroscópicas, cortes histológicos de las lesiones, así como radiológicas de TC, se presenta el caso de una mujer de 48 años que consulta por una tumoración de crecimiento progresivo en región submaxilar izquierda.

Resultados: La TC mostró tumoración en área IB izquierda de 3 cm de diámetro. Se realizaron repetidas PAAF obteniendo líquido negro viscoso parecido a tinta china informado como pigmento granular pardo. Se realizó resección en celda submaxilar izquierda, de tumoración quística de contenido líquido pigmentado negro. No pudo establecerse etiología de la lesión en estudio intraoperatorio por congelación. La inmunohistoquímica no evidenció población celular +. Evaluaciones de Oftalmología y Dermatología no evidenciaron lesiones sugestivas de melanoma. 5 meses después se realizó colecistectomía por episodio de colecistitis aguda, el hallazgo quirúrgico fue vesícula biliar engrosada con material negruzco en su interior. Informada por Anatomía Patológica como melanoma epitelioide de vesícula biliar.

Conclusiones: Este caso supuso un reto diagnóstico ya que la lesión submaxilar no aportó datos específicos por histología ni por inmunohistoquímica, a pesar que las características pigmentarias planteaban la posibilidad de melanoma. Al observar con inmunohistoquímica células con marcador MelA en la vesícula biliar se confirmó el diagnóstico de melanoma epitelioide y pudo asociarse con la lesión submaxilar.

415. PILOMATRIXOMA FACIAL. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL CARCINOMA EPIDERMOIDE

P. Santos Gorjón, A.M. Muñoz Herrera, A. Batuecas Caletrío, M. Gil Melcón, A. Santos-Briz Terrón y F. Sánchez González

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: El pilomatrixoma es una tumoración cutánea benigna de mayor incidencia en mujeres en las primeras décadas de la vida.

Material y métodos: Varón de 89 años con antecedente de carcinoma epidermoide laríngeo que precisó laringectomía total hace 12 años. Acude a la consulta por presentar una tumoración redondeada, no ulcerada, de crecimiento progresivo en la región malar izquierda. Se realiza un "punch" diagnóstico en el que se aprecia expresión de citoqueratinas, compatible con metástasis de carcinoma. El estudio de extensión descarta adenopatías cervicales y torácicas y el PET realizado 45 días después del "punch" confirma la posible naturaleza neoplásica, con un índice SUV de 5,1, sin lesiones a distancia. Se realiza una extirpación con márgenes de la lesión y cierre directo. El postoperatorio es favorable y el estudio anatomo-patólogo es de "Pilomatrixoma".

Discusión: El pilomatrixoma tiene una variante maligna que es extremadamente rara. El diagnóstico diferencial ha de establecerse con quistes dermoides, quistes branquiales, quistes sebáceos o adenopatías. El caso presentado es completamente atípico por varios factores como: la edad del paciente, es varón, la biopsia previa con diagnóstico de metástasis de carcinoma epidermoide y el PET con captación positiva. El tratamiento es siempre quirúrgico y son raras las recidivas.

Conclusiones: Aunque es tremendamente difícil tener en cuenta todas las patologías que afectan al área ORL, es preciso recordar que el pilomatrixoma se puede presentar como una tumoración cutánea que simula un carcinoma epidermoide, siendo una lesión completamente benigna, incluso con captación positiva en el PET.

421. ESTRIDOR INSPIRATORIO A ESTUDIO

C. Soria Checa, B. Meliá Casado, E. Pont Colomer, J. Aldasoro Martín y J.M. Gozalbo Navarro

Hospital General de Castellón. Castellón. España.

Introducción: La enfermedad de Forestier o hiperostosis esquelética difusa idiopática (HEDI) se caracteriza por la formación de osteofitos espinales y por la osificación de los ligamentos y músculos paravertebrales, pudiéndose afectar la columna cervical y por

tanto el cuello. La hiperostosis de los cuerpos vertebrales a dicho nivel, produce afectación medular que se manifiesta con disfagia y más raramente con disfonía.

Caso clínico: Varón de 66 años que presenta como único antecedente hábito enólico importante, acude a Urgencias por estridor inspiratorio de 15 días de evolución sin disnea ni odinodisfagia. En la exploración se aprecia leve tiraje supraclavicular, SaO_2 98%. No se palpan adenopatías. En la fibroscopia se visualiza epiglotis que coapta con pared posterior faríngea, glotis permeable y con movilidad conservada. La TAC se aprecia marcada osteofitosis anterior cervical, con gran protrusión y desplazamiento anterior de faringe-laringe.

Discusión: La enfermedad de Forestier es más frecuente en hombres que en mujeres 2/13, siendo la edad media de los pacientes al diagnóstico, superior a los 60 años. No hay alteraciones de laboratorio específicas de esta enfermedad, y la presencia confirmada mediante TC, de espolones óseos cervicales, nos obliga al menos a considerar como posibilidad diagnóstica, a la espondilitis anquilosante, a la espondilitis deformante y a otras enfermedades degenerativas articulares.

428. HEMANGIOPERICITOMA (GLOMANGIOPERICITOMA) NASO-SINUSAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Santos Gorjón, A. Muñoz Herrera, T. Flores Corral, M. Gil Melcón, F. Franco Calvo y A. Batuecas Caletrío

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: Los hemangiopericitomas son tumores vasculares de bajo grado de malignidad y poco frecuentes. Provocan epistaxis y obstrucción nasal. En cavidades nasales constituyen el 5% del total. Aparecen entre 40-60 años. La localización nasal presenta características específicas: menor agresividad y altas tasas de recidiva.

Material y métodos: Varón de 53 años, exfumador desde hace 11 años, con úlcera gastroudodenal e hipertenso que presenta epistaxis de repetición y obstrucción nasal unilateral. A la exploración se evidencia una masa rugosa, que ocupa toda la fosa nasal izquierda. La biopsia es informada como hemangiopericitoma. La TC muestra ocupación de partes blandas etmoidales. La RMN muestra erosión de la pared interna de seno maxilar con intenso realce tras inyección de gadolinio. Se realiza una arteriografía y embolización de la lesión 48 horas antes de la exéresis, vía paralateronasal.

Discusión: Este tumor se origina en los pericitos de los capilares tras factores favorcedores como traumatismos, cambios hormonales, y tratamiento corticoideo. Puede confundirse macroscópicamente con una poliposis nasosinusal. No produce metástasis, aunque tiene una tasa de recidiva local (50%). Se ha descrito una asociación del hemangiopericitoma nasal con osteomalacia, que es reversible tras el tratamiento. El diagnóstico es de exclusión tras el estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico. Es típica la aparición en la tomografía computarizada calcificaciones puntiformes. Es preferible el abordaje externo con embolización prequirúrgica. Suele ser radioresistente.

Conclusiones: Es un tumor vascular raro de bajo grado de malignidad, al que se debe someter a controles continuos por su alta tasa de recidiva local.

431. EVOLUCIÓN ANATOMOPATOLÓGICA INFRECUENTE DE UN TUMOR DE FOSA NASAL IZQUIERDA

M. Hamdan Zavarce, A. Quintana Sanjuas, O. Castro Macía y D. Alonso Párraga

Hospital Xeral Cies. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. España.

Introducción: Como hallazgo casual en revisiones otorrinolaringológicas de paciente en seguimiento por nódulos en cuerdas vocales se evidencia neoformación tumoral en fosa nasal izquierda, la cual por sus características y evolución clínica y anatomopatológica nos llama la atención para presentar este caso infrecuente.

Caso clínico: Describimos caso clínico de paciente que en el curso de consultas de revisión otorrinolaringológicas se aprecia tumoración en la zona posterior de tabique nasal de fosa nasal izquierda. La primera biopsia realizada con anestesia local es informada de papiloma schneideriano oncocítico. Posteriormente intervenido mediante anestesia local y cirugía endoscópica con resección amplia de la tumoración. El resultado anatomopatológico definitivo evidenció la presencia de tumoración con características de adenocarcinoma sinonasal de tipo no intestinal y de bajo grado. Actualmente, después de 6 meses de la exéresis de la tumoración, el paciente permanece asintomático en área ORL, siendo diagnosticado de sarcoma sinovial escapular actualmente en tratamiento.

Discusión: Describimos el estudio inmunohistoquímico encontrado en ambas muestras de la lesión tumoral de fosa nasal izquierda, la relación histológica de ambos resultados, valoramos la evolución del paciente y la relación entre este tipo de tumores de estas y otras localizaciones.

432. LINFOMA DE BURKITT NASOFARÍNGEO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE INFECCIÓN POR VIH

M. Sánchez Torices, J. Gálvez Pacheco, A. Ortiz Salto y R. Jódar Moreno

Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Jaén. España.

Introducción: El riesgo de presencia del linfoma no Hodgkin es de 60 a 100 veces superior en la población VIH(+) que en la población general. Se observan en el 5-10% de los pacientes VIH(+) siendo la primera manifestación en el 5% de ellos. Se caracterizan por localización extraganglionar, siendo predominante la cerebral. Es destacable en la etiopatogenia el papel del virus Epstein-Barr que se detecta en el 60-70% de los casos. El 66% de estos linfomas son linfomas B de células grandes y el 20% linfomas de Burkitt siendo el resto menos frecuentes.

Material y métodos: Varón de 48 años con tumefacción submandibular derecha e insuficiencia respiratoria nasal de 2 semanas de evolución. A la exploración presenta tumoración en espacio submaxilar derecho de consistencia dura y adherida a planos profundos. Mediante nasofibrolaringoscopia observamos masa en rinofaringe con asimetría de la pared laterofaríngea derecha.

Resultados: Pruebas diagnósticas: - TAC cervical: masa partes blandas invasora en nasofaringe y espacio retrofaríngeo. Engrosamiento de pilar amigdalino derecho con desplazamiento de espacio parafaríngeo y estructuras vasculares ipsilaterales. Masa en espacio submandibular derecho de 4-5 cm compatible con adenopatía metastásica. - Biopsia de cavum. Infiltración por linfoma de Burkitt con virus de Epstein-Barr positivo. - Serología VIH positiva.

Conclusiones: El linfoma de Burkitt es un linfoma de células B de presentación muy rara en el adulto. Sin embargo, aparece con frecuencia en pacientes inmunodeprimidos. Por tanto, ante su diagnóstico, debemos investigar la presencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida para realizar un tratamiento adecuado y precoz.

433. PAROTIDOMEGALIA COMO SIGNO INICIAL EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M.I. Calle Cabanillas, J.C. del Pozo de Dios, F. del Rey Tomás-Biosca, F. Franco Calvo, J.S. Estévez Alonso y R. de la Fuente Cañibano

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune con infiltración linfocitaria de glándulas exocrinas. El síntoma

oral principal es la xerostomía. La hipertrofia parotídea aparece en el curso clínico de un tercio de los pacientes con síndrome de Sjögren, pero no suele formar parte de las primeras manifestaciones.

Material y métodos: Mujer de 39 años que consulta por hipertrofia parotídea bilateral de más de 1 mes de evolución. Al interrogar a la paciente, refiere clínica de sequedad nasal y oral. En la exploración se objetiva rinitis seca, xerostomía y múltiples adenopatías laterocervicales, supraclaviculares y axilares bilaterales. En la evaluación oftalmológica se detecta ojo seco derecho. En el estudio de autoinmunidad destaca factor reumatoide, ANA y anticuerpos anti La/SSB positivos. Pruebas de imagen: en la gammagrafía de glándulas salivales se detecta una hipofunción generalizada y en el TAC tóraco-abdominal múltiples adenopatías axilares y paraaórticas. Se realizan biopsias de glándula salival menor, parótida y adenopatía laterocervical sin resultados concluyentes.

Resultados: La paciente presenta un síndrome de Sjögren definido puesto que cumple 4 de los 6 criterios diagnósticos. No existe tratamiento curativo, sino que la intención es el alivio sintomático con hidratación abundante, lágrima artificial e incluso protección ocular para evitar la úlcera corneal.

Conclusiones: Es importante recordar el síndrome de Sjögren en el diagnóstico diferencial no sólo del síndrome seco ocular/oral, sino también en la hipertrofia de glándulas salivales.

440. MANEJO ENDOSCÓPICO DE LA EPISTAXIS POSTERIOR

F. Culaciati, C. Artigas, N. Bejarano, J. Alba, E. Morera y P. Sarría

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

La epistaxis es un motivo de consulta frecuente en las urgencias de Otorrinolaringología, de éstas el 80% aproximadamente se originan en la parte anterior de las fosas nasales, más concretamente en el área de Kiesselbach, siendo su tasa de resolución bastante elevada. Sin embargo cuando el origen se encuentra en la parte posterior el volumen de sangrado es mayor, la posibilidad de complicaciones y el manejo se tornan mucho más difícil y laborioso, obligando la mayoría de las veces a la hospitalización del paciente, aumentando no sólo el estrés del mismo sino también los costes para el sistema sanitario. Existen distintos protocolos de manejo descritos para esta patología tales como taponamiento posterior con gasa, Netcell, sonda foley, embolización arterial selectiva, ligadura de arterias etmoidal anterior, maxilar interna o carótida externa en casos severos. En nuestra unidad de urgencias hemos optado por realizar el abordaje endoscópico de la arteria esfenopalatina para el control de la epistaxis posterior recidivante, nuestra experiencia es que ha sido un procedimiento relativamente sencillo y gratamente beneficioso no sólo en el control de la patología, sino también en aportar una herramienta académica más para los residentes en formación.

441. VPPB EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. RESULTADOS PRELIMINARES

J.C. del Pozo, R. de la Fuente, J.S. Estévez, A. Batuecas, F. Franco y M. Gil

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: El VPPB es el trastorno vestibular periférico más frecuente con una prevalencia del 2.4% de la población. La etiología más frecuente es idiopática, siendo menos habituales la postraumática, posviral o iatrogénica. Predomina en la mujer en la forma idiopática y la edad de inicio se sitúa en los 49 años. Los episodios de vértigo son recurrentes en el 56% de los casos con una recurrencia anual de al menos el 15%.

Material y métodos: Llevamos a cabo un estudio descriptivo prospectivo a 1 año (1/enero/09 a 31/diciembre/09) evaluando los pacientes que son remitidos al servicio de ORL desde el servicio de Urgencias por cuadros compatibles con VPPB. A todos los pacientes se les realiza una anamnesis y una exploración vestibular completa con maniobras de provocación. El tratamiento se llevó a cabo mediante maniobra de Epley, Lempert y decúbito lateral durante el sueño.

Resultados: Hasta el momento se han diagnosticado 27 pacientes con una edad media de 56,9 años y una proporción M/H de 1,1/1. En cuanto al canal semicircular afecto, 17 casos fueron de CSP, 9 de CSH y 1 de CSA. La eficacia del tratamiento con una sola maniobra fue del 88% en los VPPB de CSP y del 44,4% en los CSH. En cuanto al único caso de CSA se convirtió en CSP y posteriormente se resolvió.

Conclusiones: Un diagnóstico y un tratamiento adecuado de estos paciente evita prolongar estos episodios en el tiempo y mejora la calidad de vida a largo plazo.

442. NEURECTOMÍA VESTIBULAR EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE MENIÈRE

C. Artigas, N. Bejarano, J. Alba, F. Culaciati, M. Tomás y P. Sarría

Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

La enfermedad de Menière o hidrops cocleovestibular Idiopático es una enfermedad de causa desconocida que produce una triada clásica de hipoacusia, vértigo y acúfenos con unas características específicas. También existen entidades especiales dentro de la misma como formas cocleares puras o vestibulares puras. Evoluciona en forma crónica con crisis de esta tríada en forma intermitente y recurrente con frecuencias entre crisis imposibles de determinar e individuales para cada persona. Clásicamente se reconoce que las crisis de vértigo tienden a desaparecer con los años y la hipoacusia del tipo neurosensorial va aumentando con los años. Existen casos en que la frecuencia de las crisis vertiginosas no cede y se hacen invalidantes y repetitivas, y no disminuye la frecuencia con el tratamiento médico; motivo por el cual debemos barajar tratamientos quirúrgicos más agresivos. Existen varias alternativas quirúrgicas como la descompresión del saco endolinfático, infiltración intratimpánica de gentamicina, laberintectomía y le neurectomía vestibular. La neurectomía vestibular tiene un éxito de alrededor de un 95% en el control de los vértigos con la ventaja que no altera la audición y es ideal cuando la audición está conservada en el paciente. Es un procedimiento quirúrgico complejo que puede ser realizado mediante un abordaje de fosa media o retrosigmoideo. El caso presentado es en relación a un paciente que cumplía con los criterios para enfermedad de Menière, con una clínica de vértigos incoercibles y con una audición conservada. La cirugía se realizó sin presentar complicaciones y 100% de efectividad en el control de los vértigos.

443. ENFERMEDAD DE CASTELMAN DE LOCALIZACIÓN CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Santos Gorjón, F. Benito González, M. Gil Melcón, F. Sánchez González, M.I. Calle Cabanillas y S. Estévez Alonso

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: La enfermedad de Castleman es un raro trastorno linfoproliferativo benigno, relacionado con una sobrestimulación antigénica de causa desconocida. A menudo sólo se diagnostica esta enfermedad mediante el estudio histológico de la pieza tras su exéresis quirúrgica. El tratamiento quirúrgico es diagnóstico y a la vez curativo en las formas localizadas, mientras que son necesarios tratamientos complementarios en las formas multicéntricas.

Material y métodos: Presentamos un caso de una paciente mujer de 42 años con una tumoración laterocervical derecha submandibular dura, indolora de 3 cm de diámetro de 3 meses de evolución y de crecimiento progresivo. No presentaba síntomas sistémicos. La TC muestra masa sólida homogénea y realce uniforme al administrar contraste. Se realiza cervicotomía y se extirpa una tumoración

lisa y blanquecina, reniforme y consistencia dura. El estudio anatomopatológico muestra hiperplasia linfoide e incremento de la vasculatura con patrón hialinovascular.

Discusión: La enfermedad de Castleman es un raro trastorno linfoproliferativo benigno, tipificada como tumor o enfermedad infectoinflamatoria según distintas clasificaciones. Su distribución es paritaria en cuanto al sexo y su principal localización es en mediastino (70%) y abdomen. La forma generalizada produce astenia, fiebre, eritema cutáneo, pérdida de peso, adenomegalias múltiples y hepatoesplenomegalia. Los linfomas, pueden semejarse a la hiperplasia linfoide, por lo que es necesaria la biopsia-exéresis para asegurar el diagnóstico.

Conclusiones: La enfermedad de Castelman tiene una baja incidencia. Es una enferemedad de características infecto-inflamatorias y de curso benigno. En las formas localizadas la resección quirúrgica es diagnóstica y a la vez terapéutica.

446. TIROIDES ECTÓPICO LINGUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.C. del Pozo, R. de la Fuente, F. Sánchez, M. Gil, M.I. Calle y A. Batuecas

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: El tiroides lingual es una entidad poco frecuente con una incidencia clínica de 1:3.000-1:10.000, siendo en el 70% de los casos el único tejido tiroideo funcionante. Representa el 90% de los casos de ectopias. La presencia de tejido tiroideo ectópico es 3-4 veces más frecuente en mujeres, pudiendo alcanzar una proporción de 7:1.

Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente mujer de 32 años que acude a la consulta de ORL por presentar desde hace 5-6 meses (durante su 5º embarazo) tumoración en base de lengua con episodios ocasionales de aumento de tamaño que se resuelven espontáneamente. A la exploración física se aprecia tumoración de aproximadamente 2 cm de diámetro en línea media de base de lengua, de consistencia firme, no dolorosa a la palpación.

Resultados: Se solicita RMN donde se objetiva imagen de comportamiento nodular sólida, ovoidea de 3 × 2 × 1,5 cm, con señal similar al tejido linfoideo. Se procede a la resección de la tumoración lingual, con un diagnóstico anatomopatológico diferido de tejido tiroideo heterotópico.

Conclusiones: El tiroides ectópico lingual es una anomalía congénita producida por una ausencia de descenso del mismo desde el foramen caecum hasta su localización final prelaríngea. El tratamiento del mismo depende de diversos factores como la severidad de los síntomas, el tamaño de la lesión, la edad, el sexo y la función tiroidea.

447. TUMEFACCIÓN PAROTÍDEA BILATERAL Y QUANTIFERON®

M.H. Rey Martínez, M. Paulos, A. Nehme, A. Burciaga, I. Arán y S.J. Fernández

Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Introducción: El Quantiferon® mide el IFN γ liberado por los linfocitos T sensibilizados, prueba ésta cada vez más utilizada como método auxiliar para el diagnóstico de infección tuberculosa latente. Sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, ya que presenta como ventajas con respecto al Mantoux, que se negativiza después del tratamiento; y en caso de recidiva, vuelve a dar positivo.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 27 años con tumefacción parotídea bilateral. Con antecedentes de artritis reumatoide a tratamiento con GCC; habiendo recibido tratamiento Inmunosupresor. A los 16 años recibió quimioprofilaxis con Isoniacida por contacto con TBC. A la exploración presenta hipertrofia parotidea difusa bilateral, con Tª de 39 ºC y trismus. Analítica: normal. Ecografía: descarta masas o abscesos. Rx Tórax: ensanchamiento mediastínico superior. TAC: aumento parotídeo difuso, con adenopatías paratraqueales e hiliares, y hepatoesplenomegalia.

Resultados: Se plantea diagnóstico diferencial con TBC, linfoma, metástasis o sarcoidosis (sd. Heerfordt). ECA normal. Mantoux+: 25 mm, aunque hemocultivos negativos para Mycobacterias. La biopsia parotídea muestra una sialoadenitis granulomatosa inespecífica sin necrosis central; y cultivo negativo para el bacilo de Koch. Se solicita el Quantiferon® en sangre, que da positivo, instaurándose tratamiento empírico antiTBC con evolución satisfactoria.

Conclusiones: La hipertrofia de glándulas salivares, principalmente parotídea, puede observarse en varias enfermedades sistémicas, en las que a veces es el modo de presentación; como en el sd. de Sjögren, LNH, amiloidosis, sarcoidosis, la TBC, sífilis o la enfermedad de Wegener. Lo esencial es mantener un alto índice de sospecha, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos, con formas extrapulmonares de TBC, en los que el Quantiferon® puede ser de gran utilidad como método auxiliar para el diagnóstico de infección tuberculosa latente.

449. OSTEOMA DEL SENO FRONTOETMOIDAL

M.R. Lobato, Z. Martínez, U. Bolinaga, N. Pérez, X. Altuna y J. Algaba

Hospital Donostia. San Sebastián. España.

Introducción: Los osteomas son tumoraciones benignas de los senos paranasales. Su incidencia es desconocida porque suele diagnosticarse accidentalmente.

Material y métodos: Varón de 46 años sin antecedentes personales de interés, que presenta edema palpebral y rinorrea mucopurulenta en el lado derecho. La movilidad ocular estaba conservada. Recibió tratamiento antibiótico con ciprofloxacino 2 veces al día durante 10 días, triancinolona i.m y corticoide tópico nasal. El TAC muestra una masa calcificada en el seno frontal derecho con defecto en el techo orbitario.

Resultados: El osteoma fue extirpado mediante cirugía abierta y endoscópica combinada. Se realizó incisión de Lynch sin obliteración del seno y apertura del seno frontal endoscópica. El manejo de estas lesiones depende de los síntomas del paciente, del tamaño y localización. El tratamiento quirúrgico se recomienda si el paciente tiene síntomas. Tradicionalmente, El abordaje para el osteoma frontal era realizar una ventana osteoblástica. Actualmente, se utiliza la cirugía endoscópica.

Conclusiones: Los osteomas son tumores benignos. Existen 3 teorías sobre el origen de los osteomas: traumática, infecciosa y embriológica. Crecen lentamente y rara vez causan síntomas, cefalea o complicaciones oculares o neurológicas. La resección de osteomas del seno frontal puede realizarse con preservación del drenaje natural del seno frontal, la obliteración puede evitarse. La cirugía endoscópica ha revolucionado el manejo de la patología del seno frontal. Aunque, tiene como limitación el tamaño y la localización. Los pacientes con osteomas a menudo desarrollan un mucocele o piocele secundario.

461. OSTEOMA FRONTAL SINTOMÁTICO INTERVENIDO CON ABORDAJE QUIRÚRGICO ABIERTO

M. Hamdan Zavarce, A. Quintana Sanjuas, O. Castro Macías e I. González Guijarro

Hospital Xeral Cies. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. España.

Introducción: Los osteomas son lesiones osteogénicas benignas relativamente comunes y recuentes en la población general, con

una incidencia de 1-3% de la población, son tumoraciones benignas que pueden permanecer asintomáticas durante toda la vida y sólo ser diagnosticadas como hallazgo casual por estudio para otra patología. Histológicamente están formados por hueso compacto como trabecular así como componentes vasculares y conectivos con ausencia de células malignas. Las principales complicaciones son la obstrucción del ostium de drenaje del seno paranasal, mucocele progresivo y mucopiocele, con osteítis y complicaciones intracraneales.

Material y métodos: Se reporta caso de paciente cefalea frontal progresiva que fue intervenida bajo técnica abierta para resección de osteoma frontal, con buena evolución clínica y sin complicaciones quirúrgicas.

Resultados y discusión: El síntoma referido con más frecuencia es la cefalea, y la mayoría de los tumores se localizan a nivel frontal o frontoetmoidal. Se realizó intervención y exéresis de la lesión empleando técnica abierta. Aunque los osteomas son tumores benignos con crecimiento lento y ocasionalmente progresivo, pueden llegar a provocar complicaciones sinonasales e intracraneales, aunque las tasas de complicaciones son bajas. Dado que su extirpación no está exenta de riesgos, existe cierta controversia sobre su manejo en pacientes asintomáticos. La extirpación mediante cirugía endoscópica nasal reduce la morbilidad del tratamiento pero la localización y el tamaño de las lesiones limitan notablemente el empleo generalizado de la misma.

471. HIPONATREMIA AGUDA POSTAMIGDALECTOMÍA. COMPLICACIÓN POTENCIALMENTE GRAVE

M. Hamdan Zavarce, A. Quintana Sanjuas, O. Castro Macía y D. Alonso Parraga

Hospital Xeral Cies. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. España.

Introducción: La hiponatremia aguda es la disminución del sodio sérico < 135 mEq/L, de causa dilucional más frecuente. El Na+ genera 90% de la osmolaridad extracelular regulando el balance hídrico. Con hiponatremia aguda severa, Na+ < 120 mEq/L se desarrollan síntomas neurológicos: cefalea, nauseas, vómitos, confusión, letargia, convulsiones y coma, provocados por encefalopatía hiponatrémica por edema cerebral agudo. En EEUU se estiman 15.000 muertes por año como consecuencia de hiponatremia postoperatoria. La encefalopatía hiponatrémica postoperatoria, con daño cerebral permanente o muerte, se asocia más a cirugías en mujeres menstruantes y niños prepúberes. Presentamos un caso clínico de hiponatremia aguda postamigdalo-adenoidectomía en una niña de 3 años.

Caso clínico: Niña de 3 años, 12 kg de peso, antecedente de hemivértebras. Ingresa para amigdalectomía y adenoidectomía. Posteriormente vómitos con sangre digerida y somnolencia. 1 hora después crisis convulsiva generalizada, secundaria a hiponatremia aguda. Tratamiento: fenitoína, dexametasona, amoxicilina-clavulánico y sueroterapia intravenosa para corrección de natremia progresiva. Buena evolución posterior.

Discusión: La hiponatremia postquirúrgica en niños es causada por administración excesiva de líquidos IV hipotónicos. También descrito SIADH en pacientes postquirúrgicos especialmente niños, provocado hipovolemia, dolor postquirúrgico, estrés, fármacos narcóticos, opiáceos o anestésicos inhalados, produciendo retención de agua libre, hiponatremia aguda y crisis convulsiva por edema cerebral. Las primeras manifestaciones de encefalopatía hiponatrémica son inespecíficas (cefalea, somnolencia, nauseas o vómitos) y suelen asociarse al postoperatorio retrasando el diagnóstico. Puede evolucionar sin tratamiento, hasta coma y muerte cerebral por herniación transtentorial, de allí la importancia de prevenir, diagnosticar y tratar rápidamente esta complicación.

512. TUBERCULOSIS DE OÍDO MEDIO

U. Bolinaga, Z. Martínez, M.R. Lobato, N. Pérez, J. Algaba, J.J. Navarro y X. Altuna

Hospital Donostia. San Sebastián. España.

Introducción: La tuberculosis constituye menos de 1% de las enfermedades crónicas de oído: La TBC de pabellón se considera una enfermedad cutánea, sin embargo la afectación de oído medio produce una otorrea crónica de evolución tórpida y progresiva.

Material y métodos: Mujer de 30 años, sin antecedentes de interés, que acude por otalgia en oído derecho de 48 horas de evolución, sensación de taponamiento, hipoacusia y otorrea de 3 semanas de evolución acompañada de un acúfeno pulsátil. No vértigo. A la exploración se visualiza una miringitis timpánica, con granulomas inflamatorios y un pocket posterosuperior. Se coge un cultivo y se instaura tratamiento tópico con ATB, corticoides y alcohol boricado. Audiometría: hipoacusia de transmisión en OD 40 dB En el TAC: ocupación completa por tejido de partes blandas de OM derecho y de celdas mastoideas derechas.

Resultados: Se le propone cirugía, visualizándose una ocupación competa de tejido granulomatoso, sin integridad timpánica y se realiza una masteoidectomía cerrada y limpieza de cavidad timpánica y celdas mastoidea. En el mismo acto se toman muestras de AP. Resultado anatomopatológico: tuberculosis. Dado el diagnóstico se solicitó un TAC pulmonar con una caverna en ápice pulmonar derecho tuberculoso. La paciente fue tratada con tuberculoestáticos.

Conclusiones: La TBC en oído medio es extremadamente rara.

514. DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS EN ADENOPATÍAS CERVICALES

B. Meliá Casado, C. Soria Checa, E. Pont Colomer, L. Albiol Varella, J. Aldasoro Martín y J.M. Gozalbo Navarro

Hospital General de Castellón. Castellón. España.

Introducción: Las adenopatías representan la causa más frecuente de tumefacciones cervicales siendo la anamnesis, la exploración física, las pruebas complementarias y las pruebas de imagen, suficientes en la mayoría de los casos, para encontrar la etiología. Se pueden distinguir tres grandes causas: adenopatías de origen infeccioso, de origen hematológico y metastásicas.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente varón de 33 años de edad que acude a nuestro servicio por presentar tumoraciones cervicales múltiples bilaterales de 5 meses de evolución. Como antecedentes, cabe destacar un contacto directo con personas afectas de TBC pulmonar, presentando el paciente Mantoux positivo. Exploración: se palpan adenopatias bilaterales de 1-2 cm, no dolorosas a la palpación, de consistencia dura y móviles. Nasofibrolaringoscopia: tumoración de aspecto adenoideo en cavum. Resto de exploración: ORL normal. Se realiza PAAF + biopsia de cavum y se solicita RMN cabeza y cuello.

Resultados: PAAF: frotis sugestivo de carcinoma. Biopsia: tejido inflamatorio crónico junto escaso fragmentos de mucosa. Tejido adenoideo linfoide con inflamación por carcinoma pobremente diferenciado (carcinoma nasofaríngeo). RMN: ocupación de la práctica totalidad de los espacios laterocervicales, yugulocarotídeos por múltiples crecimientos adenopáticos que en ocasiones sobrepasan los 4 cm de diámetro. Los hallazgos por imagen no permiten realizar diagnóstico diferencial entre alteración de origen infeccioso o bien cambios de origen linfoproliferativo. Con este resultado se remite al paciente para tratamiento oncológico.

Conclusiones: Aunque la sospecha diagnóstica inicialmente orientara a un origen infeccioso de las adenopatías, nunca se debe descartar el origen oncológico de las adenopatías cervicales.

En rinitis alérgica

spray nasal

propionato de fluticasona

RINOSONE®

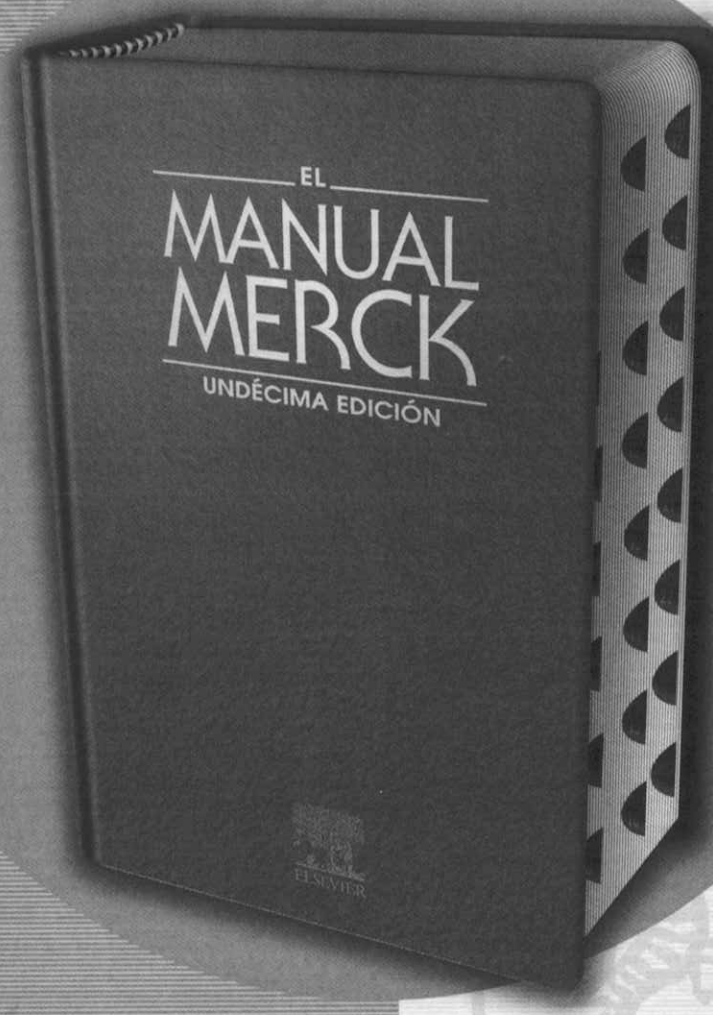
DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. RINOSONE Spray Nasal acuoso. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Fluticasona, propionato Por aplicación: 0,050 mg, %p/p: 0,050. **FORMA FARMACÉUTICA.** RINOSONE Spray Nasal Acuoso contiene una suspensión para pulverización nasal. **DATOS CLINICOS. Indicaciones terapéuticas.** El propionato de fluticasona en spray nasal acuoso está indicado en las profilaxis y tratamiento de la rinitis alérgica estacional, incluyendo la fiebre del heno y en el tratamiento de la rinitis perenne. **Posología y forma de administración.** El propionato de fluticasona en spray nasal acuoso se administra por vía nasal únicamente. La dosis se titulará a la dosis más baja con la que se consiga un control efectivo de los síntomas. Adultos y niños mayores de 12 años: para la profilaxis y el tratamiento de la rinitis alérgica estacional y el tratamiento de la rinitis perenne, dos aplicaciones en cada fosa nasal una vez al día (200 µg/día), preferiblemente por la mañana. En algunos casos, pueden requerirse dos aplicaciones en cada fosa nasal dos veces al día. La dosis máxima diaria no debe exceder de cuatro aplicaciones en cada fosa nasal. Pacientes ancianos: Debe usarse la dosis normal para adultos. Niños menores de 12 años: para la profilaxis y tratamiento de la rinitis alérgica estacional y el tratamiento de la rinitis perenne en niños de 4-11 años, se recomienda una aplicación en cada fosa nasal una vez al día (100 µg/día), preferiblemente por la mañana. En algunos casos, puede requerirse una aplicación en cada fosa nasal dos veces al día. La dosis máxima diaria no debe exceder de dos aplicaciones en cada fosa nasal. No se tienen datos clínicos sobre la eficacia de RINOSONE Spray Nasal Acuoso en niños menores de 4 años. Es necesario utilizar el propionato de fluticasona en spray nasal acuoso con regularidad, para alcanzar el beneficio terapéutico completo. El alivio máximo no se obtendrá hasta después de tres o cuatro días de tratamiento. No administrar RINOSONE Spray Nasal Acuoso durante más de tres semanas, si no se obtiene respuesta. **Contraindicaciones.** RINOSONE Spray Nasal Acuoso está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes. **Advertencias y precauciones especiales en empleo.** Pueden aparecer efectos sistémicos con cualquier corticoide administrado por vía nasal, especialmente a dosis elevadas prescritas durante largos periodos. Estos efectos varían en función del paciente y del tipo de corticosteroide utilizado. La probabilidad de que estos efectos aparezcan es mucho menor que con corticoides administrados por vía oral. Los posibles efectos sistémicos, incluyen supresión corticosuprarrenal, retraso en el crecimiento de niños y adolescentes, disminución de la densidad mineral del hueso, cataratas y glaucoma. Por lo tanto, es importante someter a los pacientes a controles periódicos y reducir la dosis de corticoide inhalado a la dosis mínima con la que se mantenga un control eficaz de la enfermedad. (ver apartado Propiedades farmacodinámicas y Propiedades farmacocinéticas en la ficha técnica completa). Se ha detectado retraso en el crecimiento en niños tratados con algún corticosteroide nasal a dosis autorizadas. Se recomienda vigilar regularmente la altura de los niños y adolescentes sometidos a un tratamiento prolongado con corticosteroides por vía nasal. 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. Además se recomienda al paciente que consulte a su 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 cirugías programadas. (ver apartado Propiedades farmacodinámicas en la ficha técnica completa en el que se presentan datos sobre propionato de fluticasona intranasal). Infección local: Las infecciones de las fosas nasales deben tratarse adecuadamente, pero no constituyen una contraindicación específica al tratamiento con propionato de fluticasona en spray nasal acuoso. Sin embargo, deberá tenerse en cuenta que existe riesgo potencial de enmascarar una infección local. El beneficio completo del propionato de fluticanosa en spray nasal acuoso puede no alcanzarse hasta que el tratamiento se haya administrado durante varios días. Debe tenerse cuidado al transferir pacientes de tratamiento esteroideo sistémico a tratamiento con propionato de fluticasona en spray nasal acuoso, si hubiera alguna razón para suponer que su función suprarrenal esté alterada. Aunque en la mayoría de los casos el propionato de flucasona en spray nasal acuoso controla la rinitis alérgica estacional, una carga anormalmente superior de alergenos en verano puede, en algunos casos requerir terapia adicional. Debería evitarse el uso concomitante de propionato de fluticasona y ritonavir, a menos que el beneficio potencial para el paciente sea mayor que el riesgo de aparición de efectos secundarios sistémicos de tipo corticosteroide.(ver apartado Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Aunque no existe evidencia de supresión del eje hipotálamo-hipofisario- suprarrenal en los estudios clínicos realizados con RINOSONE Spray Nasal Acuoso, deberá tenerse en cuenta que la absorción sistémica de corticosteroides tópicos puede causar supresión reversible del mencionado eje. Se han comunicado casos extremadamente raros de perforación del tabique nasal con el uso de corticosteroides por vía intranasal, generalmente en pacientes que han sido sometidos a cirugía nasal. **Advertencia sobre excipientes:** Este medicamento contiene 5 mg de glucosa por aplicación, lo que deberá ser tenido en cuenta por los enfermos diabéticos. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** En circunstancias normales, se obtienen bajas concentraciones plasmáticas de propionato de fluticasona después de la administración intranasal, debido a un intenso metabolismo de primer paso y a un alto aclaramiento sistémico producido por el citocromo P450 3A4 en el intestino e hígado. Por lo tanto es improbable que se produzcan interacciones medicamentosas, clínicamente significativas en las que intervenga el propionato de fluticasona. En un estudio sobre la interacción del fármaco llevado a cabo en sujetos sanos, se ha demostrado que ritonavir (potente inhibidor del citocromo P450 3A4) puede aumentar de manera considerable las concentraciones de propionato de fluticasona en plasma, dando lugar a una notable disminución de las concentraciones de cortisol en suero. Durante su uso postcomercialización se han notificado interacciones medicamentosas clínicamente significativas en pacientes tratados con propionato de fluticasona intranasal o inhalado y ritonavir, dando lugar a efectos sistémicos de tipo corticosteroide incluyendo síndrome de Cushing y supresión corticosuprarrenal. Por lo tanto, debería evitarse el uso concomitante de propionato de fluticasona y ritonavir, a menos que el beneficio potencial para el paciente sea mayor que el riesgo de aparición de efectos sistémicos de tipo corticosteroide. En varios estudios realizados se ha demostrado que otros inhibidores del citocromo P450 3A4 producen incrementos insignificantes (eritromicina) y menores (ketoconazol) de la exposición sistémica al propionato de fluticasona, sin reducción notable de las concentraciones de cortisol en suero. No obstante se aconseja tener precaución si se administran conjuntamente inhibidores potentes del citocromo P450 3A4 (ejemplo ketoconazol) ya que pueden aumentar la exposición sistémica al propionato de fluticasona. **Embarazo y lactancia. Embarazo:** No hay evidencia suficiente acerca de la seguridad en mujeres embarazadas. La administración de corticosteroides a animales preñados produce anormalidades en el desarrollo fetal, incluyendo paladar hendido y retraso del crecimiento intrauterino. Sin embargo, existe un riesgo muy pequeño de que aparezcan tales efectos en el feto humano. Debe advertirse, sin embargo, que las alteraciones fetales en animales tienen lugar tras una exposición sistémica relativamente elevada; la aplicación directa intranasal asegura una exposición sistémica mínima. Sin embargo, como sucede con otros fármacos, el uso de propionato de fluticasona en spray nasal acuoso durante el embarazo en humanos requiere que los beneficios sean sopesados frente a los posibles riesgos asociados con el fármaco o cualquier terapia alternativa. **Lactancia:** No se han realizado estudios específicos acerca de la transferencia a la leche en animales lactantes. No obstante, tras administración nasal a primates, no se detectó fármaco en el plasma y, por tanto, es poco probable que el fármaco sea detectable en leche. El uso de propionato de fluticasona en madres durante el período de lactancia requiere sopesar los beneficios terapéuticos del fármaco frente a los posibles riesgos para la madre y el niño. **Efectos sobre la capacidad de conducir y utilizar maquinaria.** No se han descrito. **Reacciones adversas.** Las reacciones adversas que se relacionan a continuación han sido clasificadas por órgano, sistemas y frecuencia. Las frecuencias se han definido de la siguiente forma: muy frecuentes (≥ 1/10), frecuentes (≥ 1/100 y <1/10), poco frecuentes (≥ 1/1000 y <1/100), raras (≥ 1/10000 y <1/1000) y muy raras (<1/10000) incluyendo informes aislados. Las reacciones muy frecuentes, frecuentes y poco frecuentes se han identificado a partir de los datos de ensayos clínicos. Los acontecimientos raros y muy raros proceden de datos notificados espontáneamente. Al asignar las frecuencias de acontecimientos adversos, no se tuvo en cuenta la incidencia en los grupos de placebo ya que estas incidencias fueron generalmente comparables a las del grupo con tratamiento activo. Los efectos sistémicos de los corticoides nasales pueden presentarse sobre todo al utilizar dosis elevadas durante períodos prolongados. **Trastornos del sistema inmunológico.** Muy raros: Reacciones de hipersensibilidad, anafilaxis/reacciones anafilácticas, broncoespasmo, erupción (rash) cutánea, edema en cara o lengua. **Trastornos endocrinos.** Muy raros: supresión corticosuprarrenal, retraso en el crecimiento de niños y adolescentes, disminución de la densidad mineral del hueso, cataratas y glaucoma. **Trastornos del sistema nervioso.** Frecuentes: Dolor de cabeza, sabor desagradable, olor desagradable. Como sucede con otros pulverizadores nasales se han descrito sabor y olor desagradables y dolor de cabeza. **Trastornos oculares.** Muy raros: Glaucoma, aumento de la presión intraocular, cataratas. Se ha indentificado un pequeño número de informes espontáneos después de tratamientos prolongados. Sin embargo, los ensayos clínicos de hasta un año de duración han demostrado que el propionato de fluticasona administrado por vía intranasal no está asociado a un aumento de la incidencia de efectos adversos oculares incluyendo cataratas, aumento de la presión intraocular o glaucoma. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos.** Muy frecuentes: Epistaxis. Frecuentes: Sequedad nasal, irritación nasal, sequedad de garganta, irritación de garganta. Candidiasis en la boca y garganta. Muy raras: Perforación del tabique nasal. Como sucede con otros pulverizadores nasales se han descrito sequedad e irritación de nariz y garganta y epistaxis. Tanto la ronquera como la incidencia de candidiasis pueden aliviarse haciendo gargarismos con agua tras utilizar este producto. La candidiasis sintomática puede tratarse mediante una terapia antifúngica tópica mientras se continúa el tratamiento con RINOSONE spray nasal. Se ha descrito también perforación del tabique nasal tras el uso de corticosteroides intranasales. **Sobredosificación.** No hay datos disponibles sobre los efectos de sobredosis aguda o crónica con el propionato de fluticasona en spray nasal acuoso. La administración nasal de 2 mg de propionato de fluticasona dos veces al día, durante siete días a voluntarios humanos sanos, no tuvo efecto alguno sobre la función del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. La administración por vía oral o inhalatoria de dosis elevadas de corticosteroides durante un período prolongado de tiempo puede conducir a la supresión del eje hipotálamo-hipofisario-corticosuprarrenal. **DATOS FARMACEUTICOS. Relación de excipientes.** Glucosa (anhidra) (5 mg/aplicación). Celulosa microcristalina y carboximetilcelulosa de sodio. Alcohol feniletílico. Cloruro de benzalconio. Polisorbato 80. Ácido clorhídrico diluido. Agua purificada. **Incompatibilidades.** No se han descrito. **Período de validez.** Dos años. **Precauciones especiales de conservación.** No conservar a temperatura superior a 30°C. **Naturaleza y contenido del recipiente.** El propionato de fluticasona en spray nasal acuoso se presenta en frascos de polipropileno, conteniendo un volumen de suspensión suficiente para 120 aplicaciones. Cada frasco va provisto de una válvula atomizadora dosificadora, un aplicador nasal y una tapa que protege contra la entrada de polvo. **Instrucciones de uso/manipulación. ANTES DE USAR.** 1. Agitar suavemente el frasco; quitar el capuchón tirando con los dedos índice y pulgar.. 2. Sujetar el spray, colocando los dedos índice y corazón a cada lado de la boquilla y el pulgar debajo del frasco. 3. Si es la primera vez que se utiliza el spray o no se ha utilizado desde hace una semana o más, comprobar si funciona el spray. Para ello, manteniendo la boquilla alejada del cuerpo, apretar ésta hacia abajo varias veces, hasta que salga por la boquilla un líquido finamente pulverizado. **AL USAR EL SPRAY.** 4. Sonarse suavemente la nariz. 5. Taparse un orificio nasal y situar la boquilla en el otro orificio nasal. Inclinar ligeramente la cabeza hacia delante y mantener el frasco derecho. 6. Comenzar a tomar aire a través de su nariz y mientras lo hace apriete una vez con sus dedos hasta que salga una pulverización. 7. Echar el aire por la boca. Si ha de repetir la aplicación, vuelva a hacer lo indicado en los puntos 6 y 7. 8. Repetir lo indicado en los puntos 5, 6 y 7, **para la otra fosa nasal. DESPUES DE USAR.** 9. Secar la boquilla con una gasa o pañuelo y poner el capuchón. Periódicamente cada 4 días, proceder a una limpieza completa tal y como a continuación se describe. LIMPIEZA. 1. Quitar suavemente la boquilla. Lavarla en agua caliente. 2. Eliminar el exceso de agua sacudiendo la boquilla y secar en un lugar templado, pero evitar el calor excesivo. 3. Volver a poner con cuidado la boquilla hasta colocarla en la parte superior del frasco. Volver a colocar el capuchón. 4. Si la boquilla quedara taponada, quitarla tal y como se ha indicado anteriormente y dejarla en remojo en agua templada. Aclarar con agua fría, secarla y volver a colocarla en el frasco. No intentar destaponar la boquilla con un alfiler y otro objeto punzante. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. FAES FARMA, S.A. Máximo Aguirre, 14. 48940 Leioa. Bajo licencia de GLAXO WELLCOME. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN. Con receta médica. Financiado por el Sistema Nacional de salud con aportación normal. PRESENTACIONES Y PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO. RINOSONE Spray Nasal Acuoso, P.V.P-IVA 16,03 Euros. ULTIMA REVISIÓN. Abril 2008.

FAES FARMA
75 aniversario
www.faes.es

Línea de atención al cliente
900 460 153

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

11ª EDICIÓN



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

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

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

ELSEVIER

535. ENFERMEDAD DE CASTLEMAN. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Maza Solano, M. Ceballos e I. Nemeckova

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La enfermedad de Castleman (1956) es una entidad rara, caracterizada por el crecimiento de tumores benignos del tejido linfático. Muestra igual prevalencia en ambos sexos y edad. Existen dos formas clínicas: localizada y multicéntrica, y tres histológicas: vasculohialina, predominio plasmático y mixto.

Material y métodos: Mujer de 52 años con AP de púrpura trombocitopénica autoinmune, HTA, DMII y AF de trombocitopenia. Acude por presentar conglomerado adenopático laterocervical bilateral, siendo más llamativo el lado derecho, pérdida de peso (12 kg en 3 meses), astenia, y disnea a moderados esfuerzos. Se realizó exploración física completa (incluida nasofibrolaringoscopia que resultó normal), destacando entre las pruebas complementarias los siguientes resultados: - Anemia hemolítica autoinmune. Test de Coombs positivo (síndrome de Evans). - Trombocitopenia. - PAAF: Proliferación Linfoide Monomorfa. - TAC: cuello: múltiples imágenes adenopáticas, más numerosas en espacio laterocervical derecho, de hasta 1,5 cm de tamaño. Tórax y abdomen normales. - Biopsia de adenopatía cervical derecha: linfadenitis paracortical, con predominio plasmático. Ausencia de signos histológicos de malignidad.

Resultados: Paciente actualmente asintomática tras la adenectomía cervical, no mostrando signos de recidiva ganglionar.

Discusión/conclusiones: Se trata de un caso de enfermedad de Castleman localizada con afectación adenopática a nivel cervical. La patogénesis es desconocida, aunque se ha relacionado con factores de inflamación crónica, inmunodeficiencia, autoinmunidad, HV8 y, la interleucina-6, que explicarían el desarrollo de linfomas malignos. En la forma localizada, el tratamiento quirúrgico es curativo, con buen pronóstico, no ocurre esto en las formas multicéntricas que requieren adyuvancia quimioterápica y corticoidea.

539. MUCORMICOSIS INVASIVA EN PACIENTE VHC POSITIVO INTERVENIDO DE POLIPOSIS NASOSINUSAL RECIENTE

J. Maza Solano, R. Corrales y F. Aguilar

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La mucormicosis paranasal responde a una infección fúngica oportunista poco frecuente, de comportamiento a menudo agresivo, y que acontece con mayor frecuencia en pacientes diabéticos o inmunodeprimidos. Existen cuatro formas principales de sinusitis fúngicas: micetoma, sinusitis fúngica alérgica, fúngica invasiva y fúngica no invasiva.

Material y métodos: Varón de 38 años con AP de hepatitis C, exADVP e hipoacusia brusca, intervenido el 18/02/09 por poliposis nasosinusal derecha a través de cirugía endoscópica nasosinusal (con toma de biopsia intraoperatoria), que requirió ingreso de urgencias el 05/03/09, por presentar cefalea, síndrome febril y rinorrea en fosa nasal derecha. Al ingresó se realizó: - Perfil hematológico: sin alteraciones excepto discreta leucocitosis y leve transaminasemia. - Nasofibroscopia flexible: placa necrótica en fosa nasal derecha y meato de seno maxilar homolateral. - TAC craneal y de senos paranasales: signos inflamatorios compatibles con CENS. - Anatomía patológica: bola fúngica. Mucor. Invasión vascular de elementos fúngicos, que origina embolismo e isquemia secundaria. El paciente fue revisado quirúrgicamente para extirpación de la placa necrótica, complementándose el tratamiento con anfotericina B endovenosa y abundantes lavados nasosinusales.

Resultados: Evolución clínica y radiológica favorable a las dos semanas de tratamiento iniciado.

Discusión/conclusiones: La sinusitis fúngica invasiva, da un cuadro sinusal generalmente inespecífico, pseudotumoral. La sospecha clínica es fundamental, sobre todo en pacientes en riesgo (diabéticos, inmunodeprimidos), puesto que la supervivencia se basa en la instauración de tratamiento quirúrgico precoz y antifúngicos intravenosos. Se ha descrito la posibilidad de realizar terapia con oxigeno en cámara hiperbárica.

540. LINFOMA BURKITT EN ADULTO CON FRACASO DE TRATAMIENTO POLIQUIMIOTERÁPICO

J. Maza Solano, M. Ceballos y F. Prado

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: El linfoma Burkitt, presenta una etiología desconocida, aunque en su patogenia, está implicado sin duda el VEB. Se relaciona con translocaciones del oncogén c-myc y en regiones centroafricanas, se asocia al paludismo.

Material y métodos: Mujer de 43 años, natural de Bolivia, sin AP de interés. Acude por presentar aumento del volumen de hemicara izquierda y tumoración de paladar duro, no dolorosa, que protruye y desplaza úvula. Acompaña clínica pseudotumoral de larga evolución. Palpación cervical con extensión de los hallazgos descritos y adenopatías posteriores, móviles, no dolorosas. Aporta TAC craneal: Lesión tumoral de 4 × 6 cm de tamaño en hemiarcada izquierda, con extensión periamigdalina. Tórax y abdomen normal. Se complementó el estudio mediante: - Laboratorio: hematocrito: 32%, hemoglobina: 10 g/dl, 8.700 leucocitos con 5% de cayados, 74% segmentados y 411.000 plaquetas. LDH 780 UI. - Biopsia tumoral: infiltrado de células pequeñas-medianas con alta relación núcleo/citoplasma. "Aspecto de cielo estrellado". Abundantes mitosis y células apoptósicas. CD20+. - Aspirado medular: Sin hallazgos patológicos. - RNM craneal: afectación metastásica cerebral. Se concluyó el diagnóstico de linfoma Burkitt, iniciándose tratamiento poliquimioterápico por el servicio de oncología.

Resultados: Fallecimiento al mes del inicio del tratamiento poliquimioterápico (CHOP), pese a instaurarse precozmente.

Discusión/conclusiones: El Linfoma Burkitt en adulto, es menos prevalente que en niños, y su pronóstico es peor, en cuanto a que suele metastatizar con alta frecuencia al SNC. Actualmente, se plantea si este tipo de linfomas, debería tratarse de forma diferente a otros tipos de linfomas agresivos, utilizando esquemas quimioterápicos más específicos.

542. ADENOCARCINOMA DE ETMOIDES

J.J. Góngora Lencina, P. Fernández-Miranda López y J.L. Vargas Fernández

Hospital San Cecilio. Granada. España.

Introducción: El adenocarcinoma de etmoides supone la segunda causa (8-25%) de tumores malignos nasosinusales, siendo estos en conjunto el 0,5%. Se trata de una variedad íntimamente relacionada con el contacto con la madera, no demostrándose asociación con tabaco o alcohol. Localización más frecuente: etmoides.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón, 45 años, fumador y ebanista durante más de 15 años. Acudió a nuestra consulta por epistaxis de repetición en 3-4 meses. Visto vía endoscópica, se observó una masa friable en meato medio de fosa izquierda, que se biopsió. Se solicitó igualmente TAC y RMN, orientando todas estas pruebas a la inclusión en lista de espera quirúrgica. El paciente fue intervenido de CENS, realizándose extirpación de mucosa etmoidal, meatotomía media y apertura de seno esfenoidal

Resultados: El diagnóstico anatomopatológico confirmó la sospecha. Se presentó en sesión clínica oncológica, decidiéndose adminis-

trar dos ciclos de cisplatino + 5fluoruracilo. Posteriormente se reintervino, tomándose muestras de cabeza de cornete medio y marco coanal y exéresis de dicho cornete. Las muestras fueron negativas para el tumor. Actualmente se encuentra en tratamiento radioterápico, sin evidenciarse signos de recidiva en última revisión.

Conclusiones: El adenocarcinoma de etmoides, como casi todos los nasosinusales, apenas se manifiestan hasta que invaden otras áreas, ensombreciéndose el pronóstico (de 80% a 25% según pasamos de T1 a T4, siendo bajísima si existiera invasión intracraneal). No obstante, la respuesta completa a quimioterápicos supone un pronóstico favorable, sobre todo asociada a radioterapia y resección craneofacial.

543. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL HEMANGIOMA SUBGLÓTICO CONGÉNITO CON LÁSER CO_2

R. Wegmann, F. Pumarola, M. Pellicer, D. Graterol y J. Knäpper

Hospital Vall d´Hebron. Barcelona. España.

Introducción: Los hemangiomas subglóticos son la malformación neoplásica (hamartomatosa) más frecuente de la vía aérea del niño. Sin tratamiento, la mortalidad puede llegar al 40-70% de los casos. Las opciones terapéuticas incluyen observación, farmacoterapia, tratamiento quirúrgico endoscópico, traqueotomía y exéresis quirúrgica por laringofisura.

Material y métodos: Presentamos el caso de una lactante de 4 meses remitida a nuestro centro por cuadro de laringitis de repetición y llanto disfónico y que presentaba una lesión angiomatosa en la cara. Se realizó laringoscopia directa, diagnosticando un hemangioma subglótico que ocupaba el 50% de la luz laríngea. Se inició tratamiento con corticoides sistémicos a altas dosis, pero ante la falta de una respuesta clínica satisfactoria, se optó por realizar una ablación endoscópica con láser CO_2 mediante laringoscopia en suspensión y respiración espontánea.

Resultados: Tras la intervención, la paciente presentó una evolución clínica favorable, remitiendo los cuadros de dificultad respiratoria.

Discusión/conclusiones: El tratamiento endoscópico con láser CO_2 constituye una alternativa terapéutica efectiva para los hemangiomas subglóticos en casos seleccionados.

544. CARCINOMA PAPILAR PRIMARIO NASOFARÍNGEO

N. Pérez, Z. Martínez, M.R. Lobato, U. Bolinaga, J. Estéfano, E. Pérez Samitier y J. Algaba

Hospital Donostia. San Sebastián. España.

Introducción: El carcinoma papilar primario nasofaríngeo (CPPN) es una neoplasia maligna infrecuente, con pocos casos descritos en la literatura médica.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer, 33 años, consulta por IRN de un mes de evolución y rinolalia cerrada. La exploración ORL revela cresta de cornete en FND, otoscopia y orofaringe normal, no adenopatías palpables. Exploraciones complementarias: *nasofibroscopia: neoformación que ocupa todo el cavum por ambas coanas. *RMN: masa que ocupa el espacio aéreo de la nasofaringe de 2,3 × 2,4 × 2,5 cm cuya base de implantación parece localizarse a nivel del espacio faríngeo mucoso del cavum sin infiltración de espacios adyacentes, presencia de adenopatías inespecíficas en los grupos ganglionares carótido-yugular superior y cervical posterior de forma bilateral. *TAC: senos paranasales bien aireados, masa de partes blandas en rinofaringe próxima a cornete inferior izquierdo aunque ligeramente separada de éste. *Biopsia preoperatoria: tumor con patrón papilar. Ecografía tiroidea normal.

Resultados: Se realizó CENS bajo anestesia general con extirpación del tumor en su totalidad, se ampliaron bordes practicando exéresis de la mucosa con microdesbridador y septoplastia en la que se extirpa todo el tabique posterior. La biopsia definitiva informa de adenocarcinoma papilar primario nasofaríngeo tiroglobulina negativo con márgenes libres de infiltración tumoral. La evolución postoperatoria ha sido favorable con buena cicatrización.

Conclusiones: Debido al poco conocimiento de esta entidad, y tras consultar con el comité tumoral del Hospital se decide no llevar a cabo ningún tratamiento complementario y realizar RMN de control cada 3 meses.

551. PSEUDOCOMA TRAS CENS

C. Martín González, A. Martínez Ruiz-Coello, B. de Diego, A. Trinidad, B. Arellano y C. López-Cortijo

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. España.

Introducción: El tratamiento quirúrgico de poliposis nasosinusal mediante endoscopia se realiza cada vez con más frecuencia en nuestro medio. Se han descrito complicaciones de distinta gravedad, desde persistencia de la sintomatología hasta patología orgánica intracraneal. Estas complicaciones se suelen asociar a la patología de base del paciente o son de causa iatrogénica, pero existen complicaciones sin causa orgánica aparente.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 74 años diagnosticada de Triada ASA que presenta poliposis grado III/III bilateral por lo que fue intervenida de cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) en nuestro hospital. Durante el postoperatorio inmediato refiere cefalea y entra en coma, con Glasgow 3. No presenta hemorragia activa a través del taponamiento nasal.

Resultados: En el TC craneal no se evidencian signos hemorrágicos, ni isquémicos, ni neumoencéfalo. No se aprecian defectos de continuidad en techo etmoidal. Se realiza analítica completa sin observar alteraciones relevantes. Se decide consultar a psiquiatría, siendo diagnosticada de reacción conversiva, y tratada con benzodiacepinas orales.

Conclusiones: Durante el postoperatorio de CENS pueden surgir complicaciones no siempre debidas a una causa orgánica. Se debe tener en cuenta el estado anímico del paciente y episodios previos sucedidos tras otras cirugías, pudiendo relacionarse con los anestésicos utilizados.

552. EXTRUSIÓN ESPONTÁNEA DE BAHA. COMPLICACIÓN TARDÍA

M.R. Lobato, Z. Martínez, U. Bolinaga, N. Pérez, M. Fernández y J. Algaba

Hospital Donostia. San Sebastián. España.

Introducción: El BAHA (Bone Anchored Hearing Aid) es una audífono parcialmente implantable que transmite el sonido por vía ósea indicada hipoacusias de transmisión o mixtas que no tienen buena solución quirúrgica o protésica. Sus indicaciones son: malformaciones de oído externo y medio y otitis medias y externas crónicas y cofosis unilateral.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 66 años sin antecedentes personales relevantes con malformación del pabellón auricular bilateral y estenosis de conducto auricular derecho congénito. Refiere hipoacusia bilateral e intolerancia al audífono convencional. La audiometría muestra una hipoacusia mixta con UDA de 40-50 dB en ambos oídos. En el TAC se observa una agenesia parcial de CAE izquierdo y estenosis de CAE derecho con caja timpánica normal en ambos oídos. Se realiza bajo anestesia local la colocación de implante osteointegrado en mastoides oído izquierdo, realizando en región temporal un colgajo cutáneo, resección del tejido celular subcutáneo y fresado oseo con atornillado del implante.

Resultados: Tras 3 meses se coloca el audífono con resultados favorable. A los 6 años se produjo la extrusión del implante por lo que se reinterviene.

Conclusiones: La implantación de un BAHA requiere una intervención quirúrgica sencilla, pero puede tener algunas complicaciones como la necrosis o infección del colgajo, por ello se ha introducido alguna modificación en la técnica quirúrgica con una incisión semicircular con pedículo anterior. Otra de las complicaciones es la extrusión precoz o tardía del implante.

569. HEMATOMA A TENSIÓN EN SUELO DE BOCA

B. De Diego Muñoz, C. Martín González, A. Rodríguez Valiente, B. Arellano Rodríguez, D. Laguna Ortega y A. Ibáñez Mayayo

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. España.

Introducción: El hematoma de suelo de boca es una complicación postexodoncia poco frecuente aunque potencialmente mortal.

Paciente y método: Se expone el caso de una mujer de 80 años, anticoagulada por una fibrilación auricular, que acudió a Urgencias por tumefacción de suelo de boca 6 horas después de la colocación de varios implantes dentales. La exploración mostraba un hematoma a tensión en el suelo de la boca con edema de lengua asociado que imposibilitaba la apertura bucal, sin compromiso de la hipofaringe y laringe. La TC revelaba la existencia de una colección sublingual hiperdensa y con niveles. Existía además una extravasación retromandibular del contraste intravenoso compatible con una lesión vascular.

Resultados: Ante el diagnóstico de hematoma sublingual se decidió suspender la anticoagulación y proceder a la intervención quirúrgica de la paciente. Mediante un abordaje a través del suelo de la boca se consiguió drenar una importante colección hemática que dejaba al descubierto pequeños vasos con sangrado activo que se cauterizaron, sin observarse vasos de mediano o gran calibre afectos. Una vez drenado el hematoma la paciente evolucionó favorablemente por lo que 6 días después se dio el alta hospitalaria y se reinició el tratamiento anticoagulante.

Discusión/conclusiones: El hematoma de suelo de boca es una complicación poco frecuente pero muy grave que puede derivarse de la exodoncia. Un tratamiento quirúrgico de urgencia permite su rápida y satisfactoria resolución. En cualquier procedimiento quirúrgico, por pequeño que sea, debe tenerse en cuenta la situación basal de los pacientes.

572. RADIONECROSIS CONTAMINADA POR ACTINOMYCES DE CARTÍLAGO LARÍNGEO. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL MEDIANTE TAC Y RNM

R. Corrales Millán, M. Ceballos Cauto, T.F. Herrero Salado y S. Sánchez Gómez

Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La radionecrosis postradioterapia es una complicación rara. Puede acontecer entre los meses y años posteriores a ésta. Las lesiones pueden ser similares a la recurrencia de la lesión tumoral, provocando necrosis coagulativa del tejido. La actinomicois es una infección por gram positivo anaerobio. Son patógenos naturales en boca, intestino, vagina. El germen que se aísla más frecuentemente es Actinomyces Israelii. La cirugía cervical se considera factor de riesgo de infección.

Material y métodos: Paciente intervenido de microcirugía laríngea y biopsia en 2006 con resultado anatomopatológico de carcinoma epidermioide escamoso de CVI (T1N0M0) que recibió tratamiento con radioterapia complementaria. Al año del tratamiento se practica: cordectomía ampliada CVI. Tras biopsia positiva para displasia epitelial alto grado CVI y comisura anterior. Postcirugía se aprecia exteriorización del cartílago laríngeo y amplio faringostoma activo. Se practica laringuectomía total campo estrecho.

Resultados: La anatomía patológica de pieza reveló queratosis sin atipia. Ulceraciones inespecíficas contaminadas con actinomyces. Cambios celulares susceptibles a radiación. Ausencia de células neoplásicas.

Conclusiones: Las lesiones producidas por la radionecrosis simulan recurrencia tumoral, es por ello que la combinación de los estudios histopatológicos, TAC y RNM es necesaria para establecer el diagnóstico diferencial y tomar una correcta decisión terapéutica. El diagnóstico de actinomicosis se realiza mediante cultivo objetivándose: gránulos de azufre. Su tratamiento de elección es resección quirúrgica y terapia antibiótica de larga duración, 6-12 meses con penicilina.

573. ¿CUÁNDO DRENAR UNA INFECCIÓN CERVICAL PROFUNDA? A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Tenor Serrano, P. Contreras Molina, A. Villanueva García, J. Solano Romero y E. García Carrasco

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: La infección de los espacios profundos del cuello supone conlleva para el que una gran morbimortalidad. Es indispensable en su manejo un tratamiento precoz con antibióticos de amplio espectro y asegurar una correcta permeabilidad de la vía aérea. La clínica y la imagen radiológica (TAC cervical con contraste) determinan la necesidad de drenaje quirúrgico.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente con infección en el espacio retrofaríngeo, secundaria a una piodermitis cervical, en el que se realizó drenaje quirúrgico del cuello.

Resultados: Paciente de 28 años que ingresa en dermatología para tratamiento antibiótico parenteral de piodermitis estafilocócica que afecta al cuello y tórax. Tras 48 h de tratamiento no hay mejoría clínica, persistiendo odinodisfagia intensa y dolor cervical a la movilización. La exploración faringolaríngea es normal. Se realiza un TAC cervical, que muestra una zona hipodensa en región retrofaríngea sugestiva de colección. Se decide realizar drenaje cervical, mediante una cervicotomía lateral en la que no se evidencia existencia de absceso. El paciente evoluciona favorablemente en los días siguientes.

Conclusiones: La decisión de realizar drenaje en una infección cervical profunda debe apoyarse en datos clínicos y radiológicos. Se conoce que la conjunción de esta información presenta una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de la infección drenable. No obstante, a veces pueden aparecer falsos positivos, como en el caso que presentamos, que por su rareza nos ha parecido interesante.

575. COMPLICACIONES DE LOS ABSCESOS RETROFARÍNGEOS

C. Arjona Montilla, S. García Fernández, C. Pérez Torres y H. Revelles Suárez

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: El absceso retrofaríngeo es una colección de pus entre las hojas de la aponeurosis cervical profunda, que forman el espacio prevertebral y es potencialmente letal. Suele afectar a niños menores de 5 años y suele ser secundario a ingestión de cuerpo extraño, traumatismo yatrógeno o a la propagación de otra infección adyacente.

Material y métodos: Paciente varón de edad media, que acude a urgencias por odinofagia y fiebre de 5 dias de evolución acompañada de supuración de pus a través de la boca. A la exploración de orofaringe se aprecia drenaje activo de pus a través de orificio situado en región lateral de pilar amigdalino izquierdo sin abomba-

miento claro de tejido faríngeo. Se realiza laringoscopia indirecta sin observarse alteraciones ni compromiso de la vía aérea. Se decide ingreso para estudio en profundidad. Se realiza analítica, en la que se aprecian signos de infección de origen bacteriano y TAC cérvico-torácico donde se observa absceso retrofaríngeo que se extiende a mediastino, ocasionando una mediastinitis.

Resultados: Se deriva al servicio de cirugía torácica y se decide intervenir de forma urgente y conjuntamente entre ambos servicios para drenar el absceso.

Tras la intervención el paciente evoluciona favorablemente recuperándose por completo.

Conclusiones: El absceso retrofaríngeo, aunque es más frecuente en menores de 5 años, puede darse a cualquier edad y requiere una asistencia médica inmediata en las primeras horas ya que puede producir complicaciones muy graves o incluso la muerte de forma rápida.

579. DISFONÍA EN ADULTO

E. Pont Colomer, C. Soria Checa, B. Meliá Casado, J. Aldasoro Martín y J.M. Gozalbo Navarro

Hospital General de Castellón. Castellón. España.

Introducción: La aparición de disfonía corresponde a una red causal multifactorial. Una adecuada anamnesis y una exploración rigurosa son necesarias a fin de garantizar un diagnóstico preciso y una terapéutica efectiva.

Caso clínico: Varón de 77 años que consulta por aparición de una pequeña tumoración cervical medial de 15 días de evolución con síntomas inflamatorios junto con disfonía. Sin clínica de disnea ni disfagia. Refiere como antecedente de interés lesión de similares características que drenó espontáneamente hace 12 años. En la exploración profunda se palpa una tumoración redonda, lisa, móvil y eritematosa. En la fibroscopia se observa una masa a nivel de vallécula izquierda que desplaza epiglotis ocupando parcialmente glotis. La ecografía y la TAC informan de su naturaleza quística y de su localización entre el hueso hioides y el cartílago tiroideo de unos 5 × 3 cm de tamaño, hallazgos compatibles con un quiste del conducto tirogloso. En la actualidad el paciente está pendiente de intervención quirúrgica.

Conclusiones: Un quiste tirogloso es una masa cervical que se desarrolla a partir de células y tejidos remanentes después de la formación de la glándula tiroidea durante el desarrollo embrionario. Se diagnostica más frecuentemente en niños en edad preescolar, de ahí lo inusual de este caso clínico, y suele aparecer posteriormente a una infección de las vías respiratorias superiores, cuando se inflama y crece hacia el exterior. Se presenta como una masa cervical en línea media que asciende con la protrusión de la lengua y con la deglución. La ecografía es la exploración de referencia para confirmar su naturaleza quística y el tratamiento es la extirpación quirúrgica pasado un tiempo del brote infeccioso.

586. FIBROSARCOMA PAROTÍDEO DE BAJO GRADO DE MALIGNIDAD

M. Bonet, E. Zapater, R. Reboll, M.J. Gómez, N. Mosquera y J. Basterra

Servicio de ORL. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: Los sarcomas son poco frecuentes en las glándulas salivares. La recurrencia de enfermedad no es rara. Presentamos el caso de enfermedad recurrente y metastásica en un paciente con un fibrosarcoma parotídeo de bajo grado.

Material y métodos: Paciente de 72 años que acude a consulta por presentar lesión indurada y fija a planos profundos en regiones parotídea y parafaríngea derechas. Había sido sometido un año antes a una parotidectomía total por fibrosarcoma de bajo grado, recibiendo radioterapia postoperatoria. Se realiza resección tumoral a demanda con sacrificio del esternocleidomastoideo, vena yugular interna, la carótida externa, pares IX, X, XI y XII, mandibulectomía de rama vertical y reconstrucción con colgajo acromiotorácico.

Resultados: El estudio anatomopatológico es diagnóstico de sarcoma fusocelular de bajo grado, con índice de proliferación Ki-67 del 20%. Al año de la intervención el paciente presenta una doble tumoración de localización parotídea y otra cervical posterior que son resecadas, constatándose afectación basicraneal. Seis meses después presenta una masa submaxilar y otra parafaríngea que se abordan por cervicotomía, evidenciándose afectación de la arteria carótida primitiva. El paciente se remite a oncología para tratamiento con quimioterapia paliativa. Tres años después del tratamiento se constata enfermedad metastásica ósea en raquis dorsal, falleciendo a los 6 meses.

Discusión/conclusiones: Los sarcomas son tumores poco frecuentes de la glándula parótida. El tratamiento incluye cirugía y radioterapia coadyuvante. La radicalidad quirúrgica y el seguimiento clínico resultan esenciales por la elevada frecuencia de recurrencias y metástasis.

594. CONDROSARCOMA GRADO II DEL SEPTUM NASAL

P. Santos Acosta, J. Maza Solano, A. Postigo Madueño y S. Sánchez Gómez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Los condrosarcomas son una entidad maligna de lento crecimiento. Entre el 3 y 12% aparece en cabeza y cuello, siendo la localización más frecuente el maxilar y la mandíbula. La aparición en el septum nasal es excepcional (0,05% al 41%). Predominancia del sexo masculino, en la cuarta década de la vida. El síntoma principal es la obstrucción nasal de larga evolución. Otros síntomas son epistaxis, cefaleas, anosmia, problemas de visión...

Material y métodos: Mujer de 71 años que ingresa de urgencias por sospecha de celulitis orbitaria izquierda con disminución de la motilidad ocular de 48 horas de evolución. A.P: Pendiente de cirugía por masa que ocupa FNI. TC órbita y senos paranasales. Masa que destruye pared lateral y medial del seno maxilar izquierdo con extensión craneal a través del suelo de la órbita comprimiendo y desplazando músculo recto inferior. CENS urgente con resección amplia y márgenes adyacentes.

Resultados: Condrosarcoma grado II con márgenes libre. TC de control que evidencia recurrencia tumoral. Actualmente tratamiento radioterápico.

Discusión/conclusiones: La T C Y RMN son las herramientas diagnósticas para el estudio de extensión y diagnóstico diferencial. El tratamiento de elección: escisión quirúrgica amplia. Tasa de recurrencia del 65% (incluso en períodos largos libres de enfermedad) en márgenes positivos (cualquier grado histológico). Signos de mal pronóstico: lesiones de alto grado, márgenes positivos, localización en cavum, y coanas. Radioterapia postoperatoria en márgenes positivos, lesiones de alto grado, lesiones recurrentes y como tratamiento paliativo. Quimioterapia no ha demostrado beneficios. Seguimiento: estudios de imagen y endoscopias seriadas.

600. PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

L. Sgambatti, F. del Rey, J.C. del Pozo, R. de la Fuente, S. Estévez y M. de la Calle

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: La parálisis facial periférica en población pediátrica es un infrecuente síndrome de aparición súbita caracterizado

por hipotonía y debilidad de la musculatura facial de una hemicara junto a posible afectación sensorial y glandular del territorio inervado por el VII par craneal. Se debe a lesiones del nervio facial en cualquier punto del trayecto desde su núcleo de origen hasta las estructuras que inerva. Para el niño tiene importantes efectos funcionales y psicosociales.

Material y métodos: Presentamos 3 casos de parálisis facial periférica 2 de Bell en niños de 4 y 11 años respectivamente y una como complicación una otitis media aguda en un paciente de 3 años.

Resultados: El tratamiento de las parálisis idiopáticas fue sintomático con AINES y protección ocular presentando mejoría clínica a las 6 semanas y el de la parálisis facial como complicación de una otitis media aguda se coloco un drenaje transtimpánico y se realizo mastoidectomía y se realizo tratamiento antibiótico IV presentando mejoría clínica a las 4 semanas.

Conclusiones: La parálisis de Bell es la primera causa de parálisis periférica y es responsable del 40-70% de los casos en la infancia. Afecta a 2,7/100.000 niños menores de 10 años y 10,1/100.000 entre los 10 y 20 años. En el 85% de los pacientes se produce una recuperación completa que se inicia entre 2 y 4 semanas después de su aparición.

601. LARINGOCELE MIXTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Arce Martínez, M.T. Almela Rojo, N. Mena Viveros, E. Neira y L. Rosique López

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

El laringocele se define como una hernia de la mucosa laríngea que nace en el extremo apendicular del ventrículo, dando lugar a una cavidad de aspecto tumoral y contenido aéreo, aunque con menos frecuencia también puede contener moco (laringomucocele) o pus (laringopiocele). Está tapizado por un epitelio por un epitelio de tipo respiratorio. Por su ubicación puede ser interno, enteramente intraluminal laríngeo y presentarse como una masa quística del ventrículo, o bien externo, extendiéndose a través de la membrana tirohioidea y presentarse como una masa quística compresible en la parte lateral del cuello, entre el hueso hioides y el cartílago tiroides. Es casi exclusivo del sexo masculino. Lo más frecuente es la forma unilateral, aunque se puede dar la forma bilateral, como ocurre en el 15-20% de los casos. Paciente de 65 años que acude a consulta por disfonía de meses de evolución, progresiva caracterizada por una voz en patata caliente, en ausencia de otra sintomatología acompañante. Como antecedente de interés en tratamiento con CPAP por SAOS grado severo desde hace 6 años. En la exploración ORL: laringoscopia y nasofibrolaringoscopia se objetiva masa en seno piriforme derecho de aspecto submucoso, con buena luz glótica y movilidad de cuerdas conservada, hemilaringe izquierda desplazada. La exploración de la región cervical es normal. En consulta se recogen muestras de dicha región que son analizadas dando como resultado mucosa normal. Se realiza TAC cervical en el que se aprecia una masa de densidad aire que ocupa el espacio paralaríngeo derecho y la región lateral izquierda del cuello rebasando la membrana tirohioidea, compatible con un laringocele mixto izquierdo. Pendiente de intervención en junio de 2009,

602. PENETRACIÓN COMPLETA DE TORNILLO EN SENO MAXILAR POR ACCIDENTE LABORAL

L. Sgambatti, F. del Rey, F. Franco Calvo, J.C. del Pozo, R. de la Fuente y M.I. de la Calle

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: La presencia de cuerpos extraños en los senos paranasales es muy poco frecuente, siendo el seno maxilar el más afectado en torno al 50%. El 70% de estos cuerpos extraños en los senos paranasales es atribuido a traumatismos maxilares o accidentes.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 25 años de edad que acude a urgencias por que en un accidente laboral fue tocado por un atornillador eléctrico autoenroscable en mucosa gingival en dirección del seno maxilar derecho presentando penetración completa del mismo en el seno, sin signos de complicación o alteraciones de la motilidad ocular.

Resultados: Se realiza Rx facial en proyección A/P y lateral que evidencia penetración completa del tornillo en el seno maxilar. Se realiza extracción del mismo bajo anestesia general sin complicaciones postoperatorias siendo dado de alta a las 48 horas.

Conclusiones: Los cuerpos extraños en los senos paranasales se pueden asociar a diferentes procesos infecciosos con clínica de rinorrea unilateral, fétida continua que no mejora con el uso de antibióticos o incluso neoplásicos por lo que deben ser retirados en un periodo corto de tiempo.

605. ANEURISMA DE ARTERIA VERTEBRAL IZQUIERDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.C. del Pozo de Dios, R. de la Fuente Cañibano, F.J. del Rey Tomás-Biosca, L. Sgambatti Celis, S. Santa Cruz Ruiz y A. Batuecas Caletrio

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: Los aneurismas de la circulación posterior constituyen el 10-15% de todos los aneurismas intracraneales. La presencia de esta patología y el riesgo de ruptura se incrementa con la edad, especialmente entre la cuarta y séptima década de la vida.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente de 74 años con antecedentes de claudicación intermitente e hipertrofia prostática que refiere desde hace 5 meses hipoacusia rápidamente progresiva de oído izquierdo asociado a sensación de inestabilidad en relación con los esfuerzos físicos. En la exploración física se aprecia otoscopia normal con parálisis facial periférica izquierda grado I-II y nistagmo bidireccional. En la ATL se aprecia hipoacusia neurosensorial moderada a 39 dB y el timpanograma revela una curva tipo A sin reflejos en el OI.

Resultados: Se solicita angio-RMN en la que se aprecia aneurisma de arteria vertebral izquierda con imagen de luz aneurismática de 8 mm que realiza impronta sobre la región lateral izquierda de bulbo, protuberancia, pedúnculo cerebeloso medio y el cuarto ventrículo izquierdos. Además impronta sobre los pares craneales VII, VIII, IX, X, XI. Se realiza embolización mediante stent y coils de la luz aneurismática que requiere a los dos años y medio reembolización por repermeabilización parcial del saco del aneurisma.

606. REVISIÓN DE MELANOMA MUCOSO NASOSINUSAL

E. Mata López, P. Benaixa, D. Castro, J. Muñoz Villanueva, M.A. García, R. Moya, E. Domínguez, A. Gómez y F. Esteban Ortega

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: El melanoma mucoso (MM) del sistema nasosinusal es un tumor raro que representa entre el 0,3% y el 2% de todos los melanomas malignos y aproximadamente, el 4% de los melanomas de cabeza y cuello. Se localiza más frecuentemente en la nariz, los senos paranasales, la cavidad oral y la rinofaringe. Los principales síntomas que ocasionan son obstrucción nasal, epistaxis, dolor, deformidad nasal o alteraciones visuales. El pronóstico de la enfermedad dependerá de la localización de la lesión primaria, del tamaño y espesor tumoral, de la invasión tisular en profundidad y de la existencia de metástasis regionales o a distancia. El tratamiento ideal es difícil de determinar, siendo la cirugía radical el tratamiento prima-

rio más comúnmente utilizado. La radioterapia adyuvante puede mejorar el control local de la enfermedad, pero no parece mejorar la tasa de supervivencia global. La tomografía por emisión de positrones (PET) con 18F-fluoro-desoxiglucosa (FDG) se usa en oncología como método no invasivo que determina el metabolismo del tejido tumoral. En el manejo de los MM, es una herramienta que permite estadiar el tumor y facilita el seguimiento tras el tratamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de una serie de 10 pacientes con MM del tracto nasosinusal analizando sus características clínicas, radiográficas, histológicas, inmunohistoquímicas y resultados terapéuticos, haciendo un especial hincapié en la utilidad de la PET-FDG en el manejo de estos tumores.

Resultados: Se estudiaron 10 pacientes, seis varones y cuatro hembras, con una edad media de 65.2 años (rango 34-86). Siete pacientes fueron operados con finalidad curativa (4 mediante degloving mediofacial, 2 mediante rinotomía lateral y 1 mediante extirpación vía endoscópica nasosinusal, asociándose el tratamiento quirúrgico de las metástasis regionales en tres de ellos). Cuatro pacientes viven tras un seguimiento mínimo de 6 meses (rango 6-42), y seis fallecieron, cinco debido a metástasis a distancia y/o recidiva loco-regional y una por otra enfermedad. A todos se les realizó PET antes de la decisión terapéutica y como seguimiento de la enfermedad.

Conclusiones: El uso de la PET es una herramienta válida en el manejo de los pacientes con melanoma mucoso. La PET permite adecuar las opciones terapéuticas evitando tratamientos innecesarios y es de gran utilidad en el seguimiento de la enfermedad.

608. COMPLICACIONES DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

E. Mata López, A. Pérez Sánchez, F. Pérez Fernández, F. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez de Agüera, R. Moya, M. García, A. Gómez, E. Domínguez y F. Esteban Ortega

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: La cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) cumpliendo los requisitos previos puede ser realizada bajo régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), se presenta un estudio retrospectivo de las complicaciones de esta intervención en los últimos dos años.

Material y métodos: Se tomo como base para el estudio la serie de pacientes intervenidos de CENS sin importar cual fuera la indicación quirúrgica, realizadas en el centro de CMA de nuestro hospital en los últimos dos años, obteniéndose datos tanto de complicaciones a corto y mediano plazo así como también reintervenciones y los motivos de la misma.

Resultados: Se obtuvo el índice de complicaciones a corto y largo plazo y además se obtuvo el número de reintervenciones y los motivos de las mismas, relacionándolos en ambos casos con la edad y la patología de base del paciente.

Conclusiones: La CENS bajo régimen de CMA presenta complicaciones similares a las observadas cuando se realiza la intervención con ingreso hospitalario, reduciendo con esto la exposición del paciente a infecciones nosocomiales, además de disminuir en gran medida el tiempo de ocupación de camas hospitalarias.

610. BUCLES DE LA AICA. HALLAZGO INCIDENTAL COMO CAUSA DE VÉRTIGO

L. Sgambatti, R. de la Fuente, J.C. del Pozo, A. Batuecas Caletrio, P. Blanco y A. Munoz Herrera

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: El bucle de arteria cerebelosa antero inferior puede causar síndromes vestibulares periféricos típicos, que se encuentra de forma infrecuente en la resonancia en pacientes con síndrome vestibular. Y que ocasionalmente cuando en estos pacientes se encuentra este hallazgo, se puede realizar un test de hiperventilación que puede resultar positivo originando un nistagmo deficitario.

Material y métodos: Presentamos 3 casos clínicos de bucles de la arteria cerebelosa antero inferior, un hombre de 64 años, una mujer de 55 y una mujer joven de 38 años que acuden a la consulta por vértigo y en la resonancia magnética se evidencia bucle de la arteria cerebelosa antero inferior, y se realiza test de hiperventilación el cual fue negativo en todos los casos.

Conclusiones: El test de hiperventilación se puede realizar en la consulta de manera sencilla y ser positivo evidenciando un nistagmo deficitario de segundos de duración. El bucle de la arteria cerebelosa antero inferior puede estar presente en algunos pacientes con clínica vertiginosa y se suele encontrar de forma casual en la resonancia magnética, se debe tener presente a la hora del diagnóstico de la patología vertiginosa.

613. CORNETE ACCESORIO GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.S. Estévez Alonso, M.I. Calle Cabanillas, R. de la Fuente Cañibano, F. Franco Calvo, A. Batuecas Caletrio y L. Sgambatti Celis

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: Pese a que no son infrecuentes anormalidades anatómicas nasosinusales y, más concretamente a nivel del cornete medio como son la presencia neumatización, curvatura paradójica, etc., nos encontramos ante un caso curioso de cornete accesorio dependiente de la cola del cornete medio de grandes dimensiones.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 47 años que acude a la consulta por disfonía de tres meses de evolución, presentando diagnósticos previos clínicos de sinusitis y rinitis alérgica y refiriendo insuficiencia ventilatoria nasal ocasional. Durante la exploración se realiza nasofibroscopia en la que se observa incidentalmente, a nivel posterior de la fosa nasal izquierda, gran masa sonrosada y lisa que supera línea media, apareciendo en fosa contralateral proveniente de la región meatal media posterior. Se realiza estudio de imagen mediante TAC de fosas y senos paranasales confirmándose tumoración coanal izquierda y quiste de retención maxilar. Se decide extirpación de la lesión y del quiste mediante cirugía endoscópica en la que se obtiene pieza con tejido sano rodeando lámina ósea. No se obtienen resultados anatomopatológicos que sugieran malignidad.

Resultados: Dada la configuración de la lesión y los resultados citológicos consideramos la posibilidad de configuración anómala de la fosa nasal, con desarrollo anómalo de un cornete accesorio posterior de grandes dimensiones.

Discusión: Una tumoración endonasal unilateral exige descartar el origen tumoral de la lesión, pero sin dejar de contemplar en el diagnóstico diferencial las anomalías congénitas rinosinusales, como el caso que nos ocupa.

622. QUILOTÓRAX SIMULANDO UN CUADRO DE MEDIASTINITIS

H. Moreno, F.J. Cogolludo, F.J. Guerra, V. Vasallo, R. Gutiérrez, M. Benavides, A. Encinas, L. García y C. Cenjor

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción: El quilotórax es la presencia de quilo (linfa combinada con componentes digestivos) en el espacio pleural. La lesión del conducto torácico puede provocar la rotura del mismo con paso del quilo al espacio pleural.

Material y métodos: Paciente de 71 años de edad sin antecedentes médicos de interés que acude a urgencias presentando tumefacción flemonosa fluctuante en región cervical anterior y lateral izquierda, de aparición súbita. Exploración ORL con fibroendoscopia sin alteraciones patológicas. Ausencia de adenopatías a la palpación cervical. Se realizó TAC cervical, informado como colección en espacio retrofaríngeo y cambios inflamatorios extendidos a diferentes territorios, compatible con mediastinitis. Tras una primera pauta de tratamiento corticoideo y antibiótico se obtuvo la resolución completa del proceso, que recidivó posteriormente tras la retirada del tratamiento. Se realizó entonces nuevo CT similar al anteriormente descrito y añadiendo derrame pleural ipsilateral. Se practicó toracocentesis del líquido pleural diagnosticándose de quilotórax.

Resultados: Tras realizar estudios analíticos exhaustivos y eco doppler de TSA con resultados negativos, la paciente se diagnosticó finalmente de quilototrax espontaneo. La evolución del proceso con punción evacuadora, reposo relativo y dieta pobre en triglicéridos fue favorable consiguiéndose su resolución completa.

Discusión: Existen múltiples etiologías del quilotórax clasificándose en congénitos, traumáticos, neoplásicos y misceláneos. En este último apartado se incluye el quilotórax espontaneo, descrito en mujeres de mediana edad con antecedentes de traumatismo mínimo (hiperextensión brazos) o aumento de la presión intratorácica (hipo, vómitos).

626. OSTEOCONDROMA ATLAS-AXIS CON IMPRONTA FARÍNGEA

R. Arce Martínez, T. Almela Rojo, E. Neira, N. Mena Viveros y D. Hellín Meseguer

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción: Los osteocondromas son tumores cartilaginosos benignos formados por cartílago hialino con osificaciones focales. Son los tumores óseos más frecuentes y suponen el 40% de los tumores benignos del hueso.

Caso clínico: Mujer de 67 años que acude a consulta por sensación de tumoración faríngea desde hace años de crecimiento progresivo que no origina clínica ORL. Impotencia funcional en giro cervical a derecha. En la exploración ORL no se objetiva patología en cuello. La faringoscopia muestra tumoración submucosa en pared posterior derecha de orofaringe-nasofaringe. Se realiza TAC de columna cervical con cortes axiales de 1,5 mm encontrando exostosis osteo-cartilaginosa (osteocondroma) de cara lateral derecha de atlas-axis confirmado con RMN.

Conclusiones: Se comenta con Neurocirugía, y decide intervención: exéresis por vía oral. Pendiente de cirugía en junio 2009.

650. AFECTACIÓN GANGLIONAL CERVICAL DEBIDO A LINFOMA T PERIFÉRICO

A.A. Olivo de la Cruz, M.J. Hervás Núñez, S. Senao Fernández, M.G. Álvarez-Morujo de Sande, E.C. Porras Alonso, M. de Mier Morales y A. Martín Mateos

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción: Los linfomas T periféricos representan un 10% de todos los linfomas en el mundo occidental, constituyendo una forma especial de linfoma no Hodgkin que presentan diversas morfologías y variabilidad molecular que obstaculizan una adecuada clasificación histológica. Clínicamente pueden afectar a órganos tan diversos como piel, senos paranasales, pulmón y vías aéreas superiores, presentando una afectación ganglionar cervical única en muy pocos casos.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 32 años de edad con tumoración cervical medio-lateral izquierda de 1-2 años de evolución de crecimiento progresivamente.

Conclusiones: Ante la presencia de una adenopatía cervical de mayor volumen y crecimiento progresivo, con afectación del anillo de Waldeyer debemos descartar neoplasia de origen linfoide. El diagnóstico puede confirmarse con una biopsia de la lesión faríngea. En ausencia de lesión faríngea, como en nuestro caso, un análisis histológico extemporáneo del ganglio mediante exéresis-biopsia permite establecer el diagnóstico. Por otra parte recordar que del tipo histológico del tumor dependerá el pronóstico de la enfermedad considerando que el fenotipo T presenta una alta tasa de recaídas, menor respuesta al tratamiento y en consecuencia una menor tasa de supervivencia global. No existe ningún tratamiento específico para este grupo de linfomas y, en general, el tratamiento debe ser individualizado aunque, se puede afirmar que la quimioterapia con el esquema CHOP es el tratamiento de elección.

652. MUCORMICOSIS RINO-ÓRBITO-CEREBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.B. Vadillo Díez, C. Gutiérrez Castillo, B. Sanz Romero, M. Sancho Mestre y J.R. Gras Albert

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Introducción: La mucormicosis nasal es una patología infecciosa causada por hongos del género mucor que afecta fundamentalmente a pacientes inmunodeprimidos y excepcional en inmunocompetentes (8%). Se caracteriza por la invasión de la pared de los vasos sanguíneos produciendo trombosis y necrosis secundarias. Existen distintas estadios clínicos desde las formas más leves con obstrucción nasal y cefalea, hasta las más graves con invasión del lóbulo frontal y estado de coma. Su diagnóstico mediante clínica, realización de pruebas de imagen y biopsia debe ser precoz y su tratamiento médico a largo plazo así como quirúrgico, ha de ser agresivo debido a la rápida evolución de dicha enfermedad.

Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente mujer diabética de 64 años de edad con edema palpebral, ptosis, proptosis y amaurosis izquierda de 4 meses de evolución que no responde a tratamiento médico-quirúrgico realizado en hospital de referencia. Tras su diagnóstico etiológico y de extensión, realizamos tratamiento médico antifúngico y quirúrgico exhaustivo, con desaparición de sintomatología y signos de enfermedad.

Discusión: La mucormicosis nasal es una enfermedad angioinvasiva rápidamente progresiva en estados inmunodeprimidos, que requiere de una gran agresividad en su tratamiento médico, así como la realización de amplia desbridación y exenteración quirúrgica de áreas afectas, debido a su pronóstico infausto de invasión cerebral.

655. HIPERTROFIA MASETERO IDIOPÁTICA

E. de la O, G. Fernández, M.J. Cisternas, F. Ramos, C. Salazar, M.R. de Saa y M.S. Aparicio

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. España.

Introducción: Hipertrofia del masetero es una identidad poco frecuente unilateral o bilateral, que consiste un engrosamiento del músculo masetero. Puede estar asociado a hipertrofia ósea del maxilar inferior, bruxismo o idiopática. Es característico de personas menores de 30 años, que relatan una historia de progresivo engrosamiento del ángulo del maxilar sin ninguna sintomatología acompañante.

Material y métodos: Paciente mujer de 44 años que acude por tumoración mandibular derecha de 2 años de evolución. Ella refiere en relación con la dentadura. No presenta otra sintomatología acompañante. En la exploración física destacamos asimetría facial por tumefacción mandibular derecha, blanda, no dolorosa al tacto, parece depender del músculo masetero con aumento la tensión con la fijación dentaria.

Resultados: Se solicita TAC Facial objetivándose un aumento de tamaño del músculo masetero del lado derecho respecto al del lado contralateral sin visualizarse sin embargo áreas de captaciones patológicas evidentes. Ante este resultado el Radiólogo nos aconseja solicitar una RMN Facial identificándose aumento de tamaño del músculo masetero sin lesiones infiltrativas sólidas ni lesiones grasas o neoformativas intramusculares que justifiquen dicha hipertrofia. Con todo esto se llega al diagnóstico de hipertrofia muscular masetero de origen desconocido.

Conclusiones: La hipertrofia de músculo masetero idiopática es una rara patología de casa desconocida. Algunos autores lo asocian con estado de estrés, hipertrofia congénita y funcional, alteraciones de la articulación temporomandibular. Es imprescindible descartar causas subyacentes tumorales o inflamatorias. El tratamiento debe ser conservador, aunque se indicará cirugía en pacientes con importantes dismorfias faciales.

667. SÍNDROME DE GOLDENHAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Bellera Vilar[a], S. Tobías Gómez[a], I. Pérez Hernández[a], V. Palomar Asenjo[a], A. Ruiz Giner[a], R. Ventín Palacín[b] y V. Palomar García[a]

[a]*Servicio ORL y PCF.*
[b]*Servicio Cirugía Maxilofacial.*
Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. España.

Introducción: El síndrome de Goldenhar es un trastorno congénito infrecuente descrito por primera vez en 1953 por Goldenhar y redefinido en los 60 por Gorlin como síndrome oculo-auriculo-vertebral. La mayoría de los casos son esporádicos pero existen casos familiares con herencia autosómica dominante así como autosómica recesiva. La incidencia es de 1:3.500 a 1:26.500 nacidos vivos. Se caracteriza por una gran variabilidad fenotípica que incluye la hipoplasia hemifacial con apéndices preauriculares y oculares asociado a alteraciones vertebrales.

Caso clínico: Se presenta el caso de un recién nacido prematuro que al nacimiento presentaba hipoplasia del músculo depresor del ángulo de la boca, apéndice preauricular izquierdo, tumoración dermoide conjuntival y defecto de la comisura del labio del mismo lado.

Discusión: Síndrome causado por una alteración del desarrollo del primer y segundo arcos branquiales, aunque los mecanismos etiológicos son heterogéneos. Las lesiones más frecuentes son las auriculares, como por ejemplo alteraciones del conducto auditivo externo, microtia, lesiones lipodermoides y alteraciones osiculares; seguidas de las faciales como paladar o labio hendido y microsomía. Pueden presentar, además, lesiones oculares, esqueléticas, genitourinarias, cardiacas y neurológicas por lo que su manejo debe ser multidisciplinar.

680. OBSTRUCCIÓN FARÍNGEA DE CAUSA NO HABITUAL

F. de la Rosa Astacio, D. Abad Casado, M. Vaca González, M. Medina González y R. Barberá Durbán

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: Los carcinomas tiroideos se presentan, general e inicialmente, como nódulos detectables en la propia glándula tiroides o con adenopatías cervicales.

Caso clínico: Varón, 49 años. Consulta por ronquidos nocturnos y pausas de apnea. Hipersomnia diurna. Varios meses de evolución. Adenopatías cervicales de reciente aparición. No disnea. No otra clínica. No antecedentes de interés. Al examen físico: gran abombamiento de pared posterolateral faríngea derecha ocluyendo de forma importante el istmo de las fauces. En la fibroscopia se extiende desde detrás del rodete tubárico hasta el nivel de la epiglotis. Adenopatías laterocervicales derechas, palpables, en forma de conglomerados, en regiones II-V, voluminosas, no dolorosas. TAC/RMN: gran tumoración retrofaríngea, heterogénea, y conglomerados adenopáticos de apariencia tumoral derechos. Glándula tiroides de morfología normal. PAAF (adenopatía cervical): metástasis de carcinoma papilar. Se realiza: vaciamiento ganglionar cervical derecho (regiones II-V y región IV bilateral), extirpación transcervical de tumoración retrofaríngea y tiroidectomía total. AP: microcarcinoma papilar de 7 mm en lóbulo tiroideo derecho y otro foco de 2 mm en lóbulo izquierdo. Diagnóstico definitivo: carcinoma papilar de tiroides T1N1bMo, estadio IV. Metástasis ganglionares laterocervicales y retrofaríngea derechas. Se completa el tratamiento, tras rastreo, con yodo radiactivo. El paciente evoluciona favorablemente.

Conclusiones: Este caso refleja el potencial de metástasis del carcinoma papilar, con volumen mínimo del tumor primario, así como su multifocalidad. Sin embargo la afectación del espacio retrofaríngeo no es habitual.

707. A PROPÓSITO DE UN CASO DE LEISHMANIASIS EN PALADAR EN PACIENTE VIH POSITIVO

P. Fernández-Miranda López, J.J. Góngora Lencina, J.M. Vedia García y J.L. Vargas Fernández,

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: La leishmaniasis es una enfermedad zoonótica causada por protozoos del género Leishmania. Se transmite por la picadura de los mosquitos pertenecientes a los géneros Phlebotomus y Lutzomyia de la familia Psychodidae.

Material y métodos: Varón, 55 años, VIH positivo y portador de tuberculosis pulmonar que es enviado a consulta por presentar lesiones en cavidad oral compatibles con cándida en paladar duro, edematosas y ulceradas, de 2 meses de evolución. Exploración: tumoración submucosa excrecente que ocupa paladar duro y blando, dolorosa a la palpación con regiones ulceradas.

Resultados: Ante la no mejoría con fluconazol oral se procede a toma de biopsia mediante anestesia tópica de fragmento de 0,5 × 0,3 cm de diámetro. Informan de leishmaniasis.

Conclusiones: La importancia estomatológica de esta enfermedad deriva en que el complejo secundario repercute en la cavidad oral, tomando los distintos aspectos clínicos de esta granulomatosis. Las lesiones desmoplásicas graves deforman el paladar con formación de surcos profundos que dificultan la fonación, deglución y masticación. Las lesiones esclerosantes severas del paladar están en relación con la escasez de células plasmáticas formadoras de anticuerpos de inmunoglobulinas.

713. ESTUDIO EVOLUTIVO DE 21 AÑOS DE HEMANGIOMA CAVERNOSO CERVICAL CON COMPROMISO DE LARINGE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

D. Graterol Torres, C. Iglesias, C. García-Vaquero, N. Ortiz, E. Genestar y A. García Arumí

Hospital Universitario Vall d´Hebron. Barcelona. España.

Introducción: Los hemangiomas cavernosos cervicales que afectan a la laringe son lesiones benignas y poco frecuentes. Aparecen fundamentalmente en la supraglotis. La sintomatología es escasa y de larga evolución, predominando la disfonía. Su histología es característica y permite diferenciarlos de otras lesiones de aspecto clínico similar. La hemorragia no siempre está presente, pero hay que tenerla en cuenta.

Material y métodos: Paciente de 61 años que consultó por disfonía y tumoración cervical prelaríngea. A la inspección se obser-

varon pequeñas varicosidades en región cervical y la endoscopia evidenció una masa de aspecto rojo-violáceo que protruía a nivel del vestíbulo, banda y ventrículo de hemilaringe izquierda, ocupando el seno piriforme. La RMN mostró múltiples lesiones de tamaño variable hiperintensas en T2 y de forma multifocal en celda submaxilar, tejido subcutáneo laterocervical izquierdo, espacio carotídeo infrahioideo izquierdo, ambas fosas supraclaviculares y extensión a mediastino superior; afectación laríngea de pared posterolateral, cuerda vocal y espacio paralaríngeo izquierdo. La angio-resonancia confirma el diagnóstico de hemangioma cavernoso/quístico. Por petición del paciente se decidió conducta expectante sin presentar cambios macroscópicos ni de imagen a los largo de 21 años.

Conclusiones: Los hemangiomas cervicales con afectación laríngea son lesiones poco frecuentes. La disfonía es el síntoma más frecuente y casi todas son de localización supraglótica. La ecografía, el TAC y la RNM son herramientas diagnósticas. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

714. OTITIS EXTERNA MALIGNA. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

D. Graterol Torres, C. Iglesias, C. García-Vaquero, M. González, J. Knäpper, R. Boemo y A. García Arumí

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: La otitis externa maligna (OEM) es una patología relativamente grave a pesar de la mejoría en las condiciones sanitarias y en la antibioticoterapia actual. La forma de debut habitual es la de otalgia severa con otorrea y parálisis facial en paciente con antecedente de diabetes mellitus.

Métodos: Se presentan 6 pacientes con OEM diagnosticados en nuestro servicio en los últimos 5 años. Se obtuvieron datos de: edad, sexo, síntomas de presentación, enfermedades asociadas, resultados microbiológicos y complicaciones.

Resultados: 5 hombres y 1 mujer. Edad promedio 80,6 años. La otalgia se presentó en todos los pacientes como síntoma inicial. La diabetes estaba presente en todos los pacientes. Todos los cultivos fueron positivos para Pseudomona. Cinco pacientes presentaron parálisis facial.

Discusión: La OEM se presenta más frecuentemente en pacientes diabéticos mayores de 60 años lo cual concuerda con los hallazgos de nuestro estudio. La otalgia se presentó en todos los pacientes y la Pseudomona fue el microorganismo que se aisló con más frecuencia. Se obtuvo un alto porcentaje de complicaciones (5 de 6 pacientes).

Conclusiones: La OEM se observa principalmente en pacientes con diabetes mellitus con mayor incidencia en el sexo masculino. El microorganismo causal principal es la Pseudomona aeruginosa. La otalgia es el síntoma fundamentalmente referido. La complicación más frecuente es la parálisis facial.

715. ABSCESO CERVICAL PROFUNDO COMPLICADO CON MEDIASTINITIS. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

D. Graterol Torres, C. García-Vaquero, E. Genestar, R. Wegmann, J. Lorente, M. García López y E. Perelló

Hospital Universitario Vall d´Hebron. Barcelona. España.

Introducción: Las infecciones cervicales que evolucionan a mediastinitis presentan una mortalidad elevada. Es frecuente encontrar al antecedente de manipulación dentaria y la asociación con enfermedades como la diabetes mellitus. El diagnóstico debe incluir la realización de un TAC cérvico-torácico. El tratamiento de elección es el quirúrgico.

Métodos: Estudio retrospectivo de 4 pacientes con el diagnóstico de absceso cervical complicado con mediastinitis visitados en nuestro servicio en los últimos 5 años. Se obtuvieron datos clínicos como: edad, sexo, síntomas de presentación, enfermedades asociadas, antecedentes manipulación dentaria, resultados microbiológicos y complicaciones.

Resultados: 3 hombres, 2 mujeres. Edad promedio 62,8 años. El síntoma de presentación más frecuente fue la fiebre (100%). La DM se presentó en 3 de los 5 pacientes. Un paciente falleció a pesar del tratamiento quirúrgico. Los resultados microbiológicos revelaron flora polimicrobiana. Todos recibieron tratamiento médico-quirúrgico.

Discusión: El absceso cervical complicado con mediastinitis presenta una elevada mortalidad, sin embargo en nuestra casuística sólo 1 paciente falleció. Los estudios del material purulento muestran flora polimicrobiana en la mayoría de los estudios consultados. La enfermedad sistémica más frecuentemente asociada es la diabetes mellitus.

Conclusiones: Las infecciones profundas del cuello con afectación mediastínica se originan como complicaciones de infecciones de la vía aérea superior y zonas adyacentes. El método diagnóstico de elección es el TC. El drenaje quirúrgico debe realizarse precozmente.

724. ANGINA DE LUDWIG EN EDAD PEDIÁTRICA. CASO CLÍNICO

M.I. Aguadero García, C. Arjona Montilla y A. Aviñoa Arias

Hospital Clínico San Cecilio. Granada. España.

Introducción: La angina de Ludwig es una infección de los espacios profundos del cuello, se caracteriza por celulitis difusa del suelo de la boca que compromete espacios submaxilar, sublingual y submentionano.

Material y métodos: Presentamos el caso de un niño de 11 años de edad que llegó al servicio de urgencias con clínica de odinofagia, disfagia, fiebre y trismus. Presentaba gran tumefacción submandibular y cervical derecha. Como antecedentes refería molestias de pieza dentaria de arcada inferior izquierda hace una semana.

Resultados: Realizamos TC cervical al paciente y se observó colección líquida con gas en su interior en porción derecha de suelo de boca, que alcanzaba hasta nasofaringe-base de cráneo. Se decide ingreso para instauración de tratamiento intravenoso, drenaje quirúrgico del absceso y extracción de pieza dentaria por parte del maxilofacial.

Conclusiones: La angina de Ludwig es una entidad poco frecuente en niños. A diferencia de en los adultos, el principal origen es por herida punzante en suelo de boca, en segundo lugar por infecciones odontogénicas y por dentición transitoria y ausencia de segundo y tercer molar. Es potencialmente fatal, con un índice de mortalidad de hasta el 8%, por lo que se recomienda realizar tratamiento de forma precoz.

734. PARAGANGLIOMA YUGULAR TIPO III

P. Santos Acosta, M. Ceballos Cauto, F. Prado Mediano y S. Sánchez Gómez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Los paragangliomas suponen el 0,6% de los tumores de cabeza y cuello (raros) es una patología benigna, de lento crecimiento pero afectan pares craneales que en fases temprana pasa desapercibida por s mecanismos compensadores; finalmente se produce parálisis de pares bajos con sus consecuencias fonofaríngeas. Evolutivamente provocan destrucción del hueso temporal

y clínica otológica. Metastatizan rara vez (1-14%). El estudio de extensión se basa en TC, RMN y arteriografía. Se precisa analítica si penetrancia familiar o sospecha de comportamiento neuroendocrino.

Material y métodos: Mujer de 65 años con hipoacusia unilateral izquierda, otorragia, voz áspera (no perceptible por entorno familiar) de un año de evolución. La exploración objetiva masa violácea depresible que ocupa el CAE sin identificación de márgenes, parálisis de CVI, hipogloso, glosofaríngeo y paresia del IX. Se realiza TC, RMN y arteriografía.

Resultados: Audiometría: hipoacusia neurosensorial de oído izquierdo. El TC y RMN: paraganglioma yugular grado III confirmándose extensión intracraneal.

Discusión/conclusiones: El manejo ideal es la exéresis completa. El avance de las técnicas quirúrgicas han hecho posible la resección con obtención de resultados funcionales óptimos y buena calidad de vida. La tendencia actual a la reconstrucción de defectos importantes y rehabilitación nerviosa son argumentos a favor de la cirugía; existiendo una alta tasa de recurrencia, debido a la dificultad de resección por la localización anatómica y las estructuras que ahí se encuentran. La radioterapia queda reservada como alternativa paliativa de baja morbilidad.

735. TUMOR CARTILAGINOSO DE LARINGE. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.C. del Pozo de Dios, F.J. del Rey Tomás-Biosca, L. Sgambatti Celis, A.M. Muñoz Herrera, P. Santos Gorjón y F. Sánchez González

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: Los tumores cartilaginosos laríngeos son infrecuentes en el área de cabeza y cuello, representando menos del 1% de los tumores laríngeos. Se pueden clasificar en condromas o condrosarcomas y su etiología es desconocida. El 80% son de localización cricoidea.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 67 años sin hábitos tóxicos reconocidos que refiere desde hace 5 meses disfonía fluctuante con dolor cervical anterior sin otra clínica ORL de interés. Con el paso de los años el paciente va desarrollando disfagia progresiva por crecimiento tumoral. En la exploración se aprecia tumoración que hace prominencia en la luz laríngea, ocupando la zona subglótica, sobre el sello del cricoides, con mucosa de aspecto normal y ligera limitación de la movilidad de CVD.

Resultados: En el TAC cervical se aprecia tumoración insuflante a nivel de porción posterior de cartílago cricoides con múltiples calcificaciones de 1,8 × 2,5 cm de diámetro. En TAC de control posterior (13 años) se aprecia tumoración dependiente de cricoides de 5 × 5 × 3,5 cm que oblitera parcialmente luz laríngea y se extiende desde asta superior de tiroides hasta región subglótica, desplazando y deformando hipofaringe y esófago cervical. En la biopsia se apreciaron exclusivamente cambios inflamatorios. El estudio de deglución objetiva el paso de contraste a vía aérea traqueo-bronquial.

737. PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO LARÍNGEO

F. Culaciati, C. Artigas, N. Bejarano, J. Alba, P. Sarría y S. Mas

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

El pseudotumor inflamatorio (Plasma Cell Granuloma) de laringe es una lesión benigna muy rara. En la literatura anglosajona a fecha de hoy se describen menos de 30 casos. Las formas macroscópicas más frecuentes son la de una neoformación polipoidea glótica o subglótica o una masa con borde libre irregular. La clínica puede ir desde una disfonía de larga evolución o dependiendo del tamaño presentarse como disnea y estridor, comprometiendo la vía aérea del paciente. La edad de presentación varía desde la edad pediátrica hasta el adulto. Una característica importante es la recurrencia, por lo que nos hace plantear el diagnóstico diferencial con numerosas patologías benignas y malignas. En cuanto al tratamiento se ha ensayado desde terapia corticoidea sola, resección quirúrgica, radioterapia y resección mediante láser CO_2. Actualmente para ser que la resección láser asociado a corticoides sería la mejor opción terapéutica si la localización lo permite. Presentamos el caso de un varón de 85 años de edad que consultó en nuestro servicio de ORL por disfonía de 1 mes de evolución evidenciándose lesión polipoidea en cuerda vocal derecha manejándose mediante conducta expectante. El paciente acude nuevamente a control por expulsión espontánea de dicha masa que posteriormente recidiva al cabo de pocos meses. Se decide someter a microcirugía laríngea y terapia corticoidea. La anatomía patológica nos informa que se trata de un pseudotumor inflamatorio.

739. TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO EN LA TERCERA EDAD. PATOLOGÍA CONCOMITANTE Y CALIDAD DE VIDA

C. Iglesias, A. García-Arumí, D. Graterol, R. Boemo, M. González y J. Knäpper

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: El envejecimiento es un hecho en nuestra sociedad secundario a la mejora del bienestar social, sanitario y económico, y comporta el deterioro de los diferentes órganos y sistemas, entre ellos el equilibrio.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de 1 año de duración, en el que se incluyeron pacientes mayores de 60 años, con trastornos del equilibrio, visitados en un hospital de tercer nivel. Se analizaron los datos propios del paciente (sexo, edad, hábitos tóxicos, enfermedades psiquiátricas, antecedentes familiares y personales otológicos, alteraciones visuales y propioceptivas, enfermedades neurológicas y cardiológicas, hipertensión arterial, diabetes y dislipemia), y se compararon con los resultados del cuestionario de calidad de vida DHI y con la escala de Tinetti.

Resultados: Se estudiaron un total de 45 pacientes, con una edad media de 70 años. El 27% realizaban tratamiento con antidepresivos o ansiolíticos. El 67% de los pacientes presentaban presbiacusia, el 20% déficit visuales, y el 35% alteraciones propioceptivas. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (42%). La puntuación total media del DHI fue 45,2 (de un máximo de 100), y la del Tinetti 23,7 (sobre 28). No se encontraron diferencias significativas entre el grado de severidad del DHI con la escala de Tinetti. Los pacientes con mayor comorbilidad y edad presentaron peores resultados del Tinetti. Los pacientes con antecedentes de ansiedad o depresión, obtuvieron mayor puntuación en el DHI.

Discusión/conclusiones: No existen referencias en relación a la incapacidad por desequilibrio (DHI) y los resultados del Tinetti. En nuestra serie, objetivamos que no siempre un mayor grado de desequilibrio da lugar a una mayor afectación en la calidad de vida, viéndose ésta relación afectada por la edad, la pluripatología, y las patologías psiquiátricas concomitantes.

758. LINFOMAS DE CABEZA Y CUELLO. UNA PRESENTACIÓN POCO USUAL

N. Mena Viveros, D. Hellín Meseguer, R. Arce Martínez, E. Neira Guerrero y E. López Meseguer

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

El otorrinolaringólogo a menudo está involucrado en el diagnóstico de los linfomas de cabeza y cuello. Un cuarto de los linfomas extranodales ocurren en ésta área. En Estados Unidos se diagnostican 64.000 casos nuevos cada año, de los cuales, el 88% son linfomas no

Hodgkin. Dentro de los diagnósticos diferenciales debe considerarse la granulomatosis de Wegener y el carcinoma epidermoide. A continuación presentamos el caso de un varón de 56 años que acudió al servicio de Urgencias por un cuadro clínico de dos meses de evolución, caracterizado por rinorrea anterior acuosa e inflamación progresiva del vestíbulo nasal derecho y posteriormente izquierdo con obstrucción nasal total y rinorrea purulenta, así como cefalea intensa. Se admitió en hospitalización con el diagnóstico de vestibulitis nasal. Fue refractario a tratamiento con antibióticos, antimicóticos y corticoides endovenosos con un rápido empeoramiento de la clínica, incluso presentando gran edema facial, por lo que se decide realizar una biopsia. De acuerdo al estudio histopatológico se diagnostica de linfoma no Hodgkin nasal NK/T. Se le da tratamiento con quimioterapia tipo CHOP con excelente respuesta clínica local.

760. PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO DE AMÍGDALA PALATINA

N. Muñoz-Fernández, F.J. García-Callejo, E. Fernández-Julián, L. Blay-Gallaud, M.T. Achiques-Martínez, V. Monrroy-Parada, I. Llópez-Carratalá y J. Marco-Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: Presentación de un caso clínico de pseudotumor inflamatorio (PsI) de localización atípica en amígdala palatina.

Descripción: Mujer de 45 años que consulta por disfagia-odinofagia con febrícula de un mes de evolución. La exploración de cavidad oral revela hipertrofia de la amígdala palatina izquierda. Palpación dolorosa de la misma, así como de toda la vertiente externa homolateral en cuello. Mediante nasofibroscopia se aprecia abombamiento en hipofaringe izquierda e hiperplasia del aritenoides del mismo lado. Los estudios de TAC confirman este aumento de volumen con captación difusa del contraste en las localizaciones descritas. Analíticas con leucocitosis, neutrofilia y elevaciones en los reactantes de fase aguda. Se efectúa amigdalectomía bilateral con cervicotomía y laringoscopia directa para toma de muestras en hipofaringe y laringe.

Resultados: El informe histopatológico de la amígdala izquierda es de (PsI). La cervicotomía izquierda identifica importante fibrosis de aponeurosis y músculos prelaríngeos, lo que imposibilita una adecuada disección. Tanto las biopsias de región cervical como de aritenoides informan de fibrosis inespecífica sin focos de supuración ni depósitos de material amiloide. Se instaura tratamiento esteroideo en dosis progresivamente descendente en los meses siguientes. En las semanas siguientes se observa desaparición de los síntomas, normalización de las analíticas y aminoramiento de los hallazgos radiológicos con disminución del edema aritenoides.

Discusión: La localización del PsI en cabeza y cuello no resulta inusual en fosas y senos, pero es muy infrecuente en amígdalas. Su exéresis y la corticoterapia parecen ser resolutivos en la curación o al menos de control de la enfermedad.

SÁBADO, 14 DE NOVIEMBRE

15. FIBROSIS EOSINOFÍLICA ANGIOCÉNTRICA

L. Arbizu Ruiz, C. Zubimendi Eguiguren, R. López Diu, P. Fanlo Mateo, F. García-Bragado, J. Aramberri Arefti y H. Trelles Vargas

Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción: La fibrosis eosinofilica angiocéntrica (FEA) es una enfermedad fibroinflamatoria rara de etiología desconocida, cuya mayor incidencia es en mujeres de mediana edad. Puede afectar cualquier parte del tracto respiratorio superior, produciendo clínica obstructiva. Tiene una histología característica basada en un infiltrado inflamatorio crónica, rico en eosinófilos y fibrosis alrededor de los vasos. Un diagnóstico diferencial es la enfermedad de Wegener entre otros.

Material y métodos: Mujer de 35 años, en mazo del 2004 consulta a otorrinolaringología por insuficiencia respiratoria bilateral. Refería gran sequedad nasal, costras, rinorrea mucopurulenta e intenso dolor facial de 6 meses de evolución. Su exploración física revelaba una perforación septal subtotal, con costras y úlceras que obstruían ambas fosas nasales. Resultados TAC mostraba una destrucción de la porción anterior del septo nasal en relación con un proceso infeccioso-granulomatoso. Una biopsia del cornete nasal mostraba una inflamación crónica y reactiva altamente compatible con FEA. Los test de laboratorio revelaron una anemia normocrómica y normocítica, con enzimas hepáticas elevada. Los marcadores tumorales e inflamatorios fueron negativos. Fue diagnosticada de FEA

Conclusiones: Cualquier paciente con síntomas persistentes de dolor y obstrucción nasal, y una biopsia que revela una inflamación eosinofílica, debe ser estudiado para excluir la presencia de una FEA.

54. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN PATOLOGÍA NASOSINUSAL. PAPEL DEL TAC DE BAJA RADIACIÓN (CRIBADO)

J.A. Márquez Moyano, J.M. Vida López, J. Garrido Iniesta, C. Poyato Zamorano, P. Gómez Latorre, J.L. Sancho Zapatero y E. Roldán Romero

Hospital de Montilla. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Córdoba. España.

Introducción: Las técnicas radiológicas más empleadas para el diagnóstico y seguimiento de la patología nasosinusal son la radiología simple (RX) y la tomografía computarizada (TC). La primera ofrece un bajo rendimiento diagnóstico y la TC es una técnica de mayor coste y alta radiación. Ante esta situación se plantea el obtener técnicas diagnósticas de bajo coste y radiación que ofrezcan un mayor rendimiento diagnóstico. Surge así el empleo de la TC de baja radiación como medio diagnóstico en la patología nasosinusal.

Material y métodos: Se describe la técnica y la población de estudio, se refleja el procedimiento de actuación según patologías.

Resultados: Se describen los resultados obtenidos con la técnica, se comparan con la TC helicoidal, indicando en que situaciones resulta más rentable cada una de ellas.

Discusión/conclusiones: La TC de baja radiación muestra un rendimiento diagnóstico altamente superior a la RX, con una radiación inferior a la TC.

61. ATRESIA UNILATERAL COANAL DE DIAGNÓSTICO TARDÍO

M.P. Lisbona Alquezar, R. Fernández Liesa, L. Pérez Delgado, S. Herrera Tolosana, G. Tejero-Garcés Galve, F. de Miguel García y A. Ortiz García

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción: La atresia de coanas es la malformación congénita más frecuente. Dada la gran repercusión clínica que produce el diagnóstico suele realizarse en los primeros meses de la vida. La forma unilateral, produce síntomas menos llamativos, pudiendo retrasarse el diagnóstico.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 19 años, con historia de insuficiencia respiratoria nasal, que es remiti-

do a nuestro servicio para valoración. Se le realizaron una fibroendoscopia nasal y un TC del área nasosinusal. Se objetivó una atresia coanal unilateral izquierda junto con una desviación septal derecha. Dado el diagnóstico y la repercusión clínica se decidió realizar intervención quirúrgica mediante CENS.

Resultados: En la cirugía se realizó fresado de la estenosis ósea, resección de zona posterior del vómer y de la lámina perpendicular del etmoides con rebatimiento de colgajo mucoso sobre la neocoana. Finalmente se realizó septoplastia endoscópica. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

Conclusiones: Se debe tener presente el diagnóstico de atresia coanal unilateral en pacientes jóvenes con historia de insuficiencia respiratoria nasal de larga evolución. La reparación quirúrgica con CENS es el procedimiento de elección. El uso de mitomicina C tópica para prevenir la reestenosis puede ser útil, si bien es necesario la realización de más estudios que avalen la eficacia y seguridad de esta técnica.

72. NEURINOMA DEL VIII PAR CON UN BERA NORMAL

M. Haro García, E. López de Huelva, J.A. Ibáñez Rodríguez, P. Montecinos Oyarzun y M. Oliva Domínguez

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. España.

Introducción: El BERA es una prueba fácil, accesible y barata, entre cuyas utilidades se encuentra el despistaje de las lesiones retrococleares. Es una prueba con una alta sensibilidad pero baja especificidad. Cuando el intervalo I-V se encuentra aumentado es obligado realizar una RNM para confirmar el diagnóstico.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 65 años que refiere sintomatología vertiginosa, hipoacusia izquierda, progresiva y acúfenos. Se somete al paciente al protocolo de exploración vestibular de nuestro hospital, incluyendo BERA y RNM.

Resultados: Se diagnostica al paciente de síndrome laberíntico global deficitario de oído izquierdo tipo Menière con BERA normal, que tras la realización de RNM, se demuestra la existencia de una masa en CAI izquierdo compatible con neurinoma del VIII par.

Discusión/conclusiones: La obtención de resultados de normalidad en un BERA no excluye el diagnóstico de neurinoma del VIII par. Discutimos las causas que pueden provocar este hallazgo.

91. MALFORMACIONES COCLEARES. ESTUDIO EMBRIOLÓGICO Y RADIOLÓGICO

E. Fernández Pascual, J. García-Valdecasas Bernal, A. Aviñoa Arias y M. Sainz Quevedo

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: Las malformaciones cocleares son responsables del 20% de las hipoacusias. Son muchas las clasificaciones publicadas pero sin duda es la elaborada por Jackler la más aceptada.

Material y métodos: Hemos estudiado un importante número de embriones y fetos de 5 a 80 mm teñidos con hematoxilina-eosina, y hemos comparado la cóclea de cada edad gestacional con las imágenes de la misma en las TAC de los pacientes hipoacúsicos afectados de las distintas malformaciones cocleares y tratados mediante implante coclear. Estas malformaciones son la cavidad común, la hipoplasia coclear y la displasia de Mondini.

Resultados: Se ha constatado una similitud importante al comparar dichas imágenes.

Discusión/conclusiones: Las malformaciones cocleares son un tema de interés creciente en la actualidad, buscándose nuevas técnicas para facilitar la cirugía del implante coclear en estos casos especiales.

92. GRANULOMA DE COLESTEROL MASTOIDEO DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO CON EXTENSIÓN INTRACRANEAL

T. Labatut Pesce, R. Polo López y A. Alonso Seco

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: El granuloma de colesterol constituye una respuesta inflamatoria local frente a cristales de colesterol originados por la degradación de hemoglobina. De esto se deduce que es necesario la existencia de una hemorragia previa intratemporal asociada a un defecto de ventilación del oído medio.

Material y métodos: Varón de 59 años estudiado en el servicio de neurocirugía por episodios de vértigo objetivo, recurrente e incapacitante. Traumatismo craneoencefálico hace 20 años con múltiples fracturas craneales como único antecedente. La exploración mediante TC objetivó masa en mastoides con extensión a fosa posterior que erosionaba el canal semicircular posterior. RM reveló imagen extradural hiperintensa en T1 y T2, compatible con granuloma de colesterol. Tratado por neurocirugía mediante exéresis parcial de la masa a través de craniectomía retrosignoidea. El paciente vuelve a presentar clínica vertiginosa por lo que es remitido a nosotros. Como hallazgo relevante presentaba un tímpano azulado con líquido en caja. TC de control demostró reproducción de la masa a su tamaño original.

Resultados: Extirpación completa mediante abordaje transmastoideo colocándose además drenaje transtimpánico. Evolución post-operatoria satisfactoria encontrándose el paciente asintomático y sin nuevas crisis de vértigo.

Conclusiones: Aunque es frecuente encontrar pequeñas colecciones ricas en colesterol en el oído medio y mastoides durante cirugía de oído crónico, los granulomas de colesterol de comportamiento agresivo, con erosión ósea y extensión intracraneal, se localizan característicamente en la punta del peñasco. La mastoidea es muy infrecuente, con aproximadamente 20 casos en la literatura. Su patogénesis esta probablemente situada en el antecedente traumático, con un foco de fractura y hemorragia en mastoides. El tratamiento es quirúrgico en estos casos por la sintomatología vertiginosa recurrente y las potenciales complicaciones de una masa que presenta crecimiento en fosa posterior.

98. MELANOMA AMELANÓTICO DE FOSA NASAL

J.M. Knäpper, E.I. Genestar, J.Piñas y J.L. Quesada

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

El melanoma maligno es un tumor infrecuente de fosas nasales y supone escasamente el 1% del total de lesiones malignas de esta localización. Los síntomas inespecíficos y la autoexploración dificultosa puede llevar a un diagnóstico tardío. Presentamos un paciente que consulta por sensación de ocupación de FND de aproximadamente medio año de evolución con epistaxis ocasionales, orientado inicialmente como un pólipo único nasal que tras el estudio por anatomía patológica resulta un melanoma amelanocítico. El tratamiento de los melanomas debe ser contundente y en la mayoría de los casos localizados se opta por la intervención quirúrgica con márgenes amplios. El tratamiento posterior es controvertido y en algunos casos infrecuentes de afectación de zonas ganglionares o enfermedad residual puede plantearse la radioterapia. Actualmente la inmunoterapia está ofreciendo resultados prometedores. En algunos casos muy seleccionados puede ofrecerse un protocolo de quimioterapia. El seguimiento tras el tratamiento debe estar orientado a la tendencia marcada de recurrencia local que existe en estos casos.

128. HEMORRAGIA LABERÍNTICA. CAUSA EXCEPCIONAL DE HIPOACUSIA BRUSCA

F.J. Avilés, E. Salvadó, E. Domènech, M. Tobed, A. Rodríguez y E. Figuerola

Servicio de ORL y Patología cérvico-facial. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. España.

Introducción: La sordera súbita sensorineural es una patología que afecta a 15.000 personas en todo el mundo cada año y se define clásicamente como la pérdida auditiva sensorineural de 30 dB o más, medible en 3 frecuencias audiométricas consecutivas, que aparece en un máximo de 72 horas. La mayor parte de los casos de sordera súbita suelen ser idiopáticos y sólo en un 10-15% de ellos puede descubrirse un factor etiológico.

Material y métodos: Paciente de 65 años sin antecedentes personales de interés que presentó de forma brusca hipoacusia unilateral izquierda de 24 horas de evolución sin otra clínica acompañante. La exploración otoneurológica y la exploración otorrinolaringológica básica fueron normales.

Discusión: La hemorragia laberíntica es una causa muy rara de sordera súbita sensorineural y está habitualmente relacionada con la coexistencia en el paciente de una enfermedad hematológica. La hemorragia intralaberíntica se ha descrito en pacientes con hemopatías. También se ha descrito en un pacientes en tratamiento con anticoagulantes, secundaria a TCE, sangrados tumorales y tras cirugía de neurinomas del acústico.. La presencia de una hemorragia laberíntica conlleva la ausencia de recuperación funcional de la audición, pudiéndose comprobar en todos los casos La presentación en un paciente de una hemorragia laberíntica de manera espontánea es excepcional.

Conclusiones: Se presenta un caso de hemorragia dentro del oído interno en una paciente previamente sana, en el que la utilización de técnicas de imagen de alta resolución aporta nuevos conocimientos sobre la fisiología y patología del oído interno.

129. SINUSITIS FÚNGICA EN PACIENTE VHC POSITIVO CON CENS RECIENTE

J. Maza Solano, R. Corrales y F. Aguilar

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La mucormicosis paranasal responde a una infección fúngica oportunista poco frecuente, de comportamiento a menudo agresivo, y que acontece con mayor frecuencia en pacientes diabéticos o inmunodeprimidos. Existen cuatro formas principales de sinusitis fúngicas: micetoma, sinusitis fúngica alérgica, fúngica invasiva y fúngica no invasiva.

Material y métodos: Varón de 38 años con AP de hepatitis C, exADVP e hipoacusia brusca, intervenido el 18/02/09 por poliposis nasosinusal derecha a través de cirugía endoscópica nasosinusal (con toma de biopsia intraoperatoria), que requirió ingreso de urgencias el 05/03/09, por presentar cefalea, síndrome febril y rinorrea en fosa nasal derecha. Al ingresó se realizó estudio hematológico (hemograma, bioquímica y coagulación), nasofibroscopia flexible y TAC de cráneo y senos paranasales.

Resultados: Perfil hematológico: sin alteraciones excepto discreta leucocitosis y leve transaminasemia. Nasofibroscopia flexible: restos fúngicos en fosa nasal derecha y meato de seno maxilar homolateral. TAC craneal y de senos paranasales: signos inflamatorios compatibles con CENS. Anatomía patológica: bola fúngica. Mucor.

Discusión/conclusiones: El paciente a lo largo de la estancia hospitalaria fue tratado mediante revisión quirúrgica, anfotericina intravenosa y abundantes lavados nasosinusales, presentando evolución clínica y radiológica favorable. La bolas fúngicas parecen ser las micosis rinosinusales más frecuentes. Son fáciles de diagnosticar mediante estudio radiológico y anatomopatológico. La sinusitis fúngica invasiva crónica, da un cuadro sinusal generalmente inespecífico, pseudotumoral, y aunque es una entidad más frecuente en países africanos, se han descrito recientemente casos en países europeos de la cuenca mediterránea. El tratamiento asocia cirugía y antifúngicos vía sistémica.

131. DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DEL LINFOMA NO HODGKIN EXTRAGANGLIONAR

M. Ceballos Cauto, J.M. Maza Solano y F. Estrada Molina

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Los linfomas agresivos de células T son raros. El linfoma angioinmunoblástico de células T afecta a adultos mayores; es de inicio agudo; asocia síntomas B y presenta una mediana de supervivencia de 30 meses.

Material y métodos: Paciente de 74 años con odinofagia progresiva de 2 semanas de evolución. La paciente no relaciona dicha odinofagia con la posibilidad de enclavamiento de cuerpo extraño hipofaríngeo. AP: HTA; SAOS; prótesis de rodilla; hemorroides. Exploración ORL: Edema aritenoides izquierdo. Se establece el juicio diagnóstico de cuerpo extraño hipofaríngeo. TAC cuello: No se visualiza cuerpo extraño. Dada la corta evolución del cuadro y los AP de la paciente se establece tratamiento corticoideo y seguimiento ambulatorio. Ausencia de éxito de tratamiento corticoideo con incremento de odinofagia; pérdida de peso (15 kg); aparición de afta oral extensa en vestíbulo mandibular derecho con infiltración cutánea y molestias abdominales difusas asociadas a adenopatías inguinales y rectorragia, a los tres meses del inicio del cuadro.

Resultados: Tras múltiples biopsias sin éxito del afta oral se decide exploración bajo anestesia general y biopsia de afta bucal, hipofaringe y adenectomía inguinal. Diagnóstico anatomopatológico compatible con linfoma no Hodgkin T/NK angiocéntrico extraganglionar.

Conclusiones: Importancia de la pregunta hipocrática "¿A qué lo atribuye?", ya que la paciente no refiere episodio previo de atragantamiento. Necesidad del abordaje multidisciplinar en casos de difícil diagnóstico. Rápida evolución de los linfomas no Hodgkin T/NK angiocéntricos, siendo esencial un diagnóstico precoz. Difícil diagnóstico diferencial de los linfomas no Hodgkin de localización extraganglionar.

143. GRANULOMA DE COLESTEROL DE ÁPEX PETROSO DE OÍDO DERECHO EN MUJER DE 31 AÑOS TRAS EPISODIO DE AMAUROSIS

A. Padín Seara y M. López Amado

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. España.

Introducción: El granuloma de coletesterol del ápex petroso es una infrecuente entidad clínica consistente en el depósito de cristales de colesterol tras un proceso de degradación de la hemoglobina en las células del ápex de la porción petrosa del hueso temporal. Estos cristales producen un proceso expansivo intratemporal con erosión ósea y compresión de estructuras adyacentes. La clínica habitual es la hipoacusia neurosensorial progresiva unilateral con tics faciales.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de una mujer de 31 años que acude a Urgencias por episodio de amaurosis del ojo derecho, con episodios intermitentes de tics faciales de meses de evolución. El TAC muestra una lesión que erosiona hueso en el ápex petroso derecho, y la RNM informa de una tumoración en el ápex petroso con contenido hemático en distintos momentos de degradación. Desde esa localización crece y se expande erosionando el clivus, el espacio prevertebral, e invadiendo la cisterna subaracnoidea del ángulo pontocerebeloso. La motilidad facial está conservada y la audiometría es normal (oído derecho vía aérea 500 +

1k + 2k/3 = 10 dB; oído izquierdo vía aérea 500 + 1k + 2k/3 = 10 dB). Se realiza un drenaje del granuloma mediante un abordaje transcanal infracoclear, dejando un catéter de silicona. La paciente se encuentra en la actualidad asintomática.

Conclusiones: El granuloma de colesterol de ápex petroso constituye una entidad clínica poco frecuente, cuyo tratamiento radica en su drenaje, no siendo necesaria la resección de su cápsula. La integridad de la función coclear y facial indicará el tipo de abordaje a realizar en cada caso.

153. HISTOPATOLOGÍA Y ULTRAESTRUCTURA MICROELECTRÓNICA DEL FOCO OTOESCLEROSO

M.L. Mozota Núñez, J.R. Mozota Núñez, M. Mozota Núñez y J.R. Mozota Ortiz

Hospital Público del Tajo. Madrid. España.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Objetivo: Estudiar para conocer mejor la morfología de presentación del foco otoescleroso en la fístula ante fenestram y platinas de estribos con otoespongiosis.

Material y métodos: Se investigan con métodos histológicos con fijación en formol piridina para huesecillos y tinciones de hematoxilina-eosina-azafrán, shif, técnicas de plata para fibrillas de colágena y reticulina y policrómico de de Cajal; para microscopia electrónica sombreado con tetraóxido de osmio.

Resultados: Desestructuración ósea con islotes de inclusiones cartilaginosas pobremente celulares calcificadas hasta marmorización. A microscopia electrónica, la alteración está en la sustancia fundamental y alteradas las fibrillas de precolágena y reticulina de las bandas periódicas blancas y negras que normalmente poseen.

154. DISFAGIA DE CÁNCER 0 DE HINSSELMAN EN BOCA DE KILLIAM DE BARRÉ POR REFLUJO

J.R. Mozota Núñez, M.L. Mozota Núñez, M. Mozota Núñez y J.R. Mozota Ortiz

Hospital Público del Tajo. Madrid. España.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Objetivo: Estudiar este tipo de disfagia y conocer la morfología de las lesiones del Barré originadas por el reflujo.

Material y métodos: Se investigan con métodos descriptivos histopatológicos de biopsias 13 uniones faringoesofágicas de boca de Killiam en pacientes con disfagia mixta alta y baja con lesión pretumoral con reflujo.

Resultados: Hay una displasia grave primeramente epitelial con infiltración celular inflamatoria leucolinfocitaria con tendencia a formación de granulomas en el tejido conectivo subyacente entre las papilas epiteliales. Las lesiones epiteliales es proliferación del epitelio malpighiano de la mucosa, con acantosis, hipertrofia del estrato lúcido, papilomatosis invertida, anormalidades citológicas con reproducciones por mitosis atípicas, pero que no han roto la membrana basal o lo hacen para invadir.

156. MELANOMA NASOSINUSAL. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

M.V. Pulido, M. Bohé Rovira y C. Calvo Navarro

Hospital Plató. Barcelona. España.

Introducción: El melanoma nasosinusal es una entidad poco frecuente que encontramos en menos del 1% de los tumores de esta localización. Clínicamente se presenta como una masa polipoide que provoca obstrucción nasal o epistaxis en la mayoría de los pacientes. El tratamiento quirúrgico es la exéresis radical del tumor una vez descartada la presencia de metástasis a distancia.

Caso clínico: Mujer de 85 años de edad que consulta por epistaxis en fosa nasal izquierda de semanas de evolución. La endoscopia nasal muestra una lesión polipoide de color pardusco, sangrante al tacto y con restos de secreción purulenta. En la TC rinosinusal aparece una imagen en zona de cornete inferior izquierdo que no llega a coana y con dudosa afectación de cara interna del seno maxilar izquierdo. Se biopsia la lesión siendo diagnosticada de melanoma. Se decide el abordaje quirúrgico mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS).

Resultados: La resección quirúrgica del tumor realizada mediante CENS permitió una exéresis en bloque de la lesión. El resultado anatomopatológico definitivo confirmó el diagnóstico de melanoma con exéresis completa y bordes libres. A los 3 meses de la intervención la paciente se encuentra totalmente recuperada y asintomática.

Conclusiones: En los casos de epistaxis de repetición en pacientes de edad avanzada, hay que pensar en la presencia de tumores y realizar una exploración minuciosa. El melanoma mucoso nasosinusal es una de alta mortalidad. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica del tumor con márgenes de seguridad amplios. Debe considerarse la posibilidad del abordaje endoscópico ya que también puede ser curativo y presenta una menor morbilidad que el abordaje por vía externa.

162. HIPOACUSIA SÚBITA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE NEUROFIBROMATOSIS II

M. Ceballos Cauto, P. Santos Acosta y G. Benavente Bermudo

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La NF2 se caracteriza por el desarrollo de schwannomas vestibulares (SV) bilaterales. Suele manifestarse por una sordera unilateral progresiva a partir de los 30 años. La hipoacusia súbita puede ser la primera manifestación de un neurinoma del acústico. Alrededor del 1% de las hipoacusias súbitas se asocian a SV, por lo que se debe realizar una RMN de forma sistemática.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 50 años que acude a urgencias por presentar hipoacusia súbita de oído izquierdo de 1 día de evolución. Antecedentes personales: alergia a sulfamidas; ambiente laboral ruidoso. Exploración ORL: otoscopia dentro de la normalidad. Ausencia de síntomas vestibulares. Acumetría: ausencia de percepción auditiva con diapasones de 2.048 y 4.096 Hz. Audiometría: OD: hipoacusia neurosensorial leve a partir de 2.000 Hz; OI: hipoacusia severa a partir de 2.000 Hz. Se establece el diagnóstico de hipoacusia súbita de OI y se instaura tratamiento con metilprednisolona 1 mg/kg/día + nimodipino 1 mg/hora IV.

Resultados: Ganancia de 30 dB al alta hospitalaria. Otoemisiones acústicas: negativas. PEATC: Latencia aumentada de ondas I-V bilateral. Se realiza RMN con gadolinio ambulatoria, con hallazgos compatibles con "schwannoma vestibular intracanalicular bilateral".

Conclusiones: La mejoría auditiva tras el tratamiento médico, no descarta la existencia de SV. La RMN es la prueba de elección en el diagnóstico de los schwannomas vestibulares.

190. AMIGDALECTOMÍA VERSUS AMIGDALOTOMÍA. VARIACIONES TÉCNICAS Y RESULTADOS

T. Oliva, M.D. Deola y A. Pey

Althaia. Hospital de Manresa. Barcelona. España.

Introducción: Presentamos las diferencias entre ambas técnicas y las indicaciones de ambas, así como los cambios realizados en estos procedimientos en función de los avances tecnológicos.

Material y métodos: Analizamos los años 2005-2008 objetivando que la amigdalotomía ha aumentado de un 10% a un 41%, siendo cada vez más frecuente el uso del bisturí armónico. Se han presentado un 3% de complicaciones hemorrágicas postoperatorias, todas ellas en amigdalectomías.

Conclusiones: La amigdalotomía es una nueva opción en el tratamiento de la hipertrofia amigdalar. Presenta menos complicaciones y más simplicidad técnica que l amigdalectomía. La utilización de nuevas tecnologías (bisturí armónico) disminuye significativamente el tiempo quirúrgico y las complicaciones hemorrágicas intraoperatorias y postoperatorias.

197. ABSCESO EN FOSA CRANEAL POSTERIOR CON COLESTEATOMA A TÍMPANO CERRADO

M. Rodríguez Briceño, F. Bracero Robledo, M. Roda Aceituno, J. Santaella Sáez y H.J. Salinero

Servicio de ORL. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: La incidencia de complicaciones meningoencefálicas en el transcurso de patologías de origen otológico es del orden de un 10%, dentro de éstas, el absceso de fosa posterior presenta una baja frecuencia pero una mortalidad aproximada del 25%.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un varón de 52 años sin antecedentes médicos de interés que acude a nuestra consulta derivado desde urgencias por presentar otalgia izquierda de 3 semanas de evolución sin otorrea ni otra sintomatología otológica; Se trató farmacológicamente sin presentar mejoría. A la exploración se observó el conducto auditivo externo izquierdo obstruido, sobresaliendo a través del mismo lesión de aspecto polipoideo de la que se tomó biopsia. En un lapso de 2 semanas el paciente evolucionó desfavorablemente presentando un cuadro de inestabilidad, síntomas vegetativos, hipoacusia de OI y otalgia, sin presentar supuración. Se realizó TAC evidenciándose un colesteatoma de unos 3 cm con erosión ósea y destrucción de cadena osicular; Realizándose posteriormente mastoidectomía radical.

Discusión/conclusiones: La evolución postoperatoria fue tórpida, con aumento de la inestabilidad, síntomas vegetativos por lo que se realizó RMN evidenciándose imagen compatible con absceso de fosa posterior que fue intervenido de urgencia por el neurocirujano. La evolución posterior fue favorable y actualmente se encuentra asintomático. A pesar de la baja incidencia de ésta complicación hay que tenerla en cuenta ante la presencia de patologías otológicas, entre ellas colesteatoma a tímpano cerrado.

198. HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN NIÑOS CON RINITIS ALÉRGICA

M. Mata Ferrón, R. Cortés Sánchez, A.M. Martínez-Cañavate, J.I. Santaella Sáez, J. Horno López, A. de Oña Navarrete y J. Salinero Hernández

Servicio de Otorrinolaringología y Alergología Infantil. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: La rinitis alérgica es la enfermedad crónica de la infancia más prevalente siendo un factor de riesgo para padecer asma. La endoscopia nasal permite valorar y localizar la patología rinosinusal con mayor precisión que el examen nasal de rutina. En nuestro estudio presentamos los hallazgos endoscópicos encontrados en 70 niños diagnosticados de rinitis alérgica.

Pacientes y métodos: Se efectuó un estudio prospectivo reclutando a todos los pacientes mayores de 7 años, diagnosticados de rinitis alérgica en la Consulta de Alergología Pediátrica, entre junio del 2006-2008; (70 pacientes) a quienes se les realizó una endoscopia nasal en Consulta de Otorrinolaringología Infantil.

Resultados: El 93% de los pacientes asociaban asma alérgica. El inhalante más frecuente es la multisensibilización La patología nasal más frecuente fue la hipertrofia de cornetes inferiores (97%), seguida por la hipertrofia adenoidea (40%), la desviación septal (26%) y las vestibulitis (11%). En un 4% se apreció patología a nivel de meato medio, se realizó TAC de senos, detectándose patología rinosinusal en un 82%.

Conclusiones: El uso de la endoscopia mejora la exactitud del diagnóstico de los pacientes con rinitis alérgica y de ese modo podemos reducir costes y el uso de medicación innecesaria. Es muy conveniente la creación de equipos multidisciplinares para realizar una valoración completa de las vías aéreas del paciente pediátrico.

214. DISEÑO DE UN MODELO EXPERIMENTAL PARA LAS MANIOBRAS LIBERADORAS DEL VPPB POR MENOS DE UN EURO/UNIDAD

E. Cruz de la Piedad, G. Trinidad Ruiz, M.E. Mora Santos, R. Solís Vázquez, B. Samaniego Regalado y E. Rejas Ugena

Unidad de Otoneurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. España.

Introducción: A través de este sencillo modelo, pretendemos mostrar cómo fabricar un sencillo pero intuitivo modelo, para entender el funcionamiento de las maniobras liberadoras que fundamentan el tratamiento del vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB).

Material y métodos: Para la fabricación de este modelo se necesita: una sonda de aspiración, plomos de pesca, un fragmento de goma de aspirador y un bote de pegamento.

Resultados: El modelo propuesto simula de forma efectiva el movimiento de las partículas en los canales en las distintas maniobras de liberación y recolocación, así como las complicaciones que pueden derivarse de ellas como la entrada en otro canal o el bloqueo de la crux comunis.

Conclusiones: Se trata de un modelo de fácil obtención, al alcance de cualquier economía hospitalaria y que resulta útil con finalidad docente tanto para el personal sanitario como para el propio paciente.

216. DISPLASIA COCLEAR CONGÉNITA (MONDINI)

J. Horno López, R.F. Cortés Sánchez, E. Pastor Pons, A. López-Nevot y J. Salinero Hernández

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: La displasia de Mondini es una malformación coclear congénita (30% del total) uni o bilateral, la cual se encuentra parcialmente desarrollada y produce diversos grados de hipoacusia neurosensorial que se hace patente en la infancia. Se origina por una embriopatía previa a la octava semana de gestación. Su diagnóstico suele ser radiológico.

Material y métodos: Niña de 6 años con único antecedente de convulsiones febriles que es derivada a Consulta de ORL infantil por su pediatra debido a un cuadro de hipoacusia subjetiva izquierda y objetivada por la familia. Abuela hipoacúsica. Tras exploración básica sin hallazgos se realizan impedanciometria que es normal y PEATC apreciándose un umbral de 20 dB en oído derecho y de 100 dB en oído izquierdo. Se pide TAC que informa de displasia de oído interno, la cóclea es anómala sin diferenciarse espiras del caracol, observando un saco único asociado a ensanchamiento vestibular; canales semicirculares normales, CAI simétrico a contralateral. Diagnóstico: displasia de Mondini en izquierda.

Resultados: Se aconsejó valoración auditiva periódica en Consulta de ORL infantil y se informó de posibilidad de colocación de audioprótesis en oído izquierdo en función de la evolución intelectual. La

paciente mantiene umbrales iniciales en PEATC y audiometrías tonales posteriores.

Conclusiones: La displasia de Mondini puede encontrarse aislada o asociada a síndromes malformativos múltiples. En caso de afectación severa bilateral se plantea la posibilidad de implante coclear; en casos unilaterales, un desarrollo de lenguaje y evolución escolar adecuados para su edad nos indican que no precisa ayuda auditiva y suele realizarse valoración periódica.

221. ESTESIONEUROBLASTOMA EN PACIENTE EMBARAZADA. DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO

C. Herrero Fernández, C. Molina Quirós, M. Colmenero, R. Sanz Fernández, V. Campos Paradinas y E. Montiel Díez

Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Introducción: El estesioneuroblastoma olfatorio es un tumor maligno infrecuente con origen en las células neuroectodérmicas del epitelio olfatorio. Supone el 5% de todos los tumores malignos nasosinusales. Su comportamiento es variable, con crecimiento lento pero invasivo, pudiendo extenderse hacia fosa craneal anterior. Las metástasis a ganglios cervicales, pulmón o hueso son raras. El tratamiento de elección es quirúrgico con quimiorradioterapia posteriormente.

Material y métodos: Presentamos una paciente de 32 años, embarazada de 21 semanas que acude por rinorrea y obstrucción nasal de larga evolución, cefalea, dolor ocular izquierdo y visión borrosa. En la exploración nasal presenta una masa friable y sangrante en el meato medio izquierdo. Además se evidenciaba una paresia del recto externo izquierdo. Se tomó biopsia y se solicitó una RMN, donde se observó una tumoración agresiva ocupando etmoides, seno maxilar izquierdo y porción anterior de base de cráneo.

Resultados: La exploración clínica, el estudio radiológico y los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos fueron compatibles con estesioneuroblastoma grado III-IV (clasificación de Hyams), estadio T4N0M0.

Discusión/conclusiones: La clínica más común de los tumores nasosinusales es la obstrucción nasal persistente y la rinorrea sanguinolenta, siendo rara la afectación de pares oculomotores. El diagnóstico suele hacerse en estadios avanzados, condicionando el pronóstico. En el caso de una paciente embarazada se plantean problemas diagnósticos y de tratamiento por las repercusiones sobre el feto En este caso, se ofreció un protocolo de quimioterapia en mujeres embarazadas, que la paciente rechazó para no poner en peligro la vida del feto. Fue remitida a una clínica oncológica especializada, perdiendo su seguimiento.

222. TIMPANOPLASTIAS. FACTORES ASOCIADOS CON LA REPERFORACIÓN Y CON LOS RESULTADOS AUDIOMÉTRICOS

N. Oliveira, E. Alves, M. Neves, J. Vieira, R. Moura, M. Viana, J. Pires, S. Cruz y M. Rodrigues

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Pedro Hispano. ULS Matosinhos. Portugal.

Introducción: Los autores presentan un análisis de timpanoplastias efectuadas en nuestro Servicio. El objetivo principal era analizar las posibles variables asociadas con la reperforación y con los resultados audiométricos.

Métodos: Estudio retrospectivo de 304 procesos clínicos con el código quirúrgico de "Timpanoplastia" (ICD-9: 194 a 196). Se compararon las medias con el test t de Student para muestras independientes y las proporciones con el test de chi-cuadrado. La magnitud de la asociación se estimó a través de la regresión logística no condicional.

Resultados: Se incluyeron 265 procedimientos quirúrgicos realizados en 217 pacientes con una edad media (DP) de 36,3 (14) años. De estos, el 44,2% eran hombres y el 11,7% eran cirugías de revisión. Transcurrido un tiempo medio (DP) de seguimiento de 22,7 (22,6) meses, el riesgo de reperforación fue del 23,0%. La incidencia de reperforación estaba asociada a perforaciones de tamaño medio (OR = 2,8; IC95% 1,1-7,2) y grande (OR = 4,6; IC95% 1,5-13,6), en comparación con perforaciones de tamaño pequeño. A nivel audiométrico, el Air-Bone Gap supuso una ganancia media (DP) de 11,8 (10,1) dB, situándose en los 5,6 dB (9,0) en el postoperatorio. Las cirugías de revisión (p = 0,018) y el estribo fijo (0,007) presentaron resultados audiométricos significativamente inferiores.

Discusión: Los resultados audiométricos de las timpanoplastias efectuadas en nuestra institución son semejantes a los encontrados en otras publicaciones de referencia. No obstante, revelan una tasa de reperforación ligeramente más elevada.

Conclusiones: Los resultados nos permiten entender que factores indician un mejor diagnóstico, pudiendo tener algún impacto en la práctica clínica.

225. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL SECUNDARIA A ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA

D. Moreno Jiménez, E. Durio Calero, B. Nieto Almeida, V. Campos Paradinas y R. Sanz Fernández

Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Introducción: La encefalomielitis diseminada aguda, es una enfermedad desmielinizante aguda del sistema nervioso central. La etiología más frecuentemente asociada, son cuadros virales inespecíficos del tracto respiratorio superior. Se produce una respuesta autoinmune postinfecciosa que afecta a la sustancia blanca del SNC provocando desmielinización. Las manifestaciones clínicas son muy variadas, siendo las más frecuentes: cefalea, convulsiones, déficit motores (hemiparesia, paraparesia...) y sensitivos (neuritis óptica, hipoacusia...). El diagnóstico se realiza con RMN (observando zonas de desmielinización cortical). El tratamiento en fase aguda es corticoterapia intravenosa y posteriormente seguimiento y tratamiento de secuelas.

Caso clínico: Paciente de 2 años sin antecedentes personales de interés, que tras catarro, acude a Urgencias por presentar ceguera bilateral súbita. El Servicio Pediatría diagnostica encefalomielitis aguda diseminada (tras RMN). Se pone corticoterapia intravenosa y se da alta con seguimiento en Oftalmología (resolución de amaurosis) y Neuropediatría (normal, excepto retraso en adquisición de lenguaje e hipoacusia, no existente previamente). Es derivado a Servicio de ORL, se realizan otoemisiones (que son patológicas) y PEATC (onda V en 60 dB). Se diagnostica Hipoacusia neurosensorial bilateral, secundaria a encefalomielitis diseminada aguda. Se indican prótesis auditivas y tras seguimiento durante 1 año, presenta buen desarrollo.

Conclusiones: La encefalomielitis diseminada aguda es una entidad infrecuente. El diagnóstico y tratamiento es realizado por Pediatría. El diagnóstico de hipoacusia suele demorarse. Es importante sospechar hipoacusia neurosensorial en niños que han tenido cuadros neurológicos centrales (encefalomielitis, meningitis, encefalitis...). El tratamiento de elección suele ser adaptación protésica o implante coclear.

227. SÍNDROME DE MELKERSSON ROSENTHAL. A PROPÓSITO DE UN CASO DE PARÁLISIS FACIAL RECURRENTE

A.I. Navazo Eguía, F. García Vicario y A. Rivas Salas

Hospital General Yagüe. Complejo Hospitalario de Burgos. Burgos. España.

Introducción: El síndrome de (SMR) es una patología rara y de origen desconocido, caracterizado por inflamación labial y/o facial

recurrente, lengua fisurada y parálisis facial. La aparición de la triada clásica no es habitual (25- 40%), presentando generalmente formas monosintomáticas de la enfermedad, siendo la queilitis granulomatosa, la forma más común. La parálisis facial periférica se observa en alrededor del 30% de los casos. Se presenta más frecuentemente en mujeres en la segunda y tercera décadas. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Histológicamente, puede hallarse granulomas tipo sarcoide no caseificantes, sin embargo su aparición no es constante y su ausencia no excluye el diagnóstico. En el tratamiento del se han ensayado múltiples terapias, con resultados variables, obteniéndose por lo general mejorías transitorias.

Material y métodos: Describimos el caso de una paciente con episodios de parálisis facial periférica a los 10, 12 y 19 años y episodios recurrentes de herpes labial y edema en labio inferior. Examen clínico: aumento de volumen del labio inferior, y leve asimetría facial. Lengua con aspecto cuarteado y fisurado. Resto de exploración normal. EMG compatible con neuropatía axonal distal derecha. TAC y RNM craneal normales. Se realizó biopsia del labio inferior, el diagnóstico anatomopatológico fue compatible con "queilitis granulomatosa".

Conclusiones: El síndrome de Melkersson Rosenthal suele ser subestimado en las publicaciones ORL, pudiendo ser causa de parálisis facial recurrente y edema orofacial en niños y adultos.

237. COMPARACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE IgE E IL-5 EN PACIENTES CON RINITIS ALÉRGICAS Y NO ALÉRGICAS

M. Hamdan Zavarce, A. Quintana Sanjuas, O. Castro Macías, D. Alonso Párraga, E. Pallas Pallas y T. Camacho

Hospital Xeral Cies. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. España.

Introducción: La alta prevalencia de rinitis alérgicas y no alérgicas, motivan estudio de proteínas y mediadores liberados por las células involucradas en su patogénesis. El desarrollo de los eosinófilos en la médula ósea es estimulado por 3 citoquinas: GM-CSF, IL-3 y la IL-5. La IL-5 promueve desarrollo y diferenciación en eosinófilos, en contraste con IL-3 y GM-CSF que también estimulan otras líneas celulares. La IL-5 promueve liberación rápida de eosinófilos a la circulación incrementado su concentración vascular y en tejidos periféricos. El objetivo comparar concentraciones de IL-5 e IgE en pacientes con rinitis alérgicas y no alérgicas con poliposis nasal.

Material y métodos: IgE y la IL-5 del suero de 89 pacientes. Periodo: un año. 48 pacientes con rinitis alérgica estacional, 25 pacientes con rinitis no alérgica y poliposis nasal y 16 pacientes sanos incluidos en el estudio como grupo control.

Resultados: Concentraciones elevadas de IgE e IL-5 en los pacientes con Rinitis Alérgicas (RA): IgE: 157 KU/L e IL-5: 82,4 pg/ml. Grupo de Rinitis No Alérgicas (RNA): IgE normal con IL-5 elevada: IgE: 11,9 KU/L e IL-5: 30,0 pg/ml. En el Grupo de Control valores normales, IgE: 8,3 KU/L e IL-5: 4,6 pg/ml.

Discusión/conclusiones: En el Grupo de Rinitis No Alérgicas la IgE estaba dentro de la normalidad mientras que la IL-5 se encontraba elevada. La rinitis alérgica es IgE específica, y la patogénesis de la rinitis no alérgica no está clara. Sugerimos que la IL-5 es fundamental en la eosinofilia tisular en pacientes con rinitis no alérgicas.

242. TUMORACIÓN LARÍNGEA SECUNDARIA A BRONCODILATADORES

I. Alonso Castañeira, J.M. Escapa Garrachón, A. Enterría González, P. de las Heras Flórez y J.L. Alonso Treceño

Complejo Hospitalario de Palencia. Palencia. España.

Introducción: La laringitis crónica es una inflamación prolongada en el tiempo de las estructuras laríngeas, sin evidencia de malignidad en el estudio microscópico. Una de sus formas es la laringitis crónica hipertrófica blanca, referida comúnmente como leucoplasia. Estas lesiones pueden ser primarias o secundarias a infecciones granulomatosas, micóticas o alteraciones sistémicas.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 73 años, ex-fumador de 20 cigarrillos/día, con disfonía de 8 meses de evolución. La exploración expuso una gran tumoración excrecente y blanquecina que abarcaba toda la cuerda vocal izquierda. Entre los antecedentes personales destacan la enfermedad coronaria que fue tratada mediante cirugía para la colocación de tres stents y su EPOC en tratamiento con broncodilatadores inhalados. El paciente rechazó en numerosas ocasiones la anestesia general por lo que se realizó una biopsia en consulta bajo anestesia local hasta en tres ocasiones, para descartar malignidad y confirmar la presencia de hifas micóticas en la muestra. El tratamiento con fluconazol a dosis de 200 mg/24h consiguió la remisión completa del cuadro.

Resultados: El estado clínico actual oscila entre la curación y la recidiva para la que ha recibido un segundo ciclo de tratamiento y se encuentra bajo revisiones periódicas.

Conclusiones: La patología laríngea crónica induce inevitablemente a la sospecha de malignidad. La biopsia es el único método de diagnóstico de certeza. Pese a la tendencia natural a indicar la biopsia bajo anestesia general, en determinados casos es posible realizarla bajo anestesia local, reduciendo el tiempo de diagnóstico y ocasionalmente los riesgos quirúrgicos.

268. TORTÍCOLIS Y FIEBRE COMO ÚNICOS SÍNTOMAS DE ABSCESO RETROFARÍNGEO

W. Elhendi Halawa, E. Sánchez Legaza, A. Caravaca García, I. Vázquez Muñoz, A. Rodríguez Fernández-Freire, A. Sanmartín Anaya y A. Ruiz Mondéjar

Hospital Punta Europa. Algeciras. España.

Introducción: Niño de tres años que acude a Urgencias por tortícolis y fiebre, precedida una semana antes por cuadro catarral. A la exploración presenta cervicalgia moderada con contractura muscular hacia la derecha. No disnea ni disfagia. Analítica: Leucocitosis con desviación izquierda.

Material y métodos: Ingresa en Pediatría y se instaura tratamiento con amoxicilina-clavulánico. A los dos días y ante la persistencia del cuadro se consulta a ORL. Exploración ORL: contractura cervical derecha con discreto empastamiento laterocervical izquierdo. Orofaringe: moderada hipertrofia amigdalar con abombamiento de pared posterior izquierda de oro e hipofaringe. En la radiografía laterocervical se observa un aumento del espacio retrofaríngeo. Ante la sospecha de absceso retrofaríngeo se realiza una TAC observándose ocupación del espacio retrofaríngeo izquierdo que se extiende desde el hueso hioides hasta el seno piriforme. No se observa extensión mediastínica y la vía aérea está respetada.

Resultados: Se instaura tratamiento endovenoso con ceftriaxona y metronidazol y se realiza drenaje quirúrgico programado mediante un abordaje endo-oral. El postoperatorio es satisfactorio. Se realiza una TAC de control a los 7 días, que es normal.

Discusión/conclusiones: Los flemones y abscesos retrofaríngeos son actualmente una entidad poco frecuente. Los avances médicos han cambiado su morbi-mortalidad y la TAC ha permitido un diagnóstico más precoz y una mejor delimitación de su extensión. La mayoría se deben a una linfadenitis supurativa secundaria a una infección de cabeza y cuello en edad pediátrica. Si el proceso se encuentra en fase de celulitis, el tratamiento es médico, pero si existe absceso precisará drenaje quirúrgico.

273. MIXOMA ODONTOGÉNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.A. García Villarán, A. Mochón Martín, R. Moya Martínez, J.F. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez de Agüera, E.A. Mata López, E. Domínguez Durán y F. Esteban Ortega

HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: El mixoma odontogénico es una neoplasia benigna aunque de invasión local derivada del componente mesenquimal de los tejidos formadores del diente. La mayor incidencia se presenta en mujeres de 25-35 años y de localización mandibular posterior, seguido de los incisivos y el maxilar.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente de 14 meses de edad con tumoración en raíz nasal y canto interno de ojo izquierdo de consistencia elástica y no dolorosa de 20 días de evolución y rápido crecimiento. En las pruebas de imagen se observa lesión expansiva, redondeada con rebordes óseos adelgazados que rompe pared externa de seno maxilar y pared lateral de fosa izquierda.

Resultados: Se realiza extirpación quirúrgica completa de la lesión mediante abordaje sublabial, comprobándose invasión ósea local en seno maxilar y suelo de órbita izquierda. Mediante estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico se diagnostica de mixoma odontogénico.

Discusión/conclusiones: Aunque definido como lesión benigna, el mixoma odontogénico presenta a menudo invasión local, lo que obliga a descartar otros procesos malignos como los sarcomas. El tratamiento actual consiste en la extirpación completa de la lesión para evitar nuevas recidivas que suelen ser frecuentes.

287. CORRELACIÓN TOPOGRÁFICO-ETIOLÓGICA DE LA OTALGIA

R. Manrique, C. Gimeno-Vilar, L. Montes-Jovellar, I. Sanhueza Torres y F.J. Cervera-Paz

Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: La otalgia es el síntoma que refleja un dolor localizado en el oído, si bien éste puede estar o no originado en dicho órgano. El oído recibe fibras sensitivas del nervio trigémino, facial, acústico, glosofaríngeo, vago y nervios cervicales C2 y C3. En la mayoría de los casos de otalgia primaria, el diagnóstico puede establecerse mediante la historia y el examen otológico.

Material y métodos: Nuestro objetivo es revisar las bases neuroanatómicas de la otalgia primaria y las diversas etiologías responsables de este síntoma. Se ilustran una serie de casos, que muestran el amplio abanico de patología susceptible de ocasionar otalgia tales como miringitis, síndrome de Ramsay-Hunt, pericondritis, otitis externa, etc. Se presenta una correlación entre la topografía y la etiología de la otalgia.

Discusión: La evaluación del paciente con otalgia comienza con una historia y un examen físico en la esfera ORL minucioso. El conocimiento de la inervación topográfica es fundamental de cara al diagnóstico etiológico. Ampliar el estudio con otras pruebas complementarias (timpanometría, audiometría, RM, TC, ortopantomografía) puede ayudarnos a dilucidar la etiología de la otalgia; siendo de mayor relevancia en casos de otalgia refleja mayoritariamente.

296. VÉRTIGO DURANTE UN CONCIERTO

D.A. Burciaga, A.R. Nehme, M.H. Rey e I. Arán

Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Presentamos el caso de una paciente de 54 años que acude a nuestra consulta por episodio de vértigo intenso mientras asistía a un concierto. En la exploración ORL destaca: Hipoacusia de trasmisión en oído derecho; Pruebas vestibulares: normoreflexia vestibular; Evidencia de nistagmo horizontal izquierdo en el oído derecho tras estímulo acústico a 95 dB monitorizado con VNG. TC de oídos de alta resolución con evidencia de dehiscencia ósea a nivel de cúpula de canal semicircular superior derecho. Con diagnóstico definitivo de dehiscencia de canal semicircular superior derecho se le plantean las distintas opciones terapéuticas decidiendo la paciente una actitud conservadora rechazando la cirugía en este momento.

311. EVOLUCIÓN DE LA HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL EN SÍNDROME DE VOGT KOYANAGI HARADA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

V. Rodríguez Rivera, H. Pérez Garrigues, M. Lesmas Navarro y C. Morera Pérez

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Introducción: El síndrome de Vogt Koyanagi Harada es muy poco frecuente y corresponde a una enfermedad autoinmune multisistémica, que afecta los órganos pigmentados, especialmente la úvea y el pigmento retinal. Afecta de forma variable a pares craneales II y VIII (hipoacusia neurosensorial uni o bilateral), meninges, encéfalo, piel y anexos (vitíligo, poliosis, alopecia y canicie). El diagnóstico es clínico y se apoya en pruebas sanguíneas y de LCR, test electrofisiológicos, oftalmológicos, audiometría y pruebas calóricas vestibulares. Su tratamiento se basa en altas dosis de corticoides, inmunosupresores como ciclofosfamida, azatioprina, clorambucil, inmunoglobulinas y terapia fotodinámica.

Caso clínico: Mujer de 42 años que debuta con panuveítis bilateral y desprendimiento seroso de polos superiores. Es remitida a ORL por distorsión auditiva y acúfenos bilaterales, sin vértigo o inestabilidad. La audiometría presentó una hipoacusia neurosensorial bilateral, fluctuante, con curvas dismórficas en los potenciales evocados auditivos de ambos oídos. Las pruebas vestibulares fueron normales. Fue tratada con corticoides e inmunomoduladores, variando los umbrales auditivos.

Discusión/conclusiones: La afectación auditiva en el síndrome de Vogt Koyanagi Harada, se manifiesta como hipoacusia neurosensorial de grado variable, acompañado de acúfenos y disacusia. El tratamiento con corticoides produce una modulación en la cascada inflamatoria que permite una recuperación de la audición. El tratamiento con metotrexate no es más efectivo que la prednisona en el mantenimiento de la mejoría auditiva. La disminución en la audición puede ser parcialmente reversible después del tratamiento con corticoides. Es fundamental el control con audiometría pues permite un seguimiento cuantitativo de la audición y definir la respuesta al tratamiento instaurado.

312. DISPLASIA OSTEOFIBROSA DE CORNETE MEDIO. UNA CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN NASAL UNILATERAL

V. Monrroy-Parada, P. Segarra-Cortés, I. Llópez-Carratalá, T. Achiques-Martínez, N. Muñoz-Fernández, N. Conill-Tobías y J. Marco-Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

La displasia osteofibrosa es una patología ósea benigna e idiopática poco frecuente en cabeza y cuello, donde afecta principalmente el hueso maxilar, mientras en fosa nasal su frecuencia es baja. Habitualmente asintomática, puede ser agresiva por crecimiento local y eventual malignización a osteosarcoma. El tratamiento es quirúrgico cuando produce síntomas compresivos orbitarios, rinosinusales, vasculares, nerviosos o ante sospecha de malignización. Se presenta el caso de un paciente con obstrucción

nasal persistente, en cuya evaluación diagnóstica se encuentra un tumor óseo de localización exclusiva en cornete medio, extirpado mediante técnica endoscópica, con resultado satisfactorio. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de displasia osteofibrosa. Se discuten los problemas diagnósticos a los que nos enfrenta esta localización atípica y los abordajes terapéuticos.

315. MASA UNILATERAL EN FOSA NASAL. RINOSINUSITIS ETMOIDAL POR PSEUDOMONA AERUGINOSA. UN RETO DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO

V. Monrroy-Parada, P. Segarra-Cortés, D. Dualde-Beltrán, I. Llópez-Carratalá, N. Muñoz-Fernández, N. Conill-Tobías y J. Marco-Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Pseudomona aeruginosa es una causa poco común de rinosinusitis crónica, estando asociada a antecedentes quirúrgicos y patológicos locales y sistémicos. Radiológicamente, la Tomografía Computarizada (TC) es la elección inial pues valora óptimamente las estructuras óseas y aéreas; la Resonancia Magnética (RM) complementa la información siendo superior a la TC para diferenciar la naturaleza de los tejidos. Presentamos el caso de una mujer de 82 años, con clínica de insuficiencia nasal unilateral izquierda, sin otros signos de respuesta inflamatoria local ni sistémica; la exploración física devela masa ocupante de fosa nasal izquierda con mucosa aparentemente conservada. La TC inicial muestra tumoración etmoidal anterior izquierda con extensión a fosa nasal vecina, y probablemente al seno maxilar, más ocupación del seno frontal izquierdo sugestivo de secreciones retenidas. La RM evidencia dos lesiones de características quísticas ligeramente expansivas en la fosa nasal izquierda con extensión a celdas etmoidales y el seno maxilar izquierdo, que remodelan la pared medial del seno maxilar, cornete medio y septum nasal, con acúmulo de secreciones en seno frontal ipsilateral. En la biopsia encontramos drenaje de secreción verde-amarillenta, de consistencia pastosa. El análisis anatomopatológico informa presencia de Pseudomona aeruginosa. Posteriormente se realiza CENS para complementar el drenaje de la sinusitis crónica. La importancia de este caso consiste en mostrar la peculiaridad clínica que implica una sinusitis crónica etmoidal por Pseudomona aeruginosa con obstrucción mecánica nasal unilateral como única manifestación clínica; además del reto diagnóstico en las pruebas de imagen al mostrarse como una gran masa tumoral con remodelación ósea asociada.

326. PETROSITIS ASOCIADO A ABSCESO CEREBRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Santoyo Marrero, M.C. Trapero Domínguez, M.C. Trujillo Vargas, L. Zaragoza Contreras y M. González Pérez

Hospital Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: Las otitis medias colesteatomatosas pueden tener complicaciones asociadas extracraneales e intracraneales, siendo las segundas mucho más infrecuentes. La gravedad de alguna de ellas obliga a extremar las medidas diagnósticas.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 50 años que acude por diplopía binocular horizontal de 3 días de evolución. Además, refiere otalgia y otorrea izquierda de 12 días de evolución. Como antecedentes personales destaca la existencia de otitis izquierda de repetición desde la infancia. Otoscopia: descenso de la pared posterosuperior del CAE, tímpano íntegro. Parálisis del VI par izquierdo. El TAC muestra ocupación de oído medio y externo izquierdo con destrucción de cadena osicular y esclerosis mastoidea, que se extiende al ala mayor del esfenoides con destrucción casi total de la misma y de la punta de peñasco, además se visualiza un absceso en lóbulo temporal izquierdo. En RMN masa de partes blandas que engloba carótida izquierda que contacta con cavum de Meckel izquierdo y con el seno cavernoso ipsilateral.

Resultados: Se realiza cirugía combinada con neurocirugía. Los resultados de anatomía patológica confirmaron el diagnóstico de colesteatoma.

Conclusiones: Gracias a la mejoría de los tratamientos antibióticos y a los medios diagnósticos han disminuido de forma considerable el número de complicaciones y la severidad.

327. CARCINOMA DE AMÍGDALA DE GRAN EXTENSIÓN EN PACIENTE DE 20 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Santoyo Marrero, M.D. Alguacil Palomares, M.C. Trapero Domínguez y M. González Pérez

Hospital Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: Los principales factores de riesgo del cáncer de amígdala son el tabaco y el alcohol, que actuando en conjunto potencian su efecto nocivo. La edad es otro factor importante a tener en cuenta, la máxima incidencia se da en pacientes de 55 a 70 años, siendo excepcional en menores de 30 años.

Material y métodos: Paciente varón de 20 años, sin hábitos tóxicos ni otros antecedentes personales de interés, que consulta por amigdalitis de repetición de evolución tórpida de 1 mes. A la exploración se visualiza masa úlcero-vegetante de aspecto friable en polo inferior amigdalino y pilar posterior amigdalino izquierdo que desciende hacia hemilaringe izquierda, desplazando epiglotis hacia la derecha, edema de aritenoide y seno piriforme izquierdo y leve disminución de la luz glótica. Se palpa conglomerado adenopático laterocervical izquierda adherido a planos profundos. El TAC muestra gran lesión a nivel laríngeo infiltrando vallécula, seno piriforme y repliegue ariepiglótico izquierdo con extensión hacia pilar amigdalino izquierdo infiltrando pared faríngea ipsilateral, adenopatías yugulodigástricas necrosadas ipsilaterales.

Resultados: Toma de biopsia de lesión con resultados de carcinoma escamocelular infiltrante moderadamente diferenciado. Dado su rápido crecimiento se inicia inmediato tratamiento quimioterápico con posterior radioterapia remitiendo las lesiones en su totalidad.

Conclusiones: La aparición de estos tumores en jóvenes se caracteriza por un rápido crecimiento. A pesar de la buena respuesta a la radioquimioterapia seguirá siendo fundamental la revisión a largo plazo para vigilar posibles recidivas.

352. LINFOMA DE BURKITT, OBSTRUCCIÓN NASAL Y SOMNOLENCIA

I. Arruti González, N. Fernández Arrechea, J. Zubicaray Ugarteche, P. Rodríguez García y R. López Diu

Servicio de ORL. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción: Presentamos el caso de una niña de 3 años de edad que presenta somnolencia de unos 4 días de evolución, con presencia de vómitos. Solicitamos urgente TAC que pone de manifiesto una tumoración en región etmoidal frontal de características malignas de 4 × 4 y con posibilidad de ser un rabdomiosarcoma, sin descartar un carcinoma indiferenciado de cavum.

Métodos: Se realiza una exploración ORL completa que afecta a ambas fosas nasales y órbitas oculares, refiriendo la familia una obstrucción nasal a la que no daban importancia. Se realiza biopsia por vía endoscópica nasal con el resultado anatomopatológico intraoperatorio de tumor maligno, probable estesioneuroblastoma.

Resultados: Linfoma B tipo Burkitt en fosa nasal izquierda y seno etmoidal y esfenoidal con extensión intracraneal por rotura de lámina cribosa. Se inicia tratamiento con quimioterapia COP; seguido

de COPADM 1. La respuesta al tratamiento es buena, observando en el control de RMN una disminución de los diámetros del tumor y la desaparición de los nódulos renales en control ecográfico.

Conclusiones: La obstrucción nasal en niños es un síntoma frecuente, que normalmente corresponde a patología banal, pero en ciertos casos como el que presentamos puede asociarse a enfermedades graves potencialmente mortales.

368. FÍSTULA BRANQUIAL BILATERAL EN NIÑO CON SOSPECHA DE SÍNDROME OTO-BRANQUIAL

E. Berrocal Postigo, F.J. Aguilar Vera, T.F. Herrero Salado y A. Carmona

Instituto Hispalense de Pediatría. Sevilla. España.

Paciente varón de 7 años edad, que acude a consulta por salida de contenido purulento en sendos orificios cervicales a nivel del asta mayor tiroides, de varios años de evolución. Antecedentes personales: intervenido de exéresis quiste conducto tirogloso a los 6 años de edad. Antecedentes familiares: madre, tíos y primos maternos con quistes branquiales bilaterales e hipoacusia neurosensorial en distinto grado. A la exploración se objetivan fístulas a nivel del 2º arco branquial bilateral además de fístulas preauriculares inactivas. Tras el estudio de imagen oportuno (TAC cervical) se procede a la exéresis completa de ambas fístulas branquiales con un año de latencia entre ambas, el paciente es sometido a un estudio renal completo y estudio audiológico. Se completa el árbol genealógico familiar con sospecha clínica de síndrome branquio-oto-renal; actualmente en estudio genético el paciente y su familia.

375. EMPIEMA SUBDURAL DE ORIGEN SINUSAL

A. de Oña, A. López Nevot, M. Mata, F. Fernández Nogueras y J. Salinero

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: Empiema subdural (ESD) se define como una colección purulenta en el espacio que se sitúa entre la capa interna de la duramadre y membrana externa de la Aracnoides. Es más frecuente entre la 2º y 3º década. El peligro radica en la anatomía de este espacio que permite una distribución uniforme a ambos hemisferios.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 19 años que diagnosticada de sinusitis aguda de 10 días de evolución y tratada con pantomicina y AINES que acude a urgencias por empeoramiento y decaimiento. A la exploración destaca la sensación de enfermedad aunque esta apirética, estable hemodinámicamente, sin focalidad neurológica y la exploración ORL es normal. Se realiza TAC senos que confirma la ocupación fronto-maxilar derecha por lo que se ingresa con antibioterapia y corticoterapia.

Resultados: A las 12 h del ingreso cursa con un cuadro confusional y alteración del comportamiento por lo que se solicita TAC craneal urgente que muestra una colección subdural izquierda por lo que se deriva al servicio de Neurocirugía que la interviene quirúrgicamente de manera emergente. Posteriormente se realizo una antrostomía de senos maxilares y una etmoidectomía anterior bilateral.

Conclusiones: ESD secundario a sinusitis es más frecuente en edad adolescente probablemente por una abundante vascularización y el gran tamaño del seno frontal a esta edad. Debe sospecharse ESD ante la aparición de síntomas neurológicos en el transcurso de una sinusitis. El diagnóstico de neuroimagen y el tratamiento médico-quirúrgico y multidisciplinar es el de elección.

376. PARTICULARIDADES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPOACUSIA EN PACIENTES AFECTOS DE OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA

J. García-Valdecasas, M. Sainz y J.M. Ballesteros

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

El objetivo del estudio es presentar las extensas y severas lesiones óticas que acontecen en la forma más leve de osteogénesis imperfecta, correlacionarlas con las alteraciones audiométricas y discutir las posibilidades quirúrgicas disponibles. Se presentan 3 pacientes afectados de osteogénesis imperfecta tipo 1 con hipoacusia en distintos estadios funcionales. Cada paciente fue estudiado audiológica, médica y radiológicamente, siendo sometidos a distintos tratamientos quirúrgicos. Los pacientes presentaron hipoacusias mixtas de carácter moderado, severo y profundo, imágenes radiológicas con extensas áreas de desmineralización afectando la cadena osicular y con desprotección de las estructuras vitales alojadas en el peñasco temporal, desmineralización de la capsula ótica, dehiscencias, distorsiones y destrucciones cocleares. Los tratamientos quirúrgicos realizados, e indicados bajo los criterios actualmente aceptados, obtuvieron escasos resultados funcionales. El presente estudio plantea la necesidad de evaluar los criterios quirúrgicos específicos para esta patología.

378. DOBLE COMPLICACIÓN INTRACRANEAL EXTRATEMPORAL TRAS OTITIS MEDIA AGUDA

N. Muñoz-Fernández, V. Monrroy-Parada, M.T. Achiques-Martínez, I. Llópez-Carratalá, M. Orts-Alborch, A. Morant-Ventura y J. Marco-Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: Las complicaciones intracraneales secundarias a otitis media son poco frecuentes pero potencialmente graves, a pesar de cursar con cuadro clínico habitualmente benigno.

Material y métodos: Presentamos un caso clínico con rápido desarrollo de complicaciones pero con favorable respuesta al tratamiento antibiótico intravenoso. Es un varón de 64 años diagnosticado de otitis media aguda por su médico de cabecera. Durante las horas siguientes disminuye el nivel de conciencia y aparecen vómitos en escopetazo. En urgencias se confirman signos meníngeos y la otitis media aguda. Al poco entra en estupor profundo con única respuesta a estímulos dolorosos procediendo a su ingreso en la unidad de medicina intensiva. Posteriormente se realiza una paracentesis evacuadora. La RM informa de ocupación otomastoidea, existiendo área de edema en parénquima suprapetroso derecho, con hiperintensidad en secuencias de difusión, y que tras la administración de Gadolinio se realza de manera anular, hallazgo que en contexto clínico sugieren absceso intracerebral secundario a proceso otomastoideo infeccioso. El TAC de peñascos habla de ocupación parcial por densidad de partes blandas de caja timpánica y total de celdas mastoideas derechas con irregularidad de cortical de techo timpánico y de celdillas mastoideas. Los hemocultivos y la punción lumbar son positivos para antígeno neumocócico.

Resultados: Se procede al tratamiento con vancomicina, ampicilina y ceftriaxona asociados a bolos de corticoterapia. A las 48 horas presenta buena evolución, se encuentra apirético y sin focalidad neurológica. La otoscopia de control muestra discreto contenido seroso en caja timpánica con paracentesis anterior cicatricial descartando cualquier patología colesteatomatosa y cualquier proceso quirúrgico. En la RM y TAC de control muestran disminución de la lesión con mínimo edema residual. A nivel neuroquirúrgico se descarta, por tanto, tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: El otorrinolaringólogo debe conocer y estar alerta ante ciertos síntomas y signos que pueden aparecer y que pueden hacer sospechar una complicación de un proceso otógeno.

379. HIPERTROFIA DE CORNETES COMO CAUSA DE DISNEA EN RECIÉN NACIDO

C. L. Ladrón, P. Santos Acosta y E. Gómez Aldaz

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: La insuficiencia respiratoria nasal al nacimiento es una patología severa. Impide la lactancia del neonato y, en función de la severidad, puede llevar a la intubación del recién nacido hasta la solución del problema. Las causas más frecuentes son las malformaciones, los tumores y las infecciones. Resaltamos la importancia de aplicar un tratamiento precoz y efectivo.

Material y métodos: Presentamos el caso de una recién nacida, que inicia síntomas de disnea con cianosis generalizada coincidentes con la lactancia. El embarazo y el parto se desarrollaron dentro de la normalidad. Se realiza TAC de fosas nasales y senos paranasales ante la sospecha de atresia de coanas. Se objetiva permeabilidad coanal bilateral presentando una hipertrofia de cornetes inferiores como único hallazgo patológico. Se somete a la paciente a turbinoplastia inferior con electrocauterización.

Resultados: La paciente presentó una nueva crisis de disnea en el postoperatorio precoz al reinicio de la lactancia, teniendo que ser intervenida nuevamente de turbinoplastia. Tras la segunda intervención se pudo restablecer la lactancia materna sin incidencias.

Conclusiones: La presencia de disnea de causa nasal en el neonato no necesariamente es indicativa de atresia coanal. Las importantes repercusiones en la alimentación y respiración del paciente, hacen necesario un diagnóstico y tratamiento precoz y efectivo.

385. SÍNDROME ANTI HU. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL AUTOINMUNE

A. Feliz Veras, J. Roán Roán, J. López Martín, M.C. Iglesias Moreno y J. Poch Broto

Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Introducción: El síndrome anti Hu se define como una forma de síndrome neurológico paraneoplásico consistente en la asociación de neoplasia, neuropatía sensitiva paraneoplásica y/o encefalomielitis paraneoplásica, con presencia de anticuerpos anti Hu positivos. Implica un trastorno inflamatorio multifocal del sistema nervioso central asociado con mayor frecuencia a carcinoma microcítico pulmonar. A pesar de tener una causa autoinmune, los resultados de varias formas de tratamiento inmunosupresor han sido decepcionantes, con pocas excepciones. La rápida detección y el tratamiento inmediato del tumor parece ofrecer el mayor chance para estabilizar al paciente y prevenir mayor deterioro neurológico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de cuarenta y un años con hipoacusia profunda neurosensorial bilateral de instauración progresiva desde hace 4 años y sintomatología neurológica progresiva asociados a positividad de anticuerpos anti Hu a títulos altos a la que se realiza un implante coclear como tratamiento de su cofosis.

Discusión: Los síndromes neurológicos paraneoplásicos son efectos de un cáncer y no son causados por invasión del tumor o de sus metástasis. Factores inmunológicos parecen importantes en la patogenia de estos síndromes debido a que se han definido respuestas de anticuerpos antineuronales y células T contra antígenos del sistema nervioso. En el momento de presentación de los síntomas neurológicos la mayoría de los pacientes no han sido diagnosticados de cáncer.

397. COEXISTENCIA DE TUMOR DE LA VAINA NERVIOSA PERIFÉRICO Y PAPILOMA INVERTIDO EN SENOS PARANASALES

P. Masegosa Zapata, M.R. García Rodríguez, P. Seguí Moya, M. Jiménez García, D. Contreras Sánchez y T. García Fernández de Sevilla

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Introducción: El papiloma invertido de senos paranasales es poco frecuente (0,5-4% de todos los tumores nasales), pero lo son aún menos los tumores de la vaina nerviosa en esta localización (menos de 30 casos descritos en la literatura) e inexistente en la literatura revisada la copresencia de ambos.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 46 años con clínica inicial de obstrucción nasal unilateral, que tras ser reintervenida por un diagnóstico inicial de papiloma invertido el resultado anatomopatológico fue de papiloma invertido más tumor de la vaina nerviosa periférico de bajo grado de malignidad de seno frontal izquierdo.

Resultados: Tras estudio endoscópico y radiológico (TC y RMN) y dada la persistencia de la lesión tras abordaje anterior mediante cirugía endoscópica se lleva a cabo un abordaje combinado de CENS y osteoplastia frontal con resección amplia de la lesión. El informe anatomopatológico dio un resultado no esperado: la coexistencia de estos dos tumores.

Discusión/conclusiones: En la literatura revisada no se ha encontrado descrito ningún caso sobre la presencia simultánea de tumor de la vaina nerviosa periférico de seno frontal y papiloma invertido. La toma de múltiples biopsias en la zona puede tener resultados inesperados. La resección amplia de la lesión mediante el abordaje combinado de osteoplastia frontal y CENS resulta efectivo en la mayoría de los casos independientemente de la naturaleza de la lesión permitiendo una adecuada exposición del campo del seno frontal y del infundíbulo fronto-etmoidal con una baja morbimortalidad.

399. MIASIS ÓTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Samaniego Regalado, G. Trinidad Ruiz, C. Pantoja Hernández, E. Cruz de la Piedad, R. Solís Vázquez y E. Rejas Ugena

Hospital Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. España.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 36 años, trabajador del campo, sin patología ótica previa conocida, que debuta con un cuadro de otorragia y otalgia intensa de OI, sin hipoacusia. En la otoscopia se visualiza un CAE completamente obstruido por múltiples larvas vivas que se mueven por la caja timpánica y el CAE a través de diversas perforaciones. Diagnóstico: miasis ótica. Tratamiento: tras la extracción de la mayor parte de las larvas, y ante la dificultad que ésta suponía dada la continua movilidad de los insectos, se rellena el CAE con vaselina, y se somete al paciente a una timpanotomía exploradora varias horas después, encontrándose otra larva más (muerta) y una caja timpánica tapizada de mucosa polipoidea con restos de secreciones. En la actualidad el paciente presenta una perforación subtotal de OI pendiente de ser intervenida.

Discusión: Aunque es una patología poco frecuente en nuestro medio, y más propia de parasitación animal, la miasis puede aparecer en el ser humano en el contexto de una otorrea crónica. La instilación de vaselina se demostró eficaz para completar la extracción de las larvas móviles (produciendo su muerte).

439. OSTEOMIELITIS FRONTAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

S. Senao Fernández, M.J. Hervas Núñez, A.A. Olivo de la Cruz, E. Porras Alonso y A. Martín Mateos

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción: Presentamos dos pacientes con complicación local de sinusitis frontal. El tumor de Pott Puffy como complicación de una sinusitis frontal fue descrito en 1760, por el cirujano inglés Sir Percival Pott (1713-1788). Se presenta como una masa bien circunscrita en la región frontal, con edema de la piel y colección de pus debajo del periostio, lo que comúnmente conlleva a osteomielitis de la tabla anterior del frontal. Actualmente debido a la utilización de antibióticos de amplio espectro este tipo de complicaciones son algo inusuales siendo las complicaciones orbitarias las más comunes (80%).

Material y métodos: La primera paciente es una niña de 12 años que presenta un cuadro inicial de fiebre , rinorrea verdosa y celulitis preseptal presentando posteriormente una tumoración frontal con imagen de TC sugestiva de tumor hinchado de Pott y foco de osteomielitis confirmado por gamamagrafía ósea. El segundo paciente es un varón de 16 años de edad que al ingreso impresiona por una gran tumoración frontal fluctuante con dolor a la palpación en el área supraciliar acompañado de fiebre y rinorrea mucopurulenta. La TC y RNM revela una ocupación del seno frontal derecho erosión de la cortical externa y una reacción perióstica compatible con patología inflamatoria, celulitis o absceso subperióstico en esta localización. El estudio gammagráfico confirma la presencia de un foco osteomielítico en la tabla externa del seno frontal derecho. En ambos casos se instaura inicialmente tratamiento antibiótico empírico con evolución favorable del cuadro clínico y de las pruebas de imagen.

Conclusiones: La osteomielitis frontal y el tumor de Pott Puffy aunque es una complicación poco frecuente de la sinusitis frontal no debe ser ignorada. Puede aparecer de forma subaguda o abrupta como en el caso de nuestros pacientes y precisa de un tratamiento adecuado y precoz para evitar consecuencias catastróficas. Hemos comprobado que en ambos pacientes la actitud conservadora, utilizando tratamiento médico empírico ante la ausencia de confirmación microbiológica, permitió la resolución de la clínica, evitando la progresión a complicaciones intracraneales.

448. MANEJO DE LAS EPISTAXIS INGRESADAS EN NUESTRO CENTRO

R. Tenor Serrano, A. Cordero Jiménez y P. Sánchez Palma

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: La epístaxis constituye una de las urgencias más frecuente de nuestra especialidad. En la mayor parte de ocasiones, es cohibida fácilmente. En una menor proporción de veces la epistaxis persiste, obligando a ingreso hospitalario y a un manejo agresivo.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas. Se han incluido los pacientes ingresados por epistaxis en el hospital clínico Virgen de la Victoria de Málaga desde enero de 2004 hasta febrero de 2009, excluyendo epistaxis postquirúrgicas. Se presentan los datos epidemiológicos de los pacientes ingresados, factores de riesgo para padecer epistaxis, el método final que solucionó el episodio hemorrágico y el resultado de las embolizaciones realizadas.

Resultados: En el periodo de estudio ingresaron 72 pacientes por epistaxis. La edad media fue 63 años (± 17), siendo el 75% varones. El 52% estaba diagnosticado de HTA. El 25% padecía alguna coagulopatía o tomaba alguna medicación anticoagulante. La media de días de ingreso fue 7 (± 4). Un 58% de las epistaxis cedieron con sonda nasal de neumotaponamiento, un 15% requirió embolización y un 8% cirugía. En cuanto a las embolizaciones, se realizaron 14, 3 no fueron efectivas y 1 ocasionó un ictus, padeciendo el paciente una alteración del lenguaje.

Conclusiones: La mayoría de epistaxis ingresadas en nuestro hospital en los últimos años ha cedido con taponamiento. En una cuarta parte de pacientes se realizó cirugía o embolización. La tasa de complicaciones de la embolización fue similar a la de la bibliografía (20% resangró, 7% ictus isquémico).

458. COLESTEATOMA DE CONDUCTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.D. Alguacil Palomares, M.C. Trapero Domínguez, M.T. Cantera Maortua y M. González Pérez

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: El colesteatoma de conducto auditivo externo (CAE) es una patología infrecuente. Se presenta habitualmente como una masa que erosiona el CAE, con membrana timpánica y oído medio generalmente intactos. Clásicamente se comparaba a la queratosis obliterante.

Material y métodos: Mujer de 63 años que consulta por otalgia pulsátil de oído derecho, desencadenada tras lavado ótico, hace 7 meses. En la otoscopia se aprecia una pequeña lesión ulcerada en la pared posterior del CAE, que se biopsia, siendo el informe anatomopatológico de "queratina". En la revisión al mes, se observa una masa de detritus epidérmicos y tras su extracción una destrucción casi completa de la pared posterior del conducto. La membrana timpánica se encuentra íntegra y transparente. El TAC de peñascos muestra erosión de la pared posterior ósea del CAE y la pared anterior de mastoides con aumento de partes blandas.

Resultados: Se realiza mastoidectomía simple y antrotomía, encontrándose una destrucción de la cara anterior de mastoides y la pared posterior del conducto, con secuestros óseos y material necrótico, que se extirpan, así como una remodelación de la pared anterior del conducto. La anatomía patológica vuelve a ser "queratina focalmente calcificada".

Discusión/conclusiones: Presentamos un caso que debido a su rápida y agresiva evolución, obligó a hacer diagnóstico diferencial con la otitis externa maligna y el carcinoma de CAE. Aceptando el antecedente de lavado como causa, podemos diagnosticarlo, según la clasificación de Holt, como colesteatoma secundario a traumatismo del CAE, con escasas referencias en la literatura. Su extensión fuera del CAE, a mastoides, lo convierte en un colesteatoma grado IV, de acuerdo a la clasificación de Naim.

462. VÉRTIGO POSICIONAL BENIGNO. NUESTRA EXPERIENCIA

E. Matiñó Soler, Z. Piñeiro, E. Esteller, A. Pujol, E. Blanch y J.M. Ademà

Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès. España.

Introducción: El vértigo posicional benigno (VPPB) es la principal causa de vértigo y representa hasta el 25% de los pacientes que consultan por este síntoma. Se manifiesta por episodios breves de sensación de giro que se relacionan con los movimientos rápidos de la cabeza. Puede estar originado en cualquiera de los canales semicirculares del oído interno pero el más frecuente es el del canal posterior, siendo menos frecuente el canal horizontal y excepcional el canal superior. Aunque puede aparecer en cualquier grupo de edad, es más frecuente entre los 50 y los 70 años.

Material y métodos: Se presentan 51 pacientes, de entre 35 y 77 años, con vértigo posicional benigno que han sido diagnosticados

en nuestro servicio entre junio de 2008 y abril de 2009. Todos ellos han sido estudiados con videonistagmografía y, para la confirmación diagnóstica, se ha realizado la maniobra de Dix Hallpike (en los pacientes con afectación del canal posterior) y la prueba de rotación cefálica (en los casos de afectación de canal horizontal).

Resultados: 45 de los 51 pacientes presentaron afectación del canal posterior, 4 de canal horizontal y en 2 pacientes había afectación de doble canal. En los casos de afectación de canal posterior se realizó la maniobra de recolocación de Epley modificada, resolviéndose la sintomatología vertiginosa en 36 pacientes (80%). La maniobra de la barbacoa se realizó en los 4 pacientes con afectación del canal horizontal, siendo efectiva para la resolución de la sintomatología en todos los casos.

Conclusiones: El único tratamiento que se ha mostrado efectivo para el tratamiento del VPPB son las maniobras rehabilitadoras o de recolocación de partículas. Para ello se debe realizar un diagnóstico preciso del canal semicircular y el oído afecto, ya que el tratamiento es específico de canal y lado.

464. LARINGITIS TUBERCULOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. López-Martín, J.A. Feliz-Veras, J. Róan-Róan, M.C. Iglesias-Moreno y J. Poch-Broto

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. España.

Introducción: La laringitis tuberculosa evoluciona casi siempre en relación con una tuberculosis pulmonar. Aparece en el 0,8% de los enfermos tuberculosos, preferentemente adultos varones, fumadores y bebedores en edades medias de la vida. Los principales síntomas son disfonía, disfagia y odinofagia y aparece por diseminación broncógena.

Caso clínico: Varón rumano de 33 años, fumador de 20 cigarrillos/día, con antecedentes de hepatitis por VHB que acude a urgencias por disfonía y odinofagia. En la laringoscopia se objetiva lesión vegetante hiperqueratósica en cara laríngea de epiglotis y RAE izquierdo. Se palpa una adenopatía dolorosa yugulodigástrica ipsilateral. CT cervicotorácico: Lesiones cavitadas en ambos vértices pulmonares y engrosamiento mucoso supraglótico sugestivos de diseminación broncógena de una tuberculosis pulmonar activa. Ziehl y cultivo de esputo: se visualiza y aísla Mycobacterium tuberculosis Biopsia: tejido inflamatorio granulomatoso. Confirmado el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y laríngea se inicia tratamiento médico normalizándose la laringoscopia en cuatro meses.

Discusión: La tuberculosis laríngea es la forma extrapulmonar más frecuente en el ámbito ORL. Su aumento ligado a fenómenos de déficit inmunitario, migratorios y mutagénicos acompaña cambios epidemiológicos y semiológicos respecto al pasado. El diagnóstico de certeza es histopatológico, siendo la biopsia necesaria en el diferencial con el carcinoma laríngeo, con el que se asocia en un 7-10%. El tratamiento es médico, reservando la cirugía en casos de obstrucción aérea aguda o secuelas de la enfermedad.

465. DISFAGIA Y ENFERMEDAD DE FORESTIER

A.A. Olivo de la Cruz, S. Senao Fernández, M.J. Hervás Núñez, M.G. Álvarez-Morujo de Sande, E.C. Porras Alonso y A. Martín Mateos

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción: La enfermedad de Forestier o hiperostosis esquelética difusa idiopática (DISH) es una enfermedad reumatológica con afectación sistémica de etiología desconocida que consiste en la calcificación- osificación de tendones, ligamentos, periostio y cápsulas articulares, que afecta más característicamente el ligamento común anterior del raquis, siendo la parte dorsal baja la región más afectada. La manifestación ORL más frecuente ocurre cuando está implicada la columna cervical produciendo disfagia; menos frecuente es la disfonía, ambos síntomas secundarios a la compresión extrínseca del esófago y la tráquea. Describiremos en este caso clínico la manifestación ORL de la enfermedad.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 76 años de edad con enfermedad de Forestier que presenta disfagia progresiva a sólidos de larga evolución.

Conclusiones: Nos encontramos ante una causa infrecuente de disfagia, no obstante se considera que su prevalencia es inferior a los diagnósticos registrados. La mayoría de los autores coinciden en un tratamiento conservador mediante antiinflamatorios, dieta y rehabilitación cervical reservando la cirugía en casos de pérdida de peso importante, disnea, disfonía continua o dolor intenso la cual se realizará mediante abordaje cervical lateral para escisión de hiperostosis o mediante técnica peroral transesofágica.

477. IMPLANTES ACTIVOS DE OÍDO MEDIO. DISPOSITIVO TOTALMENTE IMPLANTABLE

J.L. Merán Gil, E. Masgoret Palau, J.M. Cuyás Lazarich, F.J. Avilés Jurado, J. Bueno Yanes y A. Ramos Macías

Servicio de ORL. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: Los dispositivos implantables de oído medio han ido evolucionando en los últimos años de una manera vertiginosa de tal manera que lo que parecía como un futuro lejano ya es una realidad. En la actualidad, se colocan de forma habitual los dispositivos osteointegrados e incluso los semiimplantables de oído medio, pero desde hace unos 2 años estamos colocando totalmente implantables, solución que era esperada tanto por los otólogos como por los pacientes.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 41 años de edad con historia de colesteatoma atical y otitis adhesiva, con antecedentes de dos timpanoplastias de oído derecho. El paciente presenta una hipoacusia moderada-severa mixta y no puede ser adaptado con prótesis auditiva convencional, por lo que se decide la colocación de un implante activo de oído medio. Se realiza una incisión retroauricular ampliada cranealmente. Se realiza un fresado del lecho óseo para colocar el soporte de transductor. Se coloca el soporte del transductor y se adapta una prótesis de Kurz, especialmente diseñada para este tipo de cirugías, la cual se coloca sobre la cabeza del estribo.

Resultados: El paciente presenta una ganancia auditiva significativa con un cierre completo del UDA.

Discusión/conclusiones: Los aspectos positivos que normalmente son destacados por los usuarios del Carina son la mejora de la comprensión en ruido, calidad del sonido percibida y la comodidad de uso del dispositivo. La cirugía del implante de oído medio es, en sus fases iniciales, similar a la de otros procesos otológicos, pero hay algunos aspectos diferenciales que deben ser conocidos y tomados en cuenta por el otólogo.

480. SÍNDROME DEL ACUEDUCTO VESTIBULAR DILATADO. ESTUDIO DE 45 CASOS PEDIÁTRICOS

S. Santos Santos, M.J. Domínguez González de Rivera, L. Sgambatti, A. Bueno Ríos y A. Suárez Calvo

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

Objetivos: Explorar las características clínicas y audiológicas en niños con acueducto vestibular dilatado.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en un hospital pediátrico de tercer nivel. Se incluyeron un total de 45 pacientes, con

AVD identificado en pruebas de imagen. El diagnóstico de AVD se realizó en pruebas de imagen TC y/o RMN. Audiología: se realizaron pruebas objetivas y/o subjetivas según la edad de desarrollo de los niños y estimación de la pérdida auditiva acorde a las normas BIAP-97. No pudieron definirse criterios de fluctuación o progresión en todos los niños por falta de datos en las historias clínicas. Pruebas de imagen: se estudiaron cortes estándar de 1 mm en TC/RMN. El diámetro del acueducto vestibular se midió en el punto medio entre el opérculo externo y el vestíbulo. Un diámetro > 1,5 mm en ese punto fue la definición de AVD. Se realizó estudio estadístico descriptivo de la edad de diagnóstico, la lateralidad, el grado de pérdida y los otros hallazgos clínicos relevantes.

Resultados: La edad media al diagnóstico fue 4.07 años. En 8 casos había antecedentes familiares de hipoacusia neurosensorial. De los 45 casos diagnosticados 39 presentaban hipoacusia bilateral, de los cuales en 26 era profunda, en 5 severa, en 8 moderada, y 2 en tonos agudos. En los casos unilaterales, 2 fueron profundas, 1 severa y 2 moderadas. En 42 casos la hipoacusia fue neurosensorial, y en 2 casos mixta. También se hallaron 2 hipoacusias asimétricas, 1 progresiva y 1 fluctuante. En 2 casos se detectaron síntomas vestibulares. En 5 casos había asociaciones sindrómicas. En 6 casos se encontraron otras malformaciones concomitantes de oído interno. En los pacientes tratados con implante coclear en 1 caso se presentó gusher.

Conclusiones: La prevalencia de AVD (al menos el 14% en niños con HANS) confirma la importancia del TC en el diagnóstico etiológico de la HANS infantil. La prevalencia, la variabilidad en el inicio y la presentación clínica de estos niños (progresiva, tardía, fluctuante, unilateral, moderada) implica una atención especial en el proceso diagnóstico para evitar errores y retrasos en la identificación. El AVD debe ser considerado en el diagnóstico diferencial la de hipoacusia conductiva o mixta con oído medio ventilado y membrana timpánica íntegra. Es necesario conocer la historia natural de la enfermedad con fines de información pronóstica a los padres, y las posibles incidencias en el tratamiento con implante coclear.

483. OTITIS EXTERNA MALIGNA CON PARÁLISIS FACIAL

E. Sánchez Legaza, A. Rodríguez Fernández-Freire, W. Elhendi, D. Allely Teruel y J. Ruiz Fito

Hospital del SAS de Algeciras. Cádiz. España.

Introducción: Es una infección del oído externo típica de ancianos diabéticos e inmunodeprimidos, que se extiende a tejidos blandos, originando osteomielitis de base de cráneo y afectación de pares craneales.

Material y métodos: Paciente anciano con otorrea-otalgia del OD, sufriendo a los dos meses parálisis facial homolateral y diabetes. Otoscopia: edema del CAE con secreciones.

Resultados: Se hace TAC y G-grafía: osteítis del temporal derecho y occipital. Al mes éxitus por ACV.

Discusión: Enfermedad de pronóstico sombrío, si no se trata precozmente por un equipo multidisciplinar, descartando previamente un carcinoma, mediante biopsia del CAE.

486. DISFONÍA DE LA AMIOTROFIA BILATERAL DE CUERDAS VOCALES

J.R. Mozota Núñez, M.L. Mozota Núñez, M. Mozota Núñez y J.R. Mozota Ortiz

Hospital Público del Tajo. Madrid. España.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Objetivo: Conocer la disfonía en la amiotrofia bilateral de cuerdas. Diseño: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, analítico con pruebas de parámetros sonoros de voz y tratamiento estadístico.

Pacientes y métodos: Criterio de inclusión de 25 pacientes con amiotrofia bilateral de cuerdas. Análisis de visualización de voz con el sistema VISHA v. 2.0 y tratamiento estadístico con SPSS v.13.

Resultados: Jitter medio absoluto $\chi^2 = 12,49$ y $p = 0,0004084$ hay diferencias significativas. Jitter medio relativo $\chi^2 = 14,88$ y $p = 0,0001145$ hay diferencias significativas. Perturbación relativa media (RAP) $\chi^2 = 9,26$ y $p = 0,0023450$ hay diferencias significativas. Shimmer medio absoluto $\chi^2 = 5,5$ y $p = 0,00184918$ hay diferencias significativas. Coeficiente de perturbación de amplitud (APQ) $\chi^2 = 0,58$ y $p = 0,446011440$, no hay diferencias significativas.

489. MENINGITIS OTÓGENA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.J. Hervas Núñez, J.R. Benito Navarro, M.G. Álvarez-Morujo de Sande, S. Senao Fernández, A.A. Olivo de la Cruz y A. Martín Mateos

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción: Las complicaciones intracraneales más frecuentes de las otitis media son las meningitis purulentas otógenas y los abscesos extradurales (8%) siendo menos frecuentes los abscesos cerebrales y cerebelosos.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente con meningitis de repetición entre cuyos antecedentes destaca timpanoplastia de oído izquierdo con hipoacusia bilateral y portador de audífonos. Ambos episodios de meningitis se relacionaron con la intervención quirúrgica previa y posible fístula de LCR a nivel del oído medio. En la exploración neurológica/vestibular y en la otoscopia no se observaron hallazgos patológicos excepto un Romberg y marcha inestable sin lateralización y aumento de la base de sustentación. Se solicitó cisternografía que mostraba cambios postquirúgicos y defecto óseo a nivel del tegmen tympani y pared postero-lateral de mastoides visualizándose ocupación completa del ático, cavidad central del oído medio y antro mastoideo. Ante la sospecha de fístula de LCR se decide intervención quirúrgica realizándose tapizado del defecto óseo del Tegmen Tympani del oído izquierdo utilizando lámina ósea de hueso temporal y tissucol con polvo óseo. En el postoperatorio el paciente evoluciona favorablemente.

Discusión: La incidencia de complicaciones meningoencefálicas agudas es aproximadamente del 10%. La sospecha clínica se basa en la sintomatología de cefalea, rigidez de nuca, vómitos y síndrome infeccioso que se completa con la otoscopia y el diagnóstico se confirma mediante la realización de una punción lumbar. El tratamiento se basa en antibioterapia parenteral adaptada al germen aislado junto al tratamiento quirúrgico adecuado si se sospecha fístula de LCR.

491. CONTROL POSTURAL EN PACIENTES CON CRISIS DE TUMARKIN

L. Montes-Jovellar, M.S. Boleas y N. Pérez-Fernández

Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: En la evolución de la enfermedad de Ménière pueden desarrollarse unos episodios de vértigo y/o mareo con caída al suelo sin pérdida de conocimiento. Se supone que ocurren por una alteración ocasional y súbita de la función otolítica.

Objetivos: Se analiza el comportamiento en la prueba de organización sensorial de un grupo de pacientes con crisis de Tumarkin.

Material y métodos: 31 pacientes con enfermedad de Ménière y crisis de Tumarkin. Se les ha realizado un estudio auditivo y vestibular completo y se analizan los resultados en la posturografía dinámica de acuerdo a: patrón de deficiencia sensorial, estrategia postural y número de caídas durante las 6 condiciones.

Resultados: En el 60% de los pacientes no se observan caídas durante la prueba y en el resto se caen en al menos más de dos intentos. Bajo este criterio se han agrupado los pacientes y se analizan las características del equilibrio estático y dinámico.

Conclusiones: Si bien no es posible relacionar los hallazgos con una causa precisa (para ello los VEMP son la prueba de mayor interés) sí se pueden hacer ciertas consideraciones fisiopatológicas respecto a la ocurrencia de las crisis de Tumarkin.

493. PITCH FRECUENCIAL Y LOUDNESS SONORIDAD DE LA VOZ DESPUÉS DE ADENOIDECTOMÍA

M.L. Mozota Núñez, J.R. Mozota Núñez, M. Mozota Núñez y J.R. Mozota Ortiz

Hospital Público del Tajo. Madrid. España.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Objetivo: Modificaciones de la voz de niños después de operados de vegetaciones adenoideas. Diseño: investigación observacional, descriptiva, analítica de parámetros sonoros de la voz y tratamiento estadístico.

Material y métodos: Estudio estdístico SPSS computarizado de la voz de 28 niños antes y después de ser operados de exéresis de vegetaciones adenoideas.

Resultados: 1.-Del Pitch Frecuencial: Jitter medio absoluto χ^2 = 4,79 p = 0,0286010 hay diferencias significativas. Jitter medio relativo χ^2= 5,54 p = 0,189115 no hay diferencias significativas. Relative average perturbation (APQ) hay diferencias significativas. 2.- De la Loudness Sonoridad: Shimmer medio absoluto χ^2= 0,13 p = 0,7149091 no hay diferencias significativas. Shimmer medio relativo, Amplitud Perturbation Quotient (APQ) y Harmonic Noise Ratio (HNR) no hay diferencias significativas.

495. OSTEOMA DEL ADITUS MASTOIDEO COMO HALLAZGO CASUAL EN UN PACIENTE CON COLESTEATOMA

E. Domínguez Durán, F. Esteban Ortega, A. Gómez Torres, M.A. García Villarán y R. Moya Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: El osteoma es un tumor benigno de lento crecimiento que se encuadra dentro de los tumores formadores de hueso. Es un tumor raro que afecta mayoritariamente a varones jóvenes. Puede ser de etiología traumática, infecciosa o congénita; en este último caso se puede asociar al síndrome de Gardner. Dentro de su rareza, son más comunes en la calota craneal y en el macizo rostral, siendo excepcional su origen en el hueso temporal.

Material y métodos: Se presenta a un varón de 63 años de edad, con antecedentes de artritis reumatoide que acude a consulta por pérdida de audición derecha de dos años de evolución, sin otalgia, otorrea ni otra clínica otológica asociada. A la otoscopia, se evidenció una masa atical de aspecto colesteatomatoso. La audiometría evidenció hipoacusia transmisiva moderada en todas las frecuencias del oído derecho y normoacusia izquierda. En la TAC, se descubrió accidentalmente una lesión redondeada de alta densidad en el canal aticoantral y el ático, con inserción en el antro, de 7,7 milímetros de diámetro y que respetaba las estructuras del oído interno.

Resultados: Se consideró candidato al paciente para mastoidectomía radical, en la que se extirparían tanto la masa colesteatomatosa como el osteoma.

Conclusiones: Los osteomas del oído medio son tumores raros y su asociación con colesteatomas es excepcional. Se presenta un caso en el cual la única clínica que ocasiona la asociación de ambas entidades es una hipoacusia transmisiva.

497. CUERPO EXTRAÑO DE DIFÍCIL MANEJO

I. García López, I. Sánchez Cuadrado, R. Bernáldez Millán y J. Gavilán Bouzas

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: Los cuerpos extraños en el área ORL constituyen un motivo frecuente de consulta en el área de urgencias. A veces, tras una exhaustiva exploración, no se evidencia el cuerpo extraño, resultando muy útiles las pruebas radiológicas. La extracción también puede resultar muy complicada, teniendo que recurrir a veces a la cirugía abierta. Presentamos un caso de cuerpo extraño cervical de difícil manejo tanto por el diagnóstico como por el tratamiento.

Caso clínico: Mujer de 64 años de edad que acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital por disfagia y odinofagia con sensación de tener algo clavado en la garganta que relaciona claramente con la ingesta de calamares preparados por ella misma. En exploración endoscópica faringo esofágica no se evidencia cuerpo extraño. Se realiza radiología simple encontrando cuerpo extraño radioopaco en región cervical anterior. Interrogada exhaustivamente al respecto asegura no haber ingerido nada más que pueda corresponder con la imagen radiológica. Ante la persistencia de los síntomas se realiza tomografía computarizada cervical confirmando la existencia de cuerpo extraño metálico en planos profundos cervicales. Se realiza farongolaringoscopia directa bajo anestesia general sin evidenciar el cuerpo extraño, por lo que se decide abordaje por cervicotomía lateral encontrando un cuerpo extraño (alambre) en el espacio cervical profundo.

Conclusiones: Los cuerpos extraños en el área ORL son una patología prevalente que la mayor parte de las veces se resuelve de forma sencilla. Sin embargo algunos casos pueden resultar muy complicados de diagnosticar y de resolver, teniendo que recurrir, excepcionalmente a un abordaje cervical externo.

502. MANEJO DE LA EPISTAXIS SUPERIOR. ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA ARTERIA ETMOIDAL ANTERIOR

C. Artigas, N. Bejarano, J. Alba, F. Culaciati, E. Morera y F. Trobat

Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Tradicionalmente las epistaxis se dividen en anteriores (80%) y posteriores (20%). Las anteriores son dependientes de patología del área de Kiesselbach y las posteriores de ramas de la arteria esfenopalatina. El manejo es inicialmente con taponamientos nasales que normalmente resuelven el problema. Si existes resangrados que no ceden a pesar de lo anterior, se debe proceder al tratamiento quirúrgico. Inicialmente se debe realizar una cauterización de la arteria esfenopalatina y de los puntos sangrantes en la fosa nasal respectiva. Este tratamiento es suficiente en la gran mayoría de los casos, pero hay situaciones en que la hemorragia recidiva y nos damos cuenta del origen superior de esta, área dependiente de las arterias etmoidales anteriores y posteriores, siendo la primera el origen fundamental de estos sangrados. Existen 3 abordajes quirúrgicos de la arteria etmoidal anterior: externo por incisión de Lynch, endoscópico y transcaruncular. El abordaje transcaruncular es el utilizado en el paciente de este caso. Es sencillo y rápido de realizar y consiste en realizar una incisión en la carúncula incluyendo la periórbita. Se rebate la periórbita en dirección a la sutura frontoetmoidal, lugar de entrada de las arterias etmoidales, encontrando la etmoidal anterior a 1,5 cm. de la carúncula. Se cauteriza la arteria y luego se repone el colgajo cuidando la hemostasia. No es necesario realizar suturas en los tejidos y las complicaciones son prácticamente nulas si se toman las medidas pertinentes.

513. GRANULOMA COLESTEROL EN PUNTA DE PEÑASCO

A. Ortiz Salto, E. García de la Torre, R. Jódar Moreno, J. Roura Moreno y M.S. Sánchez Torices

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Jaén. España.

Introducción: El granuloma de colesterol es una complicación de un proceso crónico de la región otomastoidea, que se caracteriza anatomopatológicamente por la presencia de tejido de granulación especializado, derivados hemáticos y cristales de colesterol. La localización más frecuente es en oído medio. Cuando se localiza en el vértice de peñasco puede producir hipoacusia, acúfenos o defectos funcionales múltiples, asociados con la afectación de pares craneales, dependiendo de su tamaño y localización.

Material y métodos: Presentamos un varón de 63 años intervenido de timpanoplastia de oído izquierdo por OMC colesteatomatosa hace 13 años. Acude a urgencias de ORL por presentar parálisis facial periférica de inicio súbito grado III-IV de House Brockman.

Resultados: Se solicitaron pruebas complementarias: TAC oído: lesión lítica que ocupa el tercio medio del peñasco, erosiona la pared anterior y superior del CAE y contacta el canal carotídeo en su trayecto intrapetroso. RMN oído: en punta de peñasco se observa imagen hiperintensa en T2 y discretamente hipointensa en T1, polilobulada que erosiona el techo de CAI y produce compresión sobre el VII y VIII par craneal. Lesión sugerente de proceso inflamatorio hipertrófico compatible con granuloma de colesterol. Actualmente el paciente presenta paresia facial tras tratamiento con corticoides.

Conclusiones: El granuloma de colesterol es un proceso potencialmente peligroso por su poder de osteolisis y de afectación de estructuras vecinas. El máximo rendimiento diagnóstico nos lo dan los estudioa de imagen, básicamente RNM y tomodensitometría.

515. ABORDAJE Y EXTIRPACIÓN DE GLOMUS TIMPÁNICO

R. Moya Martínez, R. Martínez Garrido, M.A. García Villarán, J. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez de Agüera, E.A. Mata López, E. Domínguez Durán y F. Esteban Ortega

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: El glomus o paraganglioma (PG) timpánico es un tumor benigno muy vascularizado que se origina en células que embrionariamente migran desde la cresta neural y forman paraganglios en el promontorio a lo largo del nervio de Jacobson. La localización intratimpánica constituye entre el 20-30% de los PG cervicocefálicos que a su vez suponen el 3% de los PG de localización extrasuprarrenal y el 0,3% del total de PG.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente de 21 años que acude por hipoacusia y acúfeno pulsátil de oído izquierdo de larga evolución que a la exploración otoscópica presenta una lesión rojiza y pulsátil que abomba la membrana timpánica y al practicar TAC y RMN es compatible con glomus intratimpánico tipo B de Fish. Es intervenido consiguiendo la extirpación total de la lesión.

Resultados: La intervención se realizó mediante un abordaje retroauricular con una mastoidectomía con conservación de la pared posterior del CAE y fresado endaural de pared anterior e inferior del CAE, que permitía la visualización completa de la lesión. Se empleó cauterización bipolar para contraer y disminuir la vascularización tumoral y se consiguió su extracción en 2 piezas de 1 cm de diámetro.

Conclusiones: Los PG timpánicos son tumores infrecuentes de difícil manejo debido al importante riesgo de secuelas ocasionadas por el tratamiento, por lo que es importante una buena indicación y planificación del intervención, basados en la edad y estado general del paciente, repercusión clínica, localización, tamaño y extensión de la lesión.

517. AFECTACIÓN VESTIBULOCOCLEAR EN LA EPIDERMÓLISIS BULLOSA HEREDITARIA

C. Iglesias, A. M. García-Arumí, R. L. Boemo, D. Graterol, R. Wegmann, E. Perelló

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: La epidermólisis bullosa hereditaria es una genodermatosis infrecuente, de herencia autosómica dominante o recesiva, causada por una alteración de las proteínas de la unión dermoepidérmica, alterando su cohesión y dando lugar a la formación de ampollas y erosiones cutáneomucosas.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 21 años, diagnosticada de epidermólisis bullosa juncional no Herlitz de transmisión paterna, sin otros antecedentes médicos de interés. Remitida a nuestro servicio por hipoacusia bilateral progresiva, sin vértigo ni otra sintomatología en el área ORL. Se le practica otoscopia, audiometría tonal liminar (ATL), potenciales evocados miogénicos vestibulares (PEVM) y acústicos tronculares (PEATC), videonistagmografía (VNG) y RMN craneal.

Resultados: La exploración otoscópica fue normal. La ATL mostró hipoacusia neurosensorial moderada, bilateral y simétrica, sin retrococlearidad en los PEATC. Se obtuvo un déficit laberíntico y sacular bilateral en la VNG y los PEVM respectivamente. La RMN craneal fue normal.

Discusión/conclusiones: Son pocas las referencias sobre las manifestaciones ORL en esta entidad. La más frecuente es la otitis media, seguida de la otitis externa crónica. La estenosis laríngea constituye la secuela más grave y la más descrita en la literatura. En cuanto a la hipoacusia neurosensorial, parece ser más frecuente en la epidermólisis distrófica, debido a la mutación del gen del colágeno VII. No existe ninguna referencia acerca de la afectación auditiva y vestibular hallada en nuestro caso.

519. ABSCESO RETROFARÍNGEO EN LACTANTE DE 8 MESES

R. Moya Martínez, A. Mochón Martín, M.A. García Villarán, D. Castro Gutiérrez de Agüera, J. Muñoz Villanueva, E.A. Mata López, A. Gómez Torres y F. Esteban Ortega

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: El absceso retrofaríngeo es un proceso infeccioso con formación de pus que afecta a los ganglios linfáticos de Henle, localizado en el espacio virtual de Guillete entre la pared posterior faríngea y la fascia prevertebral. Es más frecuente en niños menores de 3 años, ya que posteriormente se produce atrofia de esos ganglios. Es un cuadro potencialmente grave con una mortalidad del 10% que precisa de un diagnóstico y tratamiento precoz.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente de 8 meses sin antecedentes de interés, con fiebre y exantema macular en tronco de 5 días de evolución, siendo diagnosticado inicialmente de escarlatina. Posteriormente, aparece hiperemia faringoamigdalar y adenopatías laterocervicales izquierdas, la mayor de 2 cm de diámetro, no dolorosa ni fija a planos profundos. Permanece con tratamiento antibiótico intravenoso durante 10 días, a pesar del cual comienza con sintomatología respiratoria obstructiva alta progresiva que requiere intubación orotraqueal e ingreso en UCI durante 24h. Al realizar Radiografía lateral cervical y TAC Cervical Urgente, se aprecia gran aumento del espacio retrofaríngeo por colección abscesificada de 6 × 3 cm, que se extiende caudalmente al opérculo cervicotorácico. Se decide intervención quirúrgica urgente.

Resultados: La intervención se realizó en posición Trendelemburg por vía intraoral, practicando una incisión vertical de 3 cm en la pared posterior faríngea y obteniendo la salida de abundante

material purulento. Tras el drenaje quirúrgico, se produjo una gran mejoría del paciente, presentando buena tolerancia oral y buena movilidad cervical, cesando la fiebre y normalizando los parámetros analíticos. Se prosiguió con antibioterapia de amplio espectro intravenosa durante 5 días.

Conclusiones: El absceso retrofaríngeo infantil es una entidad poco frecuente en la actualidad debido a los grandes avances en antibioterapia. Sin embargo, no debemos olvidarlo en el diagnóstico diferencial de síndrome febril y odinofagia de difícil resolución, puesto que requieren de un diagnóstico y tratamiento precoz para reducir su morbimortalidad.

520. PARÁLISIS VOCAL COMO CONSECUENCIA DE LA IMPLANTACIÓN DE CATÉTER DE ACCESO VENOSO CENTRAL

M.I. Vázquez Muñoz, A. Caravaca García, A. Rodríguez Fernández-Freire, E. Sánchez Legaza y D. Allely Teruel

Hospital Punta Europa. Algeciras. España.

Introducción: El uso de sistemas implantables de acceso venoso se ha incrementado, sobre todo, para mejorar los tratamientos QT y la calidad de vida en pacientes oncológicos. Tradicionalmente, la vena subclavia es la elegida para la cateterización, pero estudios de morbilidad demuestran la mayor seguridad de la vena yugular interna para este fin. Las complicaciones más frecuentes son: malposición del catéter, neumotórax, punción arterial y hematoma.

Material y métodos: Paciente mujer de 60 años con antecedentes de ca. colon con tratamiento quirúrgico y QT (esquema FOLFOX-4), que ingresa por trombosis yugular interna izquierda en relación con port a cath, asociando disfonía de días de evolución. A la exploración ORL: Parálisis cuerda vocal izquierda.

Resultados: La lesión de los nervios laríngeos con el desarrollo de parálisis de cuerdas vocales ha sido recogida infrecuentemente en series publicadas, hay que tener en cuenta que es una potencial complicación en el uso de catéteres centrales, cuyo diagnóstico ha de ser precoz para evitar complicaciones.

525. UTILIDAD DE LOS POTENCIALES VESTIBULARES MIOGÉNICOS DE ORIGEN OCULAR OVEMPS EN PACIENTES AFECTOS DE VÉRTIGO

J. Fusté Clapés, M. Amat, C. Margalejo, J. Fontané y C. Queijada

Hospital del Mar. Barcelona. España.

Introducción: La sensibilidad de los potenciales evocados vestibulares miogénicos de origen cervical (cVEMPS) comparada con el resto de exploraciones como la videonistagmografía (VNG) y los potenciales evocados auditivos (PEATC) es ya conocida. Este estudio preliminar pretende comparar las respuestas obtenidas de los cVEMPS con las de los oVemps como alternativa en pacientes que no puedan mantener una contracción tónica del músculo esternocleidomastoideo.

Material y métodos: Presentamos 30 pacientes, 16 hombres y 14 mujeres con un rango de 18 y 79 años (media 52). A todos ellos se les realizó: audiometría, VNG, PEATC, cVEPMS, oVEMPS y Resonancia Magnética (RM).

Resultados: La VNG muestra alteraciones en 37% de los pacientes y los PEATC (23%). Los cVEMPS (69%) y los oVEMPS (52%) están alterados o ausentes.

Discusión/resultados: La presencia de resultados discordantes entre los registros VEMPS podria ser atribuido a la vía neural que sustenta los oVEMPS que incluye vías ascendentes de los núcleos vestibulares, mientras los cVEMPS incluyen vías descendentes. Los oVemps pueden ser una alternativa en pacientes de edad avanzada, niños afectos de espondilosis cervical ya que es un método accesible de evaluación del reflejo vestíbulo-ocular.

537. DACRIOCISTOCELE CONGÉNITO. A PROPÓSITO DE UN CASO

C.A. Ventura Pérez, E. Bullido Gómez de las Heras e I. Sancho Martín

HCD Hospital Gómez Ulla. Madrid. España.

Introducción: El dacriocistocele congénito es una malformación que consiste en una obstrucción del sistema excretor lacrimal, principalmente a nivel del ostium nasolacrimal (válvula de Hassnerl) o entre el conducto común y el saco lacrimal (válvula de Rosenmüller), y una acumulación de secreción mucosa a dicho nivel con su consecuente dilatación. La mayoría de los casos son asintomáticos, y presentan sólo el 2-6% síntomas de gravedad. Debido a la acumulación de secreciones mucosas puede formarse un mucocele de extensión intranasal que puede causar dificultad respiratoria y/o para la alimentación, o bien en el saco lacrimal, que se manifiesta con tumefacción violácea, epífora y secreción mucosa; ésta es la forma más frecuente. Presentamos un RN de 2 semanas de vida remitido por el servicio de neonatología por presentar tumefacción, a nivel de fosa lagrimal derecha, asintomático, en la exploración no se evidencia masa intranasal, ni atresia de coanas a través de la nasofibroscopia. TAC: se aprecia tumoración de aspecto quístico de 1,5 × 2 cm, sugerente de mucocele de saco lagrimal.

Discusión: Aunque suele resolverse de manera espontánea a menos que ocurra la dacriocistitis o cuando se asocia a mucocele intranasal y es sintomático el tratamiento consiste en su extirpación mediante abordaje endoscópico nasal. En nuestro caso se opto por la observación y masajes, obteniéndose la resolución espontánea.

550. CONCHA BULLOSA BILATERAL GIGANTE Y POLIPOSIS NASOSINUSAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN NASAL

T. Millás Gómez, J. Santos Pérez, M. Alonso Mesonero, G. Landínez Cepeda, M. Poncela Blanco y D. Morais Pérez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción: Las conchas bullosas son una variante anatómica frecuente, que implica la neumatización del cornete medio. Generalmente asintomáticas y de pequeño tamaño, su influencia en la fisiopatología nasosinusal viene condicionada por la posible obstrucción del drenaje sinusal. En casos de mayor tamaño de éstas, la clínica predominante es la obstrucción nasal.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 33 años de edad, con sensibilización a gramíneas y ácaros, que acude a consulta por presentar insuficiencia respiratoria nasal bilateral, anosmia e infecciones nasosinusales de repetición. La exploración endoscópica muestra una poliposis grado III. Curiosamente el TAC revela una ocupación pansinusal asociada a concha bullosa bilateral gigante, llegando éstas prácticamente a narina. Tras fracaso se tratamiento médico se programa para CENS, resecándose ambas conchas bullosas, meatotomía maxilar media que evidencia abundante secreción purulenta en senos maxilares, etmoidectomía anteroposterior y ampliación de ostium esfenoidal y frontal. El paciente evoluciona con normalidad.

Discusión: La asociación de concha bullosa gigante bilateral y poliposis nasosinusal es excepcional y no se ha recogido en la literatura médica. Los dos factores actúan sinérgicamente, acentuando la sintomatología del paciente. La escasa respuesta a tratamiento médico, por la obstrucción mecánica de la concha bullosa bilateral hace que el tratamiento quirúrgico endoscópico sea preceptivo, con una mejoría sintomática importante.

560. LISIS DEL LENTICULAR Y OTOESCLEROSIS. UTILIZACIÓN DE BUFANDA DE PERICONDRIO

E. Soler Lluch, J.M. Teba Luque, E. Castillo Serrano, G. Gundín Rivas y M.T. Mansilla González

Hospital Infanta Cristina. Parla. España.

Introducción: La lisis de la rama larga del yunque, o la ausencia del lenticular, supone a menudo un hallazgo durante el transcurso de una timpanotomía exploradora, en el contexto de un diagnóstico de sospecha de otoesclerosis o de revisión de estapedectomía. La clínica, audiometría, y reflejos del músculo del estribo no permiten diferenciarlas de modo preoperatorio. Su solución es múltiple, siendo posible la interposición de un fragmento de cartílago, de cortical, transposición de yunque, o una prótesis sustitutiva. Cabe la posibilidad de colocar una prótesis gancho desde la rama larga del yunque remanente hasta la ventana oval y asegurarla mediante una bufanda de pericondrio en el extremo distal de la rama larga del yunque.

Material y métodos: El primero de los casos era una reintervención meses después de una estapedectomía. Se encontró un tubo de polietileno que había provocado una necrosis del lenticular. Se sustituyó por un gancho de teflón, asegurado con la bufanda. El segundo, en el transcurso de una timpanotomía, se descubrió una fijación del estribo, y una lisis del lenticular.

Resultados: Se presentan las curvas audiométricas pre y postoperatorias.

Discusión: Frente a otras alternativas con mayor consumo de tiempo, trabajo y recursos, éste método puede suponer una alternativa con buenos resultados, siempre que la rama larga del yunque tenga una longitud suficiente.

562. HALLAZGOS AUDIOLÓGICOS EN NIÑOS CON ENFERMEDAD MITOCONDRIAL. ESTUDIO DE 8 CASOS

M.J. Domínguez González de Rivera, S. Santos Santos, A. Bueno Ríos, A. Suárez Calvo y L. González Gutiérrez-Solana

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

Objetivos: Explorar las características clínicas y audiológicas en niños con enfermedad mitocondrial. Tipo de estudio: descriptivo y retrospectivo en un hospital pediátrico de tercer nivel.

Métodos: Un total de 8 casos, remitidos por el servicio de Neuropediatría desde el 2004 a marzo 2009 -2 varones y 6 mujeres- con enfermedad mitocondrial identificada mediante estudios completos del perfil metabólico, neurofisiológico, neuroimagen, biopsia muscular con estudio ultraestructural y estudio de complejos de la cadena respiratoria y de genética molecular. La valoración auditiva cualitativa y cuantitativa se realizó con las pruebas subjetivas y objetivas acordes con la edad del paciente.

Resultados: La edad media de los pacientes estudiados fue de 13 meses para 4 de ellos, 12 años para 3 pacientes y una niña de 4 años. En 2 casos encontramos antecedentes familiares de cocleopatía neurosensorial degenerativa por síndrome de MELAS. Se describen los hallazgos de genética molecular en 4 pacientes, caracterizados por su gran variabilidad en la mutación del DNA mitocondrial, estando 3 pacientes en estudio. El estudio de los complejos de la cadena respiratoria muestra 5 casos de déficit del complejo IV, 2 de déficit del complejo I y 1 normal. Los resultados audiológicos muestran una gran variabilidad identificando 1 paciente con cofosis bilateral, 1 hipoacusia neurosensorial bilateral leve-moderada, 1 hipoacusia neurosensorial bilateral sectorial 8 KHz, 1 compatible con neuropatía auditiva del oído derecho y 4 con normoaudición.

Conclusiones: El patrón de hipoacusia neurosensorial en la enfermedad mitocondrial es muy variable oscilando desde hipoacusia en distintos grados a normoaudición, desde cocleopatías hasta neuropatías pudiendo haber un probable compromiso central, con las implicaciones que conlleva para el pronóstico y el tratamiento. Como grupo de riesgo para hipoacusia presenta una alta prevalencia por lo que requieren ser valorados sistemáticamente.

574. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS ACTIVA DE OÍDO MEDIO CARINA

A. Cordero Jiménez, R. Tenor Serrano, P. Sánchez Palma, R. Ruiz Rico Ruiz-Morón y J. Pérez Arcos

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: El gran desarrollo en los últimos años de los dispositivos implantables de oído medio los acerca cada vez más a su uso en la práctica diaria. El sistema Carina de la empresa Otologics oculta todos sus componentes bajo la piel, incluyendo micrófono y batería, y utiliza un transductor que se ancla mediante una perforación al cuerpo del yunque.

Material y métodos: Presentamos las fotografías de los distintos pasos quirúrgicos que se han seguido en la implantación de un Carina. El paciente padecía una hipoacusia neurosensorial moderada bilateral y no toleraba audífonos convencionales.

Conclusiones: Exponemos la cirugía del primer implante activo de oído medio totalmente implantable que se ha llevado a cabo en nuestro hospital. El resultado de la cirugía ha sido satisfactorio.

576. SÍNDROME DE BINDER

P. Santos Acosta, J. Maza Solano, F.J. Estivill Bartolomé y S. Sánchez Gómez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: El síndrome de Binder o Displasia nasomaxilar es una patología infrecuente, caracterizada por la hipoplasia de nariz y maxilar (asociada a maloclusión dental), ángulo naso-frontal plano, senos frontales hipoplásicos, ausencia o hipoplasia de espina nasal anterior, columela corta y ángulo nasolabial agudo.

Material y métodos: Paciente de 29 años de edad que ingresa urgente en marzo de 2009 por tumefacción progresiva de 1 mes y medio de evolución de área malar, ala nasal y surco nasogeniano derecho que en la última semana ha fistulizado a cavidad oral a través de encía superior derecha. Antecedentes personales: paciente binderiana intervenida de rinoplastia a los 18 años con prótesis de medpor e injerto de cartílago de la concha. Extracción dental dos meses previos al inicio de cuadro. Se sospecha de infección de la prótesis.

Resultados: TC pone de manifiesto absceso facial de partes blandas en tejido celular subcutáneo situado por delante de la pared anterior del seno maxilar derecho en contacto íntimo con una de las prótesis de su anterior intervención. Se realiza cirugía: drenaje del absceso y extracción de las prótesis. Cultivo positivo para anaerobios

Discusión/conclusiones: El síndrome de Binder es de etiología incierta; originándose en el tercer mes de vida intrauterina. Se asocia a anomalías de la columna cervical, el 40-50% presentan hipoplasia de senos, incluso se ha descrito la presencia de estrabismo y retraso mental. El tratamiento está en función de la gravedad de la deformación. Precisando exclusivamente rinoplastia ó rinoplastia y tratamiento ortodóntico y/o quirúrgico. No existe en la literatura ningún caso de infección de las prótesis con retirada de las mismas.

577. MIRINGOPLASTIA CON INJERTO GRASO ABDOMINAL

J. Horno López, A. López Nevot y J. Salinero Hernández

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: Diversos estudios valoran la aplicación de varios tipos de injertos para cierre de perforaciones timpánicas obteniéndose

dose porcentajes de resolución en torno al 75%. La eficacia del uso de grasa autóloga obtenida de diversas áreas corporales para el cierre ha sido comprobada en aquellas que son puntiformes o generalmente menores del 25%. En este estudio registramos los resultados de la aplicación de grasa abdominal para realizar miringoplastias en perforaciones amplias.

Material y métodos: Seguimiento prospectivo de 66 pacientes intervenidos de miringoplastia primaria con injerto graso abdominal en nuestro servicio entre mayo de 2006 y marzo de 2008. 42 mujeres y 24 hombres con edades comprendidas entre 15 y 78 años (mediana: 47) con porcentaje del 92,4% de perforación mayor del 50% bilateral en 1 caso, OI en 22 y OD en 43 pacientes. La intervención en todos los casos se realizó vía endoaural con anestesia general; obtención de injerto mediante incisión inguinal pequeña, disección hasta plano graso extrayendo pieza de aproximadamente 2 × 2 cm con tejido conectivo incluido; sutura con seda. Se reavivan bordes de perforación mediante microcirugía y se introduce injerto comprimido dentro de oído medio. Taponamiento con gasa en CAE durante 72 horas. Revisiones semanales durante 1 mes y a los 2 meses.

Resultados: De los 66 pacientes intervenidos, el 86,4% tuvo resolución completa, el 13,6% presentó resolución parcial (perforación residual puntiforme) y un 0% sin cambios. Del total de resoluciones parciales, 3 se asocian a extrusión y recolocación de la grasa en curas postquirúrgicas y en 3 casos al uso de corticoides y antibioterapia tópica por infección. Un caso de hematoma de herida inguinal resuelto tras drenaje.

Conclusiones: Consideramos la miringoplastia con injerto de grasa abdominal autóloga útil para el cierre de perforación mayores del 50%. En otros estudios, se ha descartado debido al riesgo de necrosis de la porción central del injerto por no alcanzar a vascularizarse. Con estos datos podemos concluir que la integración completa llega a producirse en un alto porcentaje.

578. TUMORACIÓN PULSÁTIL EN OÍDO MEDIO

B. Agreda, R. Artal, E.Serrano, A. López, J.M. Sebastián, L. Carmen, J.I. Alfonso y H. Vallés

Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: La arteria carótida interna sigue su curso dentro del peñasco a través del canal carotídeo. En ocasiones, su trayecto se ve modificado y penetra en la cavidad timpánica, discurriendo en dirección anterior sobre el promontorio. Esta anomalía pasa normalmente desapercibida puesto que los síntomas que causa, que son hipoacusia de transmisión o un acúfeno pulsátil, son inespecíficos. En la exploración por otoscopia se observa una masa retrotimpánica de coloración y aspecto vascular. El diagnóstico se realiza mediante TC, angiografía o angioRM.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente con una hipoacusia de transmisión y un acúfeno pulsátil en el oído derecho de largo tiempo de evolución. En la exploración por otoscopia se observa una masa pulsátil de color rojo violáceo que hacía protrusión a través del tímpano. En la TC realizada se manifiesta el trayecto aberrante de la arteria carótida interna, que carece de canal óseo, y se introduce en el oído medio, comunicando con la membrana timpánica.

Conclusiones: Es vital diferenciar el trayecto aberrante de la arteria carótida interna de otras lesiones intratimpánicas, como podría ser un tumor glómico o un paraganglioma, puesto que el tratamiento de estos es la extirpación quirúrgica, y las complicaciones al confundirlos y tratar de extirparlos quirúrgicamente podrían ser muy graves, como un sangrado importante o lo que es peor, daño neurológico por oclusión endovascular.

580. MUCOCELE FRONTAL. ¿ES EL ABORDAJE ENDOSCÓPICO SUFICIENTE?

P. Santos Acosta, R. Corrales Millán, F. Aguilar Vera y S. Sánchez Gómez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Los mucoceles son lesiones benignas crónicas potencialmente peligrosas por sus características expansivas. Se asocian a traumatismos previos, cirugía, sinusitis crónica, poliposis nasal y osteomas El seno frontal es la localización más frecuente y su sintomatología dependerá de la localización, erosión y por tanto invasión de estructuras adyacentes, pudiendo originar graves complicaciones orbitarias e intracraneales, El diagnóstico se realiza mediante TC para estudio de extensión y relación con estructuras vecinas complementándose con RNM, útil para determinar la invasión a tejidos blandos y diagnóstico diferencial de tumores sinusales.

Material y métodos: Hallazgo accidental en control radiológico de una masa que ocupa el seno frontal izquierdo en su totalidad con erosión de la pared posterior del mismo con protrusión y desplazamiento del parénquima cerebral sin signos de edemas compatible con mucocele. Como antecedentes, varón 29 años intervenido de poliposis nasosinusal grado IV.

Resultados: Marsupialización mediante abordaje externo combinado con cirugía endoscópica.

Discusión/conclusión: Los mucoceles del seno frontal son clínicamente silentes durante mucho tiempo, diagnosticándose principalmente por la presencia de síntomas debidos a la invasión de estructuras adyacentes. El abordaje endoscópico es la técnica de elección; incluso para mucoceles con erosión de la base del cráneo y/u orbitaria. Los abordajes externos combinados con cirugía endoscópica se emplean principalmente para el abordaje de mucoceles localizados en regiones más distales del seno, recurrencias y multitabicados. Por todo ello el mucocele frontal es una patología benigna y curable que precisa de un diagnóstico y tratamiento precoz.

590. ESTUDIO CLÍNICO DE LA VOZ EN PARÁLISIS HEMILARÍNGEA IZQUIERDA SECUNDARIA A CIRUGÍA CARDÍACA

P. Fernández-Miranda López, M.I. Aguadero García, S. García Fernández y J.M. Vedia García

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: La parálisis laríngea es la manifestación de una causa que debe identificarse. La lesión se suele localizar a nivel del nervio vago o del recurrente. Puede tratarse de una lesión inflamatoria, neoplásica, traumática, postquirúrgica o idiopática.

Material y métodos: Varón, 14 años, que acude a consulta para estudio de disfonía, que presenta desde que empezó a hablar. Antecedentes personales: prematuridad (requirió intubación prolongada 2 meses), intervención quirúrgica de ductus arteriovenoso. Exploración: - Laringoscopia indirecta: parálisis cuerda vocal izquierda y rotación laríngea. - Fibroscopia y telelaringoscopia: parálisis cuerda izquierda con luxación y caída de aritenoides izquierdo a línea media. Buena movilidad de cuerda derecha, aunque sin compensar hiato posterior.

Resultados: Ante el diagnóstico de parálisis completa de hemilaringe izquierda (probable afectación recurrencial unilateral consecuente a cirugía cardiaca), procedemos a estudio clínico de la voz así como a análisis de la producción acústica mediante métodos perceptuales cualitativos y objetivos (sonograma, espectograma, etc.).

Se incluye al paciente en protocolo logopédico.

Conclusiones: La afectación recurrencial unilateral implica la existencia de una lesión distal al punto de separación del nervio

vago. Es la causa más frecuente de parálisis laríngea. El estudio clínico de la voz tiene como objetivo establecer el diagnóstico de la lesión, determinar las incapacidades funcionales y apreciar la discapacidad que esto representa para la vida del paciente.

593. IMPLANTE COCLEAR EN OTOSCLEROSIS

D. Pérez Pérez, F. de la Rosa Astacio, D. Abad Casado, C. Sierra Grañón e I. Isasa González de Ubieta

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: La otosclerosis es una distrofia de la cápsula laberíntica caracterizada por la presencia de procesos anormales de reabsorción/neoformación ósea. Las manifestaciones clínicas aparecen en el 0,5-1% de la población. El proceso evolutivo puede interesar a la cóclea, surgiendo focos de espongiosis/esclerosis que alteran su permeabilidad.

Material y métodos: Se presentan dos casos: mujeres de 54 y 46 años respectivamente, con hipoacusia neurosensorial grave/profunda bilateral en relación con otosclerosis. Buena labiolectura y mal rendimiento de audioprótesis en ambos casos. Antecedente de estapedectomía bilateral en la primera paciente (resultado insatisfactorio). Desde el punto de vista logopédico, ambas pacientes son buenas candidatas para la implantación. El estudio de imagen realizado (TC y RM) demuestra hallazgos compatibles con focos de espongiosis/esclerosis coclear con permeabilidad parcial de ambas cócleas (se aporta iconografía).

Resultados: En el primer caso de decide intentar implantación en OI, vía transatical, siendo imposible la introducción del haz de electrodos. En el segundo caso, colocación de implante coclear en OD (Nucleus Freedom), vía timpanotomía posterior, logrando una óptima introducción del haz de electrodos, comprobada por telemetría y radiografía transorbitaria intraoperatorias.

Discusión/conclusiones: La ausencia de permeabilidad coclear no es una contraindicación para la implantación. Las pruebas de imagen (TC y RM) son imprescindibles en el estudio preoperatorio de los candidatos: las alteraciones de la permebilidad coclear que pueden demostrar únicamente son confirmables durante el acto quirúrgico. Pese al desarrollo de diferentes técnicas quirúrgicas y la aparición de nuevos sistemas implantables, en ocasiones, la introducción del haz de electrodos conlleva serias dificultades.

603. FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN SENO FRONTAL

L. Pérez Delgado[a], A. Lorente Muñoz[b], M.P. Lisbona Alquézar[a], S. Herrera Tolosana[a], G. Tejero-Garcés Galve[a] y A. Ortiz García[a]

[a]*Servicio de Otorrinolaringología.*
[b]*Servicio de Neurocirugía.*
Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España.

Las fracturas de seno frontal se producen como resultado de impactos de alta energía. Un tratamiento inadecuado puede conducir a complicaciones serias incluso muchos años después del traumatismo. El patrón de fractura más común es el que afecta únicamente a la pared anterior del seno frontal. Las complicaciones descritas son: deformidad estética frontal, sinusitis frontal, mucocele frontal, celulitis fronto-orbitaria, intolerancia al material de osteosíntesis, infecciones del sistema nervioso central y persistencia de fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR). Presentamos el caso de un paciente de 28 años con antecedente de traumatismo craneal tras accidente de tráfico hace más de 10 años y meningitis neumocócica en el momento actual. La RNM y la cisternografía con contraste intratecal fueron compatibles con fístula fronto-etmoidal de LCR. Una vez solucionado el proceso infeccioso, se decidió revisar quirúrgicamente la zona sospechosa mediante abordaje endoscópico y frontal externo combinado. La incisión utilizada fue la bicoronal y la fijación tras la reducción se realizó con miniplacas de titanio. Se observó un defecto óseo en la pared postero-inferior del seno frontal derecho con salida de LCR. Se obliteró el seno frontal con Duragel y fibrina autóloga, un colgajo de gálea-pericráneo y grasa abdominal.

623. ALTERACIONES RADIOLÓGICAS EN LOS PACIENTES CON HNS PROFUNDA TRATADOS CON IMPLANTE COCLEAR

I. Llópez Carratalá, A. Morant Ventura, M.T. Achiques Martínez, N. Conill Tobías, N. Muñoz Fernández, M.V. Monrroy Parada, E. Latorre Monteagudo, M.I. Pitarch Ribas y J. Marco Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: Se pretende obtener las alteraciones radiológicas en los pacientes con HNS profunda tratados mediante implante coclear de nuestro servicio y compararlo con las series existentes.

Material y métodos: Presentamos una revisión de los implantes cocleares realizados en nuestro servicio (n = 200), donde a todos los pacientes se les realizan pruebas de imagen previas a su tratamiento individualizado, como técnica imprescindible para la planificación quirúrgica y se analizan los resultados obtenidos.

Resultados: De la muestra o población de nuestro estudio se obtiene que la malformación radiológica congénita más frecuente es la dilatación del acueducto del vestíbulo, similar a lo encontrado en la bibliografía, así como, que la alteración radiológica más frecuente en adultos es la otosclerosis. También hemos analizado la presencia de ocupaciones del oído medio, ya que esta alteración supone la necesidad de tomar actitudes terapéuticas previas a la colocación del implante.

Conclusiones: Del total de pacientes implantados en nuestro servicio, se ha obtenido una baja incidencia de malformaciones y que la malformación radiológica congénita más frecuente es similar a las series ya publicadas.

624. VARIACIONES ANATÓMICAS EXTRAORDINARIAS DE LOS CORNETES

H. Moreno Pardo, F.J. Cogolludo, F.J. Guerra, V. Vasallo, R. Gutiérrez, M. Benavides, A. Encinas, L. García y C. Cenjor

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción: La patología sinusal es frecuente en las consultas ORL. Las alteraciones de la anatomía nasosinusal favorecen en ocasiones la aparición del cuadro clínico.

Material y métodos: 1. Paciente de 55 años que acude a consulta por hipoacusia neurosensorial bilateral conocida y en control por presentar insuficiencia respiratoria nasal izquierda brusca con aumento de la hipoacusia ipsilateral. Se realiza un estudio ORL completo hallando como única alteración en la endoscopia nasal, y confirmado por TAC, masa polipoidea con porción central osificada que se extiende desde el cavum hasta coana izquierda. Sugiere una variante anatómica que remeda a cornete inferior con origen en apófisis pterigoides medial izquierda. 2. Paciente de 68 años de edad con IRN derecha tras cirugía de extracción de implante oral. En la endoscopia nasal se aprecia pólipo nasal obstructivo en fosa nasal derecha informado en TAC como sinupatía crónica etmoidal derecha con cornete medio hipoplásico en su parte media y con posible cornete supernumerario con obliteración de la coana ipsilateral.

Resultados: Se realiza en el primer paciente bajo anestesia general cirugía endoscópica nasal con extirpación de masa turbinal accesoria en cavum con electrocoagulación simultanea La segunda paciente se encuentra a la espera de cirugía.

Discusión: El estudio de las variaciones anatómicas nasosinusales en pacientes asintomáticos y en enfermos podría permitirnos

correlacionar la presencia de estás con la gravedad de los síntomas.

646. DEHISCENCIA DEL CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.T. Achiques, M. Orts Alborch, N. Conill Tobías, N. Muñoz Fernández, V. Monrroy Parada, I. Llópez Carratalá y J. Marco Algarra

Hospital Clínico Universitario. Universidad de Valencia. Valencia. España.

Introducción: La dehiscencia del canal semicircular superior es una patología descrita recientemente que puede cursar con diversas manifestaciones clínicas vestibulares y auditivas. Los síntomas vestibulares como vértigo y/u oscilopsia, son más frecuentes y suelen ser desencadenados por ruidos fuertes, así como también mediante estímulos que producen cambios de presión intracraneal o del oído medio. La tomografía axial computarizada (TAC) de alta resolución permite la identificación y definición de esta patología.

Método: Presentamos el caso de una paciente de 37 años de edad con antecedente de esclerosis múltiple desde hace 10 años, quien en sus controles periódicos refiere molestia en oído derecho y sensación de desequilibrio ante ruidos intensos o al sonarse la nariz. Es valorada por ORL, presentando un examen físico normal, sensación de taponamiento en oído derecho, con signo de fístula negativo y audiometría normal. Ante la clínica referida se solicita TAC de peñascos.

Resultados: Se realiza TAC de peñascos en donde se evidencia dehiscencia de conducto semicircular superior. Ante estos hallazgos la paciente es controlada periódicamente por ORL, no amerita tratamiento quirúrgico por presentar síntomas leves y controlables.

Conclusiones: Las manifestaciones vestibulares son las más frecuentes en esta patología, sin embargo, se pueden encontrar manifestaciones auditivas. El estudio de imagen es indispensable para realizar el diagnóstico de certeza. Cuando los síntomas son leves, el tratamiento consiste en evitar las situaciones desencadenantes. Ante síntomas graves el tratamiento quirúrgico está indicado.

688. PARÁLISIS LARÍNGEA COMO SIGNO PRINCIPAL EN EL DIAGNÓSTICO DE ANEURISMA AÓRTICO

L. Garrido, F.J. Cogolludo, H. Moreno, F.J. Guerra, V. Vasallo, M. Benavides, L.I. Garcia, J.M. Villacampa, J. Sanabria, A. Encinas, R. Gutiérrez y C. Cenjor

Fundación Jiménez Díaz. Clínica Nuestra Señora de la Concepción. Madrid. España.

Introducción: La parálisis laríngea puede tener diversa etiología que debe intentar identificarse en todos los casos. La causa suele localizarse a nivel del nervio vago o del recurrente, pudiendo tratarse de una lesión inflamatoria, neoplásica, traumática, postquirúrgica o idiopática.

Material y métodos: Paciente de 81 años con antecedentes de HTA de larga evolución y mal controlada a pesar del tratamiento, diabetes e hipercolesterolemia, remitida a consulta de ORL por disfonía de 1 mes de evolución sin disfagia. En la exploración con fibroscopia se observa parálisis paramediana de cuerda vocal izquierda. Se solicita TC cervicotorácico, siendo diagnosticada de pseudoaneurisma sacular en cayado aórtico de 60 × 75 mm.

Resultados: La paciente fue intervenida con éxito por Cirugía Cardiovascular realizando injerto de Hemashield termino-terminal en carótida izquierda e injerto latero-lateral braquiocefálico-aorta con colocación de prótesis Vahant Thoracic. Se realizó embolización de arteria subclavia por parte de Radiología Intervencionista. Fue dada de alta en buena situación clínica, proponiéndose posteriormente tiroplastia.

Conclusiones: En ausencia de causa evidente para una parálisis laríngea reciente, debe tenerse en cuenta siempre como exploración complementaria la realización de un TC cérvico-torácico desde base de cráneo a mediastino. Debe descartarse especialmente patología en cayado aórtico en caso de parálisis izquierda.

692. PATOLOGÍA VOCAL. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

M. Ramírez García y M.S. Sánchez Torices

Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. España.

Introducción: La voz es el principal medio de comunicación y, actualmente, la concienciación sobre la importancia de su cuidado lleva a que se acuda con mayor asiduidad al especialista cuando se observa alguna anomalía.

Material y métodos: Tomamos una muestra aleatoria formada por 32 pacientes remitidos a nuestra Unidad de Foniatría por presentar patología vocal. Se someten a un cuestionario elaborado a fin de registrar determinados parámetros tanto objetivos como subjetivos de la voz. Los datos obtenidos se procesan empleando el software SPSS 15.0 a fin de obtener información relevante sobre las variables que han podido influir en la aparición de patología vocal.

Resultados: El 87,1% de los sujetos con patología vocal eran mujeres, mientras que el restante 12,9% eran hombres. La edad media de los pacientes se sitúa en 40,31 años, con una desviación típica de 12,03. En base a la profesión, el porcentaje más elevado es el constituido por amas de casa, con un 25,0% seguido por los profesionales que trabajan de cara al público (18,8%). Las patologías que con mayor frecuencia se presentan son los nódulos vocales (40,6%) seguidos por la disfonía funcional (25%). Otros parámetros han sido también objeto de estudio.

Discusión/conclusiones: El sexo femenino presenta, en nuestra muestra, un mayor índice de patología vocal, siendo la más frecuente la relativa a nódulos vocales. La mayor incidencia de estas patologías se presenta en edades próximas a los 40 años. Existe cierta relación entre la profesión y la aparición de determinadas patologías.

698. MASA NASAL UNILATERAL EN LA INFANCIA

F. Sánchez González, A. Bueno Ríos, M.J. Domínguez González de Rivera, A. Suárez Calvo y S. Santos Santos

Hospital Universitario del Niño Jesús. Madrid. España.

Introducción: Los meningoceles son lesiones congénitas que se pueden manifestar como formaciones congénitas intranasales unilaterales. Habitualmente se detectan en las primeras semanas de vida en forma de hipertelorismo, ensanchamiento de la raíz de la pirámide nasal o como una masa compresible blanda, pulsátil y de color azulado que ocupa la fosa nasal, dando lugar a una clínica obstructiva. La fuga de líquido cefalorraquídeo puede originar meningitis. Se incrementan de tamaño con las maniobras que aumentan la presión intracraneal, como Valsalva. Con frecuencia se asocian a otros defectos de la línea media.

Material y métodos: Paciente mujer de 10 meses, que según sus padres presenta dificultad para respiración por fosa nasal derecha, sin otra sintomatología asociada. En la exploración se aprecia una formación polipoidea que ocupa la fosa nasal derecha, contactando prácticamente con el suelo y que proviene del techo de la misma. Dicha lesión aumenta de volumen con el llanto. No se apreciaron alteraciones en la fosa nasal contralateral. Se solicitaron pruebas de imagen complementarias como TAC y RMN, confirmando el diagnóstico de sospecha inicial: meningocele.

Discusión/conclusiones: El tratamiento de elección consiste en la resección quirúrgica, con un cierre hermético de la duramadre para evitar una fístula de líquido cefalorraquídeo o una meningitis postoperatoria. Se requiere un diagnóstico diferencial con otras lesiones que pueden afectar a la línea media como gliomas, quistes dermoides...

701. TRATAMIENTO DEL LINFANGIOMA CERVICAL CON PICIBANIL

F. Sánchez González, F. Hidalgo Acera, J. Liras Muñoz, L. Velasco Pelayo, J.J. Benito González y F. Benito González

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: Los linfangiomas son lesiones que aparecen a partir de un desarrollo anormal del sistema linfático. La localización en cabeza y cuello es la más frecuente. Habitualmente se presentan antes de los dos años de edad. Generalmente se trata de una masa elástica de crecimiento progresivo e indoloro. El tratamiento quirúrgico sigue siendo el más aceptado. La extirpación completa suele ser difícil, provocando recurrencias entre el 15-50% de los casos. El OK-432 (Picibanil) es un agente esclerosante empleado para el tratamiento de los linfangiomas con una respuesta clínica excelente.

Material, métodos y resultados: *Caso 1:* paciente mujer de 16 meses, que presenta tumoración laterocervical izquierda elástica de 5 × 3 cm de crecimiento lento y progresivo, sin signos inflamatorios. No asocia otra sintomatología de interés. Se completa el estudio con ecografía cervical y RMN cérvico-facial. Se establece el diagnóstico de linfangioma quístico cervical. Se esclerosa la lesión con Picibanil bajo anestesia general y control ecográfico. *Caso 2:* varón de mes y medio de edad, remitido por tumoración en región supraclavicular izquierda, dura de 3 × 3 cm desde el nacimiento. El estudio de imagen mediante ecografía y TAC confirma el diagnóstico de linfangioma. Se realiza tratamiento esclerosante mediante OK-432. El seguimiento en consulta de los dos pacientes confirmó la reducción de tamaño de las lesiones sin complicaciones postoperatorias.

Discusión/conclusiones: Pincibanil es un agente esclerosante derivado de una cepa de baja virulencia de Streptococcus pyogenes. La esclerosis es un procedimiento menos invasivo que la cirugía, que está indicado cuando existe riesgo de lesión de estructuras locales vitales. Presenta una baja incidencia de complicaciones.

702. GRANULOMA REACTIVO POSTESTAPEDECTOMÍA. UNA INUSUAL COMPLICACIÓN

E. Masgoret Palau, J. Merán Gil, A. Osorio Acosta, J. Bueno Yanes y A. Ramos Macías

Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: Las complicaciones más frecuentes descritas tras cirugía por otoesclerosis son acúfenos o vértigos persistentes, fístula perilinfática, cofosis, necrosis de la apófisis larga del yunque, entre otras. Una complicación que no suele mencionarse por inusual es el granuloma.

Material y métodos: Paciente mujer de 65 años con antecedentes de estapedectomía izquierda con pistón fluoroplástico hace 4 meses que presenta cuadro de inestabilidad y cefalea parietal izquierda. La otoscopia revela una ocupación a nivel de oído medio. El TC objetiva una masa de partes blandas en epitímpano y celdas mastoideas, destacando una alteración del sistema vestibular. En la RMN se observa una ocupación generalizada a nivel de oído medio y mastoides, así como distorsión morfológica a nivel de cóclea, vestíbulo y canales semicirculares izquierdos.

Resultados: Se realiza mastoidectomía reglada con visualización de mastoiditis inflamatoria reactiva con granuloma en oído medio que engloba la prótesis en su totalidad. Se retira la prótesis, yunque y parte del granuloma. Se infiltra toda la cavidad con solución corticoidea y se coloca un drenaje transtimpánico. La anatomía-patológica es informada como una inflamación crónica inespecífica.

Discusión/conclusiones: El granuloma reactivo o reparativo se define como la exageración del proceso reparativo normal tras cirugía del estribo, frecuentemente asociado a una destrucción del laberinto. El granuloma post-estapedectomía es muy poco frecuente. En EEUU se describe una incidencia de 0,1 al 1,5%. Se recomienda una cirugía precoz tras sospecha de la esta complicación para evitar el daño a nivel vestibular.

709. PÓLIPO ATICAL CON SORPRESA

F.J. Avilés Jurado, E. Domènech, M. Tobed Secall, J.L. Merán Gil, M.D. Martínez Novoa, J.C. Flores Martín y E.Figuerola Massana

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. España.

Introducción: Presentamos el caso y las imágenes de un caso referido a nuestro servicio; creemos interesante por la rareza de la histología de un pólipo de conducto auditivo externo.

Caso clínico: Paciente de 72 años que acude por otorrea en oído izquierdo. Como antecedentes a destacar síndrome miccional de larga evolución. Presenta pólipo en ático-pared posterior de conducto auditivo externo. Se practica biopsia escisiones que arroja el diagnóstico de adenocarcinoma. Se refiere a comité oncológico que, ante la excepcionalidad del hallazgo, somete el paciente a estudio para detectar tumor primario. Se practica body-TC que muestra tumor prostático. Ante la extensión del tumor no era tributario de cirugía; se practicó RT radical.

Discusión: Las metástasis en el conducto auditivo externo son raras. Se encuentran muy pocos casos descritos en la literatura. Los tumores que con más frecuencia metastatizan en cabeza y cuello son los de mama, pulmón y riñón. El antecedente de síndrome miccional del paciente nos podría haber orientado, pese a que es un diagnóstico excepcional

720. GENTAMICINA INTRATIMPÁNICA EN LA ENFERMEDAD DE MENIÈRE

J.C. del Pozo de Dios, R. de la Fuente Cañibano, M.I. Calle Cabanillas, P. Santos Gorjón, A. Batuecas Caletrio y F. Benito González

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: La enfermedad de Menière es una afección del oído interno de causa desconocida, cuya base anatomopatológica es una acumulación de endolinfa. Se caracteriza por crisis de vértigo rotatorio, sordera fluctuante y acúfeno unilateral. Es más frecuente entre la cuarta y sexta década de la vida, sin predominio de sexo.

Material y métodos: Se lleva a cabo un estudio retrospectivo en el que se revisan 24 pacientes con enfermedad de Menière unilateral definitiva a los que se les administró gentamicina intratimpánica durante los años 1999 a 2002. En todos ellos evaluamos la ATL y VNG previa, el tratamiento aplicado en número de dosis y concentración, el resultado obtenido en las pruebas calóricas tras la última dosis, efectos secundarios, y el número de crisis tras el tratamiento. Dos de estos pacientes presentaron posteriormente un VPPB,y uno un cuadro vertiginoso de oído contralateral, por lo que se excluyen del estudio.

Resultados: Los pacientes estudiados fueron 13 mujeres y 8 varones con una edad media de 53.6 años. En los 6 meses previos a la administración de gentamicina presentaron una media de 1,96 crisis mensuales. El déficit medio en el VNG era de 51,3% con una pérdida audiométrica media de 60,8 dB. Tras el tratamiento se

aprecia que en un 36,3% de pacientes reaparecen las crisis en el periodo de seguimiento.

721. TRATAMIENTO DEL SAOS PEDIÁTRICO CON RADIOFRECUENCIA

A. Suárez Calvo, A. Bueno Ríos, M.J. Domínguez y S. Santos Santos

Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. España.
Sanatorio Quirúrgico Virgen del Mar. Madrid. España.
Hospital Nisa Pardo. Aravaca. España.

Objetivos: Valorar la eficacia clínica de la radiofrecuencia como técnica para disminuir volumen del tejido amigdalar para resolver el síndrome de apnea del sueño infantil.

Pacientes y método: se han evaluado 30 pacientes diagnosticados con polisomnografía por el servicio de Neumología de SAOS en los grados leve y moderado. Se excluyeron pacientes con SAOS severos y graves e hipertrofias amigdalares obstructivas y niños con patologías complejas y sindrómicos. Se ha utilizado el dispositivo CELON R, terminal de amígdalas a una intensidad de 8 W haciendo tres punciones en cada amígdala. Bajo Anestesia general con una noche de ingreso. Periodo de seguimiento un mínimo de 6 meses y un máximo de 1 año. Se han valorado como criterios de eficacia: grado de reducción del tamaño amigdalar en relación a tamaño de faringe, resolución subjetiva de los síntomas ronquido, apnea y mejoría deglutoria y baloración de eficacia global del procedimiento percibida por los padres.

Resultados: El tamaño se redujo en un 50% de promedio, el ronquido desapareció en el 90% de los casos, subjetivamente dejaron de tener apneas en un 100% y mejoraron los problemas deglutorios en aquellos niños que los tenían en un 90%. El grado de eficacia medio subjetivo percibido por los padres fue de 8/10.

Discusión: La radiofrecuencia como procedimiento alternativo a cirugía tradicional por las ventajas de menor sangrado, dolor. Las contraindicaciones son SAOS severos y amígdalas obstructivas por riesgo de obstrucción completa de vía aérea por inflamación en el postoperatorio inmediato. Resultados en el tiempo en relación a otros trabajos.

Conclusiones: La radiofrecuencia es una técnica eficaz para resolver las apneas del sueño infantil y por lo tanto una alternativa muy a tener en cuenta a la cirugía tradicional.

727. NEUROPATÍAS AUDITIVAS EN NIÑOS. ESTUDIO DE 7 CASOS

S. Santos Santos, M.J. Domínguez González de Rivera, L. Sgambatti, A. Bueno Ríos y A. Suárez Calvo

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

Objetivos: Estudio de las presentaciones clínicas de niños diagnosticados de neuropatía auditiva. Tipo de estudio: retrospectivo y descriptivo en un hospital público pediátrico terciario.

Pacientes y método: Se han valorado clínicamente 7 niños diagnosticados de neuropatía auditiva en nuestro centro desde 1999 a 2007. Se estudian junto a diversos aspectos clínicos, factores de riesgo para hipoacusia, hallazgos audiológicos, diagnóstico por imagen, genéticos, tratamiento y evolución.

Resultados: La edad media al diagnóstico fue de 16 meses. Se encontraron los siguientes factores de riesgo para hipoacusia: prematuridad, bajo peso, hiperbilirrubinemia, consanguineidad, e historia familiar positiva en 5 casos respectivamente. También se encontró 1 asociación a síndrome MELAS y otra a leucodistrofia de Pelizaeus-Merzbacher. Hasta ahora, sólo se pudo filiar por genética molecular para hipoacusia no-sindrómica 1 caso positivo para gen OTOF. Salvo en 2 casos, todos negativizaron con el tiempo las otoemisiones. La hipoacusia fue de grado moderado a severo y bilateral en todos los pacientes. Dos casos fueron tratados mediante implante coclear con buenos resultados. El niño con leucodistrofia presenta una evolución lingüística favorable hasta el momento, el resto de los casos no implantados presentan un desarrollo lingüístico retrasado en diferentes grados dependiendo de las patologías asociadas.

Discusión: La variabilidad referida en la literatura en relación a la neuropatía auditiva abarca todos sus aspectos, desde el sustrato anatomo-fisiológico hasta sus consecuencias auditivas. Algunos tipos, como la asociada al gen OTOF, muestran características fisiopatológicas y clínicas más acordes a una patología puramente endococlear, por lo que su inclusión en este grupo resulta menos sólida conceptualmente. En nuestra serie, la mayor variabilidad se muestra en el contexto de las patologías en las que aparece. Las principales incógnitas se centran en el diagnóstico topográfico y de procesamiento de la señal auditiva a nivel retrococlear, pudiendo darse concomitantemente procesos de disincronía junto a afectación extensa de la vía auditiva. Las dificultades para filiar adecuadamente el trastorno impiden una sistematización del tratamiento, el cual debe individualizarse rigurosamente.

Conclusiones: la variabilidad en el espectro clínico de las neuropatías auditivas dificulta el manejo terapéutico de estos pacientes. El estudio clínico y audiológico en profundidad pueden favorecer la filiación y la orientación terapéutica.

728. CAUSA INUSUAL DE ESTRIDOR EN EL RECIÉN NACIDO

C. Iglesias, M. Pellicer, D. Graterol, A. Bores y F. Pumarola

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: El estridor es un signo de obstrucción de la vía aérea superior, cuya causa puede ubicarse a nivel supraglótico, glótico o infraglótico. La laringomalacia es la causa más frecuente de estridor en menores de 6 meses, seguida de la parálisis de cuerdas vocales, la estenosis subglótica, y, menos frecuentemente, el hemangioma subglótico y la traqueomalacia.

Material y métodos: Presentamos el caso de una lactante de dos meses, sin antecedentes perinatales, derivada a nuestro centro para estudio y tratamiento de probable angioma laríngeo, por presentar angiomas cutáneos y estridor inspiratorio desde las tres semanas de vida. Se realiza fibroendoscopia flexible, angio-TC cervical y revisión quirúrgica.

Resultados: La fibroendoscopia y el TC cervical objetivan probable quiste en vallécula (lado izquierdo), de un centímetro de diámetro, que obstruye parcialmente vía aérea. Se realiza revisión quirúrgica mediante endoscopia rígida confirmándose el diagnóstico y descartando patología subglótica y traqueal, y se procede a su marsupialización mediante microcirugía endolaríngea, normalizándose el paso aéreo y remitiendo la clínica.

Discusión/conclusiones: Los quistes laríngeos congénitos son una causa rara y potencialmente letal de obstrucción de la vía aérea en el neonato. En nuestra paciente, el diagnóstico diferencial incluía el hemangioma subglótico, dada la asociación con angiomas cutáneos. Para descartar lesiones subglóticas y/o traqueales se realizó, además de la laringoscopia directa, un angio-TC cervical. Una vez cerciorados de la ausencia de otras lesiones, se procedió a su marsupialización.

743. SINUSITIS COMPLICADAS EN EDAD PEDIÁTRICA

A. Suárez Calvo, A. Bueno Ríos, S. Santos Santos y M.J. Domínguez

Hospital Universitario del Niño Jesús. Madrid. España.

Introducción: La sinusitis aguda bacteriana es común en la población pediátrica. Evaluamos la frecuencia de complicaciones intracraneales y orbitales que se producen simultáneamente o por separado como complicaciones de la rinosinusitis aguda en la población pediátrica.

Material y métodos: Los registros de tres casos pediátricos en los que los niños presentaron absceso epidural intracraneal y/o celulitis orbitaria como subyacente de la infección fue de los senos paranasales.

Resultados: Los tres casos presentaron un absceso epidural intracraneal, uno de ellos celulitis orbitaria, dos precisaron tratamiento quirúrgico mediante cirugía endoscópica nasosinusal y drenaje del absceso epidural por parte de Neurocirugía, uno le quedaron grandes secuelas neurológicas y los otros dos el alta fue con resolución de la enfermedad nasosinusal y neurológica.

Discusión/conclusiones: La infección intracraneal y orbital simultánea como complicaciones son raras. Debido a la alta incidencia de hallazgos intracraneales se recomienda RM y tomografía computarizada. El tratamiento médico precoz y adecuado suele ser determinante. Se describe nuestra experiencia y revisamos la literatura disponible.

749. PARÁLISIS GLOSOFARÍNGEA. CASO CLÍNICO: IDIOPÁTICA FRENTE A TRAS MICROCIRUGÍA LARÍNGEA

M.I. Aguadero García, C. Pérez Torres y J.M. Ruíz Gómez

Hospital Clínico San Cecilio. Granada. España.

Introducción: El glosofaríngeo es un nervio mixto: sensitivo-sensorial, motor y vegetativo. Función sensitivo-sensorial: sensibilidad general de la faringe y tercio posterior de la mucosa lingual, región amigdalina y parte del velo del paladar. Como nervio sensorial recoge estímulos gustativos del tercio posterior de la lengua. Función motora: inerva músculos de la faringe y velo del paladar. Función vegetativa: contiene fibras parasimpáticas que inervan a la glándula parótida y a las glándulas mucosas linguo-labiales.

Material y métodos: Mujer de 37 años a la que se le realizó microcirugía laríngea para extirpación de pólipo de cuerda vocal derecha. La intervención cursó sin incidencias. Tras semana de reposo vocal, al comenzar a hablar notó dificultad en la articulación de la palabra, por lo que acudió al servicio de urgencias. Presentaba rinolalia, dificultad para deglutir y articulación de la palabra. Exploración: asimetría del velo del paladar y ausencia del reflejo nauseoso del lado izquierdo.

Resultados: Se le realiza TC craneal y cervical donde no se observa alteración, se pone tratamiento corticoideo y antibiótico y se da cita para revisión en consultas de Otorrinolaringología y Neurología. En la revisión la paciente presenta una mejoría casi absoluta, presentando una leve disminución del reflejo nauseoso. Se le pide RMN craneal y cervical, sin observarse alteración. En la última revisión la paciente se encontraba asintomática.

Conclusiones: La parálisis glosofaríngea se ha asociado a la cirugía del área de amígdala palatina, espacios parafaríngeos y vascular y paragangliomas, pero no tras microcirugía laríngea. La parálisis glosofaríngea idiopática es una entidad rara, suele ser unilateral, generalmente transitoria, de inicio agudo, relacionado con cuadro infeccioso de vías respiratorias altas y ausencia de signos neurológicos asociados.

753. ENFISEMA SUBCUTÁNEO EN NIÑO TRAS MÍNIMO TRAUMATISMO CERVICAL

J.L. Merán, E. Masgoret, M.L. Zaballos, A. Osorio, J. Bueno y A. Ramos

Servicio de ORL. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: Los traumatismos cervicales se clasifican en abiertos y cerrados. Los cerrados son aquellos básicamente producidos por contusiones, aceleraciones o desaceleraciones. Los abiertos son aquellos en los que hay exposición del contenido cervical. El mecanismo de lesión es de suma importancia como dato en la historia clínica. Los signos más frecuentes y de mayor importancia clínica son hematoma, hemorragia externa, enfisema subcutáneo, disfonía, disnea y compromiso hemodinámico. Los principios del manejo giran alrededor del control inmediato de la vía aérea. La mayoría de los pacientes, aun aquellos con lesiones de la tráquea, pueden ser manejados con intubación naso u orotraqueal.

Material y métodos: Presentamos el caso de un niño de 2 años, sin antecedentes patológicos de interés, derivado desde otro centro de salud por presentar historia de traumatismo cervical contuso (al caer de su propio pie sobre una mesa de madera) de 4 horas de evolución. A la exploración, el niño presenta dificultad respiratoria con marcado enfisema subcutáneo cervical y torácico; también se observa un área de eritema con una lesión puntiforme central en la región anterior del cuello. Se decide realizar intubación orotraqueal, Rx de tórax, TAC cérvico-torácico y traslado a UCI pediátrica. En el TAC se observa enfisema subcutáneo cervical, torácico y abdominal, con neumomediastino, sin evidencia de lesión traqueal.

Resultados: El paciente permanece intubado durante 3 días en la unidad de cuidados intensivos, donde es extubado una vez que se confirma mediante TAC la disminución del neumomediastino. El paciente evolucionó de forma satisfactoria recibiendo el alta al quinto día después de su ingreso.

Discusión/conclusiones: Lo más importante en el manejo inicial de urgencia de los pacientes con traumatismo cervical es asegurar una vía aérea permeable y una condición hemodinámica estable. La evaluación clínica inicial del paciente es muy importante para decidir las alternativas de acción a seguir.

755. MANIFESTACIONES FARINGOLARÍNGEAS EN LA TIROIDITIS DE RIEDEL

P. Melgarejo, M. Borrás, F. Ghani, B. García, J. Galindo y A. Hernández

Hospital Santa Maria. Lleida. España.

La tiroiditis de Riedel es una enfermedad inflamatoria crónica de la glándula tiroides caracterizada por un proceso de fibrosis invasiva que destruye parcialmente la glándula, extendiéndose a las estructuras cervicales adyacentes. Presentamos el caso de un paciente con fibrosis retroperitoneal que refiere opresión cervical anterior con disfonía y disfagia. Las pruebas complementarias y el estudio anatomopatológico confirman la presencia de una tiroiditis de Riedel. La clínica de la TR no es específica y frecuentemente se confunde con neoplasia o infección. Como en las otras lesiones fibroescleróticas la clínica depende de las estructuras que envuelve. Se presenta como una masa tiroidea dura e indolora que produce síntomas compresivos como disnea y disfagia. Disfonía por parálisis de cuerda vocal ha sido descrita e incrementa la confusión con el carcinoma de tiroides.

762. CRITERIOS RADIOLÓGICOS DE DRENAJE QUIRÚRGICO DE LOS ABSCESOS RETROFARÍNGEOS EN EL NIÑO

C. Iglesias[a], R. Wegmann[a], M. Pellicer[a], J. Skufca[a], E. Vázquez[b] y F. Pumarola[a]

[a]*Servicio de ORL Pediátrica.*
[b]*Servicio de Radiología Pediátrica.*
Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: Los abscesos retrofaríngeos suelen afectar a niños menores de 5 años. Su abanico sintomatológico es amplio. Ante su sospecha debe realizarse una exploración de imagen. Pero, ¿ante qué hallazgos debemos pensar que nuestro paciente requiere cirugía? Nuestro trabajo pretende revisar variables de TC cervical que

nos indiquen la presencia de un absceso retrofaríngeo, y nos muestren, a su vez, la necesidad de drenaje quirúrgico.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas, hojas quirúrgicas e imágenes de TC cervical de todos los pacientes menores de 16 años ingresados bajo sospecha de absceso retrofaríngeo durante el año 2007 en nuestro hospital, y se dividieron en dos grupos según si se realizó o no drenaje quirúrgico.

Resultados: Fueron estudiados cinco pacientes, con edades comprendidas entre los 14 meses y los 4 años. No se encontraron diferencias en cuanto a sintomatología entre los dos grupos. La TC cervical mostró criterios claros de abscesificación en 2 pacientes, que evolucionaron correctamente tras drenaje quirúrgico. En un caso la TC fue dudosa, y al procederse a intervención quirúrgica no se obtuvo material purulento.

Discusión/conclusiones: Los datos que orientan a absceso en la TC son: hipoatenuación central, efecto masa, anillo de captación periférica, morfología ondulada del contorno y obliteración de espacios grasos vecinos. Obtuvimos un porcentaje no despreciable de falsos positivos, motivo por el cual proponemos: tratamiento médico inicial (mientras el estado clínico del paciente lo permita) y según la evolución repetir TC y, si precisa entonces, realizar drenaje quirúrgico.

DOMINGO, 15 DE NOVIEMBRE

17. PLASMOCITOMA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

M. Amat Soley, C. Margalejo Muro, J. Fusté Clapés, J. Fontané Ventura y P. Cantón Bascuas

Hospital del Mar. Barcelona. España.

Introducción: El plasmocitoma extramedular (PEM) es una tumoración rara de células plasmáticas, caracterizada por una proliferación neoplásica monoclonal de linfocitos B en tejidos blandos. El 80% de los PEM afectan a la región de cabeza y cuello, siendo la cavidad nasal, senos paranasales y nasofaringe las zonas más frecuentemente afectadas. Puede estar asociado a mieloma múltiple (15-25%). El diagnóstico se establece por anatomía patológica e inmunohistoquímica. El tratamiento del PEM es cirugía y/o radioterapia. El pronóstico depende del tamaño del tumor (> 5 cm) y de la afectación ganglionar. La supervivencia a los 10 años es del 50-80%.

Material y métodos: Presentamos 2 casos de PEM en el área otorrinolaringológica (ORL): Un paciente con 2 plasmocitomas en laringe, y un segundo caso de un plasmocitoma en fosa nasal.

Resultados: Caso 1: el primer plasmocitoma fue tratado con cirugía y radioterapia. El segundo plasmocitoma sólo con cirugía. Caso 2: tratado con cirugía y radioterapia.

Conclusiones: El PEM en el área ORL es una neoplasia poco frecuente que habitualmente se presenta como una enfermedad localizada, sobretodo en región nasosinusal. Puede tratarse con radioterapia, cirugía o ambas. Es necesario el seguimiento a largo plazo porque la recurrencia local y la enfermedad diseminada pueden ocurrir muchos años después del diagnóstico.

21. HEMANGIOMA CAPILAR EN OÍDO MEDIO

M. Álvarez-Buylla Blanco, M. López Amado y J. Martínez Vidal

Hospital Universitario A Coruña. A Coruña. España.

Introducción: Los hemangiomas capilares se consideran tumores vasculares benignos. Su localización en el hueso temporal es infrecuente, y sobre todo en oído medio, siendo el ganglio geniculado y el canal auditivo interno los sitios más comunes dentro de dicha localización. En una revisión de la literatura inglesa tan sólo se encuentran 11 casos de hemangioma localizados en oído medio.

Material y métodos: Paciente 68 años ingresado en Medicina Interna por descompensación de TA y DMII, dentro del contexto de mareo sin giro de objetos que coincide con deambulación durante 2 semanas. Se acompaña de hipoacusia y acúfeno pulsátil en oído izquierdo de 6 meses de evolución. Otoscopia OI: masa trilobulada de aspecto vascular en cuadrante postero-inferior. Acumetría: Rinne positivo y Weber a la derecha. Audiometría: hipoacusia de transmisión bilateral. TAC con contraste: masa en promontorio coclear hasta suelo de cavidad timpánica y membrana timpánica y canal carotídeo sin erosionarlos. Podría corresponder con un glomus timpánico. Se solicita una RNM, que el paciente no se realizó y se programa para timpanotomía exploradora.

Discusión: Los angiomas de oído medio debutan con una gran variedad de síntomas desde asintomático hasta más frecuente acúfeno pulsátil o masa retrotimpánica vascular. Ante la presencia de una masa rojiza en oído medio se deben considerar causas infecciosas, inflamatorias, vasculares, neoplásicas.

Conclusiones: El diagnóstico definitivo de una masa rojiza en oído medio viene dado por la timpanotomía exploradora siendo necesaria su exéresis completa por el alto grado de recurrencias.

22. ENFERMEDAD DE MADELUNG

M. Álvarez-Buylla Blanco, N. González Poggioli, J. Herranz García-Botas y J. Martínez Vidal

Hospital Universitario A Coruña. A Coruña. España.

Introducción: La enfermedad de Madelung es una lipomatosis simétrica benigna caracterizada por acúmulo no encapsulado de grasa en el cuello y hombros. Existen cinco casos documentados localizados en la lengua. Puede comprometer la vía aérea, el habla, y el desarrollo mandibular, siendo así imperativo la necesidad de una corrección quirúrgica.

Material y métodos: Estudiamos el caso de una mujer de 65 años de edad diagnosticada de SAOS a tratamiento con CPAP que acude refiriendo aumento de su disnea y disfagia de nueva aparición en relación con aumento del tamaño de la lengua. Como antecedentes la paciente presenta hipertensión arterial, lipodistrofia axilar. En la exploración se visualiza una lengua con unas dimensiones aprox de 12 × 7 × 3 cm con mucosa lisa y sin úlceras ni otras alteraciones. Se realiza TAC y RNM objetivándose un severo agrandamiento difuso de la lengua, simétrico, con áreas hiperatenuantes periféricas inespecíficas sin poder descartar malignidad. La lesión oblitera parcialmente la luz orofaríngea. Se realiza una plastia lingual lateral derecha, encontrándose infiltración músculo lingual por tejido graso, y una traqueotomía. El resultado anatomo-patológico es de lipomatosis lingual. El paciente presenta una evolución favorable.

Discusión: La macroglosia constituye un síntoma infrecuente que encontramos englobado en varios síndromes como la enfermedad de Madelung. Su reducción quirúrgica se hace necesaria cuando es sintomática siendo imposible la exéresis completa y aportando el diagnóstico definitivo. Se han propuesto muchas técnicas, con incisiones elípticas en línea media o incisiones periféricas como la que usamos en nuestro caso preservando así la vascularización arterial lingual, así como el gusto y movilidad lingual. La recurrencia es frecuente por lo que hay que hacer un seguimiento en estos pacientes.

Conclusiones: La localización lingual de la enfermedad de Madelung es infrecuente. La plastia lingual lateral como método de corrección de una macroglosia es una técnica efectiva y con pocas complicaciones secundarias, paliando los síntomas y manteniendo la motilidad y sensibilidad y vascularización lingual.

25. ESTIMULACIÓN BIMODAL. AUDÍFONO MÁS IMPLANTE COCLEAR. RESULTADOS

M.A. Gutiérrez Revilla

Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: Desde hace décadas el implante coclear es el tratamiento de elección para la hipoacusia neurosensorial severa-profunda bilateral, no susceptible a audífonos. El resultado es el óptimo rendimiento en discriminación auditiva del mundo sonoro y lenguaje oral. En la actualidad las indicaciones se están ampliando para hipoacusias de complicado manejo con audífonos por su "relativa" funcionalidad.

Material y métodos: Presentamos una población de 10 pacientes con hipoacusia neurosensorial profunda unilateral paliada con implante coclear. En el lado contralateral presentan hipoacusia mixta severa no susceptible a otro tipo de cirugía, portan audífono convencional. Las dos marcas de implante coclear utilizadas en nuestro centro: Med-el con electrodo interno: PULSAR CI 100, procesador: OPUS2 y Cochlear con electrodo interno: FREEDOM, procesador: FREEDOM. Los métodos utilizados para evaluar el rendimiento son mediante técnicas normalizadas: Prueba de Discriminación Auditiva y sonómetro EGESA SB/HE-30.

Resultados: Tras 6 meses utilizando el implante coclear junto con el audífono contralateral los resultados son significativamente mejores que con la utilización de un solo dispositivo. Obtenemos en cada paciente una mejoría con los dos dispositivos: Reconocimiento de bisílabos: 95% y reconocimiento de frases: 100%

Discusión/conclusiones: La estimulación binaural es un tratamiento de elección en aquellos casos donde un audífono no aporta ganancia suficiente para el óptimo manejo dentro del mundo oralista, pero sumando el implante coclear contralateral los resultados permiten al paciente una calidad de vida auditiva mucho más cercana a la del normo-oyente.

30. OSTEOMAS DE SENOS PARANASALES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

C. Muñoz Palza, A. Cordero Jimenez, E. Flores Carmona y G. Rodríguez Baró

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: Los osteomas son tumores óseos benignos, en los senos paranasales la localización más frecuente es en el seno frontal. Su origen es desconocido y su crecimiento lento. Cuando dan clínica la manifestación más frecuente es la cefalea. El tratamiento de elección es quirúrgico.

Material y métodos: Presentamos dos casos de pacientes con osteoma frontales, con clínica de cefaleas intensas, por lo que se decide tratamiento quirúrgico.

Resultados: Se realiza una revisión de esta patología y se aportan imágenes de la misma.

Discusión/conclusiones: Se discute el tratamiento ideal en cada caso.

35. COLGAJO MIOCUTÁNEO DE LATISSIMUS DORSI

E. Gil-Carcedo Sañudo, E. Sánchez Terradillos, J. Pérez Sáez y L.M. Gil-Carcedo

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

Introducción: Fue utilizado para reconstrucción mamaria después de mastectomía por Tansini (1906), D'Este (1912) y Hutchins (1939), después cayó en el olvido hasta que lo actualizan Olivari (1976) y Bostwick y Vasconez (1977) también para reconstrucción mamaria. Quillen lo emplea en 1978 para reconstrucción en cabeza y cuello y Gomina (1978) lo describe para colgajo libre microvascular. La arteria toracodorsal (rama terminal de la arteria subescapular) entra en la superficie profunda del músculo por su extremo axilar y lo recorre de arriba abajo en el sentido de sus fibras; constituye un grueso pedículo formado por la arteria, dos venas y el nervio toracodorsal.

Material y métodos: El póster explica, con diez demostrativas fotografías de una misma intervención, todos los tiempos quirúrgicos: creación de la isla, tallado del istmo muscular, exposición del pedículo vascular, transferencia de zona dadora a receptora, reparación de un extenso orostoma, etc.

Resultados: El colgajo miocutáneo de dorsal ancho es una técnica poco utilizada actualmente, es más habitual el empleo de colgajos libres microvasculares, colgajos de Pectoral mayor y otros. En casos seleccionados o de fracaso de otros sistemas, esta técnica puede ser de elección en pacientes concretos. Su realización resulta tan sencilla como la del miocutáneo de pectoral mayor.

Discusión/conclusiones: Técnica poco usual, puede ser muy útil para reconstrucción en cabeza y cuello. Colgajo seguro por su excelente vascularización. Tiene el inconveniente de necesitar disponer dos posturas sucesivas y dos campos distantes. Es una posible alternativa a otros colgajos miocutáneos o libres microvasculares.

36. CARCINOMA MIOEPITELIAL DE PARÓTIDA. TUMOR CON DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONTROVERTIDOS

L.A. Vallejo Valdezate, C. Sánchez Herrero, M. Madrigal Revuelta, L.M. Gil-Carcedo García y E. Gil-Carcedo Sañudo

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

Introducción: El carcinoma mioepitelial es una entidad relativamente nueva introducida en la Clasificación de Tumores Salivares de la OMS en 1991. Según datos bibliográficos, generalmente referentes a un caso, es un tumor raro, muy recidivante, metastatizante (ganglios linfáticos, piel, pulmón, hueso) y tiene pobre pronóstico. La única serie "larga" encontrada en nuestra revisión es una retrospectiva histórica n = 8 (2006).

Métodos: Utilizamos: los datos más expresivos de la evolución de nuestra paciente (58 años), imágenes de la intervención tras la primera recidiva (parotidectomía total con conservación del facial, vaciamiento cervical funcional homolateral), de la intervención de la segunda recidiva (radical ampliada) y la anatomía patológica.

Resultados: En histología el tumor se dispone con una capa interna (células adenoides), otra externa (células mioepiteliales); muestra citoqueratina, S-100 y reacción a actina, positivos. La supervivencia actual de la paciente es de 8 años desde el diagnóstico. De una primera parotidectomía suprafacial recidivó a los 6 años, de la parotidectomia total recidivó a los 18 meses. Tras la última resección ampliada con sacrificio del facial desde el segundo codo (marzo 2009) se indica quimio-radioterapia.

Discusión/conclusiones: La evolución de nuestra paciente sigue la pauta de los casos descritos en la literatura: diagnóstico anatomopatológico complejo, tendencia a la recidiva y mal pronóstico a medio-largo plazo. En la única serie "larga" precitada la supervivencia era: 67,20% a los 3 años, 45,49% a los 5 y 17,06% a los 10. Es discutida la sensibilidad a quimio-radioterapia; en varios casos publicados se aplica como complementaria a la cirugía.

39. SÍNDROME DE TAPIA SECUNDARIO A TORACOTOMÍA

L.M. Torres Morientes, J.I. Benito Orejas y D. Morais Pérez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción: El síndrome de Tapia se caracteriza por la parálisis de la cuerda vocal y hemilengua ipsilaterales secundario a la afectación extracraneal de los pares craneales neumogastrico e hipo-

gloso. Esta entidad fue descrita por Tapia en 1904 tras una herida por asta de toro a nivel cervical.

Caso clínico: Varón de 32 años de edad ingresado en el servicio de Cirugía Torácica con clínica sugestiva de mediastinitis aguda tras un flemón submandibular complicado. Previa traqueotomía, se realiza desbridamiento y drenaje mediastínico por toracotomía lateral derecha. Al mes de la cirugía es remitido al servicio de Otorrinolaringología para valorar el cierre del estoma traqueal evidenciando unas parálisis de la cuerda vocal y hemilengua derechas. Tras cuatro meses se recupera la motilidad lingual y laríngea.

Conclusiones: La lesión de ambos pares craneales se localiza en su intersección a nivel del espacio faríngeo lateral. Clínicamente suele debutar con voz bitonal, desviación lingual y en alguna ocasión disfagia. El agente etiológico traumático es el más frecuente seguido de procesos compresivos secundarios a la colocación anómala del balón de intubación en la laringe. Hay algún caso descrito tras toracotomía, la cual podría inducir la tracción de ambos nervios. En nuestro paciente creemos que el factor desencadenante pudo ser la toracotomía tras descartar otras posibilidades. La recuperación suele ser completa y varía desde pocos días hasta un año.

50. FLEBECTASIA DE LA VENA YUGULAR EXTERNA DERECHA

J.M. Escapa Garrachón, I. Alonso Castañeira, B. Encinas Gaspar, P. de las Heras Flórez, A. Enterría González y J.L. Alonso Treceño

Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. España.

Introducción: La flebectasia yugular es una entidad muy rara. La localización más frecuente es en la vena yugular interna. Presentamos un caso localizado en la vena yugular externa.

Material y métodos: Mujer de 72 años con tumoración supraclavicular derecha, blanda, no pulsátil, en ocasiones dolorosa. Se pide TAC, RMN, y ecodoppler color cervical. Se realizó exéresis de la tumoración y ligadura de las conexiones venosas.

Discusión: La flebectasia yugular es una entidad muy rara. El ecodoppler es la prueba no invasiva más útil para el diagnóstico de esta patología. Hay ocasiones, cuando la clínica lo aconseja o existe riesgo de rotura o de complicación tromboembólica venosa en la que es preciso realizar tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: La flebectasia yugular externa, aunque poco frecuente, hay que tenerla presente en el diagnóstico de masas cervicales. A veces es necesario realizar tratamiento quirúrgico.

51. DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA ETMOIDO-FRONTAL

E. Alarcón Linares, F. Ropero Romero, P. Figueroa Crespo, A. Jurado Ramos, M.J. Ramos Gómez y J. Aguilar Cantador

Hospital Universitario Reina Sofía. Madrid. España.

Introducción: La displasia fibrosa es una enfermedad benigna caracterizada por proliferación hamartomatosa de tejido fibroso en la médula ósea asociada a una metaplasia ósea secundaria que dan lugar a hueso neoformado poco calcificado e hipertrófico. Suele iniciarse en la infancia y diagnosticarse fortuitamente a consecuencia de las asimetrías que provoca. Se localiza principalmente en hueso frontal, esfenoides, etmoides y maxilar. Se puede clasificar en tres grupos: monostótica, cuando hay ataque de un solo hueso; poliostótica, cuando se afectan múltiples huesos, y poliostótica, conocida como síndrome de McCune Albright, en la que se asocia maduración precoz de los huesos y anomalías en la pigmentación cutánea.

Material y métodos: Mujer de 25 años remitida a nuestro centro por cefaleas frontales de tipo opresivo de 2 años de evolución que aumentaban con el decúbito lateral derecho. Presenta asimetría frontal desde hace 10 años en progresión. A la exploración se objetiva tumoración frontal derecha, con exploración oftalmológica y neurológica normal.

Resultados: El TC confirma la existencia de una displasia etmoido-frontal de predominio lítico. Se interviene quirúrgicamente realizándose un abordaje combinado endoscópico - via externa resecándose por completo la tumoración ósea.

Conclusiones: El tratamiento de la displasia fibrosa es quirúrgico, dependiendo de la relevancia clínica y estética de las deformaciones así como de sus complicaciones secundarias al desarrollo de la enfermedad.

53. OSTEOMA DE APÓFISIS MASTOIDES

R. Jódar Moreno, E. García de la Torre, J. Roura Moreno, M.S. Sánchez Torices y A. Ortiz Salto

Hospital Neurotraumatológico. Jaén. España.

El osteoma de mastoides es un tumor benigno, poco frecuente de crecimiento lento; con escasas manifestaciones clínicas que suelen limitarse a un abultamiento retroauricular.

56. MELANOMA DE SENOS PARANASALES CON INVASIÓN INTRACRANEAL

M.T. Almela Rojo, L. Rosique López, N. Mena Viveros, R. Arce Martínez y E. Neira Guerrero

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción: El melanoma de senos paranasales es considerado como una patología de extremada agresividad que supone el 1% del total de melanomas y entre un 3 y 4% del total de tumores de senos paranasales. El origen en cavidad nasal es más frecuente que en senos paranasales. Este tumor afecta con más frecuencia a pacientes mayores de 50 años. La sintomatología es inespecífica y al examen físico se presenta como masas polipoideas frecuentemente pigmentadas. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 54 años que acude a consulta por cefalea frontoorbitaria izquierda progresiva y diplopía ocasional. Las pruebas de imagen muestran un proceso expansivo que ocupa etmoides izquierdo y se extiende hacia el suelo de la fosa anterior, seno frontal, porción interna de la cavidad orbitaria y fosa nasal. Mediante cirugía endoscópica se toma biopsia para estudio anatomopatológico que es compatible con melanoma.

Resultados: Se realiza la excisión quirúrgica del tumor mediante resección craneofacial y se aplica radioterapia postoperatoria.

Discusión: El melanoma maligno de cavidad nasal y senos paranasales es un tumor con mal pronóstico. El manejo diagnóstico incluye la realización de estudios de imagen, despistaje tumoral sistémico que puede estar apoyado por el PET y filiación tumoral histopatológica. A nivel histológico el diagnóstico diferencial debe establecerse con carcinomas pobremente diferenciados, linfomas, plasmocitomas, rabdomiosarcomas y neuroblastomas del tracto olfatorio. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica asociada a radioterapia postoperatoria.

64. SCHWANNOMA DEL NERVIO VESTIBULAR BILATERAL. NEUROFIBROMATOSIS TIPO 2

P. Martínez Guisado, C. Montero García, D.H. Balderrama Caballero y J. Carreto Sánchez

Servicio de ORL y PCF. Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Badajoz. España.

El schwannoma del nervio vestibular o neurinoma del acústico es un tumor benigno de crecimiento lento, relativamente poco fre-

cuente, que se origina en el VIII p c en la división del nervio vestibular superior. Clásicamente se describen dos formas clínicas de presentación: Formas aisladas, unilaterales, que serían el 95% de los casos documentados en la literatura y formas bilaterales, excepcionales, generalmente asociadas a cuadros hereditarios autosómicos dominantes por alteraciones en el cromosoma 22, ocasionantes de la neurofibromatosis central o enfermedad de Von Recklinghausen tipo 2. Se presenta un caso clínico de schwannoma vestibular bilateral en un paciente de 22 años de edad con hipoacusia neurosensorial asimétrica de oído izquierdo de más de 2 años de evolución con exposición intensa al ruido laboral en la industria metalúrgica. Exponemos el cuadro clínico mediante el estudio audiológico realizado con audiometría tonal liminar y se aportan las imágenes, altamente resolutivas, obtenidas tras la realización de la RMN de ángulo ponto cerebeloso y conducto auditivo interno. Se discuten los criterios diagnósticos de esta enfermedad y se destaca la importancia de mantener un alto nivel de sospecha clínica en los pacientes con hipoacusias neurosensoriales asimétricas, máxime en pacientes sometidos a traumatismos acústicos crónicos, que pudieran enmascarar el cuadro clínico original.

82. CONDROSARCOMA DEL CRICOIDES. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Sepúlveda Rojas, I. Anguita Sánchez, R. Terré Falcón, V. Guillén Guerrero, J. Caballero Villena, A. Paulino Herrera y M. Martínez Sempere

Hospital de Mérida. Badajoz. España.

Introducción: El condrosarcoma laríngeo es un tumor no epitelial, de lento crecimiento, infrecuente, que representa el 1% de las neoplasias de la laringe. Se desarrolla principalmente en el cartílago cricoides. Sus síntomas son tardíos, lo que retrasa su diagnóstico. Su diagnóstico se realiza mediante TC y se confirma con el estudio anatomopatológico. Su tratamiento presenta controversias, al tratarse de un tumor maligno, pero con un comportamiento poco agresivo al ser de baja malignidad. Su situación subglótica, implica en caso de malignidad realizar una laringuectomía total, pero en este caso al ser de bajo grado nos obliga a ser más conservadores, con el consecuente riesgo de estenosis subglótica y obligarnos a una traqueotomía permanente en muchos casos. No son efectivos tratamientos como la radioterapia o quimioterapia. En cualquier caso, exige un estrecho seguimiento posterior.

Material y métodos: Presentamos el caso de un condrosarcoma de bajo grado de cricoides de lenta evolución que cursa con cuadros repetidos de disnea y hemoptisis, que fue tratado mediante cricoidectomía parcial y colocación de tubo en "T" de Montgomery.

Discusión/conclusiones: A propósito de un caso de condrosarcoma del cricoides, presentamos una revisión de los rasgos clínicos, diagnóstico y tratamientos de este raro tumor.

83. RADIONECROSIS LARÍNGEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Sepúlveda Rojas, R. Terré Falcón, I. Anguita Sánchez, F. Sánchez González, A. González Palomino y J. Urbano Urbano

Hospital de Mérida. Badajoz. España.

Introducción: Hoy en día cada vez se recurre más al tratamiento con radioterapia en pacientes con cánceres laríngeos avanzados, ya sea formando parte de un programa de conservación de órganos, junto con la radioterapia o como tratamiento asociado a la cirugía, siendo uno de los riesgos de éste tratamiento, la radionecrosis laríngea que aunque rara es una grave complicación.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente con Ca. de laringe localmente avanzado, tratado con radio y quimioterapia, quien posteriormente desarrolla condrorradionecrosis laríngea e infección de la zona, la cual fue refractaria al desbridamiento y al tratamiento antibiótico, por lo que se plantea el tratamiento concomitante con oxigeno hiperbárico.

Discusión/conclusiones: A propósito de un caso de radionecrosis laríngea postradioterapia, tratada con oxígeno hiperbárico, exponemos una breve revisión de la literatura de la radionecrosis laríngea y de su tratamiento.

105. TUMORES DE PARÓTIDA. NUESTRA EXPERIENCIA

I. Anguita Sánchez, R. Terré Falcón, C. Sepúlveda Rojas, F. Sánchez González, M. Martínez Sempere y J. Caballero Villena

Hospital de Mérida. Badajoz. España.

Introducción: La glándula parótida, se localiza en la fosa retromandibular cubriendo parcialmente al músculo masetero y envuelta por la fascia parotídea. La estructura asociada más importante es el nervio facial que penetra en el parénquima glandular y se divide en varias ramas. El 80% de la patología tumoral de las glándulas salivares corresponde a la parótida, de éstos los tumores benignos son los más frecuentes, destacando el adenoma pleomorfo (85%).

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo de los tumores parotídeos tratados quirúrgicamente en los últimos cinco años en nuestro hospital, mostramos el estudio basado en nuestra experiencia de dichos tumores: el diagnóstico, tratamiento quirúrgico, seguimiento de los pacientes así como la correlación de la PAAF con la AP.

Discusión: De todos los tumores parotídeos el tumor mixto benigno o adenoma pleomorfo es el más frecuente, aparece entre los 20 y 40 años y es más frecuente en las mujeres. El tumor de Whartin es el segundo en frecuencia. El tratamiento adecuado es la parotidectomía superficial conservadora cuando interesa al lóbulo superficial, o bien completa cuando afecta a ambos lóbulos. La cirugía depende directamente de la anatomía del nervio facial. Las complicaciones derivadas de esta cirugía son el sangrado inmediato, parálisis facial y el Sd. De Frey.

109. FORMAS ATÍPICAS DE NEUROFIBROMATOSIS. NEURINOMA CENTRAL (VII PAR) COEXISTENTE CON NEURINOMA PERIFÉRICO EN PIERNA

F.J. García-Purriños, M.D. Romero Panadero, M. Uzcanga Lacabe y A. Rosell Cervilla

Hospital de Hellín. Albacete. España.
Hospital de Navarra. Pamplona. España.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción: La neurofibromatosis (NF) tipo I, afecta principalmente al sistema nervioso periférico. En la NF tipo II predominan tumores de nervios craneales. Mucho menos comunes son las formas que asocian una lesión central y otra periférica. Presentamos un paciente con un neurinoma de nervio facial y otro en pierna izquierda. Discutimos desde el punto de vista genético como englobar el síndrome y actualizamos el tratamiento de los neurinomas de nervio facial.

Caso clínico: Paciente de 36 años con masa de crecimiento lento parotídea izquierda. Los estudios de imagen y la PAAF no son concluyentes. Durante la extirpación se aprecia que afecta al nervio facial. La anatomía final es de neurinoma del nervio facial. La función no se ve alterada (grado I de House). Una vez recibido el diagnóstico valoramos la existencia de lesiones cutáneas, oculares o tumores asociados, encontrando una masa de unos 9 cm en pierna izquierda. Los estudios genéticos son negativos para NF.

Discusión: El neurinoma intraparotídeo no es un tumor frecuente y pocas veces se diagnostica antes de la cirugía. Debe ser extirpado y el nervio reparado en el mismo acto quirúrgico. En raros casos se puede aislar del nervio facial sin consecuencias para la función de éste. La asociación de tumor nervioso central y periférico es extremadamente infrecuente sin otros signos de NF I (no encontramos casos en la literatura revisada). Discutimos los estudios genéticos y de imagen que deben realizarse y las alternativas de tratamiento.

111. OTOPLASTIA. CÓMO LO HACEMOS NOSOTROS

A. Belinchón de Diego, M.A. García Rodríguez, A. Martínez Alcaraz, M. Jiménez y T. Fernández de Sevilla

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Introducción: Las orejas prominentes representan una situación antiestética habitual. Numerosos autores abogan por la legitimidad de su corrección, aunque dentro de una buena praxis en el ámbito de la medicina pública señalan que debe representar un problema para el paciente y no meramente una cuestión estética. Los problemas fundamentales que aparecen en esta patología son: defectos del pliegue del antehélix sobre sí mismo e hipertrofia de la concha.

Material y métodos: Todos los pacientes susceptibles de esta técnica son remitidos a la consulta de psicología donde se evalúa la repercusión del problema en la vida diaria del paciente, volviéndose a reevaluar una vez solucionado este. Los pacientes valorados positivamente por los psicólogos son fotografiados antes y en todas las consultas postquirúrgicas. Remitimos en imágenes nuestra técnica utilizada.

Conclusiones: La corrección quirúrgica de las orejas prominentes debe perseguir un resultado armonioso y duradero. La técnica quirúrgica debe regirse en el caso de la otoplastia por la simplicidad y la rapidez. En todos los casos procuramos que la apariencia del pabellón quede "natural", sin estar excesivamente pegado. La asociación de deformidades moderadas, consideradas por separado, pueden provocar una deformación notable en su conjunto.

112. DOS CASOS DE RECONSTRUCCIÓN NASAL MEDIANTE COLGAJO FRONTAL

J.M. Knäpper, E.I. Genestar, M. González, J.L. Quesada y J. Piñas

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Presentamos dos casos de reconstrucción de pirámide nasal mediante colgajo frontal tras ser diagnosticados de lesiones tumorales ampliamente invasivas que obligaron a resección subtotal de la misma.

113. TIROIDITIS POR AMIODARONA Y PARÁLISIS DE CUERDA VOCAL. CAUSALIDAD O CASUALIDAD

F.J. García-Purriños, M.D. Romero Panadero, A. Raposo, M. Uzcanga Lacabe y A. Rosell Cervilla

Hospital de Hellín. Albacete. España.
Hospital de Navarra. Pamplona. España.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción: La amiodarona es un potente antiarrítmico. Debido a su contenido en yodo y su similitud estructural con la tiroxina, en tratamientos prolongados puede darse una alteración de la función tiroidea con crecimiento de la glándula. El manejo depende de la gravedad de la afección, pudiéndose llegar a una tiroidectomía total.

Caso clínico: Paciente de 68 años con disfonía de un mes de evolución y crecimiento a nivel cervical central. En tratamiento con amiodarona hace 2 años. En la exploración se aprecia una parálisis completa de cuerda vocal derecha. El estudio de la parálisis muestra además condensaciones pulmonares (neumonitis) bilateral. La ecografía muestra un crecimiento tiroideo homogéneo y la PAAF no es concluyente. Se suspende la amiodarona con lo que mejora la neumonitis. EL tiroides disminuye levemente de tamaño a lo largo de dos años de seguimiento y la parálisis recurrencial se compensa tras tratamiento foniátrico.

Discusión: La aparición de una masa cervical concomitante a una parálisis recurrencial hace sospechar un cáncer tiroideo. La aparición de una condensación pulmonar también nos puede hacer pensar que es la responsable de la parálisis. Debemos estar atentos a la anamnesis y reconocer que la amiodarona puede causar ambas. Nosotros pensamos que la parálisis recurrencial es idiopática y concomitante a la patología del paciente, ya que no están descritas tiroiditis o neumonías de otra etiología capaces de provocarla.

120. CÁNCER DE HIPOFARINGE. CASO CLÍNICO: PACIENTE DE 24 AÑOS CONSULTA POR MASA EN CUELLO

I.M. Fernández Agudelo, J. Chacón Martínez, E.M. Mingo Sánchez, J. Jiménez Antolín y A. Abril

Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. España.

Introducción: Las masas cervicales son un importante motivo de consulta en la patología de cabeza y cuello. Tiene múltiples etiologías según grupo de edad y localización en el cuello. En los adultos jóvenes la primera causa es inflamatoria, luego congénita y por último neoplásica.

Material y métodos: Paciente de 24 años que consulta por masa en cuello de pocas semanas de evolución, de crecimiento rápido acompañada de síntomas generales y especialmente dificultad para la deglución. TC: adenopatías en espacio carotideo y a nivel supraclavicular izquierdo, la de mayor tamaño 4 × 3 cm. Masa de unos 4 × 2,7 cm. situada por detrás de cartílago cricoides que afecta hipofaringe, unión faringoesofagica y porción proximal de esofago. PAAF: positiva para células malignas. Carcinoma epidermoide. Endoscopia Sobre seno piriforme derecho se aprecia formación vegetante que se extiende hasta la zona de boca de Killiam donde se aprecia formación mamelonada y estenosante.

Conclusiones: Diagnóstico de carcinoma epidermoide de hipofaringe con infiltración esofágica proximal estadio T4N2M0, se le realiza gastrostomía para alimentarse aunque el paciente comienza a tolerar la vía oral y se inicia tratamiento con quimioterapia.

Discusión: Los tumores de hipofaringe representan aproximadamente la tercera parte de los tumores malignos de cabeza y cuello, tienen un pobre pronostico debido a la escasa clínica inicial que conduce a diagnósticos tardíos cuando el tumor ya esta avanzado locoregionalemente.

126. OTOESCLEROSIS COCLEAR BILATERAL

P. Contreras Molina, E. Flores Carmona, A. Cordero Jiménez, P. Sánchez Palma y J. Valero Santacruz

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

La invasión laberíntica por el foco otoescleroso es una forma otoesclerosis que fue descrita por Manassé. Presentamos el caso de un paciente de 16 años con una sordera transmisiva en oído

derecho y mixta de oído izquierdo con imágenes radiológicas compatibles con otoesclerosis coclear y de la ventana oval bilateral. Se hace una revisión bibliográfica sobre esta forma de otoesclerosis y los resultados quirúrgicos de la cirugía estapedial.

132. LINFOMA TIROIDEO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

A. López Llames, F. Sánchez López, A. Jover Esplá
y M. Arroyo Domingo

Hospital de Torrevieja. Alicante. España.

Introducción: El linfoma tiroideo primario es una entidad poco frecuente. Representa menos del 5% de las neoplasias malignas de este órgano, menos del 1% de todos los linfomas y alrededor del 2% de los linfomas extranodales no Hodgkin.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 71 años que consulta por una tumoración tiroidea de seis meses de evolución, acompañada de disnea, disfonía y tos irritativa. En el examen físico destaca un bocio gigante a expensas de ambos lóbulos tiroideos, de consistencia blanda y no doloroso. En la TAC cervical se aprecia un bocio difuso de hasta 15 cm de diámetro cráneo-caudal, sobre todo a expensas de lóbulo derecho, que presenta una extensión apical retrofaríngea, llegando hasta la altura del suelo de la boca, con desplazamiento y compresión de la laringe. Se decide realizar una traqueotomía reglada, biopsiando el istmo tiroideo. La PAAF de lóbulo tiroideo derecho y la biopsia del istmo son informadas de tiroiditis de Hashimoto. Ante la escasa respuesta clínica al tratamiento esteroideo, se decide realizar la biopsia-exéresis de una adenopatía yuxtatiroidea izquierda, que confirma la presencia de un linfoma no Hodgkin de célula B.

Resultados: La paciente se somete a tratamiento quimioterápico según el protocolo hospitalario para linfoma B.

Discusión/conclusiones: El subtipo histológico más frecuente del linfoma primario tiroideo es el linfoma no Hodgkin de célula B, seguido del linfoma MALT. Se resalta su asociación con la tiroiditis de Hashimoto, al mismo tiempo que se discuten aspectos relacionados con su diagnóstico y tratamiento.

133. COMPLICACIONES DE LOS ABSCESOS CERVICALES

E. López de Huelva, M.P. Gómez Tapiador, M. Haro García,
D. Rodríguez Contreras y M. Oliva Domínguez

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. España.

Introducción: Las infecciones rinofaríngeas de origen amigdalar y los cuerpos extraños enclavados (como más frecuentes) pueden originar abscesos locales que pueden propagarse por los espacios parafaríngeos y retrofaríngeos cervicales hasta zonas más distales.

Material y métodos: Presentamos un caso clínico de un paciente de 36 años, que ingresa con diagnóstico de absceso periamigdalino izquierdo secundario a una amigdalitis aguda resistente a la antibioterapia oral inicial ambulatoria.

Resultados: Aunque se instauró antibioterapia intravenosa adecuada y drenaje quirúrgico endoral del absceso, en dos ocasiones, en menos de 48 horas, éste se extendió a planos parafaríngeos y retrofaríngeos; y de ahí, a pesar de nuevo desbridamiento mediante cervicotomía bilateral, hasta mediastino anterior, pleura y pericardio. El paciente fue trasladado al servicio de cirugía torácica, donde tras 44 días de estancia en UCI, y practicándosele varias intervenciones quirúrgicas (toraconcentesis y pericardiocentesis), fue dado de alta, sin secuelas funcionales.

Discusión/conclusiones: Los abscesos retrofaríngeos son una complicación rara por diseminación local de infecciones rinofaríngeas y de estos, la mediastinitis más aún, con una mortalidad del 40%. Es de vital trascendencia para el pronóstico, el tratamiento mediante el drenaje quirúrgico urgente y una adecuada antibioterapia intravenosa.

137. CIRUGÍA TRANSNASAL TRANSESFENOIDAL ENDOSCÓPICA. NUESTRA TÉCNICA

E. Masgoret, M. Zaballos, J. Merán, J.R. Vasallo,
J. Bueno y A. Ramos

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: El abordaje transesfenoidal endonasal endoscópico es una 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.

Conclusiones: Durante los últimos años, el abordaje transnasal endoscópico ha irrumpido como una opción en desarrollo, que probablemente llegará a predominar en un futuro próximo.

139. RONQUIDO SIMPLE O CATATRENIA

N. Conill, E. Fernández, M.T. Achiques, N. Muñoz, N. Llópez,
M.V. Monroy y J. Marco

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: La catatrenia es una disritmia respiratoria que puede producirse durante todas las fases del sueño, aunque es más prevalente en fase REM; produce desaturaciones secundarias y movimientos irregulares de la pared abdominal, es característico de la catatrenia, una inspiración profunda seguida de una fase espiratoria corta, en la que observamos el quejido respiratorio.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 28 años que consultó por ronquido, sueño intranquilo, astenia matinal e hipersomnia diurna; fue remitida para estudio del sueño al servicio de neumología, ante el resultado de la PG (Poligrafía Respiratoria) y la discordancia con la clínica que presentaba la paciente solicitamos una PSG (Polisomnografía) que nos dio el diagnóstico.

Conclusiones: El amplio espectro de trastornos del sueño y la frecuente coexistencia de dos o más en un mismo individuo, exige un mínimo conocimiento de los mismos, evitando así errores diagnósticos y terapéuticos. Ante la discordancia entre clínica y PR debemos solicitar una PSG.

142. COMPLICACIONES EN RINOPLASTIA

A. Padín Seara y A. Sarandeses García

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. España.

Introducción: La rinoplastia exige un conocimiento extenso de la anatomía de la nariz, con el fin de conseguir correctos resultados estético-funcionales. El punto clave para evitar la aparición de complicaciones consiste en realizar una correcta valoración preoperatoria.

Material y métodos: Presentamos una serie de casos donde podemos observar los diferentes tipos de complicaciones que ocurren en esta cirugía (infeccioso-inflamatorias, hemorrágicas y malos resultados estético-funcionales), mostrando las posibles causas y el tratamiento a realizar en cada una de ellas.

Conclusiones: La rinoplastia constituye una técnica quirúrgica exigente para el cirujano. El conocimiento profundo de su anatomía y la correcta elección de la vía de abordaje y técnica empleada en cada caso son vitales para alcanzar un buen resultado desde el punto de vista estético y funcional.

160. CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO TRAQUEAL

G. Martínez Capoccioni, M. Guzmán Zapata, C. Martín Martín y A. Lozano Ramírez

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Introducción: Los tumores traqueales primarios son raros, con una incidencia de 0,2 por 100.000 personas al año. El carcinoma adenoide quístico (CAQ) es la segunda neoplasia maligna más frecuente precedido por el carcinoma epidermoide traqueal.

Caso clínico: Paciente de 50 años, con sensación opresiva y dolor en la región cervical, episodios de disnea al hacer ejercicio y al colocarse en decúbito lateral derecho. En la fibroendoscopia se evidencia una tumoración en tercio proximal de la tráquea, que se implanta en región antero-lateral izquierda. La TC y RMN permiten definir el tamaño y localización de la lesión (masa sólida endotraqueal de aproximadamente 1,8 × 2,3 cm), facilitando el abordaje quirúrgico. Realizamos resección circular de la traquea cervical, y anastomosis traqueal termino-terminal. El estudio anatomopatológico reveló que se trataba de un carcinoma adenoide quístico de patrón cribiforme, sin invasión vascular ni perineural, y márgenes quirúrgicos superior e inferior libres de tumor. El paciente se encuentra libre de enfermedad al año de la cirugía.

Discusión/conclusiones: El CAQ es una neoplasia maligna agresiva y destructiva, de crecimiento lento y progresivo, con tendencia a la invasión y la diseminación perineural, recidiva local y metástasis a distancia. En esta localización y debido a la sintomatología vaga, generalmente se confunde con enfermedad broncopulmonar. El pronóstico viene determinado por la presencia de metástasis linfáticas al diagnóstico, el estadio tumoral, la afectación de márgenes quirúrgicos, el tipo histológico y la existencia de invasión perineural. La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección, y lo que proporciona una mayor supervivencia.

161. CORRELACIÓN ENTRE LA ESCALA DE BOTMAN Y LA ESCALA DE HOUSE. UTILIDAD EN LA EVALUACIÓN INICIAL DE UNA PARÁLISIS FACIAL

F.J. García-Purriños, M.D. Romero Panadero, M. Uzcanga Lacabe, A. Rosell Cervilla y J. Calvo Moya

Hospital de Hellín. Albacete. España.
Hospital de Navarra. Pamplona. España.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción: Numerosas escalas evalúan el grado de una parálisis facial periférica. La más utilizada es la de House-Brackman. En la mayoría de los casos, el contacto inicial con los pacientes se establece en el Servicio de Urgencias, donde no siempre hay un especialista ORL, y la escala de House resulta prolija, difícil de recordar y complicada de aplicar para el médico de urgencias. Buscamos si existe correlación entre esta escala y la de Botman, más sencilla de aplicar, para sí es así proponer su uso en el primer contacto con estos pacientes.

Material y métodos: Se recogieron sobre 22 pacientes. se aplicaron a cada paciente las escalas de House-Brackman y Botman-Jongkees. Los datos se introdujeron en una base informática DBase III. El análisis estadístico se realizó con el programa Epiinfo versión V604.

Resultados: Al comparar las escalas de House y Botman, se observa una correlación estadística; al grado I de House le corresponde el 0 de Botman, el grado II se corresponde con el I (parálisis leve de Botman), el grado III con el II (parálisis moderada de Botman), los grados IV y V con el III de Botman (parálisis severa de Botman) y el grado VI con una parálisis completa de Botman.

Conclusiones: Una vez probada la correlación de la escala de Botman con la House, pensamos que, por su simplicidad para ser aplicada, es la más adecuada para su uso inicial en urgencias y por médicos no especialistas ORL.

164. ESTUDIO ANATÓMICO DE LA VENA YUGULAR ANTERIOR

F.J. García-Purriños, M.D. Romero Panadero, M. Uzcanga Lacabe, A. Rosell Cervilla y J. Calvo Moya

Hospital de Hellín. Albacete. España.
Hospital de Navarra. Pamplona. España.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción: Realizamos un estudio descriptivo de las distintas variaciones anatómicas de las venas yugulares anteriores. Analizamos la influencia de las mismas en distintas cirugías cervicales, haciendo especial hincapié en la traqueotomía percutánea.

Material y métodos: Estudiamos la anatomía de las venas yugulares anteriores en 264 pacientes sometidos a cervicotomía por distintos motivos. Describimos las variaciones encontradas.

Resultados: La disposición más frecuente son dos venas paralelas en posición paramedial, aunque encontramos otras variaciones como vena única gruesa central, diferencias significativas de tamaño entre ambos lados e incluso la existencia de un plexo anastomótico entre las dos venas.

Conclusiones: La vena yugular anterior no se dispone de forma invariable. La disposición en vena única central o con un plexo anastomótico pueden provocar complicaciones hemorrágicas intra o postoperatorias, en la realización de traqueotomías percutáneas.

167. RABDOMIOSARCOMA DE SENO MAXILAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.C. Trapero Domínguez, M.C. Trujillo Vargas, M.D. Alguacil Palomares y M. González Pérez

Hospital Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: Los rabdomiosarcomas de senos paranasales suponen la presentación más frecuente de sarcomas en la infancia (4-7 casos/millón de habitantes/año en edades inferiores a los 15 años), siendo mucho más raro en la adolescencia y en la edad adulta. En su etiopatogenia juega un papel importante la existencia de diversos agentes carcinogénicos: inhalación de polvos orgánicos y tóxicos, así como las radiaciones.

Caso clínico: Mujer de 29 años, que acude a nuestro servicio por clínica de sinusitis maxilar derecha, complicada con posible celuli-

tis orbitaria, que es rebelde al tratamiento médico convencional. En el TC muestra ocupación del seno, con destrucción de pared superior e infiltración de la órbita. Se practica biopsia de la lesión con resultado de rabdomiosarcoma. Se instaura tratamiento con quimio-radioterapia, obteniéndose buena respuesta con remisión completa de las lesiones que se mantienes a los 10 meses.

Discusión: El hecho de que la paciente residiera en Ucrania, en una zona próxima a Chernobyl hasta tres meses antes de ser diagnosticada, nos permite hacer algunas consideraciones acerca de la etiopatogenia de estos tumores.

169. AMELOBLASTOMA MAXILAR

S. Tobías Gómez, I. Pérez Hernández, P. Bellera Vilar, E. Sarroca Capell, A. Ruiz Giner, V. Palomar Asenjo y V. Palomar García

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. España.

Introducción: El ameloblastoma es el tumor más frecuente del epitelio odontogénico. Se trata de un tumor benigno pero localmente agresivo. Puede clasificarse en 3 grupos: intraóseo multiquistico, intraóseo uniquistico y ameloblastoma periférico. El ameloblastoma periférico crece fuera del hueso, al contrario que los demás tipos. Es el menos frecuente de los ameloblastomas ya que representa el 1%.

Caso clínico: Paciente de 44 años que acude por presentar lesión en tuberosidad maxilar izquierda con cuadros inflamatorios de repetición de 2 años de evolución. En TC se aprecia ocupación de seno maxilar izquierdo. Se realiza maxilectomía subtotal izquierda conservando el suelo de la órbita con resultado anatomopatológico de ameloblastoma. Tras 4 años sin evidencia de recidiva, presenta proptosis de ojo izquierdo importante. En TC se aprecia masa de partes blandas que penetra en órbita izquierda destruyendo suelo orbitario, se propone exéresis de la lesión por abordaje transfacial izquierdo con reconstrucción con grasa abdominal.

Discusión: El ameloblastoma periférico puede presentar malignización con invasión difusa, crecimiento agresivo y recurrencias. El tratamiento debe ser la extirpación quirúrgica por debajo del periostio. A pesar de un bajo riesgo de recurrencia y malignización se debe realizar un seguimiento a largo plazo.

170. SÍNDROME DE EAGLE EN IMÁGENES

S. Tobías Gómez, I. Pérez Hernández, P. Bellera Vilar, J.C. Fortuny Llanses, J. Soteras Ollé, L. Andreu Mencía y V. Palomar García

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. España.

Introducción: El síndrome de Eagle es una secuela infrecuente de la elongación de la apófisis estiloides o de la calcificación del ligamento estilomandibular que se puede manifestar como cervicalgia y a veces con otalgia referida. Suele ser secundario a un traumatismo, incluyendo la amigdalectomía. El dolor puede ser secundario a la compresión de los diversos pares craneales (V, VII, IX o X).

Caso clínico: Mujer de 73 años con antecedentes de alergia a la penicilina, amigdalectomía, artiritis reumatoide y tiroidectomía subtotal que refiere algias en región de hasta izquierda del hioides, que irradia hacia oído izquierdo, columna cervical, región temporooccipital izquierda y otalgia izquierda desde hace 2 años con vértigo intenso hace 4 meses sin hipoacusia ni acufenos. A la exploración presenta dolor punzante a la palpación en fosa amigdalar izquierda y dolor en zona de estiloides izquierda. Se realiza TC con reconstrucción donde se visualiza apófisis estiloides izquierda elongada. Se trata con infiltración de anestesia local en la zona estilohioidea con desaparición de la clínica.

Discusión: En el diagnóstico de esta entidad nos pueden ser útiles pruebas de imagen como el TC cervical. Puede tratarse de forma conservadora con tratamiento farmacológico, con infiltración de lidocaína o bien reducción quirúrgica de la estiloides por vía intraoral o por cervicotomía.

178. RABDOMIOSARCOMA PLEOMORFO DE LARINGE. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Donderis Sala, J.M. Perolada Valmaña, D. Collado Martín, F. Zaragosí Castelló y C. Morera Pérez

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Introducción: Los sarcomas laríngeos primarios son neoplasias poco frecuentes. Representan menos del 1% del total de lesiones malignas localizadas en la laringe. Los rabdomiosarcomas son los sarcomas más frecuentes en niños. Existen cuatro variantes histológicas: embrionaria, alveolar, pleomórfica y botrioide. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de rabdomiosarcoma pleomorfo primario de laringe, y realizar una revisión bibliográfica actualizada al respecto.

Caso clínico. Varón de 46 años con sensación disneica progresiva de un mes de evolución y estridor inspiratorio. Mediante fibrolaringoscopia se aprecia fijación de la hemilaringe derecha con reducción del espacio glótico, por una tumoración submucosa que afecta a cuerda y banda ventriculares del mismo lado. Mediante TC se identifica una tumoración paraglótica derecha, bien delimitada, con gran efecto masa sobre la luz laríngea, sin signos de infiltración, con captación homogénea de contraste. Se realiza traqueotomía urgente debido al estridor laríngeo y, posteriormente, con el diagnóstico histológico de rabdomiosarcoma, se practica una laringectomía total y vaciamiento cervicoganglionar ipsilateral a la lesión. Tras la cirugía se asocia quimioterapia y radioterapia.

Discusión/conclusiones: El rabdomiosarcoma laríngeo es una patología muy infrecuente, de la cual existe poca documentación en la literatura. Su variante pleomorfa es rara, existiendo menos de 20 casos descritos. Se ha propuesto como tratamiento la combinación de quimioterapia y radioterapia, asociando la cirugía en casos avanzados.

191. HUNDIMIENTO-FRACTURA DEL HUESO FRONTAL SECUNDARIA A TRAUMATISMO

R. Artal Sánchez, B. Ágreda Moreno, A. López Vázquez, E. Serrano Añón, A. Urpegui García, J. Royo López y H. Vallés Varela

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: Las fracturas del seno frontal se producen como resultado de impactos de alta energía, por lo que es frecuente observarlas en pacientes politraumatizados. Existen numerosas clasificaciones propuestas en cuanto a éstas fracturas, pero valoraremos fundamentalmente la afectación de la pared posterior y anterior del seno frontal y/o del conducto nasofrontal. Cuando estas fracturas necesitan 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 43 años que tras un accidente laboral sufrió un traumatismo craneoencefálico abierto, con fractura de hueso frontal, afectando a seno frontal, celdas etmoidales y duramadre. Tras varias intervenciones quirúrgicas reconstructivas el paciente presenta en la actua-

lidad fistula cutánea infectada, por lo que se decide nueva reconstrucción.

Conclusiones: La osteoplastia frontal es una técnica quirúrgica óptima para la patología traumática del seno frontal. La síntesis de nuevos materiales biocompatibles ofrece gran versatilidad a la hora de la obliteración del seno, en cada caso de manera individualizada.

194. UNA RARA VARIANTE DE NEOPLASIA DE GLÁNDULA SALIVAR. CARCINOMA EPITELIAL-MIOEPITELIAL DE PARÓTIDA

R. Artal, B. Agreda, E. Serrano, A. López Vázquez, L. Carmen, J.M. Sebastián y H. Vallés

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: El carcinoma epitelial-mioepitelial de bajo grado de malignidad es una rara variante dentro de la patología tumoral maligna de las glándulas salivares. Este tumor ha ganado reconocimiento tras su inclusión en la clasificación de los tumores de las glándulas salivares de la OMS y representa aproximadamente el 1,1% de las neoplasias malignas. Su criterio como neoplasia maligna se debe, no a su aspecto histológico, sino a su comportamiento, con capacidad para recidivar y metastatizar, especialmente a ganglios linfáticos regionales. Hacemos una revisión bibliográfica de ésta infrecuente extirpe histológica a partir de un caso clínico de carcinoma epitelial-mioepitelial de la glándula parótida.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 66 años con una tumoración diagnosticada de carcinoma epitelial-mioepitelial. Revisamos las características clínicas y el patrón histológico de éstos tumores y discutimos el diagnóstico y tratamiento más correcto.

Discusión: La inclusión del carcinoma epitelial mioepitelial como neoplasia maligna se debe no a su aspecto histológico, si no a su evolución clínica. El tratamiento de ésta neoplasia salvo en estadios muy avanzados, es la resección quirúrgica amplia. La técnica quirúrgica está claramente condicionada por su localización y su estadio. En muchos casos se apuesta por la radioterapia posterior coadyuvante sobre todo cuando se sospecha que la resección no ha sido completa.

195. NEUMOENCÉFALO SECUNDARIO A DISPLASIA FIBROSA DEL SENO FRONTAL

R. Artal Sánchez, A. López Vazquez, B. Ágreda Moreno, E. Serrano Añón, A. Urpegui García, J.I. Alfonso Collado y H. Vallés Varela

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: La displasia fibrosa es una alteración ósea infrecuente que presenta una transformación del tejido óseo sano, por otro fibro-óseo desestructurado. Su etiología es desconocida. Estas lesiones pueden afectar a los huesos craneofaciales y ocupar los senos paranasales, órbita y estructuras orbitarias, base del cráneo y hueso temporal. Se clasifican en formas poliostóticas o monostóticas; y en su forma poliostótica puede asociarse al sd. Mc Cune-Allbright. A pesar de ser lesiones benignas, pueden comportarse de forma agresiva por su crecimiento local. El tratamiento quirúrgico se reserva para los casos sintomáticos. Cuando la exéresis radical resulta muy agresiva, un tratamiento médico alternativo son los bifosfonatos.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 38 años con cefalea frontal de 2 meses de evolución. En el TAC cerebral se aprecia un voluminoso neumoencéfalo de lóbulo frontal izquierdo e imágenes de ocupación del seno frontal sugerentes de osteoma o displasia fibrosa. Junto con el servicio de Neurocirugía, se llevó a cabo una craneotomía bifrontal con exéresis de la lesión, reconstrucción de la pared posterior dañada del seno frontal y apertura del neumoencéfalo.

Conclusiones: El tratamiento de la displasia fibrosa debe ser expectante y de vigilancia hasta la aparición de los primeros síntomas. Una vez aparezcan éstos, debemos realizar una extirpación completa o una exéresis lo más amplia posible. Existe un alto porcentaje de recidiva que nos obliga a llevar un seguimiento continuado del paciente.

202. CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE DE PARÓTIDA DE BAJO GRADO EN PACIENTE DE 19 AÑOS

R. Corrales Millán, J. Maza Solano. T.F. Herrero Salado y S. Sánchez Gómez

Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: El carcinoma mucoepidermoide representa el 10% de los tumores malignos glandulares, presentándose el 60-90% de los casos en la glándula parótida. Su forma más frecuente de presentación es como masa asintomática y en pacientes femeninos entre 50- 60 años. Sin embargo, es el tumor maligno de parótida más frecuente de la infancia.

Material y métodos: Mujer 19 años con tumoración en región parotidea derecha superior de años de evolución, con aumento de tamaño en los últimos meses sin otros síntomas ORL. Palpación cervical negativa. PAAF: tumor de Whartin. Se realiza parotidectomía superficial derecha.

Resultados: Sobre una pieza tumoral intraparotídea de 1,7 cm se obtiene un diagnóstico anatomopatológico de carcinoma mucoepidermoide de bajo grado, sin afectación de márgenes de resección (T2NOMO). Se realiza tratamiento postoperatorio con radioterapia. RNM de control normal al año de evolución.

Discusión: El tratamiento de elección de los carcinomas mucoepidermoides de parótida es la parotidectomía con conservación del nervio facial cuando sea posible. La asociación de radioterapia, quimioterapia o vaciamiento cervical depende de la agresividad histológica y estadio tumoral. La supervivencia a 5 años es del 95% en los de bajo grado y del 85% en los de alto grado.

Conclusiones: Debe sospecharse un tumor maligno parotídeo en pacientes jóvenes y PAAF positiva para tumor de Warthin.

205. ENFISEMA CERVICAL TRAS LARINGECTOMÍA TOTAL Y VACIAMIENTO CERVICAL FUNCIONAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Corrales Millán, P. Santos Acosta, A. Postigo Madueño y S. Sánchez Gómez

Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: El enfisema cervical subcutáneo surge como complicación postoperatoria de la cirugía cervical con mayor frecuencia en los 3 primeros días de éste.

Material y métodos: Paciente al que se practica laringuectomía total y doble vaciamiento cervical funcional por carcinoma escamoso pobremente diferenciado T3N1M1. Al séptimo día del postoperatorio presenta enfisema cervical subcutáneo, de inicio en región submandibular izquierda disecando en 2 horas hasta musculatura área temporal y tejidos blandos periorbitarios. Sin signos de infección clínica ni analítica. El TAC objetivada: extenso enfisema izquierdo en área cervical izquierdo que diseca y tejido cervical subcutáneo musculatura profunda. En área de traqueostomía aparecían imágenes con centro hipodenso: pequeñas colecciones, la de mayor tamaño bajo ECM izquierdo.

Resultados: Bajo anestesia local se realiza drenaje a través de la cicatriz del vaciamiento izquierdo. Se objetivó mínima dehiscencia

traqueal que fue suturada. Se resolvió el enfisema sin complicaciones.

Conclusiones: El enfisema cervical subcutáneo es una complicación excepcional en el postoperatorio de laringuectomía total. Debe sospecharse una dehiscencia del traqueostoma que debe ser resuelta.

206. EXTIRPACIÓN DE QUISTE BRANQUIAL CON EVERSIÓN DEL TRAYECTO FISTULOSO

J. Esteban Sánchez, C. Herrero Fernández, A. Rodríguez Rivero, G. Monedero Rodrigo y R. Sanz Fernández

Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Introducción: Los quistes branquiales son masas laterocervicales situadas por delante del esternocleidomastoideo y debajo del ángulo de la mandíbula originados de restos de segunda (más frecuentes), tercera y cuarta hendiduras branquiales. Su tratamiento es quirúrgico ante sobreinfecciones frecuentes o sospecha de malignización.

Material y métodos: Paciente con tumefacción laterocervical derecha de días de evolución., que tras PAAF, refiere aumento de tamaño, temperatura local y fiebre. El CT evidencia un quiste branquial sobreinfectado. Se decide drenaje quirúrgico, obteniendo cultivo de flora mixta aerobia y anaerobia. Tras drenaje mejora sintomática y radiológicamente. A la espera de decisión quirúrgica, la paciente presenta un cuadro similar que requiere nuevo drenaje quirúrgico Finalmente la paciente acepta la cirugía, realizándose una extirpación del quiste branquial mediante disección íntegra del quiste y su trayecto fistuloso que, atravesando la bifurcación carotidea, acaba en la orofaringe. Para extirpar el citado trayecto en toda su extensión, se realiza una eversión del mismo mediante técnica en dedo de guante con disección cuidadosa y la ayuda de una seda, que desde la región cervical permite evertir el trayecto fistuloso.

Discusión: Ocasionalmente los quistes branquiales no se diagnostican durante la infancia pero su crecimiento o sobreinfección puede hacerlos evidentes siendo más frecuente entre la segunda y tercera década de edad. En su recorrido atraviesan la región yugulocarotídea lo cual dificulta su extirpación completa. El trayecto fistuloso puede estar comunicado con la faringe, favoreciendo las infecciones de repetición. La técnica descrita es efectiva pues disminuye la posibilidad de recidiva y evitamos complicaciones quirúrgicas vasculares.

210. DISFAGIA, DISARTRIA Y BLOQUEO NASAL

M. Vaca González, M.M. Medina González, A.I. Cordero Devesa y T.E. Labatut Pesce

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: La asociación de signos y síntomas dependientes de varios pares craneales debe orientar el diagnóstico hacia patología de la base del cráneo.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 65 años que acude a la consulta por disfagia de varias semanas de evolución, asociando dificultad para el habla. Además presenta insuficiencia respiratoria nasal bilateral y una tumoración laterocervical derecha de aparición progresiva en los últimos meses. A la exploración se objetiva una parálisis lingual, sospechosa de afectación de ambos nervios hipoglosos, así como asimetría del velo del paladar, sugestiva de afectación glosofaríngea derecha. En la endoscopia se descubre una masa irregular que bloquea la coana izquierda introduciéndose en la fosa nasal derecha hasta el vestíbulo. La palpación cervical evidencia un conglomerado adenopático derecho.

Resultados: Se biopsia la masa nasal con resultado de carcinoma epidermoide indiferenciado. Se solicitan estudios de TC y RMN apreciándose una voluminosa tumoración en rinofaringe, que se extiende hacia la órbita derecha, espacio parafaríngeo y base del cráneo, con afectación de ambos agujeros condíleos, seno cavernoso y CAI derechos. Se aportan imágenes que ilustran el caso.

Conclusiones: El diagnóstico de los tumores nasofaríngeos suele ser tardío debido a la poca expresividad clínica inicial e inaccesibilidad de la región. La afectación de pares craneales en el carcinoma de rinofaringe no es habitual, si bien dada la proximidad anatómica de la región con la base del cráneo puede aparecer como consecuencia de la progresión de la enfermedad o secundaria al tratamiento con radioterapia.

232. MELIOIDOSIS CUTÁNEA CERVICAL

J. Alba Mesquida, F. Culaciati Tapia, C. Artigas Sapiaín, N. Bejarano-Panadés y F. Trobat Company

Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Introducción: Enfermedad infecciosa causada por Burkholderia pseudomallei. Comprende un amplio espectro de procesos que pueden afectar a pulmones, ganglios linfáticos y piel. Las infecciones que produce se observan fundamentalmente en el área tropical. La melioidosis supurativa crónica se caracteriza por abscesos agudos o crónicos de la piel y otros órganos, que pueden ser foco de diseminación hematógena.

Material y métodos: Varón de 33 años, natural de Mali, que acude por masa latero-cervical derecha de 2 meses de evolución y sensación distérmica. La masa tiene 3 cm de diámetro y es fluctuante, de bordes indurados y dolorosa a la palpación. Sufre drenaje espontáneo del que se toma muestra que se manda a anatomía patológica y microbiología. La radiografía de tórax es normal y el Mantoux negativo. Se aísla Burkholderia pseudomallei.

Resultados: Se ingresa al paciente para tratamiento endovenoso con imipenem, doxiciclina y cotrimoxazol. Sigue buena evolución por lo que es dado de alta, siguiendo tratamiento ambulatorio vía oral.

Conclusiones: Debe sospecharse una melioidosis en todo paciente febril procedente de las zonas endémicas que presente una infección del tracto respiratorio inferior, lesiones cutáneas o subcutáneas poco habituales o una radiografía de tórax que sugiera tuberculosis, sin bacilos tuberculosos en esputo. El diagnóstico se establece por demostración del bacilo en exudado y cultivo. El tratamiento es antibiótico. La enfermedad supurativa extrapulmonar debe tratarse durante 6 meses a 1 año. Las infecciones septicémicas se asocian a una elevada mortalidad a pesar del tratamiento. Todas las melioidosis pueden reactivarse precoz o tardíamente.

238. DOBLE ANOMALÍA DE LA SEGUNDA HENDIDURA BRANQUIAL

N. Muñoz-Fernández, I. Llópez-Carratalá, M.T. Achiques-Martínez, V. Monrroy-Parada, I. Mallea-Cañizares, E. Fernández-Julián, L. de la Fuente-Arjona y J. Marco-Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: El mecanismo de formación de las anomalías congénitas del cuello se trata de un tema tan complejo que es necesario el estudio del desarrollo embrionario para comprenderlo, y aun así, que se puedan desarrollar dos anomalías dependientes del mismo arco branquial en un mismo paciente resulta más difícil de explicar, resultando ser muy poco frecuente. Las anomalías del 2° arco son las más frecuentes ya que, es el arco que más tiempo persiste en el desarrollo embriológico. Se presentan como quiste, seno o fístula, siendo la quística la predominante.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un varón de 32 años que consulta por gran tumoración cervical derecha de horas de evolución situada en región lateral de áreas II-III. Sin antecedentes patológicos de interés. El TC informa de voluminosa lesión cervical de naturaleza quística, bien delimitada, sin identificar pared, en situación medial al músculo esternocleidomastoideo y posterior al espacio carotideo, que mide 4,4 × 2,4 × 7,9 cm (AP, trasversal y cefalocaudal). Existe otra imagen de características semejantes anterior al espacio carotideo y posterior a la glándula submaxilar de 1,9 × 1,7 × 2,5 cm. La vena yugular interna se encuentra comprimida entre las dos lesiones descritas, y la glándula submaxilar comprimida y desplazada en sentido anterior. La citología informa de lesión compatible con quiste branquial.

Resultados: Ante la disyuntiva de dos quistes branquiales o quiste branquial bilobulado se realiza cervicotomía corroborando la primera opción. El estudio histopatológico definitivo concluyó con informe de quistes branquiales.

Conclusiones: En la literatura publicada al respecto, comprobamos que la existencia de malformaciones múltiples es escasa. Aproximadamente del 2 al 3% de las anomalías son bilaterales pero desconocemos el porcentaje de simultaneidad.

244. CERVICAL LYMPH NODE METASTASIS OF UNKNOWN PRIMARY SITE: RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 101 CASES

M. Neves, J. Castro Silva, J. Fernandes, M. Jácome y E. Monteiro

Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil - EPE. Porto. Portugal.

Introduction: Cancer of unknown primary site is represented by a heterogeneous group of neoplasms with different natural histories and biological characteristics. The incidence of cervical metastases of an unknown tumor varies between 2% and 9% of all head and neck cancers. The most frequent histologic type is squamous cell carcinoma. Its management remains a therapeutic challenge.

Patients and methods: Retrospective study of patients with cervical lymph node metastasis of unknown primary site treated in "Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil - EPE" from 1997 to 2007.

Results: The 101 patients in the study consisted of 85 males (84%) and 16 females (16%). The median age at diagnosis was 56 years. The majority of patients was exposed to alcohol and smoking. The mean time to diagnosis was of 3 months. The most frequently involved nodal areas were level II (n = 75; 77%) and level III (n = 63; 65%). The N stage was N1 in 13 patients (13%), N2 in 40 patients (40.4%) and N3 in 46 patients (46.5%). The most frequent histopathologic types were squamous cell carcinoma (n = 62; 61.4%) and undifferentiated carcinoma (n = 24; 23.8%). 53.5% of patients were submitted to surgical treatment. The majority of patients managed with surgery received adjuvant irradiation. The 5-year overall survival was 29%.

Conclusions: The overall survival was poor. Patients with undifferentiated carcinoma seemed to have better survival when compared with the squamous cell group. In the latter, the initial N category was a significant prognostic factor.

248. UTILIDAD DEL NEURONAVEGADOR EN LA CENS. MUCOCELE FRONTOETMOIDAL

M.J. Hervas Núñez, E. Porras Alonso, S. Senao Fernández, M.G. Álvarez-Morujo de Sande, A.A. Olivo de la Cruz y A. Martín Mateos

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción: Los sistemas de navegación que se desarrollaron para su aplicación en Neurocirugía también son interesantes para ORL y cirujanos maxilofaciales dada la dificultad de localización de referencias anatómicas intraoperatorias. Se trata de una nueva tecnología que ofrece al cirujano una guía durante la intervención quirúrgica en regiones anatómicas complejas.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente de 69 años intervenido de cordectomía izquierda mediante láser CO_2 en 2006 por carcinoma epidermoide que presenta en el TC cervicofacial, realizado de control, imagen sugestiva de mucocele frontoetmoidal derecho. Se interviene mediante CENS utilizando neuronavegador como referencia a través de Agger Nassi mediante colgajo de mucosa axilar y resección parcial de cabeza del cornete medio.

Discusión: Esta tecnología supone la aplicación de un sistema de localización espacial, un dispositivo informático y la realización de pruebas de imagen adecuadas para que el cirujano pueda navegar por el interior de las estructuras anatomorradiólogicas del paciente. Deben realizarse las pruebas de imagen (TC/RNM), transferirlas al equipo informático del navegador y tratamiento de las mismas. Las indicaciones ORL de la cirugía infodrómica son la cirugía de los senos paranasales fundamentalmente del seno frontal, poliposis recidivante y región anterior y lateral de la base del cráneo.

Conclusiones: Ningún estudio ha demostrado que esta nueva forma de cirugía haya reducido la morbimortalidad quirúrgica pero demuestra un beneficio para el cirujano que se encuentra más relajado durante la intervención, permite realizar un trabajo más completo con ganancia de tiempo, mejorando el rendimiento del cirujano.

250. VARÓN CON CONGLOMERADO ADENOPÁTICO CERVICAL COMO MANIFESTACIÓN DEL CARCINOMA METASTÁSICO PRIMARIO DE ORIGEN DESCONOCIDO

M. Hamdan Zavarce, A.D. Quintana Sanjuas, O. Castro Macías, E. Pallas Pallas y N. Rodríguez Acevedo

Hospital Xeral Cies. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. España.

Introducción: Es un tumor maligno, histológicamente demostrado, cuyo primario no se conoce después de realizar un estudio clínico y complementario estándar. Representa el 2,3 a 4,2% todos los cánceres. El adenocarcinoma es el tipo histológico más frecuente 67%, seguido del escamoso, neuroendocrino e indiferenciado. Los ganglios son el lugar de diagnóstico más frecuente. La supervivencia media es de 1 año y 20% a los 2 años.

Material y métodos: Varón de 67 años con antecedentes de exposición al humo de leña, Fumador y bebedor importante. Consulta por masa cervical. Presenta conglomerado ganglionar de 5 cm, móvil no doloroso, nasofibroscopia laríngea: hipertrofia de amígdala lingual. Resto normal. TC de cuello: conglomerado ganglionar profundo al esternocleidomastoideo, superficial al espacio carotideo de aspecto necrótico. No datos de primario. Biopsia incisional de conglomerado ganglionar de 12 cm II al IV derechos. Anatomía patológica: carcinoma poco diferenciado metastásico, neuroendocrino cromogranina positivo. Endoscopia digestiva: gastritis congestiva. Con diagnóstico de carcinoma primario de origen desconocido se solicita PET-TC, actividad tumoral en conglomerado ganglionar cervical izquierdo. El PET-TC no identifica primario o metástasis. RT y posterior QT inducción, disección radical de cuello. Resultado histológico de carcinoma poco diferenciado metastásico de primario desconocido.

Discusión: Carcinoma primario de origen desconocido puede ser de difícil manejo. La exploración con Nasofibrolaringoscopia, estudios Imagen TC, RM, panendoscopia, y PET- CT siempre deben ser realizados. El PET-TC modifica enfoque terapéutico en 40% de los casos. La inmunohistoquímica en el carcinoma de origen descono-

cido es importante y puede orientar a un diagnóstico histológico definitivo.

282. CORRELACIÓN CITO-HISTOLÓGICA EN TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES. NUESTRA EXPERIENCIA

C. Muñoz Palza, P. Contreras Molina, A. Villanueva García y R. Ruiz-Rico Ruiz-Morón

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) en el estudio de tumores de glándulas salivales en nuestro hospital.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, en el que se evaluó la correlación entre la PAAF y los hallazgos histopatológicos de la pieza quirúrgica de tumores de glándulas salivales, realizadas entre los años 2004 y 2008, así como los datos epidemiológicos de estos pacientes

Resultados: Se estudiaron 47 PAAF de glándulas salivales, de estas una no fue diagnostica. El rango de edad de los pacientes varió entre los 16 y los 85 años, con una media de 56 años. El 66% correspondían a hombres y el 34% a mujeres. El 87% correspondían a glándulas parótidas y el 13% a submaxilares. La sensibilidad de la PAAF para detectar malignidad fue de un 80% y la especificidad de un 92%, con un valor predictivo positivo de 72,7% y un valor predictivo negativo de 94,4%. La tasa de falsos negativos fue de 20% mientras que la de falsos positivos de 8%.

Conclusiones: La utilización de la PAAF en el estudio de tumores de glándulas salivales es una herramienta útil y sencilla que nos orienta en el diagnóstico y la planificación de la cirugía.

289. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PÉRDIDA AUDITIVA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES FUMADORES

J. Galindo, F. Abella, B. García, M. Borrás, G. Pedra, F. Ghani, P. Melgarejo y A. Hernández

Hospital Santa Maria. Lleida. España.

Se realiza un estudio comparativo entre dos grupos homogéneos de pacientes fumadores y no fumadores. Se pretende averiguar las posibles diferencias de audición entre ambos grupos. El consumo medio de cigarrillos/dia en el grupo fumadores, fue de 27,60 con un nivel medio de CO_2 de 22,48 ppm. Los estudios audiométricos, han sido realizados por la misma persona y el mismo audiómetro en todos los casos. En el grupo de pacientes fumadores, se observa un progresivo aumento de la pérdida auditiva en relación al aumento en el consumo de tabaco. La pérdida auditiva en el grupo fumadores, no se relaciona con el sexo.

349. PÉRDIDA AUDITIVA ASOCIADA A LA MUTACIÓN MITOCONDRIAL A1555G Y HAPLOTIPOS

R. Wegmann, A. García-Arumí, M. González, C. Iglesias, T. Pinós y E. García-Arumí

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: La primera mutación del DNA mitocondrial asociada con hipoacusia neurosensorial no sindrómica fue la A1555G, descrita después de la administración de aminoglucósidos y, recientemente, observada en pacientes sin este antecedente. Esta mutación ha sido hallada en familias de diferente origen étnico.

Material y métodos: Se ha analizado el haplogrupo europeo de 14 diferentes familias con hipoacusia moderada-severa y afectas de la mutación A1555G, mediante RFLP de alta resolución de todo el DNA mitocondrial en cada grupo, por PCR y pares de cebadores en 9 fragmentos superpuestos y con secuenciación de la región de control.

Resultados: 11 familias tenían el haplogrupo H, 2 el haplogrupo J, y 1 el haplogrupo HV. La distribución en porcentajes de los 9 haplogrupos europeos es: H (45%), V, HV*, J (8-9%) T, U (10%), I, WX and K (9%). El haplogrupo H en nuestro estudio representa la mayoría de las muestras (78%).

Discusión/conclusiones: Esta alta penetrancia de la expresión fenotípica en el haplogrupo H hallada en nuestra serie, más que la previsible, sugiere que las variantes del DNA mitocondrial pueden tener un papel modificador en el incremento y expresividad de la hipoacusia asociada al gen 12 rRNA de la mutación A1555G, aunque es preciso una muestra mayor de individuos para poderlo confirmar.

361. TUBERCULOSIS LARÍNGEA EN INMUNODEPRIMIDO SIMULANDO CARCINOMA

P. Santos Gorjón, P. Blanco Pérez, A. Batuecas Caletrío, S. SantaCruz Ruiz, J.C. del Pozo de Dios y F. Sánchez González

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: La tuberculosis laríngea hoy en día es una entidad poco habitual, pero es la enfermedad granulomatosa más común de la laringe. La forma laríngea representa menos del 1% de las tuberculosis extrapulmonares.

Material y métodos: Presentamos un caso clínico de paciente varón de 56 años, en tratamiento inmunosupresor por trasplante renal secundario a glomerulonefritis hace 12 años. Presenta una clínica tórpida de disfonía progresiva en el último mes, sensación de prurito hipofaríngeo, tos y otalgia refleja derecha. Presenta edema y zonas de hiperemia cordales derechas, ambas bandas y aritenoides. Se sospecha inicialmente un carcinoma. Tras la toma de biopsia y cultivo microbiológico se llega al diagnóstico.

Discusión: La aparición de una disfonía en un paciente inmunodeprimido nos hace sospechar la patología oncológica como primera posibilidad. La forma laríngea de la enfermedad tiene una sintomatología inespecífica: disfonía, disfagia, disnea, hemoptisis, tos, otalgia, síntomas generales (astenia, fiebre, sudor nocturno,...), odinofagia intensa (en lesiones ulcerovegetantes que provocan condritis) y adenopatías cervicales (blandas y no dolorosas). La disfonía es el síntoma inicial.

Conclusiones: La tuberculosis laríngea es una enfermedad poco común en nuestro medio. Provoca clínica inespecífica y muy variable. El diagnóstico definitivo es siempre mediante cultivo microbiológico, con alto índice de sospecha anatomo-patológico por la aparición de granulomas.

363. GRAN TUMORACIÓN EN EL ESPACIO PARAFARÍNGEO

G. Tejero-Garcés, R. Fernández, G. Muñoz, L. Pérez, S. Herrera, M.P. Lisbona, F. de Miguel y A. Ortiz

Servicio de ORL. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Se presenta el caso de una tumoración de gran volumen situada en el espacio parafaríngeo, diagnosticada de modo casual mediante técnicas de imagen tras accidente de tráfico, en una paciente de 13 años. Los antecedentes y las características de la masa tumoral hacen sospechar un neurofibroma. Se comenta el caso clínico y se discute sobre los neurofibromas y su diagnóstico diferencial con el resto de tumoraciones del espacio parafaríngeo.

371. BIOPSIA DE TUMORACIÓN EN CLIVUS MEDIANTE ABORDAJE TRANSESFENOIDAL. REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO

M.G. Álvarez-Morujo de Sande, S. Senao Fernández, M.J. Hervás Núñez, A. Olivo de la Cruz, E. Martínez Gutiérrez y A.J. Martín Mateos

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción: Presentamos un caso clínico en el que se utiliza la cirugía endoscópica nasosinusal como método diagnóstico en tumores localizados en clivus y esfenoides. Biopsiar estas lesiones mediante un abordaje transesfenoidal conlleva una cirugía menos invasiva y permite un diagnóstico anatomopatológico e inmunohistoquímico.

Material y métodos: Presentamos una mujer de 37 años de edad inmigrante sin antecedentes de interés salvo hiperprolactinemia desde la pubertad que fue estudiada y tratada en su país de origen. Es remitida por presentar en RMN craneal lesión expansiva en base de cráneo con afectación de clivus, masas laterales del atlas, cóndilos occipitales, hueso esfenoidal con compromiso de toda la región hipofisaria, apófisis pterigoides y ala mayor del esfenoides de forma bilateral, con intenso realce heterogéneo tras administración de contraste. En la TAC de base de cráneo se observa una lesión lítica expansiva con reborde esclerótico afectando las localizaciones ya mencionadas en RMN. En la exploración presenta hemianopsia bitemporal. Se realiza cirugía endoscópica nasosinusal con un abordaje transesfenoidal y toma de biopsia de clivus remitiéndose para estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico con resultado de: tumoración neuroendocrina de células pequeñas compatible con adenoma hipofisario productor de prolactina. Se remite a la paciente al Servicio de Endocrinología para ulterior tratamiento.

Conclusiones: Se plantea con este caso clínico los posibles diagnósticos diferenciales ante una lesión de base de cráneo con afectación de clivus y esfenoides, lítica y expansiva y captadora de contraste en las pruebas de imagen y la utilidad de la cirugía endoscópica con abordaje transesfenoidal para toma de biopsia y filiación de la lesión.

381. TRAQUEOCELE

R. González Aguado, R. García Zornoza, C. del Valle Zapico, A. Rubio Suárez y L.A. Ortiz Rivas

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Introducción: El traqueocele es una entidad muy infrecuente en la práctica clínica. La prevalencia es aproximadamente del 1%. Los pacientes pueden estar asintomáticos o presentar tos crónica, disfagia intermitente, parálisis de cuerdas vocales y dificultad para la intubación y la ventilación durante la anestesia. Son más frecuentes en el lado derecho. Se diferencian fácilmente de los divertículos traqueales congénitos gracias a la imagen radiológica. Presentamos las imágenes de un traqueocele que se diagnóstico gracias a un TAC cérvico-torácico.

Material y métodos: Paciente de 46 años sin antecedentes de interés que presenta disfonía de años de evolución. Además, al realizar maniobras de Valsalva, en la región supraclavicular derecha, aparece una tumoración de aproximadamente 2 × 2 cm que se reduce posteriormente sin llegar a desaparecer. En la exploración se objetivan unos nódulos en ambas cuerdas vocales. Se realiza TAC cérvico-torácico en el que se describe una colección aérea unilocular que depende de la región posterolateral derecha de la tráquea (inmediatamente caudal al lóbulo tiroideo derecho), traqueocele.

Resultados: Se interviene a la paciente mediante MCL sin ninguna incidencia y se le extirpan los nódulos. La paciente rehúsa cualquier intervención quirúrgica sobre el traqueocele.

Discusión: El manejo del traqueocele inicialmente es conservador. Pueden presentar infecciones recurrentes, neumonías por aspiración, disfagia o neumomediastino que precisen tratamiento médico. Si falla el tratamiento será quirúrgico cuyo éxito depende mucho del estado general del paciente.

388. SÍNCOPE NEUROCARDIOGÉNICO SECUNDARIO A CARCINOMA RINOFARÍNGEO

P. Seguí Moya[a], A.G. Blanco Cabañero[b], M. Jiménez García[a], N. Gómez Gabaldón[a], P. Masegosa Zapata[a], J. Díaz Fernández[a], M.R. García Rodríguez[a] y T. García Fernández de Sevilla[a]

[a]Servicio de ORL. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.
[b]Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Introducción: Recientemente han sido descritos tumores de cavum asociados a síncopes debidos a bradicardias y angor hemodinámicas secundarios al mismo, con diferente etiopatogenia de los síncopes relacionados con la irritación del seno carotídeo asociados o no con la presencia de masas tumorales.

Caso clínico: Varón de 57 años que acude al servicio de ORL con una masa laterocervical derecha de 3 meses de evolución, indurada y fistulizada a piel. Resto exploración en área ORL normal. Pruebas de imagen: TC cervical detectándose una masa laterocervical derecha de 52 × 36 × 60 mm (AP × TRA × CC) con infiltración del ECM. ECO-PAAF positiva para células malignas, compatible con Ca. epidermoide. En PET TC-cervical no se halla primario Con el diagnóstico de carcinoma epidermoide laterocervical derecho sin primario evidente el paciente fue tratado con Qt (CDDB trisemanal 100 mg/m^2) + RT (6.400 cGy en 2 fases) concomitante. Con sospecha clínica de persistencia tumoral, se realizó vaciamiento radical derecho + colgajo de pectoral mayor con buena evolución postoperatoria. En las semanas siguientes y pese a la satisfactoria evolución postquirúrgica, el paciente presento cuadros de síncope que finalmente requirieron estudio en urgencias, describiéndose cuadros de bradicardia e hipotensión arterial, con analítica y TC cerebral normal. Progresivamente apareció nueva clínica (paresia de 6º par craneal derecho, ptosis derecha, hipoestesia de hemifascies derecha y cefalea en hemicráneo derecho) aumentando la frecuencia de los síncopes. Una nueva RM cerebral detectó finalmente una lesión erosiva en base de cráneo. Biopsias en cavum + para carcinoma nasofaríngeo no queratinizante. El tratamiento con RT radical conllevó la desaparición de los síncopes.

Discusión: La etiopatogenia del síndrome del síncope del tumor del espacio parafaríngeo, consiste en la descarga de estímulos que llegan de una zona irritativa (infiltración neoplásica) en la periferia de los nervios glosofaríngeo y vago, que acaban produciendo activación parasimpático (bradicardia, asistolia) y desactivación simpática (hipotensión) La actitud inicial consiste en tratar las crisis con atropina, dopamina e incluso marcapasos, debiéndose instaurar el tratamiento definitivo lo antes posible, pues está demostrado que la reducción de la masa causante del síndrome hace desaparecer la sintomatología.

417. EDEMA LARÍNGEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Pont Colomer, C. Soria Checa, B. Meliá Casado, J. Aldasoro Martín y J.M. Gozalbo Navarro

Hospital General de Castellón. Castellón. España.

Introducción: El edema laríngeo se caracteriza por aparición aguda o gradual de edema en epiglotis y cuerdas vocales que causa ronquera, tos perruna, estridor e insuficiencia respiratoria moderada o severa. Existen varias causas entre ellas tóxicos, reacciones anafilácticas, traumatismos y otras enfermedades de interés.

Material y métodos: Varón con antecedentes de enolismo y hábito tabáquico consulta por disnea de 2 meses de evolución. En la laringoscopia presenta edema de epiglotis, repliegues aritenoepiglóticos y bandas ventriculares que precisa traqueotomía de urgencia. Se realizan varias biopsias laríngeas y adenopáticas todas ellas negativas. Las pruebas de imagen (TAC, RMN y Pet-TAC) aportan información de edema supraglótico. Serología positiva para VEB, resto negativas de serologías. C1 inhibidor negativo. Tras tratamiento corticoideo presenta mejoría sin que sea posible la decanulación.

Resultados: El cuadro clínico junto con la imagen endoscópica, la buena respuesta al tratamiento corticoideo y el resto de pruebas negativas nos hacen sospechar una posible sarcoidosis laríngea.

Discusión: La sarcoidosis afecta a la laringe del 0,5 al 8,3% de los casos y puede ocurrir en ausencia de otras manifestaciones de la enfermedad. Al principio es asintomática, pero a medida que avanza aparece disfagia, disnea y cambios de voz. La laringoscopia muestra edema pálido de epiglotis, aritenoides y pliegues vocales falsos. El diagnóstico es por medio de biopsia laríngea y el tratamiento son los corticoides sistémicos.

418. FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN SENO ESFENOIDAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. M. Mingo Sánchez, I. M. Fernández Agudelo, J. Chacón Martínez, J. Jiménez Antolín y M. Caro García

Complejo Hospitalario de Toledo. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

Introducción: El paso de líquido cefalorraquídeo (LCR) hacia las fosas nasales (rinolicuorrea) supone la existencia de una comunicación de éstas con el endocráneo. Dado que las fosas y seno paranasales son un medio séptico, la progresión de aire o gérmenes de forma ascendente puede dar lugar a complicaciones intracraneales tales como meningitis bacterianas recidivantes, neumoencéfalo y abscesos subdurales. Es por ello por lo que se considera una patología potencialmente grave. Dentro de las causas no traumáticas se incluyen las fístulas espontáneas provocadas en la mayoría de los casos por malformaciones o debilidades anatómicas de la base anterior del cráneo, las erosiones provocadas por tumores no diagnosticados y la hipertensión intracraneal.

Material y métodos: Paciente de 38 años que acude a urgencias en marzo del 2009 por rinorrea acuosa unilateral por fosa nasal derecha de 6 días de evolución, acompañado de cefalea orbitaria derecha y que aumenta con la flexión de la cabeza. Afebril. No antecedentes médicos de interés, ni de traumatismo craneoencefálico previo, ni de cirugía. Rinoscopia anterior: se evidencia salida de líquido cristalino por fosa nasal derecha en moderada cantidad, que aumenta con la flexión de cabeza y con maniobras de Valsalva. Se toma muestra, confirmado por el servicio de bioquímica de LCR. CT de senos paranasales: se observa ocupación del seno esfenoidal por tejido con densidad de partes blandas y pequeña dehiscencia en el techo del mismo, junto a clinoides anterior.

Resultados: La paciente fue ingresada a cargo de ORL, con reposo absoluto, lactulosa 1 sobre/8h, profilaxis antibiótica: ceftriaxona 1 g/12h y medidas para disminuir la presión intracraneal: cabecero inclinado 30º, acetazolamida 250 mg/8h y restricción de líquidos 1.500 ml/24h. Al cabo de 5 días, tras persistencia de síntomas se decide hacer cirugía endoscópica nasosinusal. Se realiza sinutomía esfenoidal derecha con exposición de todas las paredes del mismo, observándose entre pared lateral y techo del esfenoides zona dehiscente con salida de LCR. Se elimina la mucosa y se aplica polybone en la zona de la fístula, comprobándose que no sale líquido. Taponamiento nasal derecho que se retira al cabo de unos días.

Discusión: Las fístulas de LCR del seno esfenoidal ocurren con más frecuencia después de la cirugía hipofisaria, aunque muchas de ellas pueden presentarse sin antecedentes quirúrgicos previos (post-traumáticas, espontáneas). Cuando la dehiscencia en dicho seno se encuentra en el receso más lateral, puede suponer un desafío la cirugía endoscópica, dada la proximidad de la arteria carótida y el nervio óptico.

427. COMPARACIÓN MEDIANTE EXPLORACIÓN ENDOSCÓPICA LARÍNGEA DE QUISTE LARÍNGEO PRE Y POSQUIRÚRGICA

M. Hamdan Zavarce, L. Díez González, A. Quintana Sanjuas, O. Castro Macías, I. González Guijarro y N. Rodríguez Acevedo

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral Cies. Pontevedra. España.

Los quistes laríngeos son lesiones benignas de diversas localizaciones que pueden ser asintomáticos o producir sintomatología diversa, pudiendo llegar a producir síntomas y consecuencias como la apnea del sueño por obstrucción crónica de la vía aérea, como ha sido descrito en la literatura. La clínica más frecuente son síntomas como disfonía, estridor y disfagia. La importante localización a nivel de vía aérea y el riesgo que supone para la misma nos añade importancia a la hora de realizar y documentar la exploración endoscópica. La exploración otorrinolaringológica completa debe incluir valoración endoscópica laríngea, en donde podremos determinar las características y extensión de la lesión, tipo de intervención, abordaje, prever posibles complicaciones y realizar el registro de cada paciente que es intervenido.

437. ADENOPATÍA METASTÁSICA LATEROCERVICAL DE TUMOR NEUROENDOCRINO. REVISIÓN DE 1 CASO CLÍNICO

M.G. Álvarez-Morujo De Sande, M.J. Hervás Núñez, S. Senao Fernández, A. Olivo de la Cruz, E.C. Porras Alonso y A.J. Martín Mateos

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción: Presentamos un caso clínico en el que, tras el hallazgo de una adenopatía cervical de características malignas con una batería de pruebas diagnósticas negativas para tumor primario, incluido un PET-TAC corporal, la biopsia de la pieza y el estudio anatomopatológico posterior permitieron el diagnóstico de metástasis ganglionar de tumor neuroendocrino.

Material y métodos: Presentamos paciente varón de 55 años de edad con antecedentes de carcinoma epidermoide de pulmón hace 12 en remisión completa que presenta adenopatías laterocervicales derechas en cadena espinal y cervical trasversa de aproximadamente 3 cm adherida a planos profundos. Se realizan como pruebas complementarias PAAF laterocervical que se informa como metástasis de carcinoma sin conclusiones en estudio inmunohistoquímico sobre el carácter de la neoplasia; TAC cervicofacial con imágenes compatibles con adenopatías laterocervicales derechas de características neoplásicas; TAC toracoabdominal sin lesiones sugestivas de tumor primario; PET-TAC desde vértex a tercio superior del muslo sin alteraciones en la distribución fisiológica del radiofármaco. Ante estos resultados se realiza bajo anestesia general e intubación orotraqueal vaciamiento cervical derecho modificado con biopsia intraoperatoria de población celular con marcada atipia pendiente de tipificar. El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue de adenopatía metastática de tumor neuroendocrino.

Conclusiones: Se plantea con este caso clínico la localización inusual de una adenopatía metastásica cervical de características neuroendocrinas sin la existencia de un tumor primario neuroendocrino de cabeza y cuello y con una prueba diagnóstica PET-TAC corporal negativa para tumor primario.

444. HEMATOMA RETROFARÍNGEO. A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS

M. González Doñate, E.I. Genestar Bosch, N. Ortiz Laredo y J. Lorente

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: El hematoma retrofaríngeo es poco frecuente y la complicación más grave es la obstrucción de la vía aérea superior.

Métodos y resultados: Hemos revisado 4 casos que ingresaron en nuestro servicio este último año. Todos los pacientes, con una edad superior a 70 años, acudieron a urgencias por presentar odinofagia, disfagia relativa y en un caso disnea. La mitad seguían tratamiento habitual con antiagregante o anticoagulante. En dos casos se observó el inicio de la clínica tras un acceso de tos. Se les mantuvo en observación una media de 5 días. Sólo en un caso fue necesario practicar una traqueotomía urgente.

Discusión: Existen factores predisponentes, como los anticoagulantes, y factores desencadenantes, como los esfuerzos o accesos de tos, para la instauración de un hematoma retrofaríngeo. La decisión terapéutica contempla la observación, la intubación y en algunos casos la traqueotomía, teniendo como objetivo preservar la vía aérea.

Conclusiones: El manejo del paciente con hematoma retrofaríngeo depende del TC y de la evolución.

450. TUMORES NEUROENDOCRINOS DE CABEZA Y CUELLO

M. Marcos Ordoñez, G. Landínez Cepeda y B. Vielva

Hospital Clínico de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción: El sistema neuroendocrino difuso, es un conjunto heterogéneo de células que desempeña un papel esencial en el funcionamiento del organismo. Dada su amplia distribución y diversas formas de agrupación, existe dificultad para reunir en un solo conjunto, sus manifestaciones clínicas, modalidades diagnósticas y tratamiento.

Casos clínicos: Presentamos cuatro pacientes varones, con diagnóstico anatomopatológico de tumor relacionado con el sistema neuroendocrino del área ORL. En dos, se localizó el tumor primario en Seno maxilar y Laringe; los otros dos mostraron metástasis cervicales de focos fuera de área ORL. Tres fallecieron en un plazo menor de un año.

Discusión: Las neoformaciones neuroendocrinas de cabeza y cuello son entidades infrecuentes, manifestándose como foco primario o más frecuentemente como formas metastásicas en los ganglios cervicales, pudiendo incluirse en numerosos casos, dentro de los tumores de origen desconocido. Es por eso que en su identificación y tratamiento, hay que tener en cuenta aspectos que puedan generar confusión, que se evitaría con un manejo multidisciplinar que deberá incluir servicios de ORL, endocrinología, oncología, anatomía patológica (aporte valiosísimo), ampliando estudios y haciendo un seguimiento a largo plazo. Nuestros pacientes, para su diagnóstico requirieron un exhaustivo estudio multidisciplinario, aunque su pronóstico fue desfavorable, corroborado por el fallecimiento de tres de ellos. Dada la baja frecuencia, hemos creído conveniente reportar los que hemos encontrado y manejado en los últimos 7 años.

455. QUIMIOTERAPIA DE INDUCCIÓN. RESULTADOS A LARGO PLAZO

A. Rubio Suárez, T. Laviana Muslera, P. Eza Núñez, R. González Aguado, R. García Zornoza y A. Mazón Gutiérrez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Introducción: Presentamos los resultados, con un seguimiento superior a los 12 años, de un grupo de pacientes que fueron tratados siguiendo un protocolo de quimioterapia de inducción.

Material y métodos: Desde marzo de 1995 hasta abril de 1997, 93 pacientes cumplieron los criterios de inclusión en un estudio fase II para ser tratados mediante Quimioterapia de Inducción siguiendo el esquema UFTVP. Se recogieron las correspondientes variables realizándose los cálculos estadísticos con el Programa SPSS. Los estudios de supervivencia se determinaron mediante el método de Kaplan-Meier y las diferencias entre grupos aplicando el test de Log-Rank. Se consideraron resultados significativos cuando el valor de la p fue inferior a 0,05.

Resultados: De los 93 pacientes incluidos en el estudio, 87 fueron varones y 6 mujeres. La media de edad fue de 57 años (rango 36-78). La localización inicial del tumor fue faríngea en 51 pacientes y laríngeo en 42 pacientes. Entre las distintas variables analizadas, al aplicar el test de Log-Rank, se demostró que empeoraban significativamente el pronóstico la localización faríngea, la presencia de adenopatías y la mala respuesta inicial frente a la QT.

Discusión/conclusiones: Podemos concluir que el esquema de quimioterapia de inducción UFTVP ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de los carcinomas avanzados de laringe y faringe. Las tasas de supervivencia y preservación de órgano han sido aceptables en los carcinomas de localización laríngea, sin embargo, estos resultados continúan siendo pobres en el caso de los carcinomas de localización faríngea.

457. LARINGOCELE MIXTO. UN CASO DE DISFONÍA

S. Cruz, N. Oliveira, D. Duarte, J. Vieira, N. Trigueiros, F. Magalhães y M. Rodrigues

Serviço de Otorrinolaringologia. Hospital Pedro Hispano. Matosinhos. Portugal.

Introducción: Herniación de la mucosa laríngea que se origina en el extremo apendicular del ventrículo, que se encuentra entre la banda ventricular y la superficie interna del cartílago, de contenido aéreo y se comunica con el lumen de la laringe. Puede clasificarse como interno, externo y misto, de acuerdo a su relación con la membrana tirohioideia. Su etiología es desconocida. Actualmente se piensa en causas congénitas y adquiridas (el aumento de presión endolaríngea, carcinoma laríngeo) en su etiopatogenia.

Métodos: Caso clínico de un paciente de 67 años, que acudió al Servicio de Urgencia de Otorrinolaringología en un contexto de disfonía con cinco meses de evolución, acompañada de estridor ligero y de tos seca durante las primeras tres semanas. A la exploración ORL por laringoscopia indirecta y nasofibrolaringoscopia se observo un abombamiento de la banda ventricular izquierda con disminución de la movilidad de la cuerda vocales ipsilateral. En la TAC cervical se observa un laringocele mixto izquierdo.

Resultados: Se procedió a tratamiento quirúrgico mediante cervicotomía lateral con disección de laringocele. En el día de hoy el paciente se encuentra asintomático con un examen otorrinolaringológico normal.

Conclusiones: La laringocele es una lesión benigna poco frecuente y asintomático en gran parte de los casos, si bien, puede obligar a realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías laríngeas y en ocasiones se encuentra asociado al carcinoma de laringe.

460. CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Loayza Gamboa, R.D. Manrique Lipa, J.L. Rodríguez Fernández y C. Santidrián Hidalgo

Hospital do Meixoeiro. Pontevedra. España.

Introducción: El Carcinoma adenoide quístico (CAQ) es un tumor raro. Representa el 1% de los tumores de cabeza y cuello y 10% de todas las neoplasias de glándula salival.

Material y métodos: Mujer de 49 años con dolor en región de ATM y adenopatía submandibular derechas de años de evolución que en los últimos meses presenta horner derecho y atragantamientos frecuentes. Exámenes realizados un mes antes de la entrevista: RM cerebral, RM cervical y TC torácico "normales", RM ATM "luxación meniscal anterior con reducción". Seis meses después empeora la clínica y presenta paresia del hipogloso derecho. RM y TC cervical de control "reemplazo graso de músculos de hemilengua derecha, atrofia de glándula submaxilar derecha con márgenes no definidos, masa irregular que se extiende desde la bifurcación carotídea derecha hasta el agujero yugular", Arteriografía de troncos supra-aórticos "sin evidencia de hipervascularización".

Resultados: Se realiza cervicotomía, resección tumoral y Vaciamiento ganglionar derecho, áreas II-III. A nivel del digástrico derecho, se encuentra un tumor duro e infiltrante sin bordes claros que invade carótida externa, XII y IX par. Resultado A-P: "CAQ infiltrante", ganglios negativos.

Conclusiones: Pese a su crecimiento lento y progresivo, el CAQ ha sido descrito como una de las neoplasias malignas biológicamente más agresivas y destructivas presentando una elevada tendencia a la recidiva local, desarrollo de metástasis a distancia tardías e invasión y diseminación perineural a través de los nervios y tejidos adyacentes. Llama la atención, en este caso, que los exámenes de imagen iniciales resultaron normales y meses después, alterados.

478. QUISTE BRANQUIAL PARAFARÍNGEO. DIFICULTAD DIAGNÓSTICA

M. Jiménez García, P. Seguí Moya, P. Masegosa Zapata, N. Gómez Gabaldón, F. Cerván Rubiales, J.D. Contreras Sánchez y T. García Fernández de Sevilla

Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Introducción: La región laterocervical constituye una región anatómica que puede presentar una amplia variedad de patología, por lo que es preciso realizar una anamnesis metódica, una exploración general mínima y completa del área ORL y la elección individualizada de pruebas complementarias ante toda masa cervical.

Material y métodos: Varón de raza negra de 25 años que acude por tumoración laterocervical derecha dolorosa de 2 semanas de evolución, de crecimiento rápidamente progresivo y odinofagia. OF: tumoración submucosa en pared posterior faríngea que desplaza anterior y medialmente a la amígdala derecha, con mucosa conservada. Palpación cervical: tumoración blanda en región yugulocarotídea superior y media derecha de 6 cm y múltiples adenopatías laterocervicales bilaterales menores de 2 cm. Se realiza estudio serológico, radiológico e histológico de la lesión.

Resultados: Entre los resultados destacan serología positiva para VHB y Mantoux positivo; imagen radiológica de masa quística a nivel parafaríngeo derecho y múltiples adenopatías laterocervicales de centro necrótico; y PAAF de la lesión compatible con absceso. Se instaura tratamiento antibiótico y se realiza nueva PAAF de la masa compatible con quiste branquial. Se decide exéresis mediante abordaje transcervical de la masa quística parafaríngea y las adenopatías. El diagnóstico AP definitivo es de quiste branquial parafaríngeo (tipo IV según clasificación de Bailey) y linfadenitis granulomatosa tuberculoide. Se instaura tratamiento con antituberculosos 6 meses, permaneciendo el paciente asintomático.

Conclusiones: Las masas cervicales y las masas parafaríngeas precisan de un amplio diagnóstico diferencial, abarcando lesiones congénitas, tumorales e infecciosas, incluyendo la TBC por el aumento de su incidencia.

494. TRATAMIENTO CONSERVADOR DE UN HEMATOMA LARÍNGEO TRAUMÁTICO

G. Fernández Rodríguez, E. de la O Corrochano, M.J. Cisternas Bittencourt, J. Marcos Calle, M. García Jiménez, J. Herrero Herrero, M.J. Lavilla Martín de Valmaseda y M. Sofía Aparicio Pérez

Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. España.

Introducción: Los traumatismos externos de la laringe son raros, presentando una incidencia en el adulto de 1/30.000 habitantes/año, lo que representa el 1% de los traumatismos agudos (en niños la incidencia es aún más baja). Se caracterizan por la ausencia de paralelismo anatomoclínico.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente que consulta por disfonía y disnea tras sufrir accidente laboral, con compresión cervical, de gran intensidad. En la laringoscopia indirecta realizada de urgencias, se aprecia gran hematoma de muro faringolaríngeo y repliegue aritenoepiglótico que se extiende a banda, cuerda vocal y seno piriforme derechos con disminución parcial de la luz glótica, causando disfonía y disnea con discreto estridor laríngeo inspiratorio; el resto de la exploración ORL fue normal. Tras estudio de imagen compatible, se decide tratamiento conservador con estrecha vigilancia y monitorización del paciente.

Resultados: Se realizó tratamiento conservador mediante oxigenoterapia, antibioticoterapia y corticoterapia intravenosos. El paciente presentó una evolución favorable, con desaparición de la disnea y mejoría importante de la disfonía al alta hospitalaria, hasta su desaparición completa, dato que se objetivó en las sucesivas consultas de carácter ambulatorio así como normalización anatómica de la laringe.

Conclusiones: Los traumatismos externos de la laringe, aunque infrecuentes, presentan una tasa de mortalidad y morbilidad elevada, lo que hace necesario una estrategia diagnóstica y terapéutica precoces y adaptados a la situación clínica concreta, que en determinadas ocasiones, como en el caso que presentamos, puede tratarse de medidas conservadoras siempre dentro de una estrecha vigilancia.

499. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EXPLORATORIA ORL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS)

A. Rodríguez Fernández-Freire, W. Elhendi, E. Sánchez Legaza, R. Ruiz Fito, A. Caravaca García, I. Vázquez Muñoz, A. Sanmartín Anaya y A. Ruiz Mondéjar

Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. España.

Introducción: Diferentes estudios epidemiológicos demuestran que el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es una enfermedad muy prevalente que afecta al 4-6% de los varones y al 2-4% de las mujeres en la población general adulta de edades medias.

Objetivo: A raíz de la realización y publicación del Consenso Nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño por el Grupo Español de Sueño (GES) se antoja necesaria la actuación multidisciplinar en torno a esta patología. Siendo el papel del otorrinolaringólogo esencial en la evaluación anatómica y fisiológica de la vía aérea superior, así como en la patología subyacente, candidata a tratamiento médico y/o quirúrgico. Esencial es la evaluación ORL ante efectos adversos del nCPAP, que dan lugar en un alto porcentaje a su abandono por intolerancia.

Conclusiones: Establecemos el protocolo de actuación exploratorio que debe realizar el ORL ante un paciente diagnosticado de SAHS.

524. MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS DEL PENFIGOIDE CICATRICIAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO ATÍPICO

R. Corrales Millán, P. Santos Acosta e I. Nemeckova Sukova

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: El penfigoide cicatricial o benigno de mucosas es una enfermedad poco frecuente con incidencias anuales entre 2 a 5 por cada 100.000 habitantes. Afecta principalmente a la mucosa oral y ocular. Sólo en 25% de los pacientes afecta también la piel y en alrededor de 10% de los pacientes compromete a la mucosa faringo-laríngea, produciendo en los casos severos disnea que incluso puede requerir traqueostomía. Edad de presentación 40-80 años. Es más frecuente en mujeres.

Material y métodos: Paciente varón de 31 años en estudio por dermatología por sospecha de pénfigo que presenta lesiones de tipo erosivo en mucosa cavidad oral, faringe, genitales y oculares, que curan dejando cicatriz atrófica. Se objetiva lesión de aspecto ulcerativo en pared posterior faríngea y borde libre de epiglotis. Se realiza microcirugía laríngea y toma de biopsia.

Resultados: Anatomopatológicamente se describe ulceración inespecífica con zonas de edema y dehiscencias suprabasales con acantolísis en epitelio subyacente. Dermatología: biopsia de las lesiones piel: dermatitis ampollosa subepidérmica e intraepidérmica con infiltrado inflamatorio neutrofílico y necrosis epidérmica; IMNFD: depósito de IgG lineal en unión dermoepidérmica con infiltrado neutrofílico. IMNFI: negativa. Anticuerpos antimitocondriales, músculo liso, serología vírica, mantoux negativos.

Conclusiones: El diagnóstico es resultado de clínica; IMNFD donde encontramos depósitos lineales de IgG y factor 3 del complemento en las membranas básales del epitelio perilesional. IFI: no suelen detectarse Ac circulantes. Por ser una enfermedad inmunológica que afecta a diversos tejidos, su diagnóstico y tratamiento debe ser multidisciplinario, debiéndose evaluar por dermatología, oftalmología, otorrinolaringología.

526. CARCINOMA DE MERKEL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

M.T. Cuesta González, P. Estrems, G. Pastor, R. Balaguer, F. Guallar y J. Dalmau

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

Introducción: El carcinoma de Merkel es un tumor maligno cutáneo con diferenciación neuroendocrina que aparece en piel expuesta a radiación solar. Su incidencia es baja por lo que es importante conocer sus principales características clínicas, diagnósticas y sobre todo terapéuticas. Presentamos el caso clínico de un paciente estudiado en nuestro servicio.

Material y métodos: Varón de 78 años con antecedentes de leucemia linfática crónica y varios carcinomas epidermoides y basocelulares cutáneos. Clínicamente el paciente presentaba una lesión en mejilla izquierda de un año de evolución con crecimiento rápidamente progresivo. Exploración ORL: lesión nodular de tres centímetros de diámetro eritemato-violácea sobre región malar izquierda. Adenopatías a nivel parotídeo y cervical. Tratamiento: exéresis de la tumoración con margen de tres centímetros, parotidectomía izquierda y exéresis de las adenopatías, quedando un gran defecto cutáneo que se reconstruyó con un colgajo cervico-facial. AP definitiva: carcinoma de Merkel.

Discusión/conclusiones: El carcinoma de Merkel clínicamente se presenta como un nódulo violáceo, a veces ulcerado. Su crecimiento es rápido y las metástasis son muy frecuentes Dada su agresividad el tratamiento consiste en una resección amplia de la lesión y de las posibles metástasis linfáticas.

553. PERFORACIÓN ESOFÁGICA POR DEGLUCIÓN FORZADA

C. Martín González, A. Rodríguez Valiente, A. Martínez Ruiz-Coello, M. Pinilla, C. Górriz y A. Trinidad

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. España.

Introducción: La incidencia de ingesta de cuerpos extraños en nuestro medio es alta, siendo más frecuente en las edades extremas de la vida. Lo más habitual es hallar alimentos impactados o espinas, e incluso prótesis dentales. Los cuerpos extraños se alojan en estrechamientos fisiológicos. Generalmente no producen complicaciones graves, siempre que se diagnostiquen de forma precoz y se extraigan. Pero en ocasiones dan lugar a situaciones de extrema gravedad que puede derivar en la muerte del paciente.

Material y métodos: Presentamos un caso de un varón visto en urgencias por odinofagia, dolor cervical intenso y disfonía, tras ingerir el papel encerado de un caramelo. En la exploración, no se objetiva cuerpo extraño, sólo se observan los aritenoides ligeramente eritematosos. Llama la atención la existencia de dolor a la palpación cervical con crepitación a nivel del tiroides.

Resultados: En la radiografía cervical se objetiva aire en el espacio prevertebral, y en el TC cervicotorácico, se aprecia enfisema en región cervical, pared torácica anterior y neumomediastino. Con el diagnóstico de perforación esofágica, se ingresa al paciente con antibioterapia intravenosa y dieta absoluta, presentando buena evolución.

Discusión: La perforación esofágica como complicación de un cuerpo extraño se debe sospechar ante la existencia de odinofagia, dolor cervical y enfisema subcutáneo. Las pruebas de imagen son útiles para su diagnóstico, siendo su tratamiento conservador cuando no se objetive cuerpo extraño y el estado del paciente así lo indique.

557. POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE ESTADO ESTABLE. ESTUDIO DE NORMALIZACIÓN DE DATOS Y COMPARACIÓN COMO MÉTODO PARA LA ESTIMACIÓN DEL UMBRAL AUDITIVO

M.T. Mansilla González, G. Gundín Rivas, J.M. Teba Luque, E. del Castillo Serrano y E. Soler Lluc

Unidad de Otorrinolaringología. Hospital Infanta Cristina. Parla. España.

Introducción: Son muchos los estudios publicados orientados a determinar la utilidad clínica de los potenciales evocados auditivos de estado estable (PEAee), encontrando gran variabilidad de resultados entre los mismos. Por ello nos planteamos este estudio con un doble objetivo, medir la utilidad de la prueba para la determinación del umbral auditivo en comparación con la audiometría tonal liminar (ATL), y por otro lado establecer los valores de normalidad de nuestro equipo.

Material y métodos: Se realizaron los PEAee con el equipo Biologic MASTER II, con estimulación binaural, a las frecuencias de 500, 1000, 2000 y 4000 Hz. El test fue realizado en 30 sujetos adultos normooyentes, cuya audición había sido evaluada previamente mediante ATL, y en los cuales se consideró la existencia de normoaudición cuando los umbrales a todas las frecuencias se situaron por encima de 20 dB.

Resultados: Ofrecemos los resultados obtenidos en nuestro medio y con nuestro equipo en un intento de validar la técnica.

Conclusiones: Con los resultados hemos obtenido los valores medios que ofrece nuestro equipo en comparación con la ATL, de forma que serán de gran utilidad a la hora de realizar estudios audiológicos, en un primer tiempo, para posteriormente extenderlo a la población infantil.

559. RECONSTRUCCIÓN DE COLUMELA MEDIANTE DOS INJERTOS LIBRES Y UN COLGAJO PEDICULADO

J.M. Teba Luque, E. Soler Lluch, J. Jiménez Reyes, E. Castillo Serrano, G. Gundín Rivas y M. Mansilla González

Unidades de Otorrinolaringología y Dermatología. Hospital Infanta Cristina. Madrid. España.

Introducción: El carcinoma epidermoide de pirámide nasal constituye el 30% de los tumores malignos cutáneos del área de cabeza y cuello, siendo la localización en columela excepcional. Las especiales características de la columela hacen que la reconstrucción del defecto tenga componente cutáneo y mucoso, por lo que existen diversas alternativas en su reparación.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de un varón de 59 años que consulta por lesión nodular y ulcerada en columela nasal. Ante la sospecha clínica se decide toma de biopsia, siendo el resultado de carcinoma epidermoide bien diferenciado. El tratamiento definitivo consistió en la exéresis de la lesión con bordes oncológicos de seguridad y vaciamiento cervical funcional de grupos I, II y III izquierdos así como del grupo I derecho. La reconstrucción del defecto se realizó con un aporte de antehélix cutáneo-cartilaginoso, injerto libre de piel, y colgajo pediculado de mucosa de cara interna de labio superior tunelizada hacia la zona de la exéresis. El resultado anatomopatológico confirmó la naturaleza maligna de la lesión con bordes negativos. El aspecto estético del defecto es satisfactorio.

Discusión/conclusiones: Dada la excepcionalidad de la localización y complejidad de la reconstrucción, aportamos una solución con escasa morbilidad y excelente resultado estético.

565. PARÁLISIS DE III PAR CRANEAL. ¿PUEDE TENER UN ORIGEN ORL?

A. Rodríguez Valiente, B. de Diego, A. Martínez Ruiz-Coello, J.R. García Berrocal, C. Górriz, I. Bernal y R. Ramírez Camacho

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. España.

Introducción: Las parálisis del III par craneal representan un reto diagnóstico en la práctica clínica de distintos especialistas. Dado que la sintomatología que produce puede ocultar patología grave (aneurismas, malformaciones arteriovenosas) se hace imprescindible un diagnóstico precoz. Sin embargo, una pequeña parte de estos casos se han asociado con patología inflamatoria nasosinusal.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de un paciente con parálisis de III par craneal y antecedentes de sinusitis. Se hace una revisión bibliográfica del tema.

Resultados: Tras descartar otros diagnósticos más frecuentes, y potencialmente más graves se llega a la conclusión de que su origen está en el seno esfenoidal. En la RM se muestra una inflamación circunscrita a la cisura orbitaria superior.

Discusión: El otorrinolaringólogo debe de conocer las estructuras de la órbita, y los elementos vasculares y nerviosos que llegan a ella, y su relación con los senos paranasales debido a la patología nasosinusal que se manifiesta a través de la órbita.

585. LINFOMAS EXTRANODALES DE CABEZA Y CUELLO

M.J. Gámiz Maroto, A. Fernández Pérez y M.J. Viciana Martínez-Lage

Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. España.

Introducción: Las principales localizaciones extranodales de los linfomas de cabeza y cuello son el anillo de Waldeyer (AW) y las fosas nasales y seno paranasales (FN/SPN). Los linfomas de FN/SPN son una rara localización de los linfomas extranodales (LEN) y su historia natural no es bien conocida. La concurrencia de diferentes condiciones como el Sd. de Sjögren y factores geográficos, parecen influir en la enfermedad, sobre todo en los linfomas de FN/SPN. El tratamiento y el pronóstico de los LEN de cabeza y cuello dependen del grado histológico y extensión en el momento del diagnóstico. La mayor parte de los pacientes se diagnostican en un estadio precoz y son grado intermedio.

Material y métodos: Presentamos 6 casos de LEN diagnosticados entre 2006 y 2009. En los casos de afectación FN/SPN los síntomas fundamentales fueron epistaxis y obstrucción nasal. En los casos de afectación de AW los pacientes presentaron disfagia y sensación de cuerpo extraño. Se realizó una historia clínica sistematizada, incluyendo factores de riesgo y procedencia del paciente y una exploración que incluyó fibroscopia con toma de biopsia. La extensión se valoró mediante pruebas de imagen (TAC y RMN). El diagnóstico definitivo fue anatomopatológico. Una vez realizado el diagnóstico, los pacientes se derivaron a la unidad de Oncohematología del hospital de referencia para tratamientos combinados

Conclusiones: Los LEN de cabeza y cuello son entidades raras en la esfera ORL, aunque deben ser tenidos en cuenta en el diagnóstico diferencial. El pronóstico depende del grado histológico y la precocidad al diagnóstico.

587. HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSIFORME DE REGIÓN PREAURICULAR IZQUIERDA

P. Santos Acosta, M. Ceballos Cauto, E.J. de Mingo Fernández y S. Sánchez Gómez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: El hemangioendotelioma kaposiforme (KHE) es una neoplasia vascular rara de malignidad intermedia; localmente agresiva; suele originarse en piel y asociarse a coagulopatía de consumo y trombocitopenia, síndrome de Kassabach-Merritt (peor pronóstico), y linfangiomatosis. Metastatiza regionalmente, no a distancia. Es infantil, raro en adultos (20 casos), localizado raramente en cabeza y cuello (14 casos).La excepcionalidad del caso radica por presentarse en adulto, cabeza y cuello y sin síndrome asociado.

Material y métodos: Mujer, 36 años, meningitis de repetición infantil por fístula de LCR etmoidal intervenida. Hace diez años presenta lesión rojiza-violácea preauricular izquierda con escisión terapéutica y diagnóstica; confirmándose anatomopatológica e inmunohistoquímicamente KHE. Hace ocho años recidiva parotídea y espacio masticador tratada con parotidectomía total conservadora, persistiendo enfermedad residual. Nuevos episodios de meningitis desde 2007. Actualmente mediante RMN se aprecia progresión tumoral desestimándose la cirugía. En tratamiento con corticoterapia e interferón alfa 2, descartándose QT por antecedentes meníngeos.

Resultados: El estudio isotópico de LCR confirma fístula. RMN y TACAR revelan defectos óseos del tegmen timpany y cara superior del seno frontal, sin afectación de oído medio. Tras inyección intratecal de fluoresceína se realiza miringotomía, resultando positiva para LCR y CENS, apreciándose fístula próxima al ostium frontal que se repara.

Discusión/conclusiones: La RM es la técnica diagnóstica de elección para diagnóstico y evolución. El diagnóstico definitivo se obtiene anatomopatológica e inmunohistoquímicamente. El trata-

miento de elección es la cirugía. Aunque la experiencia es limitada la corticoterapia, interferón y diversos regímenes quimioterápicos han conseguido la reducción de algunos tumores.

611. QUISTE TIROGLOSO GIGANTE EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.S. Estévez Alonso, M.I. Calle Cabanillas, J.C. del Pozo de Dios, J.L. Gómez González, P. Santos Gorjón y F.J. del Rey Tomás-Biosca

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: En la migración de la glándula tiroides, el conducto tirogloso puede no obliterarse y formarse en éste una lesión quística. Estos quistes suponen el 2-4% de las masas cervicales, siendo la segunda causa de masa cervical en niños. La mayor parte de ellos se presentan en niños y adolescentes como masa indolora medial de 1-2 cm.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un varón de 70 años de edad, sin antecedentes de interés que acude a nuestra consulta por la aparición y crecimiento en los últimos años de una gran tumoración central cervical de aproximadamente 7 cm de diámetro, de crecimiento lento, sin sintomatología alguna, salvo la derivada del crecimiento, ni signos infecciosos y que asciende con la deglución. Para aproximación diagnóstica se realizan Gammagrafía tiroidea descartando captación isotópica a nivel de la lesión, TAC cervical donde se observa una lesión de aspecto quístico de gran tamaño así como la estrecha relación con la membrana tirohiodea y la ocupación parcial del espacio preepiglótico y PAAF donde se obtiene diagnóstico anatomopatológico de quiste benigno, citológicamente inespecífico.

Resultados: Se decide debido a las dimensiones del quiste y a motivos estéticos, extirpación quirúrgica y posterior confirmación anatomopatológica del diagnóstico de sospecha.

Discusión: Destacamos el caso presentado por la edad tardía de presentación, así como por su gran tamaño, precisando diagnóstico diferencial que pasa por identificar la ausencia de tejido tiroideo funcionante (ectopia tiroidea) o masas sugestivas de malignidad.

629. CÓMO NO HACER UN MOLDE PARA AUDÍFONO

J.R. Ruiz Fito, A. Caravaca García, M.D. Allely Teruel, I. Vázquez Muñoz, E. Sánchez Legaza, W. Ehlendi Halawa, A. Sanmartín-Anaya y A. Ruiz Mondéjar

Hospital Punta de Europa de Algeciras. Cádiz. España.

Introducción: La adaptación de una audioprótesis pasa necesariamente por la previa realización cuidadosa de un molde personalizado al conducto auditivo externo del oído del paciente que se va a adaptar. La mayoría de los conductos auditivos externos tendrán una forma más o menos normal pero una parte de ellos sí van a ser claramente muy distintos a la norma, como ocurre particularmente en los oídos que han sido sometidos a cirugía.

Material y métodos: Mujer de 47 años que acude de urgencias ante la impactación en oído del molde o material de impresión para la realización de un audífono que se acaba de realizar. A la exploración se observa una cavidad mastoidea de oído derecho en la cual se aprecia cuerpo extraño de textura gomosa, color azulado y fácilmente fragmentable ocupando especialmente la parte profunda de la cavidad.

Resultados: Tras varios intentos repetidos sin éxito en la consulta debido principalmente al dolor ocasionado durante la maniobra de extracción se decide realizar su extracción bajo sedación en quirófano aproximadamente a las 12 horas. El cuerpo extraño se consigue retirar vía intracanal bajo el microscopio con evidente dificultad y sangrado moderado. El paciente es dado de alta sin complicaciones.

Discusión: La realización de un molde para audífono requiere siempre de la intervención de audioprotesistas profesionales en la materia. Deberán contemplar posibles variantes anatómicas y peculiaridades en el conducto auditivo externo y ser conocedores del tipo de materiales para la realización de moldes, sus indicaciones y sus posibles riesgos de uso.

637. ¿ERA ESO UN PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO DE LARINGE?

M.L. Oliver, J. Benito, M. Foglia y V. Morente

Hospital Universitario Sant Joan. Reus. España.

Introducción: El pseudotumor inflamatorio de laringe es una rara lesión que fácilmente puede ser confundida con una neoplasia epitelial o mesenquimal maligna. Es una proliferación maligna miofibrobástica con un patrón característico fibroinflamatorio e incluso pseudosarcomatoso.

Material y métodos: Varón de 79 años diagnosticado quince años antes de pólipo queratósico en cuerda vocal izquierda que rechazó cirugía. Acude de nuevo en agosto 2008 con disnea progresiva. Biopsia de CVI mediante broncoscopia. AP: tejido fibroso denso con hialinización focal. Septiembre 2008 microcirugía endolaríngea precedida de traqueotomía. AP: pseudotumor inflamatorio. Diciembre 2008 exéresis de nódulo subcutáneo bajo cicatriz de traqueotomía previa. AP: neoplasia fusocelular compatible con carcinoma fusocelular. Enero 2009 laringuectomía total ampliada. AP: carcinoma escamoso fusocelular pobremente diferenciado GIIIT4N0. Febrero 2009 nueva recaída peritraqueostoma se inicia RT paliativa. Marzo 2009 metástasis pulmonares y exitus.

Resultados: El estudio inmunohistoquímico muestra en septiembre 2009 positividad focal para actina de musculo liso y negatividad para S100 y queratina AE1/AE3. En diciembre y enero positividad focal de vimentina y queratina AE1/AE3.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial más difícil de realizar entre los distintos tumores fusocelulares (leiomiosarcoma, carcinoma de células fusiformes...) es con el pseudotumor inflamatorio. Sólo el estudio inmunohistoquímico permite en la mayoría de los casos establecer un diagnóstico correcto. El tratamiento efectivo consiste en escisión quirúrgica completa. Un comportamiento maligno y las recurrencias son posibles. Aunque en la literatura se proponen otras opciones terapéuticas, según la localización (corticoides, RT, QT, láser...).

638. ANGIOMA INTRAÓSEO DE SENO MAXILAR Y HUESO MALAR. DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

M. Castrillo Tambay, J. González Martín-Moro, B. Duarte Ruiz, T. Bucci y F. Riba García

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

Introducción: La localización de angiomas a nivel intraóseo malar es sumamente infrecuente. La radiología puede ser orientativa, pero el diagnóstico definitivo siempre debe realizarse mediante biopsia.

Caso clínico: Presentamos un interesante caso de un paciente de 50 años de edad que consulta por distopía ocular y diplopía. Se establece el diagnóstico de angioma intraóseo maxilomalar mediante biopsia incisional. Mostramos el abordaje quirúrgico practicado previa embolización selectiva 72 horas antes, resección de la tumoración con márgenes y la reconstrucción inmediata mediante un injerto óseo libre de calota con diseño en escalera.

Resultados: El postoperatorio cursó de manera satisfactoria sin complicaciones. El resultado estético y funcional tras la cirugía es excelente y estable en el tiempo como se demuestra mediante la

realización de TAC de control y fotografía clínica a largo plazo (> 5 años).

Conclusiones: El hueso de calota craneal sigue siendo de primera elección en muchas reconstrucciones de defectos óseos faciales. La obtención del mismo, con una técnica correcta está exenta de complicaciones graves. Además, dado su origen embriológico, presenta un bajo índice de reabsorción postoperatoria a largo plazo.

645. METÁSTASIS GANGLIONAR CERVICAL DE MELANOMA DE PRIMARIO DESCONOCIDO

R. Souvirón, R. Barberá e I. Cobeta

Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: Entre un 1 y un 12% de pacientes diagnosticados de melanoma se presentarán sin un primario documentado, apareciendo en 2/3 de los casos como metástasis ganglionares. Los pacientes con este diagnóstico deben someterse, como aquellos con melanoma estadio II, a una disección ganglionar.

Material y métodos: Caso 1: varón de 73 años con tumoración laterocervical izquierda de 6 cm de diámetro mayor. Se solicita TAC cervical que confirma la presencia de un conglomerado adenopático, por lo que se realiza PAAF informada como carcinoma de células grandes pobremente diferenciado o melanoma maligno. Caso 2: varón de 32 años con tumoración preauricular y laterocervical derecha en área II. Se solicita TAC cervicofacial que confirma la presencia de adenopatías intraparotídeas derechas y en área II y III bilaterales. Se realiza PAAF informada como metástasis de melanoma maligno. En ambos casos se realiza estudio por dermatología, oftalmología y medicina interna, sin encontrar tumor primario. Se realiza estudio de extensión incluyendo PET-TAC, sin localizar el origen primario. Únicamente, en el primer caso aparecen metástasis pulmonares.

Resultados: Caso 1: dado que la PAAF no fue concluyente, se realiza vaciamiento cervical. Caso 2: se realiza parotidectomía y vaciamiento cervical bilateral. Resultado anatomopatológico: melanoma. Se decide tratamiento quimioterápico con dacarbacina en el primer caso e interferón en el segundo caso.

Conclusiones: Los tumores de origen desconocido integran un grupo muy heterogéneo y todavía suponen un problema en la práctica oncológica. Generalmente corresponden a carcinomas escamosos, pero ocasionalmente pueden ser adenocarcinomas, tumores anaplásicos o melanomas.

649. LARINGOPIOCELE SOBRE CARCINOMA EPIDERMOIDE DEL SENO PIRIFORME

E. de la O, M.J. Cisternas, G. Fernández, M. García, J. Marcos, G. Pardo y J. Herrero

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. España.

Introducción: Un laringocele es una lesión benigna de la laringe resultado de una dilatación anormal laríngea llena de aire. Cuando el laringocele se obstruye y se llena de moco-pus se llama pilaringocele. En la literatura encontramos una relación entre laringocele y carcinoma epidermoide de laringe entre 4,9% y 54%.

Material y métodos: Paciente varón de 51 años con antecedentes personales de fumador y bebedor importante que presenta desde hace siete meses tumoración laterocervical derecha, dolorosa y de crecimiento progresivo, que ha empeorado en las últimas semanas con intenso dolor. Disfonía intermitente, no disnea, no disfagia. En la endoscopia directa se observa tumoración ulcerosa infiltrante de la pared laterofaríngea derecha, seno piriforme, cara externa de repliegue aritenoepiglótico y aritenoide derecho, con exteriorización tumoral anterior.

Resultados: Se realiza ingreso intrahospitalario para tratamiento y terminar estudio realizando pruebas de imagen y biopsia con diagnóstico definitivo de Ca epidermoide estadio T4N3M0.

Discusión: La asociación de laringocele con carcinoma epidermoide es poco frecuente, y si además desarrolla un pilaringocele es algo excepcional. Los pacientes que presentan laringocele deben ser examinados meticulosamente para descartar que en su seno alberguen carcinoma epidermoide y así realizar tratamiento más adecuado para cada caso.

663. EPIGLOTITIS AGUDA EN PACIENTE CON SARCOIDOSIS

E. Mora Rivas, D.R. Pérez Pérez, F.M. de la Rosa Astacio, D. Abad Casado y R. Barberá Durbán

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: Las lesiones laríngeas abarcan un amplio abanico de posibilidades diagnósticas. La combinación de las mismas con afecciones de otros órganos debe dirigir nuestra sospecha clínica.

Material y métodos: Mujer de 33 años en seguimiento por neumología por sarcoidosis con patología pulmonar intersticial crónica. Presenta molestias faringolaríngeas de una semana de evolución, y en la exploración un engrosamiento difuso de la epiglotis con exudado blanquecino grumoso que recubre toda la supraglotis. Es diagnosticada de epiglotitis aguda y tratada con cefalosporinas de tercera generación y glucocorticoides. Ante la ausencia de mejoría se toma biopsia de epiglotis y se realiza cultivo de exudado laríngeo supraglótico.

Resultados: En la tinción de Ziehl-Nielsen se evidencia una alta bacilífera infiltración por Mycobacterium Tuberculosis. Tras la instauración de tratamiento antituberculoso semanas después, se produce la mejoría clínica de la paciente, con la desaparición de las lesiones laríngeas.

Discusión: La causa más frecuente de epiglotitis aguda es la infección bacteriana por gérmenes habituales como S. pneumoniae y Haemophilus influenzae. La falta de respuesta a los tratamientos que combaten la misma ha de ampliar el diagnóstico diferencial, prestando especial atención a las lesiones granulomatosas y neoformativas.

670. HEMANGIOMA CAVERNOSO DE AMÍGDALA

S. García Fernández, C. Pérez Torres y J.L. Vargas Fernández

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: El hemangioma cavernoso es una malformación vascular poco habitual. Su ubicación más frecuente es intracerebral supratentorial, pero la presencia de este tipo de lesiones en otras zonas del cuerpo humano es anecdótica; de hecho, resulta todo un reto encontrar literatura relativa a hemangiomas de asiento amigdalar.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón, de 19 años, que acude a nuestro servicio refiriendo sensación de cuerpo extraño faríngeo, de larga data. A la exploración, apreciamos tumoración de aspecto angiomatoso en región amigdalar izquierda, que se extiende desde cavum a seno piriforme ipsilateral. Se realiza TAC y, más adelante, RMN.

Resultados: El TAC tan sólo nos da información acerca de la extensión, mientras que la RMN además orienta hacia el diagnóstico histológico. Debido al lento crecimiento estimado y a la discreta sintomatología, se decide actitud expectante.

Conclusiones: La RMN constituye un gran avance en el diagnóstico diferencial de estas lesiones, dando una señal de hiperintensidad en T2, así como de isointensidad con el tejido cerebral en T1.

674. QUISTE DEL CUARTO ARCO BRANQUIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Franco Gutiérrez, M.J. Álvarez Zapico, P. Aldama Barahona, M.P. Cuesta Albalad, P. Pérez Vázquez y J.C. Méndez Colunga

Servicio de ORL. Hospital de Cabueñes. Gijón. España.

Introducción: Las anomalías del cuarto arco branquial son extremadamente raras. Generalmente son diagnosticadas en la infancia y suelen manifestarse como abscesos cervicales de repetición. La clínica y las pruebas complementarias suelen orientar hacia su diagnóstico pero la confirmación del mismo implica la exéresis de la masa y su posterior examen patológico.

Caso clínico: Paciente inmunodeprimido derivado desde el servicio de Medicina Interna por masa laterocervical izquierda de crecimiento progresivo. La exploración confirmó la existencia de una tumoración laterocervical izquierda de consistencia elástica de 6 cm de diámetro, sin objetivarse otras alteraciones. Las pruebas complementarias solicitadas (analítica, gammagrafía tiroidea, ecografía, TAC así como PAAF) no fueron concluyentes para filiar la etiología de la lesión por lo que se decidió realizar una cervicotomía exploradora con exéresis de la misma.

Resultados: El posterior estudio anatomopatológico así como las relaciones anatómicas observadas durante la cirugía permitieron el diagnóstico de quiste del cuarto arco branquial.

Conclusiones: Aunque las lesiones derivadas de los arcos branquiales son poco frecuentes en la práctica clínica diaria deben considerarse en el diagnóstico diferencial de una masa cervical.

677. TROMBOSIS YUGULAR INTERNA

S. García Fernández, C. Arjona Montilla y P. Navarro Paule

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: La trombosis venosa en área cervical constituye menos del tres por ciento del total de las trombosis venosas profundas, resulta potencialmente peligrosa y tiene una etiología muy variada.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 25 años, con antecedentes de ADVP y cateterización venosa reciente, que presenta tumoración de aspecto inflamatorio en borde anterior de esternocleidomastoideo izquierdo, junto con marcada impotencia funcional cervical, de tres días de evolución. Solicitamos estudio con ecografía y TAC, obteniendo el diagnóstico de trombosis de la vena yugular interna izquierda. De manera conjunta con Servicio de Cirugía Vascular, se decide tratamiento antibiótico intravenoso y anticoagulación.

Resultados: El paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta a la semana. Se mantiene la anticoagulación ambulatoria durante tres meses y se recomiendan revisiones periódicas.

Conclusiones: La trombosis yugular interna es una entidad poco frecuente, que debe abordarse de manera temprana, debido al riesgo de progresión a cuadros de tromboembolismo pulmonar, con una buena respuesta al tratamiento médico (que rara vez requiere cirugía añadida) y de fácil diagnóstico clínico-radiológico.

684. ADENOMA MONOMORFO DE PARÓTIDA ASINTOMÁTICO

C. Pérez Torres, I. Aguadero Garcí y J.M. Ruíz Gómez

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: Siendo el adenoma pleomorfo (75%) y el tumor de Warthin (20%) los dos tumores más prevalentes de la glándula parótida, el adenoma monomorfo representa un pequeño porcentaje dentro de la patología tumoral de dicha glándula. Éste se caracteriza por el crecimiento de células de una única estirpe (epiteliales), la ausencia de tejido conectivo y la existencia de un patrón expansivo bien encapsulado, no infiltrante. Material y métodos: Recibimos en la consulta a una paciente de 77 años de edad, derivada por su médico de familia, debido a que en una revisión rutinaria le observa una tumoración infra-auricular derecha. La paciente le comentó que la tenía desde hacía bastante tiempo, no dándole importancia. A la exploración, se apreciaba tumoración en región de cola de parótida derecha de consistencia elástica y no desplazable. Nasofibroscopia endoscópica: Leve protrusión en pared lateral de rinofaringe derecha. Se le realizó PAAF de bultoma, así como tomografía axial computarizada.

Resultados: El resultado de la PAAF fue adenoma pleomorfo con patrón trabecular, característico en las extensiones de este tipo de tumor. La TAC arrojó un resultado inesperado, pues la tumoración se extendía a nasofaringe y fosa pterigoidea ipsilateral.

Discusión: Ante la extensión de la lesión y su carácter benigno, se le comunicaron a la paciente las alternativas, siendo la única con fin curativo la extirpación mediante parotidectomía total con conservación del nervio facial. Ante la negativa de la misma a ser intervenida, sigue controles periódicos en nuestro servicio.

689. SÍNDROME DE EAGLE. CAUSA MUY INFRECUENTE DE DOLOR OROFACIAL

A. Sánchez Barrueco, G. Zayas Pavón, T. Collazo Lorduy, A. García Fernández y C. Almodóvar Álvarez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Varón de 65 años que acude por odinofagia crónica intermitente, sin antecedentes ORL previos de interés. El dolor se acentúa durante la masticación y la rotación cervical, irradiándose a región yugulodigástrica alta y auricular izquierda. No asocia síndrome febril, cefalea ni otorrea. A la exploración no muestra alteraciones de la apertura bucal ni hallazgos compatibles con una disfunción de la articulación temporomandibular. Piezas dentarias superiores e inferiores en buen estado. Amígdalas eutróficas crípticas sin exudados. Pilares amigdalinos no abombados y úvula normocentrada. Palpación bimanual de suelo de boca y arcada alveolar normal, destacándose incremento del dolor a la palpación del pilar amigdalino anterior izquierdo. La otoscopia no muestra hallazgos patológicos de relevancia. La exploración cervical descarta presencia de adenopatías de carácter patológico, contracturas musculares ni alteraciones de la región parotídea. Palpación dolorosa de región yugulodigástrica alta izquierda, con ausencia de signos inflamatorios. El TAC cervical evidencia la presencia de calcificación completa del ligamento estilohioideo izquierdo. Presentamos un caso compatible con el síndrome de Eagle. Patología muy infrecuente que se caracteriza por odinofagia o dolor facial, asociado en ocasiones a sensación de cuerpo extraño orofaríngeo. El dolor es de carácter crónico fluctuante, que frecuentemente asocia otalgia refleja, acentuándose con la rotación cervical, la sonrisa y la masticación. Entre las causas más comunes de este síndrome se destacan la calcificación del ligamento estilohioideo o una apófisis estiloides prominente. El diagnóstico de sospecha es clínico, que se complementa con estudios radiológicos como el TAC. El tratamiento es fundamentalmente sintomático con analgésicos habituales, reservándose el tratamiento quirúrgico para casos refractarios al tratamiento.

719. DISPLASIA OSTEOFIBROSA TEMPORO-ESFENOIDAL. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

C.A. Pérez Fernández, L. Pérez López, J.P. Jiménez Roig, P. Masegosa Zapata, M. Sianes Fernández, M.I. Rodríguez Francos, G. Maldonado y T. García Fernández Sevilla

Hospital General de Almansa. Complejo Hospitalario de Albacete. Albacete. España.

Resultados: La displasia fibrosa poco frecuente en los huesos craneales. Etiología desconocida. En áreas localizadas del hueso se sustituyen por tejido fibroso que causa erosión progresiva con deformidad y fracturas patológicas. Existen 3 formas: Síndrome de Mc Cune-Albright, forma monostótica (huesos craneofaciales) y poliostótica (cráneo y huesos largos). Se presenta caso de afectación temporo-esfenoidal (monostótica) con protocolo de actuación y tratamiento.

Caso clínico: Varón de 45 años de edad que consultó por IRN y al realizar TC de senos paranasales presentaba expansión ósea de hueso temporal y esfenoidal izquierdo en patrón de vidrio esmerilado. Con diagnóstico de displasia fibrosa temporo-esfenoidal se realizó estudio de extensión: gammagrafía ósea (hipercaptación temporal izda), analítica (normal). Evaluación por Oftalmología (agudeza visual normal).Se plantea tratamiento con pamidronato en 3 ciclos y revaloración. Asintomático tras 2 años de seguimiento.

Discusión: La variante monostótica tiene buen pronóstico. Los temporales y ápex orbitario pueden producir disminución agudeza. En radiología son lesiones en vidrio esmerilado. El tratamiento quirúrgico se reserva para deformaciones estética y si compresiones nerviosas. El uso de bifosfonatos parece reducir el crecimiento de las lesiones.

729. ESCLEROTERAPIA DE TUMOR DE WHARTIN DE PARÓTIDA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA

M. Mesa Marrero, M. Villarreal Salcedo, N. Carrasco, B. de Frías Berzosa, E. Hernández Montero y P. Rivas Lacarte

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. España.

Introducción: La escleroterapia ha sido propuesta como una alternativa de tratamiento válida en los quistes linfoepiteliales benignos de parótida frente a la observación clínica o la cirugía. El tumor de Whartin es un tumor benigno que supone la segunda neoplasia benigna más frecuente en la glándula parótida. Su crecimiento es muy lento y se caracteriza por la presencia frecuente de cavidades quísticas intratumorales. Su tratamiento generalmente es quirúrgico con una muy rara degeneración maligna y/o recurrencia.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 83 años con patología de base severa y con un tumor de Whartin de parótida izquierda conformado fundamentalmente por un gran quiste tabicado de 6 × 7 cm de diámetro y que durante años ha sido tratado por punción y aspiración. Dado su estado general se excluye la opción quirúrgica y se propone la escleroterapia con doxiciclina bajo control ecográfico como tratamiento empírico basándonos en sus resultados en otras patologías quísticas parotídea. Se realiza punción y vaciado del quiste con inyección posterior de una cantidad de doxiciclina igual al volumen extraído.

Resultados: Después de 2 punciones con doxiciclina realizadas en un intervalo de un mes la reducción del tamaño del tumor de Whartin es menor del 25%. Nos estamos planteando la utilización de otros materiales esclerosantes como el morruato sódico o la bleomicina ya empleados en otros quistes de cabeza y cuello.

Conclusiones: La escleroterapia en lesiones quísticas parotídeas es una técnica mínimamente invasiva que hay que barajar como posible opción terapéutica en pacientes con contraindicación para la cirugía o que se nieguen a ella. La doxiciclina parece no ser la sustancia adecuada para la esclerosis de cavidades quísticas en tumores de Whartin.

730. COMPLICACIONES INFRECUENTES DE FRACTURAS DE PEÑASCO

J.C. del Pozo de Dios, R. de la Fuente Cañibano, J.S. Estévez Alonso, L. Sgambatti Celis, P. Blanco Pérez y M. Jáñez Moral

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: Las fracturas de peñasco se clasifican típicamente según su disposición sobre su eje en longitudinales (70-90%), transversales (10-30%) o mixtas. Las complicaciones más frecuentes son: hipoacusia y lesión del nervio facial.

Material y métodos: Presentamos dos pacientes con fractura de peñasco en el contexto de un traumatismo craneoencefálico. Caso 1: paciente varón de 85 años con antecedente de derivación ventrículo-peritoneal por hidrocefalia triventricular. Acude remitido desde la residencia por caída con TCE. Es remitido para valoración ORL a los 11 días del ingreso siendo la exploración en ese momento normal. Caso 2: paciente varón de 70 años que acude a Urgencias por caída desde un árbol con TCE y pérdida de conocimiento. No presenta vértigo agudo ni parálisis facial. A la exploración ORL presenta otorragia izquierda por laceración del CAE y Weber lateralizado al OI.

Resultados: Se solicita TAC de peñascos y cráneo. Caso 1: solución de continuidad ósea en porción supero-externa de peñasco izquierdo con ocupación de celdillas mastoideas. Además neumoencéfalo que afecta a astas frontales y lesión porencefálica parenquimatosa en comunicación con asta temporal izquierda. Caso 2: fractura vertical de peñasco izquierdo con ocupación de oído medio y presencia de burbujas de aire en espacio parafaríngeo homolateral. En ambos casos se toma actitud expectante con buena evolución clínica.

731. TUMORACIÓN OSIFICADA GIGANTE DE LÍNEA MEDIA CERVICAL

G. Fernández, M.J. Cisternas, E. de la O, J. Marcos, C. Salazar, M. Martí, F. Ramos y M.S. Aparicio

Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. España.

Introducción: Las tumoraciones cervicales de línea media más frecuentes son los quistes del conducto tirogloso. La osificación de estos quistes es extremadamente rara. La presencia de osificación en una masa hace obligatorio descartar malignidad. Es necesario evaluar función tiroidea así como pruebas radiológicas para determinar tamaño, extensión y posibles signos de malignidad.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 46 años, derivada por endocrinólogo, para estudio de una tumoración dura en línea media cervical.

Resultados: Mujer de 46 años con antecedentes de bocio multinodular normofuncionante que presenta tumoración cervical de años de evolución, no asociada a otros síntomas. A la exploración se objetiva tumoración pétrea e indolora en línea media cervical alta que se eleva con la deglución. El estudio radiológico mediante radiografía y TC cervical muestra un tumor óseo heterogéneo en relación con hueso hioides. La gammagrafía tiroidea muestra captación de un posible conducto tirogloso, pero no por la tumoración

cervical. Se realiza cirugía con resección del tumor mediante técnica de Sistrunk. El postoperatorio fue favorable. El resultado del análisis histológico confirma un quiste del conducto tirogloso calcificado.

Discusión/conclusiones: La osificación de un quiste de conducto tirogloso es rara. El diagnóstico definitivo es mediante análisis histológico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, mediante técnica de Sistrunk.

738. DISNEA AGUDA SECUNDARIA A SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTE VIH+

J.A. Pasamontes Pingarrón, J.M. Martínez Salazar, G. Barrutieta Baztán, D. García Triguero, E. Asgharpour Talat, M.T. García Benayas y M. García Martos

Hospital del Sureste. Arganda del Rey. Madrid. España.

Introducción: El sarcoma de Kaposi es una de las neoplasias malignas más frecuente en pacientes infectados por el VIH. Se considera secundario a la infección por el virus herpes tipo 8 (HHV8) y su prevalencia es mayor en varones homosexuales. Clínicamente se manifiesta como nódulos vasculares de color violáceo que aparecen fundamentalmente en piel, mucosas y vísceras. El diagnóstico es anatomopatológico. El tratamiento se basa en la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) asociado a cirugía, radioterapia y/o quimioterapia en función de la localización y extensión de las lesiones.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 39 años, homosexual con infección por VIH estadio C2 y diagnosticado de sarcoma de Kaposi ganglionar, que comenzó con disnea de aparición brusca con estridor inspiratorio y voz engolada.

Resultados: A la exploración fibroscópica se objetivaron lesiones múltiples, redondeadas y de aspecto violáceo a nivel de cavum, orofaringe e hipofaringe que reducían de manera significativa la vía aérea superior, no pudiéndose valorar inicialmente la laringe. La mayor de ellas presentaba un diámetro de unos 6-7 cm. y se acompañaban de múltiples adenopatías cervicales de tamaño significativo. Ante dichos hallazgos se procedió a realizar traqueostomía urgente y exéresis transoral de lesión orofaríngea.

Discusión/conclusiones: Este caso merece destacarse por la magnitud de las lesiones y por el hecho de que existe muy poca literatura publicada sobre obstrucción de la vía aérea provocada por sarcoma de Kaposi y menos aún, de situaciones que hayan precisado traqueostomía urgente.

748. EPISTAXIS MASIVA SECUNDARIA A NECROSIS DE BASE DE CRÁNEO

E. Masgoret Palau, J. Merán Gil, M.L. Zaballos González, J.R. Vasallo Morillas, J. Bueno Yanes y A. Ramos Macías

Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: La necrosis de base de cráneo es una enfermedad rara, multicausal que ha aumentado su incidencia progresivamente debido al aumento creciente de afecciones inflamatorias crónicas y el abuso de drogas.

Material y métodos: Paciente varón de 32 años con antecedentes de abuso de drogas por un tiempo limitado y tratamiento antipsicótico por brote esquizofrénico, presenta cuadro de epistaxis masiva espontánea. La rinoscopia revela una masa polipoidea en techo de cavum así como necrosis generalizada en el mismo. Se realiza TC en el que se visualiza una ocupación a nivel de seno esfenoidal derecho. La angio-RNM muestra trombosis a nivel de arteria carótida intracraneal izquierda. En la arteriografía destaca dicha trombosis, junto con estenosis de la carótida contralateral, sin visualizar alteración vascular a nivel de nasofaringe. La gammagrafía ósea muestra un proceso crónico inflamatorio-infeccioso a nivel de base de cráneo.

Resultados: Se realiza exploración endoscópica bajo anestesia general extirpándose la lesión polipoidea y tomando biopsias seriadas a nivel del cavum. Se visualiza una destrucción ósea de la totalidad del suelo del esfenoides derecho. Se realiza estudio anatomopatológico y microbiológico de las biopsias tomadas.

Discusión/conclusiones: El diagnóstico diferencial de la necrosis de base cráneo incluye procesos neoplásicos y entidades inflamatorias crónicas. Dentro de los procesos neoplásicos se incluyen el carcinoma epidermoide, los linfomas, los tumores linfoepiteliales y el carcinoma anaplásico, entre otros. Las enfermedades infecciosas a considerar son las infecciones por micobacterias, sífilis, lepra y ántrax y otras afecciones inflamatorias crónicas de causa desconocida como sarcoidosis y granulomatosis de Wegener. La biopsia de cavum es importante para lesiones regionales linfomatosas.

751. ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO

O. Castro, A. Quintana, M. Hamdam, A. Dionisio y N. Rodríguez

Hospital Xeral Cies. Vigo. España.

Introducción: La aspiración de cuerpos extraños es uno de los accidentes de mayor incidencia y morbimortalidad en la infancia. Debe ser considerado y manejado como una urgencia requiriendo diagnóstico precoz y terapéutica preferente.

Material y métodos: Presentamos un caso clínico de un varón de 7 años que acude a urgencias por disfonía, disfagia y odinofagia, tras haberse tragado un muelle metálico de un juguete hacía dos horas. En el momento de la valoración por ORL el niño comienza con clínica de disnea, siendo la exploración general y ORL normal. A la exploración con nasofibroscopio se visualiza muelle metálico enclavado en glotis. En la radiografía de cavum objetiva material radiopaco en entrada de tráquea compatible con muelle metálico. Tratamiento: se ingresa al paciente en UCI Pediátrica y con posterior sedación medicamentosa se procede a la extracción del muelle con laringoscopia directa.

Conclusiones: La aspiración de cuerpos extraños tiene una gran importancia tanto por su frecuencia, gravedad y posibles secuelas. La anamnesis y examen físico completo son piedra angular para un diagnóstico acertado. Las pruebas radiológicas son de gran ayuda para descartar presencia de materiales radiopacos, pero nunca deben reemplazar a la clínica debido a la existencia de gran cantidad de falsos negativos que presentan.

LUNES, 16 DE NOVIEMBRE

9. SIALOADENITIS PAROTÍDEA FISTULIZADA

G. Pardo Romero, M.J. Cisternas Bittencourt, E. de la O Corrochano, G. Fernández Rodríguez, F. Ramos Puerto, C. Salazar Cabrera y M. Aparicio Pérez

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. España.

Introducción: La sialoadenitis aguda supurada es un cuadro infeccioso-inflamatorio que puede afectar a todas las glándulas pero preferentemente a las parótidas. Las formas clínicas son muy diversas dependiendo del asiento y de la edad del paciente.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 82 años que acude por supuración en región parotídea de 6-7 días de

evolución. En la exploración se observa una gran lesión ulcerada en dicha región. La paciente ingresa para completar estudio y tratamiento. Se solicita TAC cervical donde a nivel de tejido celular subcutáneo de región parotídea derecha se observa imagen de densidad metálica que podría estar en relación con litiasis y extensa reacción inflamatoria adyacente en partes blandas. Recibe tratamiento con antibióticos y antinflamatorios intravenosos y curas diarias en una de las cuales se produce exteriorización de dos litiasis. La evolución es satisfactoria con el cierre progresivo de la fístula cutánea y la cicatrización completa.

Discusión/conclusiones: La sialoadenitis aguda supurada generalmente se presenta en pacientes con edad avanzada, con mal estado general, que tienen foco séptico oral, litiasis o están ingiriendo fármacos que disminuyen flujo salival. El tratamiento en general, es médico. Incluye hospitalización, cobertura antibiótica adecuada, manejo de la patología de base, suspender antisialogogos, usar sialogogos, y masaje glandular. El estudio debe incluir TAC de cuello con medio de contraste. El tratamiento quirúrgico es muy raro, siendo necesario sólo en algunos casos. Esta patología puede complicarse, produciendo fístulas cutáneas o generar un absceso parafaríngeo.

23. BOCIO MULTINODULAR GRADO IV

M. Álvarez- Buylla Blanco, J. Herranz García-Botas,
N. González Poggioli, A. Padín Seara, G. Esquía y J. Martínez Vidal

Hospital Universitario A Coruña. A Coruña. España.

Introducción: El BMN es una patología benigna, endémica en zonas con deficiencia de yodo como en Galicia, que puede alcanzar unas dimensiones como las de nuestra paciente sin producirle ninguna sintomatología, pero ante un crecimiento reciente de más del 20% del tamaño previo en la ecografía, sintomas como disnea o disfagia, o causas estéticas está indicado su exéresis.

Material y métodos: Estudiamos el caso de una mujer de 72 años de edad asintomática, diagnosticada de BMN desde la juventud y controlado por su médico de cabecera mediante la realización de ecografías, donde se objetiva crecimiento progresivo del mismo mayor del 20%. La paciente no manifiesta disnea ni disfagia ni otra sintomatología. En la exploración se palpa un bocio grado IV bilateral. Las hormonas tiroideas son normales y en la Radiografía de tórax se objetiva desplazamiento traqueal ligero a la derecha Se realiza una tiroidectomía total; macroscópicamente se extrae un tiroides de 19 × 10×8 cm y peso 443 g. El resultado anatomo-patológico es de hiperplasia nodular múltiple con cambios degenerativos El paciente presenta una evolución favorable.

Discusión: La presencia de síntomas o un crecimiento reciente de un nódulo tiroideo nos obliga a descartar mediante exéresis y estudio anatomopatológico la presencia de un cáncer de tiroides

Conclusiones: La tiroidectomía total es el tratamiento de elección ante pacientes con BMN con clínica o crecimiento reciente asintomático, por lo que para su diagnóstico y seguimiento es básico la realización de radiografía de tórax, y ecografías que los documenten.

29. ATRESIA BILATERAL DE CAES EN PACIENTE CON SÍNDROME DE TREACHER COLLINS. ADAPTACIÓN CON BAHA

D. Moreno Jiménez, E. Durio Calero, C. Herrero Fernández,
B. Nieto Almeida y R. Sanz Fernández

Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Introducción: El síndrome de Treacher Collins es una enfermedad hereditaria que se transmite de modo autosómico dominante. Su incidencia es de 0,07 por 10.000 nacimientos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: facies característica (hipoplasia de huesos faciales, inclinación palpebral inferior...), no retraso mental y características ORL (atresia de coanas, alteraciones de pabellón auricular, microtia, atresia de CAE uni o bilateral) asociado a hipoacusia conductiva, neurosensorial o mixta.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de una paciente nacida con Sd. de Treacher Collins, con atresia de CAEs bilateral, confirmado con TAC, siendo CAIs y oído medio normales. Se realizan a los 4 meses de vida PEATC con estimulación ósea en ambos oídos, presentando una onda V en 40 dB bilateral. Se realiza una adaptación protésica satisfactoria con BAHA a los 6 meses de vida. En los controles audiométricos posteriores en campo abierto se obtuvieron buenos resultados. Actualmente la paciente presenta buena adaptación protésica y una adecuada integración.

Conclusiones: El BAHA es una opción terapéutica a tener en cuenta en pacientes pediátricos con malformaciones congénitas que afectan a CAEs y producen hipoacusias conductivas de difícil tratamiento. Inicialmente la adaptación se realiza con Diadema en los primeros meses de vida, pudiendo hacer la osteointegración con BAHA a partir de los 5 años. Todavía no se conocen los resultados a largo plazo en este tipo de pacientes pediátricos, siendo los resultados a corto y medio plazo satisfactorios.

47. DISFONÍA COMO SÍNTOMA DE INICIO DE CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES

J.M. Escapa Garrachón, I. Alonso Castañeira, B. Encinas Gaspar,
J. Rodríguez Pampliega, J. Freijanes Otero
y J.L. Alonso Treceño

Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. España.

Introducción: El carcinoma anaplásico de tiroides es uno de los tumores más agresivos que se conocen. Suelen aparecer en pacientes de edad avanzada. Tienen un rápido crecimiento y una evolución fatal. Presentamos un caso cuyo síntoma inicial fue la disfonía.

Material y métodos: Paciente de 72 años que acude a consulta por referir disfonía. En la exploración ORL se observó parálisis de hemilaringe izquierda y moderado aumento de tamaño de hemitiroides izquierdo. Se realizó TAC cervicotorácico, ecografía cervical y radiografía de tórax. La tumoración aumentó muy rápidamente de tamaño presentando el paciente síntomas de disnea y disfagia. La biopsia cervical confirmó el diagnóstico de carcinoma anaplásico con patrón de células gigantes.

Discusión: El CAT representa el 5-10% de los tumores malignos de tiroides. Hay parálisis de cuerdas vocales en un 30% de los casos. El tratamiento combinado de cirugía, quimioterapia y radioterapia en casos localizados puede alargar la supervivencia.

Conclusiones: El CAT es un tumor de muy mal pronóstico. No existe un tratamiento eficaz y la supervivencia generalmente es de muy pocos meses.

49. EPIGLOTITIS TUBERCULOSA DE ASPECTO TUMORAL

J.M. Escapa Garrachón, E. Alonso Mallo, I. Alonso Castañeira,
J. Martín Serradilla, J. Moralejo Martín y J. L. Alonso Treceño

Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. España.

Introducción: La tuberculosis laríngea es una enfermedad poco común. Hay formas de TL que pueden parecerse a carcinomas por el aspecto tumoral que presentan y a veces coexistir con ellos.

Material y métodos: Paciente que acude a consulta por presentar molestias faríngeas y disfonía. En la exploración ORL se observa

un gran engrosamiento de la epiglotis. Se realizó Rx de tórax, TAC cervical y torácico, microcirugía endolaríngea y biopsia y broncoscopia. Anatomía patológica: tejido de granulación inflamatorio con histiocitos y células gigantes, multinucleadas de tipo cuerpo extraño. Se realizó PCR para M. tuberculosis con resultado positivo. El cultivo de Löwenstein de BAS laríngeo fue positivo para M. tuberculosis sensible. Se instauró tratamiento específico.

Discusión: El mecanismo de producción de TL suele ser propagación broncógena desde un foco pulmonar, aunque en la localización epiglótica puede estar relacionado con diseminación hematógena. La localización epiglótica es una variante poco frecuente.

Conclusiones: La TL aunque poco frecuente, hay que tenerla presente en el diagnóstico diferencial de los tumores laríngeos.

57. ACTINOMICOSIS CERVICAL

N. Bejarano-Panadés, J. Alba Mesquida, F. Culaciati Tapia, C. Artigas Sapiain, S. Mas Mercant y P. Sarría Echegaray

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Introducción: La actinomicosis es una infección bacteriana indolente de lenta progresión. Se origina por diversos bacilos grampositivos anaerobios no esporíferos, la mayoría pertenecen al género Actinomyces y forman parte de la flora oral habitual. Las manifestaciones clínicas son muy variadas y pueden afectar a cualquier órgano. Su presentación clínica suele asociarse la mala higiene dental o antecedente de traumatismo orofaríngeo. La rotura de la barrera mucosa permite el paso y la invasión de los actinomicetos. Inicialmente se produce una infección e inflamación aguda, con propagación por contigüidad, creando trayectos fistulosos. En casos raros, se han descrito siembras hematógenas. Las lesiones aparecen como induraciones únicas o múltiples pudiendo fluctuar y llegar a la fistulización.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 56 años que acude al servicio de Urgencias por presentar un bultoma submandibular de 48 horas de evolución. La exploración refleja una tumefacción indurada y fluctuante. Se realiza TC cervical y PAAF de la lesión objetivando los típicos gránulos de azufre rodeada de una corona de células inflamatorias en los nódulos fibrosos-leñosos.

Resultados: Tras el adecuado diagnóstico, se inicia tratamiento endovenoso con dosis altas de penicilina durante 2 semanas seguido de pauta oral con amoxicilina durante 3 meses con resolución satisfactoria del caso.

Discusión/conclusiones: Debemos considerar dentro del diagnóstico diferencial de masas cervicales, la actinomicosis, sobre todo ante una lesión infecciosa recidivante de cabeza y cuello. La frecuencia de actinomicosis ha disminuido en la era antibiótica, por lo que su reconocimiento oportuno y precoz aporta un mejor pronóstico y una reducción de su potencial morbimortalidad.

63. PUESTA EN MARCHA DE UN SERVICIO DE ORL EN UN HOSPITAL DE NUEVA CREACIÓN. ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DEL PRIMER AÑO

J.M. Gómez Martín-Zarco, O. Álvarez Montero, A.C. Bachiller Gallardo, G. Coello Casariego, F. García de Pedro, P. Gete García, M. Mancheño Losa, M.A. Rodríguez Castejón, M. Izquierdo Cuenca, M. Pérez Ortín y C. Domingo Carrasco

Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Introducción: Es singular el hecho de poner en marcha un servicio de Otorrinolaringología en una Hospital General de nueva creación, sobre todo, por la magnífica oportunidad que supone empezar algo desde cero. La actividad quirúrgica es un hecho especialmente reseñable por la complejidad y la responsabilidad especial que conlleva, y es en este punto, donde queremos hacer hincapié y desarrollarlo. No sólo supuso un reto la actividad en sí, sino el comenzar a trabajar con personal de quirófano con el que nunca antes se había trabajado, y con nuevos compañeros de orígenes diferentes.

Material y métodos: Indicaremos y comentaremos los datos de la actividad efectuada durante el primer año natural, que conlleva un periodo real de 10 meses, pues el inicio de actividad fue a finales del mes de Febrero. Se efectuaron todo tipo de intervenciones, y registraremos el número de las mismas, dividiéndolas por áreas anatómicas y subtipos de cirugías.

Resultados: La actividad en resumen fue: cirugías cavidad oraL-122, cirugías nasosinusales-132, cirugías cervicales-quistes cervicales congénitos-10, tiroidectomías-11, parotidectomías-2, parotidectomía + VF-1, laringuectomías paciales y totales-6, vaciamientos- 6, Ca. suelo de boca + VFB-2, Ca. mejilla + VFB-1, Ca. amígdala + VFB- 1, cirugías cuerda vocal (endolaríngeas), microcirugía endolaríngea-52, microcirugía endolaríngea láser CO_2-10, cirugías otológicas-47, cirugías anestesia local-21. Esta enumeración la desglosaremos especificando en cada capítulo las diferentes cirugías efectuadas. Incluimos el desglose de las cirugías laríngeas y cervicales, por su representatividad.

Discusión: El inicio de una actividad es complejo. Nos encontramos con dificultades técnicas, de disposición de instrumental y de coordinación con el resto de los profesionales, sobre todo de enfermería, e incluso de coordinación personal entre nosotros al provenir de escuelas y servicios diferentes. Todo ello es vencible con algo de esfuerzo.

65. CARCINOMA DE MERKEL GANGLIONAR CERVICAL. PLANTEAMIENTO QUIRÚRGICO

P. Martínez Guisado, C. Montero García, D.H. Balderrama Caballero y J. Carreto Sánchez

Servicio de ORL y PCF. Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Badajoz. España.

El carcinoma neuroendocrino cutáneo o tumor de células de Merkel es un tumor maligno infrecuente de la piel que aparece en edades avanzadas de la vida. Presentamos un caso de dicho tumor con rápida afectación ganglionar cervical tras la exéresis de una pequeña neoformación facial angiomatosa. Exponemos el comportamiento clínico agresivo del tumor, así como su diagnóstico diferencial, el pronóstico y, finalmente, el planteamiento quirúrgico realizado. Se aportan las imágenes de la ecografía cervical y del TAC de extensión del estudio realizado, así como las obtenidas durante la cirugía cervical. Se destaca el alto nivel de sospecha clínica que debe tenerse en su diagnóstico diferencial, principalmente con respecto a los linfomas, mucho más habituales que el caso presentado, dónde la realización de la adenectomía diagnóstica ensombrecería aun más el pronóstico oncológico por la posible efracción capsular. Insistimos en la necesidad de comunicar los nuevos casos presentados, sus características clínicas y el tratamiento oncológico realizado, afín de poder realizar protocolos de tratamiento a partir de series con un número significativo de pacientes, inexistentes en el momento actual.

74. TUMOR TRITÓN MALIGNO DE FOSA INFRATEMPORAL

F. López Álvarez, J.L. Llorente Pendas, A. Coca Pelaz y C. Suárez Nieto

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: El tumor tritón maligno (TTM) es un sarcoma infrecuente que surge a partir de las vainas nerviosas. Se define como

un schwannoma maligno con diferenciación rabdomioblástica, lo cual le confiere agresividad y un mal pronóstico. Su localización en cabeza y cuello es frecuente y el diagnóstico precoz junto con un tratamiento quirúrgico radical con radioterapia postoperatoria es fundamental para intentar aumentar la supervivencia de los pacientes.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 23 años con una gran deformidad hemifacial izquierda de evolución rápida y progresiva. Tras realizar estudios de imagen para ver la extensión de la lesión, se le practicó una biopsia mediante endoscopia que dio como resultado TTM.

Resultados: En el TC y en la RMN se comprobó la existencia de una gran masa que destruía todos los huesos de la hemicara izquierda con afectación de la base del cráneo. Se administró quimioterapia neoadyuvante con escasa respuesta de la tumoración y se intervino quirúrgicamente mediante un abordaje subtemporal-preauricular y transfacial y reconstrucción con un colgajo libre microvascularizado anterolateral de muslo. La paciente recibió radioterapia adyuvante. Durante el seguimiento se comprobó una progresión tumoral por lo que se administró quimioterapia paliativa e interferón. La paciente falleció a los 19 meses del diagnóstico.

Conclusiones: El TTM de fosa infratemporal es un tumor con muy mal pronóstico por la dificultad para realizar un diagnóstico precoz y una resección tumoral completa, dada su localización. Deberían ensayarse nuevos protocolos terapéuticos para intentar mejorar el control de la enfermedad.

88. MAXILECTOMÍA ASISTIDA POR NAVEGADOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Anguita Sánchez, R. Terré Falcón, C. Sepúlveda Rojas, A. González Palomino y A. Paulino Herrera

Hospital de Mérida. Badajoz. España.

Introducción: La cirugía asistida por ordenador tiene el objetivo de ofrecer al cirujano una ayuda en forma de guía durante intervenciones realizadas en regiones anatómicas complejas, de alto riesgo funcional o vital. Aunque el campo de aplicación de esta tecnología tiende a aumentar cada vez más, las principales indicaciones en ORL se refieren por una parte a la cirugía de los senos y de la base de cráneo y, por otra a la otoneurocirugía.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente con un osteoblastoma de gran tamaño de tercio medio facial que ocupa todo el maxilar, etmoides, ala mayor de esfenoides, órbita y techo del paladar de la hemifacies izquierda. Se practicó una maxilectomía ampliada con preservación del globo ocular asistida por navegador. El navegador permitió la identificación exacta de las referencias anatómicas así como una estimación rigurosa de la profundidad del tumor optimizando la osteotomía.

Discusión: Realizamos una exposición del caso clínico así como una revisión de utilidades e indicaciones del uso de esta nueva tecnología.

90. LIPOMA CERVICAL ANTERIOR

M.A. López Vázquez, E. Serrano Añón, R. Artal Sánchez, B. Agreda Moreno, J.M. Sebastián Cortés, J.I. Alfonso Collado y H. Vallés Varela

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: Los lipomas son los tumores benignos de origen mesenquimal más frecuentes y un 20% se localizan en cabeza y cuello. Afectan más a varones y sobre todo entre la cuarta y sexta década. La mayoría se sitúan en la parte posterior del cuello y no suelen sobrepasar los 4 cm. El diagnóstico se establece por su apariencia clínica y es posible confirmarlo mediante PAAF. La apariencia radiológica de los lipomas es muy característica, presentando en el T.C. la misma densidad que la grasa, y en la RM se muestran hiperintensos en T1 e hipointensos en T2.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 48 años que acude a nuestras consultas por presentar una tumoración cervical anterior de un año de evolución. Se realizó T.C. cervical evidenciando tumoración anterior cervical de 9 × 6 × 3 cm y fue filiado tras su resección mediante cirugía y posterior estudio anatomopatológico.

Discusión: Los lipomas son los tumores cervicofaciales más frecuentes. Su imagen radiológica es muy característica dada su densidad grasa. El interés de nuestro caso reside en el gran tamaño que presentaba la tumoración y su localización.

99. DISPLASIA FIBROSA ÓSEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

O. Cazorla Ramos, E. Flores Carmona, V Casas González y A. Pareja Martínez

Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: La displasia fibrosa ósea es una alteración idiopática en la que la médula ósea es sustituida por tejido óseo desestructurado. Es infrecuente, representando el 2,4 de las neoplasias óseas. Su etiología es desconocida, y de predominio en el sexo femenino. Aparece cualquier parte del esqueleto, siendo más frecuente a nivel craneofacial.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente con un proceso expansivo en mastoides, con resultado anatomopatológico de displasia fibrosa.

Discusión: Se presenta iconografía de las lesiones, y se realiza revisión de la literatura.

101. MELANOMA NASOSINUSAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. López, J. Aranberri, L. Arbizu, C. Zubimendi, N. Fernández, J. Zubicaray y H. Trelles

Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción: La mayoría de los melanomas son cutáneos, los mucosos se caracterizan por su sintomatología inespecífica, crecimiento rápido, invasión local y a distancia, difícil tratamiento y mal pronóstico. Presentamos el caso de un melanoma de fosa nasal, por su escasa frecuencia de aparición y, su tórpida evolución clínica.

Material y métodos: Mujer, 62 años. Sin antecedentes de interés. Acude por obstrucción nasal izquierda. Exploración: masa de aspecto melánico-hemorrágico dependiente de cornete inferior izquierdo, y adenopatía cervical unilateral.

Resultados: TC: lesión inflamatoria polipoidea en cola del cornete inferior izquierdo, resto de fosas nasales y senos paranasales sin lesiones. Se procede a la resección endoscópica de la masa. La anatomía patológica desvela un melanoma maligno. La ECO-PAAF de la adenopatía refiere melanoma metastático cervical. TC cérvico-tóraco-abdominal: adenopatía laterocervical y paracardíaca, múltiples metástasis hepáticas, lesiones óseas costales y en cuerpos vertebrales dorsales y lumbares. A los dos meses, las metástasis dorsolumbares ya invadían el canal epidural, produciendo hipoestesias y debilidad en extremidades inferiores, impidiendo el ortostatismo. Se realizó RT en dichas metástasis, controlándose parcialmente el dolor. Exitus a los 2 meses después.

Discusión: Dentro de la cavidad nasal, las localizaciones más frecuentes del melanoma son septum, cornete inferior y medio, por este orden. Macroscópicamente, se presentan como lesiones polipoides negruzcas azuladas, aunque la pigmentación a veces está

ausente, dificultando así su diagnóstico diferencial con otras lesiones benignas. El tratamiento consistirá en la resección quirúrgica ampliada asociada a RT. El pronóstico es malo, siendo la supervivencia inferior al 50% a los 3 años.

102. HEMANGIOPERICITOMA NASOSINUSAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. López, C. Zubimendi, L. Arbizu, J. Aranberri, J. Zubicaray, N. Fernández y H. Trelles

Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción: El hemangiopericitoma es un tumor infrecuente, se desarrolla partir de pericitos que rodean los vasos de la microcirculación. Presentamos un caso clínico, tanto por su escasa frecuencia de aparición como por su peculiar comportamiento local.

Material y métodos: Mujer, 33 años. Sin antecedentes de interés y embarazada de 6 meses. Refiere epistaxis autolimitadas y obstrucción nasal izquierda. Exploración: masa polipoidea que obstruye la fosa, deforma el vestíbulo nasal y rechaza el septum.

Discusión/conclusiones: TC: Masa en porción anterobasal de fosa nasal izquierda. Densidad heterogénea y realce irregular con predominio periférico. Erosión de la apófisis frontal del maxilar. Resto de la fosa nasal libre de lesión. Se procede a la resección quirúrgica endoscópica de la masa, que depende de cabeza de cornete inferior. La anatomía patológica desvela un hemangiopericitoma-like.

Discusión: El tratamiento del hemangiopericitoma consiste en extirpación quirúrgica completa con márgenes libres de enfermedad. RT y QT son ineficaces, reservándose para resecciones tumorales incompletas o ante la presencia de metástasis. La embolización preoperatoria puede reducir el tamaño tumoral y el sangrado postoperatorio. El vaciamiento cervical no está indicado, ya que las metástasis linfáticas regionales son raras. El diagnóstico diferencial se realizará con todas las masas unilaterales, benignas o malignas. Es una lesión de bajo grado de malignidad, pero hay que tratarlo como si fuera potencialmente maligno. Se caracteriza por una alta recidiva local, incluso 10-30 años después de la cirugía. El índice de metástasis es del 5-10%, siendo pulmón y hueso las metástasis a distancia más frecuentes.

115. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE METÁSTASIS CERVICAL DE LINFOEPITELIOMA AMIGDALAR

O.E. Cazorla Ramos[a], E. Flores Carmona[b], V. Casas Gómez[a] y A. Pareja Martínez[a]

[a]*Hospital General de Antequera. Málaga. España.*
[b]*Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga. España.*

Introducción: El linfoepitelioma es un carcinoma epidermoide no queratinizado, con infiltrado no tumoral de linfocitos y células plasmáticas, que asienta principalmente en cavum. Se ha descrito en otras localizaciones como orofaringe, hipofaringe, laringe o glándulas salivar. Supone el 0.8-2% de los tumores de la cavidad oral y un 7-10% de los amigdalares.

Caso clínico: Mujer, de 48 años de edad, remitida a consulta por tumoración laterocervical de 1 semana de evolución. A la exploración física presentaba una tumoración en nivel II laterocervical derecho, de 3 cm aproximadamente, palpación móvil y consistencia elástica. La exploración orofaríngea y la nasofibrolaringoscopia no revelaron hallazgos significativos. Mediante ECO cervical se describió una formación quística laterocervical derecha de contenido anecoico y la PAAF eco-guiada obtuvo material seroso amarillento sin evidencia de células malignas. Se decidió realizar cervicotomía exploradora y exéresis quirúrgica, extrayéndose un nódulo encapsulado (2,5 × 3 cm) con aspecto quístico y contenido marronáceo, informado por el Servicio de Anatomía Patológica como ganglio quistificado con metástasis de linfoepitelioma. Ante la situación de metástasis cervical de origen desconocido (MCOD), se procedió a la busqueda del tumor primario. Se realizaron una meticulosa reexploración regional ORL así como pruebas de imagen (TAC cervicotorácico, ECO abdomino-pélvico) y, ante la ausencia de hallazgos sugestivos de tumor primario, decidimos la realización de panendoscopia bajo anestesia general y amigdalectomía bilateral según las recomendaciones de la bibliografía actual. No se observaron lesiones sospechosas y las biopsias "a ciegas" de cavum, base de lengua e hipofaringe fueron negativas, pero se confirmó la presencia de carcinoma indiferenciado tipo linfoepitelioma en la pieza correspondiente a amígdala derecha, por lo que el diagnóstico final fue linfoepitelioma de amígdala T1N1M0. Actualmente, la paciente está siendo sometida a radioterapia-quimioterapia.

Discusión/conclusiones: Ante un adulto con una masa laterocervical quística, debemos considerar la posibilidad de metástasis cervical de un carcinoma oculto. Los carcinomas escamosos del anillo de Waldeyer son los tumores que más frecuentemente originan este tipo de tumores, especialmente los de amígdala. Las células tumorales pueden encontrarse en la profundidad de las criptas sin provocar alteraciones en su superficie que permitan la sospecha en el examen físico. Por lo tanto, la amigdalectomía es una técnica útil en la estrategia diagnóstica de las MCOD, especialmente en las quísticas.

147. SECCIÓN LARÍNGEA TRAS UN INTENTO AUTOLÍTICO

R. Babarro Fernández, E. Vives Rodríguez, J. Chao Vieites y A. Belinchón Adalid

Hospital Arquitecto Marcide. Área Sanitaria de Ferrol. A Coruña. España.

Introducción: Los traumatismos externos de laringe son raros, presentando una incidencia de 1/30.000 en el adulto y suponen según diferentes series un 0,2 al 8% de las lesiones cervicales. La etiología principal por la que se producen estas lesiones son principalmente las agresiones y los intentos de suicidio. Las heridas por arma provocan lesiones en las zonas de menor resistencia: músculos infrahioideos, membrana cricotiroidea, membrana tirohioidea, tráquea, siendo los músculos esternotiroideos protectores del eje vascular. Si lo que se produce es una sección de la membrana tirohioidea se suele acompañar de lesiones a nivel de la epiglotis y los nervios laríngeos superiores.

Material y métodos: Presentamos un caso de un paciente que tras un intento autolítico se realiza sección de la laringe a través de la membrana tirohioidea. Mostraremos las imágenes del acto quirúrgico así como la evolución postoperatoria, siendo esta favorable con inicio de la alimentación por vía oral a los 10 días y decanulación a los 12 días de la cirugía.

Conclusiones: Los intentos de suicidio son una de las causas más frecuentes de traumatismos laríngeos, si bien su incidencia es rara. Lo principal en todos ellos es asegurar la vía aérea y corregir en la medida de lo posible el defecto.

152. CORISTOMA DE OÍDO MEDIO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. de Paula, L. Martí, V. Rodríguez, L. Cavallé, H. Pérez-Garrigues y C. Morera

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

El coristoma de glándula salivar localizado en el oído medio es una masa heterotópica formada por tejido glandular de caracte-

rísticas normales. Desde que en 1961, Taylor y Martin la describieron se han descrito unos 25 casos en la literatura. Se manifiesta habitualmente en mujeres (2:1) durante las primeras dos décadas de vida con un rango de edad entre los 3-52 años, como una hipoacusia de transmisión unilateral o mixta en el oído izquierdo. Se trata de lesiones de características benignas, siendo el tratamiento la exéresis completa o parcial en el caso de que la lesión esté íntimamente relacionada con el nervio facial, que en la mayoría de los casos presentará alteraciones anatómicas asociadas. Presentamos un caso atípico de coristoma de oído medio y revisión de la literatura.

158. ABSCESO PERIAMIGDALINO CON EXTENSIÓN CERVICAL Y MEDIASTÍNICA FULMINANTE

D. Piédrola Maroto[a], C. Gómez Velasco[a], M. Conde Jiménez[a], S. Zurita Jiménez[a], A. Hernández Rubiño[a] y G. Blanco Eguren[b]

[a]*Servicio de ORL.*
[b]*Servicio de Radiodiagnóstico.*
Hospital Costa del Sol. Marbella. España.

Los abscesos/flemones periamigdalinos son patología de nuestra especialidad que frecuentemente vemos en las consultas de Urgencias, y que en la mayoría de casos se resuelven con tratamiento antibiótico endovenoso, precisando en algunas ocasiones drenaje del mismo. Presentamos un caso clínico de una mujer de 47 años, alérgica a penicilina, que acude a nuestro Servicio a través de Urgencias por presentar disfagia y odinofagia de 24 horas de evolución. La exploración ORL muestra una tumefacción de pilar anterior y paladar blando no fluctuante, con adenopatía inflamatoria laterocervical derecha de 2 cm de tamaño. Con diagnóstico de flemón periamigdalino, se realiza ingreso hospitalario con tratamiento endovenoso con clindamicina y corticoides. Tras leve mejoría inicial, 48 horas después, inicia cuadro de disnea y disfagia absoluta, observándose gran edema y tumefacción cervical con estenosis de luz laríngea lo que obliga a intervención quirúrgica urgente con traquetomía y drenaje de absceso latero-cervical y parafaríngeo con extensión mediastínica. La TC confirma absceso mediastínico, derrame pleural y neumotórax asociado. Se realiza drenaje pleural y mediastínico por toracotomía posterolateral derecha por parte de Servicio de cirugía torácica, con colocación de pleurecath retrotraqueal y tubo de doble luz en hemitórax. Se comentan imágenes radiológicas, cultivo y antibiograma obtenido, así como el resto de pruebas complementarias realizadas y evolución de la paciente.

166. PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA DE TELEMEDICINA EN LA UNIDAD DE OTOLOGÍA DEL HOSPITAL VIRGEN MACARENA

J. González García, E. Berrocal Postigo y S. Sánchez Gómez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: El uso de la telemedicina está cada vez más implantada en nuestro medio. El desarrollo de avances técnicos hace posible su utilización en nuestra actividad diaria. Se describe cómo se ha puesto en marcha un sistema de videootoscopia para pacientes con patología otológica.

Material y métodos: Utilizando un videotoscopio y transformando la imagen del oído en formato digital, se envían desde atención primaria a través de la Intranet corporativa del Servicio Andaluz de Salud. Las imágenes se revisan por el especialista y se emite un informe diagnóstico-terapéutico en unas 72h.

Discusión/conclusiones: El uso de telemedicina en otorrinolaringología es un campo poco desarrollado en nuestro medio. Facilita la comunicación entre niveles asistenciales (primaria y especializada). Evita el traslado de pacientes hasta el Hospital y mejora la capacidad diagnóstica del facultativo en atención primaria.

171. COMPLICACIONES ENDOCRANEALES DE LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL. ANÁLISIS DE TRES CASOS

M. Armengot, R. Hernández, C. García Navalón, R. Reboll, M. Bonet, M.J. Gómez y N. Mosquera

Servicio de Otorrinolaringología. Facultad de Medicina. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: La cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) es actualmente un procedimiento quirúrgico rutinario. Sin embargo no está exento de riesgos graves, siendo las complicaciones intracraneales las que comprometen la vida del paciente. Presentamos en esta comunicación los tres casos que hemos tenidos en los 15 años que venimos practicando la CENS y analizamos las posibles causas y consecuencias.

Material y métodos: Tres pacientes varones de 30, 42 y 63 años. Dos de ellos intervenidos por poliposis nasosinusal (30 y 63 años) En uno de ellos (30 años) existía un espolón septal que dificultaba la cirugía. El otro por rinosinusitis fúngica alérgica (42 años), con rotura de la pared superolateral del seno esfenoidal derecho por la propia patología.

Resultados: Un paciente (30 años) sufrió un absceso cerebral que se manifestó a los 28 días de la intervención y se trató mediante punción y antibioterapia endovenosa durante 4 meses. Otro paciente (63 años) presentó una amplia fístula frontonasal, con rinolicuorrea tratada peroperatoriamente y neumoencéfalo posterior que se resolvió espontáneamente al mes. El tercer paciente (42 años) sufrió un neumoencéfalo masivo que también se resolvió de forma espontánea. Todos evolucionaron favorablemente.

Discusión/conclusiones: La fuga de líquido cefalorraquídeo peroperatoria es un factor de riesgo claro para las complicaciones endocraneales. Aunque se resuelva peroperatoriamente el paciente requiere un seguimiento estrecho. La presencia de micosis difusa en seno esfenoidal y las dehiscencias óseas previas predisponen a las complicaciones endocraneales. El pronóstico es favorable pero requiere la colaboración de neurocirujanos y especialistas en enfermedades infecciosas

172. NEURINOMA FANTASMA

D. Rodríguez Contreras, E. López de Huelva, J.A. Ibáñez Rodríguez, M. Haro García y M. Oliva Domínguez

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. España.

Introducción: La realización de pruebas de imagen como la RMN la patología de origen vestibular es útil para el diagnóstico de tumoraciones de CAI y APC aunque en ocasiones nos puede orientar a diagnósticos erróneos.

Material y métodos: Partimos del caso de un paciente con sensación de inestabilidad, sin giro de objetos y cortejo vegetativo, hipoacusia de oído izquierdo y sensación de plenitud ótica, acúfeno de 5 años de evolución, tras la realización de pruebas vestibulares, incluido videonistagmografía se llega la conclusión de vértigo de Lermoyez izquierdo aunque hay una marcada hiporreflexia derecha. Se realiza RMN apreciándose imagen compatible con neurinoma intracanalicular en CAI derecho Dado que el tamaño del neurinoma era pequeño se decide controlar su evolución. En una nueva RNM meses después aun se aprecia la lesión en CAI derecho sin cambios aparentes. En una posterior revisión 2 años después la imagen de la RNM ha desaparecido.

Conclusiones: Algunos procesos inflamatorios del nervio vestibular pueden producir hipercaptación de contraste paramagnético o señales hiperintensas en la RMN dando lugar a imágenes sugestivas de tumoraciones del CAI.

174. TROMBOSIS DEL SENO CAVERNOSO

M. Herrera, G. de los Santos y C. Frágola

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La trombosis séptica del seno cavernoso es una entidad infrecuente. El retraso en el diagnóstico y en el tratamiento es la norma en una enfermedad potencialmente mortal.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente que acude a la urgencia por edema palpebral de 24 horas de evolución. En la exploración se evidencia además la presencia por fosa nasal derecha de una rinorrea purulenta que procede del meato superior. Mediante TC se evidencia una sinusitis esfenoidal ipsilateral así como signos indirectos que sugieren trombosis del seno cavernoso. Se realiza cirugía endoscópica nasosinusal de urgencia drenando el seno esfenoidal.

Discusión: El seno cavernoso es el más frecuente de los senos durales en infectarse y trombosarse. Debido a su situación anatómica los síntomas al inicio de la enfermedad pueden ser tan imprecisos como una cefalea difusa que no cede con el tratamiento habitual. El primer signo a la exploración es el edema periorbitario si bien puede acontecer posteriormente diplopía y alteraciones del estado mental. El diagnóstico diferencial es con la celulitis orbitaria y se realiza mediante TC o RM. El tratamiento de elección es la antibioterapia si bien si se evidencia sinusitis radiológica el drenaje quirúrgico urgente es obligatorio.

Conclusiones: A pesar de la rareza de este cuadro dentro de las complicaciones de las sinusitis agudas, se calcula que cada otorrinolaringólogo puede encontrarse con 1 o 2 casos a lo largo de su carrera profesional. Además la morbimortalidad es del 50% de ahí la importancia de conocer este cuadro.

176. ADENOMA PLEOMORFO DE PALADAR BLANDO

B. Agreda, E. Serrano, A. López, R. Artal, A. Urpegui, J.I. Alfonso y H. Vallés

Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: Los tumores de glándulas salivares representan el 3-5% de los tumores de cabeza y cuello en el adulto. Los tumores de glándulas salivares menores son el 15-23% de todas las neoplasias de glándulas salivares. Las glándulas salivares menores se distribuyen por toda la cavidad oral, pero se concentran especialmente en labios y paladar, es por esto que el 50% de los tumores originados en ellas, se localizan aquí. El más frecuente es el adenoma pleomorfo. Clínicamente se manifiesta como una tumoración indolora de crecimiento lento, que puede causar disfagia alta progresiva o alteraciones en el habla, según su tamaño. Se considera un tumor de bajo grado de malignidad por su capacidad de recidiva y de malignización a largo plazo. El diagnóstico se realiza mediante TC o RMN, y el tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa, con fresado del periostio del hueso subyacente a la lesión.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 76 años con una tumoración de gran tamaño en paladar blando, causante de disfagia progresiva. En las técnicas de imagen se evidenció una tumoración de 4 cm de diámetro, que fue resecada quirúrgicamente.

Conclusiones: Los tumores de glándulas salivares menores son infrecuentes, pero deben tenerse en cuenta ante toda tumoración en la cavidad oral.

212. TUMOR DE CÉLULAS BASALES DE SENO MAXILAR

A. Callejo, E. Cisa, X. González, V. Romagosa, I. Clemente y M. Mañós

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. España.

Presentamos un caso de tumor de células basales de glándula salivar menor localizado en el seno maxilar, caso extraordinariamente infrecuente tanto por el tipo histológico como por su localización. Existen entre 600 y 1000 glándulas salivares menores distribuidas por la mucosa de toda la anatomía de la región ORL, entre las que se incluyen los senos maxilares. Los tumores de glándulas accesorias representan entre un 5 y un 10% del total de tumores de glándulas salivares, siendo su localización más frecuente la mucosa de la cavidad oral, y los senos paranasales una de las menos habituales. En relación a la anatomía patológica, el término de tumor de células basales hace referencia a un tipo histológico de glándulas salivares cuyo diagnóstico diferencial entre adenoma de células basales y su contrapartida maligna, el carcinoma adenoquístico suele ser impracticable, por lo que se denomina con dicha terminología genérica que engloba ambas formas, benigna y maligna. Dada la imposibilidad de precisión de la naturaleza del tumor, tras el tratamiento quirúrgico es necesario realizar un estrecho seguimiento clínico. No se han hallado referencias bibliográficas de casos previos publicados tras su búsqueda en Medline.

217. FASCITIS NECROTIZANTE CERVICAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

C. Herrero Fernández, J. Esteban Sánchez, A. Rodríguez Rivero, G. Monedero y R. Sanz Fernández

Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Introducción: La fascitis necrotizante es una grave infección polibacteriana de los tejidos blandos que se caracteriza por necrosis difusa y rápidamente progresiva hacia el tejido celular subcutáneo, acompañado de infección sistémica. La localización en cabeza y cuello es poco frecuente, siendo más habitual en pared abdominal, torácica y extremidades. Es una enfermedad grave y potencialmente letal. Un diagnóstico precoz y un tratamiento agresivo son claves para una evolución favorable.

Material y métodos: Presentamos dos casos de fascitis necrotizante cervical. El primero de ellos es un varón de 60 años intervenido de una laringuectomía total por un carcinoma epidermoide laríngeo, que presenta al mes de la cirugía tumefacción cervical importante, con fiebre y malestar general. El segundo caso es una mujer de 77 años, diabética, intervenida de glosectomía parcial por carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, tratada posteriormente con radioterapia, A los 9 meses de la intervención presenta empastamiento cervical doloroso. En ambos casos el TAC cervical muestra una infección cervical con contenido aéreo, compatible con fascitis necrotizante. Se realizan cervicotomías de urgencias con desbridamiento de tejidos y lavados con agua oxigenada. El primer caso evolucionó favorablemente. El segundo caso tuvo mala evolución debido a una progresión tumoral cutánea.

Discusión/conclusiones: La fascitis necrotizante es una entidad poco frecuente pero con consecuencias muy graves. Un diagnóstico precoz es fundamental permitiendo la instauración temprana de tratamiento antibiótico intravenoso y un desbridamiento quirúrgico agresivo, para evitar complicaciones que pueden provocar la muerte del enfermo.

219. NEURINOMA ESTATOACÚSTICO CON INVASIÓN DE OÍDO MEDIO Y CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

J. Horno López, F. Fernández-Nogueras Jiménez, J.M. Katati, A. Oña Navarrete y J. Salinero Hernández

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: El neurinoma estatoacústico es un tumor benigno con origen en perineuro; aparece en conducto auditivo interno (CAI) y puede avanzar hacia ángulo pontocerebeloso (APC) entrando en contacto con tronco cerebral. Unilateral en 95% de casos.

Material y métodos: Señora de 59 años valorada por hipoacusia derecha de larga evolución y últimamente otorrea y otalgia homolaterales. En CAE se aprecia formación polipoide violácea para la que se pauta antibiótico tópico. Radiológicamente se informa de glomus yugulotimpánico, por lo que se solicita RMN: masa de 3,5 × 4 cm en APC derecho con invasión de CAI y erosión del borde superomedial de punta de peñasco; afectación del V par. Se deriva a hospital de referencia donde se realiza biopsia (CAE) y nuevo TAC: ensanchamiento del CAI y excavación de cara posterior del ápex alcanzando margen posterior del conducto carotídeo; ocupación completa del oído medio por tejido blando que protruye en CAE. Anatomopatología: neurinoma. Es valorada por Neurocirugía, realizándose potenciales evocados y reflejo del parpadeo: umbral aumentado a 90 dBnHL con respuestas patológicas en ambas pruebas.

Resultados: Se realiza exéresis mediante craniectomía retromastoidea derecha. Neurinoma confirmado por inmunohistoquímica. Presenta paresia facial periférica incompleta postoperatoria y es dada de alta tras 9 días. TAC postquirúrgico: tejido hipercaptante sobre margen superoposterior de peñasco que se introduce hacia cavidad erosiva del CAI (resto tumoral) y RMN: voluminoso pseudomeningocele hasta nuca y resto de neurinoma sobre cara posterior de peñasco con componente invasivo del CAI y ápex; en oído se observa secreción inflamatoria epitimpánica e imágenes hipodensas en caja, hipotímpano y CAE con intenso realce tras contraste (tejido tumoral).

Conclusiones: Es posible el avance e invasión del peñasco por un neurinoma ocupando oído medio y provocando otitis media crónica que puede confundir en diagnóstico de base.

228. MELAS. A PROPÓSITO DE UN CASO DE HIPOACUSIA FAMILIAR

A.I. Navazo Eguía, A. Rivas Salas y F. García Vicario

Hospital General Yagüe. Complejo Hospitalario de Burgos. Burgos. España.

Introducción: MELAS es un acrónimo inglés que define la convergencia de miopatía mitocondrial, encefalopatía, acidosis láctica y episodios de pseudo-infarto cerebral. Es una enfermedad mitocondrial originada por mutaciones en el genoma mitocondrial materno. Se afectan las funciones aeróbicas como consecuencia del déficit que se produce en la generación de adenosina trifosfato (ATP). El compromiso de los distintos tejidos es variable, debido a la heteroplasmia de la mutación, Hipoacusia, diabetes mellitus y esterilidad son los antecedentes personales y familiares más comunes.

Material y métodos: Presentamos una paciente de 33 años, con antecedentes familiares de hipoacusia severa, que inicia su enfermedad con hipoacusia y diabetes, posteriormente presenta un episodio de pseudo infarto cerebral. Clínicamente, evolucionó con alteraciones lenguaje que eran concordantes con las áreas de hipointensidad del lóbulo temporal derecho, vistas en el TAC y la Resonancia Magnética. Varios días después de su ingreso cursó con un estatus epiléptico. Su estudio demostró aumento de la lactoacidemia de reposo (4,3). En la biopsia muscular se observó la presencia de fibras rojas raídas. El análisis genético demostró la presencia de la mutación A3243G del genoma mitocondrial, tanto en la paciente como en su madre y hermana. La paciente mejoró espontánea y completamente en lo clínico y radiológico.

Conclusiones: Se trata de una patología que debiera investigarse siempre en los accidentes vasculares de jóvenes menores de 40 años, siendo la hipoacusia familiar uno de los hallazgos frecuentes.

236. VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO ATÍPICO Y DISPLASIA DEL LABERINTO POSTERIOR

Z. Piñeiro Aguín, E. Matiñó Soler y E. Esteller Moré

Hospital General de Catalunya. Capio. Sant Cugat del Vallès. España.

Introducción: Las malformaciones congénitas del oído interno son un hallazgo relativamente frecuente en pacientes con hipoacusia. Sin embargo el hallazgo de malformaciones en el laberinto posterior es poco frecuente, por esta razón su impacto y su conocimiento es pobre, al tratarse de una rareza.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 46 años que presenta clínica vestibular periférica con sensación rotatoria relacionada con los movimiento cefálicos, especialmente en la extensión cervical posterior. No presenta hipoacusia. Se valora como un posible vértigo posicional paroxístico benigno y se realizan de forma complementaria electronistagmografía, videonistagmografía y pruebas calóricas. En las Pruebas vestibulares se objetiva una normofunción de los nervios vestibulares bilaterales. Destaca en las mismas, la presencia de nistagmo horizonto-rotatorio geotrópico y el paciente presenta clínicamente un vértigo periférico acompañado de síndrome vegetativo, al realizar las maniobras diagnósticas de Dix-Hallpike. Apareció nistagmo y clínica en las maniobras de forma bilateral, siendo más acusado al lado derecho. El resto de la exploración vestibular era compatible con una canalolitiasis del conducto semicircular posterior derecho. Se realizó una exploración neurológica completa que mostró la ausencia de componentes centrales en la clínica, dado que fue normal. Dado que se obtuvo así el diagnóstico de VPPB se procedió a la realización de la maniobra de recolocación de Epley. Se realiza en tres ocasiones, y dada la poca efectividad de la misma y se recomiendan Ejercicios de Brand Daroff. Ante la persistencia de la clínica se decide la exploración mediante pruebas de imagen del oído interno y se realiza una resonancia magnética de la zona. La exploración por imagen fue compatible con una normalidad absoluta del ángulo pontocerebeloso y de las cócleas. Se objetiva un discreto aumento del tamaño de los vestíbulos y una hipoplasia de los canales semicirculares horizontales y posteriores.

Discusión: Teniendo en cuenta este caso, podemos especular que las malformaciones vestibulares aisladas pueden ser más frecuentes de lo que se describe y deben ser investigadas con la ayuda de técnicas de imagen sofisticadas. El 15-20% de los VPPB sin alteraciones de la audición y con pruebas vestibulares compatibles, que no responden a maniobras de recolocación como la de Epley, Seamon o de la barbacoa podrían tener relación con estas alteraciones anatómicas. Es poco frecuente la realización de técnicas de imagen para el diagnóstico en estos pacientes dado que la clínica no justifica el estudio del oído interno y suele tener una resolución espontánea incluso en pacientes en los que no se realizan maniobras terapéuticas.

240. LEIOMIOMA VASCULAR DEL VESTÍBULO NASAL. CASO CLÍNICO INFRECUENTE

M. Hamdan Zavarce, A. Quintana Sanjuas, O. Castro Macía y D. Alonso Párraga

Hospital Xeral Cies. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. España.

Introducción: Son tumores benignos formados por células del músculo liso vascular, localizados típicamente en piel y tracto genitourinario. Raramente en vías respiratorias superiores, 8,5% localizados en cabeza y cuello. Se presentan como masas no dolorosas, nodulares, asintomáticas o con síntomas de obstrucción nasal o epistaxis. Presentamos un caso poco frecuente de angioleiomioma de vestíbulo nasal, pocos casos similares reportados en la literatura.

Caso clínico: Varón de 70 años, antecedente de hipertensión arterial controlada. Lesión en fosa nasal derecha de 4 años de evolución, sin epistaxis, insuficiencia respiratoria nasal o dolor asociados. Exploración: lesión quística/exofítica en vestíbulo nasal de fosa nasal derecha, 1 cm de diámetro, color rojizo, consistencia blanda. Resto de exploración normal. Se realiza exéresis bajo anestesia local con aguja de Colorado, sin complicaciones. El resultado de anatomía patológica fue de angioleiomioma de vestíbulo nasal.

Discusión/conclusiones: Leiomiomas vasculares nasales son raros, 1% de todos los leiomiomas reportados en la literatura. En cavidad nasal sólo existe músculo liso en vasos sanguíneos y órganos piloerectores del vestíbulo anterior. La teoría más aceptada es la proliferación del músculo liso de los vasos. El diagnóstico se realiza por biopsia excisional y estudio anatomopatológico. Debemos realizar diagnóstico diferencial con lesiones benignas y malignas. Ocasionalmente es difícil distinguir leiomioma bien diferenciado de un leiomiosarcoma de bajo grado de malignidad. El tratamiento de elección de los angioleiomiomas nasales es quirúrgico, siendo rara la recurrencia posterior a cirugía. A pesar de ser lesiones benignas, es recomendable su exéresis, con abordaje endoscópico, bajo anestesia local.

258. SARCOMA DE SENO MAXILAR RADIOINDUCIDO

M. Cardier Suárez, E. Petreñas Tamayo, J. Gómez Suárez, C. Fernández Castaño y J.A. Municio Martín

Hospital de Cruces. Barakaldo. España.

Introducción: El sarcoma radioinducido de senos paranasales es una entidad poco frecuente. Disponemos de muy pocos casos publicados al respecto, pero en la mayoría concuerdan que se presenta a partir de los 10 años de realizar la radioterapia.

Material y métodos: presentamos el caso de un varón de 17 años con diagnóstico de sarcoma fusocelular en seno maxilar. Antecedentes: meduloblastoma de fosa posterior a los 4 años de edad tratado con cirugía, quimioterapia y radioterapia (5.500 rads craneal + 3.500 rads espinal), que presenta tumoración indolora en zona maxilar derecha de crecimiento progresivo de 1 mes de evolución, con algia dentaria y sin otra sintomatología otorrinolaringológica. TAC de senos paranasales: masa expansible con bordes óseos remodelados y erosionados que surgen de la cresta alveolar maxilar extendiéndose al seno maxilar derecho. Tratamiento: exéresis total de la tumoración por via paralateronasolabial derecha previa embolización anterior. Anatomía patológica: sarcoma fusocelular de bajo grado. Después de 5 años de seguimiento el paciente se encuentra libre de enfermedad.

Discusión: El diagnóstico definitivo se realiza mediante la anatomía patológica confirmando el diagnóstico de sarcoma radioinducido.

Conclusiones: El tratamiento eficaz del sarcoma postradioterapia es la exéresis total con bordes amplios y la radioterapia posterior. La supervivencia a los 5 años es del 20%.

266. EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO FARINGOESOFÁGICO EN PRECARIEDAD

A. Caravaca-García, J.M. Fernández-Carrión, R. Ruiz-Fito, W. Elhendi-Halawa, A. Rodríguez Fernández-Freire y A. Sanmartín-Anaya

Hospital Punta de Europa. Algeciras. España.

Presentamos un caso de un varón de años, que accidentalmente deglute una moneda, de un diámetro parecido a nuestros 2€, y que se queda retenida en el esfínter cricoesofágico. Este caso que puede ser habitual en la clínica diaria se ve agravado porque ocurre en los campamentos de Refugiados Saharauis de Tinduf (Argelia) donde la asistencia médica es precaria y la especializada brilla por su ausencia. Tras recorrer unos 200 km por el desierto y tras doce horas de espera y ante la coincidencia de la presencia de una comisión médico-quirúrgica se extrae la moneda, de madrugada, bajo anestesia general, y tras localizar un laringoscopio de adultos y una pinza de cirugía abdominal.

274. MANEJO DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS TRAQUEOBRONQUIALES EN LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO

A. Mochón Martín, M.A. García Villarán, R. Moya Martínez, D. Castro Gutiérrez de Agüera, J.F. Muñoz Villanueva, E.A. Mata López, A. Gómez Torres y F. Esteban Ortega

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: Si bien la incidencia ha disminuido en los últimos años debido a las campañas de concienciación y prevención, los cuerpos extraños laringotraqueales siguen siendo una entidad de notable importancia debido a las graves complicaciones que se pueden presentar, incluida la muerte. A pesar de ello, actualmente no existe consenso sobre la actuación más correcta a seguir.

Material y métodos: Realización de un algoritmo diagnóstico-terapéutico consensuado mediante revisión de casos de sospecha de broncoaspiración en los HH.UU. Virgen del Rocío.

Resultados: Derivada de nuestra experiencia en este campo, planteamos el algoritmo de manejo que mantenemos en nuestro centro ante la sospecha de broncoaspiración.

Discusión/conclusiones: Los cuerpos extraños traqueobronquiales suponen una patología grave que afecta principalmente a la edad pediátrica. Cuando la historia clínica, la exploración y la radiología son claras y evidentes, la realización de broncoscopia rígida es la principal opción terapéutica. Cuando no ocurre esto, y aún así sospechamos alguna posibilidad de broncoaspiración, en nuestro centro hospitalario nos decantamos por la fibrobroncoscopia flexible para realizar un diagnóstico preciso.

283. PAPILOMA INVERTIDO SEPTAL

L. Montes de Oca, J. Gamboa, F.J. Olarieta, J. Guerrero, F. García, N. González y T. Rivera

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: El papiloma invertido es el tumor benigno más frecuente de las cavidades nasales y sinusales. Su localización, en el 82% de los casos, es la pared lateral nasal. Presenta tres características que le otorgan un carácter especial: capacidad para recidivar, agresividad local y riesgo de malignización.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 51 años que acude a consulta por insuficiencia respiratoria nasal de varios meses de evolución de predominio izquierdo y que empeora en decúbito. Refiere hiposmia, sin rinorrea, secreciones con restos hemáticos ocasionalmente. En la exploración mediante fibroscopia

se observa en la fosa nasal izquierda una imagen de aspecto moruliforme de unos 2 cm, en contacto con el septum, pared lateral y suelo de la fosa nasal en el área IV. Tomografía computarizada (TC) de senos paranasales: Lesión de aspecto polipoideo de densidad partes blandas en coana izquierda, que contacta con el techo de nasofaringe y tabique nasal de 1,8 × 1 cm de diámetro.

Resultados: La masa se extirpó mediante cirugía endoscópica nasosinusal, confirmando su dependencia del septum nasal. Tras el estudio anatomopatológico se llegó al diagnóstico de papiloma schneideriano.

Discusión/conclusiones: Los papilomas invertidos se localizan en el septum nasal tan sólo en el 10% de los casos. Aunque se trata de una localización poco frecuente se debe sospechar un papiloma invertido ante una masa de aspecto polipoideo que no afecta a otros senos paranasales, a pesar de no presentar otras características propias de este tipo de lesiones.

293. UN CASO ATÍPICO DE ÚLCERA NASOSEPTAL

J.A. Sistiaga, L. Sanz, A. Micó y T. Rivera

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: La dermatitis facticia representa un cuadro clínico cuya característica principal son las lesiones autoinfringidas en la piel en zonas fácilmente accesibles a las manos de los pacientes. Cada lesión suele ser bizarra y con bordes irregulares. Los métodos que se utilizan para dañar la piel son muy variados. Suelen tener casi siempre un comienzo abrupto.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 64 años que acude a nuestra consulta refiriendo costras nasales frecuentes, epistaxis unilateral y presenta una úlcera del ala nasal asociada a perforación septal anterior, en el contexto de un cuadro de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo postraumático. Se realizan rinoscopia anterior, endoscopia nasal, estudio radiológico mediante TC, batería de pruebas analíticas para autoinmunidad, estudio microbiológico, serológico y anatomopatológico de la lesión, siendo todos ellos negativos en el diagnóstico diferencial.

Discusión: La dermatitis facticia es una entidad de escasa incidencia en el medio clínico habitual de una consulta otorrinolaringológica que por su forma de presentación clínica puede inducir al especialista a un error diagnóstico si no es tomada en consideración. Es obligatorio aun así descartar previamente otras causas más frecuentes de úlceras nasales y perforación septal tales como granulomatosis de Wegener, procesos neoplásicos malignos, abuso de sustancias irritantes, lepra, sífilis, etc.., antes de hacer el diagnóstico de esta enfermedad. Consideramos este caso muy ilustrativo de este tipo de trastornos e interesante como ejemplo de diagnóstico diferencial de lesiones de la pirámide nasal.

294. SEPSIS OTÓGENA SECUNDARIA A TROMBOFLEBITIS DEL SENO LATERAL CON EXTENSIÓN A LA VENA YUGULAR INTERNA

A. Sebio, F. Espinosa, E. Cabanas, M. Rossi, C. Frade y T. Labella

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

Introducción: Las graves complicaciones intracraneales de las otitis y la sepsis otógena sufrieron un drástico descenso cuando aparecieron los antibióticos. Sin embargo, en la actualidad, pueden darse en determinados casos tales como en sujetos con sobrecargas orgánicas que padecen una otitis crónica con colesteatoma inveterada y descuidada.

Caso clínico: Varón de 18 años con afecto de otitis media crónica que acude a Urgencias por accesos de fiebre elevada en picos. Las exploraciones complementarias demuestran neutropenia, hepatoesplenomegalia y derrames pericárdico y pleural. En la TC sin contraste no se observan alteraciones. Ingresado en Medicina Interna, se queja de cefalea y le aparece parálisis del hemipaladar blando. El hemocultivo expone la presencia de E. coli. En una RM observan tumoración cervical izquierda, lo que decide que trasladen al paciente a nuestro Servicio. En una nueva TC con contraste se observa otomastoiditis crónica izquierda y tromboflebitis del seno lateral izquierdo extendida a la vena yugular interna. Ante esto se realiza mastoidectomía radical y ligadura de la vena yugular interna por debajo del trombo. Después de la cirugía le desaparece fiebre y evoluciona favorablemente del resto de la sintomatología. Después de ser dado de alta lo seguimos en consultas externas desde hace cinco meses encontrándose libre de molestias.

Comentarios: La actual escasa incidencia de las complicaciones intracraneales de las otitis, a lo que se puede añadir un cuadro clínico paliado o desdibujado debido a un tratamiento antibiótico inadecuado, hace que puedan pasar desapercibidas durante los primeros momentos, lo que agrava el pronóstico al retrasarse el tratamiento correcto, que actualmente, como era en la era preantibiótica es fundamentalmente quirúrgico

305. ASIMETRÍA FACIAL FRENTE A PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA NEONATAL. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

D.C. Robledo Aguayo, M.I. Pitarch Ribas, E. Latorre Monteagudo, M.T. Achiques Martínez, N. Conill Tobías y J. Marco Algarra

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

La asimetría facial neonatal hace referencia a la debilidad facial unilateral parcial ó completa al nacer y hace énfasis en la dificultad para diferenciar las parálisis nerviosas traumáticas de las aplasias congénitas. La causa de la mayoría de las asimetrías faciales del recién nacido es la aplasia congénita de los músculos sin afectación del nervio facial. La parálisis facial periférica congénita afecta del 0,23 al 1,8% de los nacimientos. La asimetría facial neonatal puede presentarse aislada ó formando parte de un cuadro sindrómico. La finalidad de éste trabajo es intentar esclarecer cuándo una asimetría facial neonatal responde a una parálisis facial ó a una aplasia congénita muscular. Por otra parte algunos síndromes (síndrome de Cayler), asocian a la asimetría facial , serias disfunciones en otros órganos y conllevan a un pronóstico malo para la función y para la supervivencia si no se detectan y corrigen oportunamente. La anamnesis, la exploración física, los estudios de imagen y electrofisiológicos son necesarios para un adecuado plan terapéutico. Se presentan tres casos de pacientes atendidos en nuestro Servicio, uno de ellos con parálisis facial periférica aislada y dos con asimetría facial neonatal con repercusión en órganos vitales. Tener en cuenta los diagnósticos diferenciales y las posibles malformaciones asociadas redunda en una valoración integral del paciente que presenta como signo visible la asimetría facial neonatal pero que puede presentar serios problemas asociados a órganos internos.

314. AFECTACIÓN NASOSINUSAL EN LA ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER

L. Samarà Piñol, F. Cruellas Taschik, L. Palomino Meneses, A. Callejo Castillo, X. Gonzàlez Compta y M. Mañós Pujol

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. España.

Introducción: La enfermedad de Erdheim-Chester es una enfermedad extremadamente rara, de etiología desconocida, causada por depósito de lípidos, encuadrada dentro de las xantogranulomatosis lipoideas, A diferencia de la histiocitosis X, afecta a personas de más edad y tiene peor pronóstico. Se caracteriza por afectación

ósea simétrica y esclerótica en la metadiáfisis de huesos largos. Más del 50% de los pacientes tiene afectación extra-ósea, afectando mayormente a riñón, piel, cerebro y con menor frecuencia tejido retro-orbitario, glándula pituitaria y corazón. Aunque existen algunas características radiológicas, no son exclusivas de la enfermedad, requiriendo de estudio histológico para su diagnóstico. De pronóstico muy variable, no existe tratamiento curativo.

Caso clínico: Paciente de 32 años derivada a nuestro servicio por sinusitis y otitis de repetición más diplopía. Como antecedentes patológicos destacan hipertiroidismo y dismenorrea. En la exploración se evidenció marcado exoftalmos. Durante su estudio se realizaron TAC y RMN, que informaron de displasia fibrosa temporal, orbitaria y de senos paranasales, con lesión extraaxial selar y supraselar. Requirió de descompresión orbitaria por vía endonasal y externa, cirugía endoscópica nasosinusal y realización de biopsias, que no confirmaron diagnóstico. Posteriormente apareció disminución de la agudeza visual contralateral por afectación quiasma óptico resuelto quirúrgicamente por el servicio de neurocirugía. Requirió de trabajo interdisciplinario y biopsias de la metadiáfisis del fémur para confirmar el diagnóstico.

Conclusiones: La enfermedad de Erdheim-Chester es muy poco frecuente, pero debe tenerse en cuenta debido a la grave asociación de patología orbitaria y senos paranasales.

332. SÍNDROME DE FREY. TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA

L. Pérez Delgado, R. Fernández Liesa, S. Herrera Tolosana, M.P. Lisbona Alquézar, G. Tejero-Garcés Galve y A. Ortiz García

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España.

El síndrome de Frey se caracteriza por rubor, calor y sudoración en la región maseterina y geniana durante las comidas. Se observa en el 20-60% de los pacientes sometidos a parotidectomía. Es debido a una reinervación aberrante de las fibras parasimpáticas colinérgicas que inervaban las glándulas parótidas y que alcanzan la piel, sinaptando a nivel de la dermis y liberando la acetilcolina a este nivel. La inyección intradérmica de toxina botulínica es un método efectivo para controlar los síntomas de sudoración y enrojecimiento presentes en el síndrome. Se trata de un procedimiento de fácil aplicación en la consulta médica sin necesidad de ingreso, reproducible y protocolizable. Presentamos un caso de síndrome de Frey secundario a parotidectomía en una mujer de 46 años de edad en la que se llevó a cabo la inyección intradérmica de toxina botulínica. El resultado fue satisfactorio durante 7 meses, sin efectos secundarios locales o sistémicos. Explicamos paso a paso con imágenes cómo realizamos el test de Minor y la técnica de inyección.

338. GRANULOMA MALIGNO CENTROFACIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.M. Pérez Orribo, M. Valido Quintana, A.M. Oviedo Santos, D. Díaz Rodríguez, J.M. Gutiérrez Rodríguez, F. Ayudarte Tapia y J.M. Cuyás de Torres

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: El granuloma maligno centrofacial o granuloma de Stewart es un linfoma no Hodgkin que afecta a adultos jóvenes. Presenta el aspecto de una ulceración de evolución progresiva que afecta a los tejidos faciales, (fosas nasales y en particular al septum). Se admite que son linfomas de células T pudiendo estar implicado el virus de Epstein-Barr, siendo por tanto, el riesgo de evolución hacia la agresividad muy importante lo que implica un mal pronóstico.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 42 años con epistaxis autolimitadas objetivándose como único hallazgo exploratorio pequeña ulceración en paladar duro. Se solicita serología (negativa) y se toma biopsia (no concluyente). Ante el empeoramiento del estado general se ingresa y solicita TAC con resultado de masa en cavum con destrucción del septo en su mitad posterior y extensión a pared interna del maxilar izquierdo.

Resultados: Tras una segunda biopsia negativa durante el ingreso se decide CENS donde se realiza extirpación de abundante material granulomatoso-necrosado. El resultado final de la biopsia es linfoma de células T (natural killer). El paciente recibe tratamiento con quimioterapia falleciendo posteriormente tras shock séptico por Pseudomona aeruginosa.

Conclusiones: Los tumores malignos de las cavidades nasales son poco frecuentes y dentro de éstos los linfomas suponen aproximadamente un 20%. Debemos establecer la sospecha ante pacientes jóvenes, en especial inmunodeprimidos, con lesiones de evolución rápida y confirmarlo precozmente con TAC y biopsia. El tratamiento es la quimioterapia.

344. TUBERCULOSIS LARÍNGEA

J. Alba Mesquida, F. Culaciati Tapia, C. Artigas Sapiaín, N. Bejarano-Panadés y P. Sarría Echegaray

Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Introducción: Enfermedad granulomatosa más frecuente de la laringe. Suele afectarse por contacto de los bacilos del esputo y se asocia generalmente con tuberculosis pulmonar activa. Es más frecuente en la segunda y tercera décadas. Existe predilección por la comisura posterior, los aritenoides y las cuerdas vocales. El diagnóstico se realiza por fibroscopia, radiografía de tórax y cultivo del esputo. Es una de las formas más contagiosas y sintomáticas de tuberculosis.

Material y métodos: Varón de 39 años, fumador y enólico, que consulta por odinodisfagia, tos productiva, disnea y masa látero-cervical de un mes. Es diabético y transplantado de riñón y páncreas en 2005, por lo que sigue tratamiento con tacrólimus y micofenolato. En la nasofibrolaringoscopia se objetiva tumoración ulcerada que afecta seno piriforme izquierdo, desde repliegue glosoepiglótico a repliegue aritenoepiglótico, con fijación de hemilaringe izquierda e hipomovilidad hemilaringe derecha. Múltiples adenopatías cervicales. Radiografía de tórax: infiltrados apicales en lóbulos superiores. TAC cervical: infiltración difusa de espacio submucoso de supraglotis. TAC torácico: afectación pulmonar bilateral y difusa de predominio en lóbulos superiores. Presencia de BAAR en esputo. PAAF: adenopatía granulomatosa. En cultivo crece Mycobacterium tuberculosis.

Resultados: Es ingresado para tratamiento con rifampicina, pirazinamida, isoniazida y etambutol endovenoso. Dada la buena evolución es dado de alta al cabo de un mes, debiendo seguir tratamiento oral.

Discusión/conclusiones: El diagnóstico diferencial de las tumoraciones laríngeas debe incluir la tuberculosis, especialmente en pacientes inmunodeprimidos. El tratamiento se realiza con tuberculostáticos. En los casos tratados de forma inadecuada pueden producirse estenosis laríngeas cicatriciales.

347. ABSCESO CERVICAL Y MEDIASTÍNICO EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDA

J. Zubicaray Ugarteche, I. Arruti González, N. Fernández Arrechea, P. Rodríguez García, M. Uzcanga Lacabe, S. Quer Canut y L. Arbizu Ruiz

Servicio de ORL. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción: Paciente de 66 años con antecedentes de neoplasia de mama derecha en 1997 tratada con cirugía, radioterapia y

quimioterapia con revisiones libre de enfermedad. Había sido diagnosticada de hepatopatía crónica por hepatitis autoinmune tipo I, por lo cual estaba en tratamiento inmunosupresor con corticoides e Imurel. Presenta disfagia, disfonía y fiebre progresiva. No disnea.

Métodos: Se observa en TC gran absceso cervical posterior con múltiples tabicaciones (podrían corresponder con múltiples abscesos). Asimismo presenta imagen de absceso en espacio prevertebral que baja hasta mediastino, vía aérea conservada. Se realiza incisión laterocervical izquierda y hasta llegar por delante del ECM al absceso que se diseca por detrás del cartílago tiroides hasta llegar a palpar la columna, hasta la horquilla esternal. En la incisión cervical posterior derecha, se diseca por planos hasta llegar al absceso y se drena hasta el hueso occipital posterior y hasta el trapecio a nivel inferior. Incisión retroescapular, gran absceso que rodea posteriormente la escápula, y forma bolsas tanto supra como subescapular, llegando hasta el hombro derecho, y proximalmente hasta el estrecho torácico superior.

Resultados: Tras la intervención presentó una evolución satisfactoria sin complicaciones. Continúa con tratamiento inmunusupresor para su patología de base.

Conclusiones: Unos síntomas de poca importancia en una persona sana, pueden desencadenar graves complicaciones en una persona inmunodeprimida.

350. ERITRODERMIA ICTIOCIFORME CONGÉNITA Y TAPONES EPITELIALES DE REPETICIÓN

I. Arruti González, N. Fernández Arrechea, J. Zubicaray Ugarteche y P. Rodríguez García

Servicio de ORL. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

Introducción: Presentamos el caso de una paciente de 14 años vista por primera vez a los 11 meses de edad por presentar desde el nacimiento un enrojecimiento generalizado de la piel con formación de escamas laminares diagnosticada clínica y por histología de eritrodermia ictiosiforme congénita. Presenta otalgias continuas en relación con tapones epiteliales bilaterales.

Métodos: Exploración ORL completa, TAC de oídos. Audiometría Tonal. Precisa repetidas extracciones de tapones epidérmicos que requieren uso de instrumental de microcirugía de oído, aspiración, lavados y diversos tratamientos tópicos.

Resultados: La paciente presenta muy escasa mejoría a pesar de diversos tratamientos dermatológicos. Las otalgias son permanentes, precisando limpieza de ambos CAE quincenalmente para evitar otitis externas de repetición.

Conclusiones: Presentamos este caso en el que la única posibilidad de mejoría de sus síntomas ORL pasa por una continua limpieza de la descamación del CAE.

356. SÍNDROME DE DEHISCENCIA BILATERAL DEL CONDUCTO SEMICIRCULAR SUPERIOR

I. Monjas Cánovas, O. Alemán López, C. Gutiérrez del Castillo, A.B. Vadillo Díez, B. Sanz Romero y J.R. Gras Albert

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Introducción: La dehiscencia del conducto semicircular superior (DCSS) se define como la ausencia de cobertura ósea sobre el conducto semicircular superior (CSS) en la zona más próxima a la duramadre de la fosa cerebral media. Suele cursar con vértigo, oscilopsia e inestabilidad inducidos por sonidos intensos o cambios en la presión intracraneal o del oído medio.

Caso clínico: Varón de 40 años sin antecedentes de interés que presentó cuadro de un año de evolución caracterizado por sensación de mareo e inestabilidad desencadenado con los ruidos, las maniobras de Valsalva y el movimiento. La otoscopia era normal y en la audiometría tonal y la prueba calórica no se apreciaron hallazgos de interés. Se apreció un nistagmus fugaz con las maniobras de Valsalva (con glotis cerrada) y con la estimulación acústica del oído izquierdo con tonos puros a 500 Hz y a 100 dB con un componente vertical hacia abajo. La TC de alta resolución del hueso temporal con cortes a 0,5 mm mostró una dehiscencia bilateral del CSS.

Discusión: Se trata de una entidad relativamente reciente, descrita por primera vez hace apenas 10 años cuya fisiopatología parece estar relacionada con la creación de una tercera ventana móvil en el oído interno. El diagnóstico se basa en la historia clínica, los hallazgos de la exploración y la confirmación radiológica. El tratamiento definitivo es quirúrgico y está indicado cuando el cuadro clínico es incapacitante para el paciente.

362. PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA CARÓTIDA EXTERNA DISTAL TRAS UN TRAUMATISMO FACIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Rioja, B. Martínez, A. Borés, F. Mariño, M. Rusiecka, F. Sabater y M. Bernal Sprekelsen

Hospital Clínic. Barcelona. España.

Introducción: La presentación de un pseudoaneurisma como una masa parotídea es una rara complicación tras un traumatismo. Pseudoaneurismas de la arteria carótida externa han sido descritos en la literatura pero hay muy pocos casos que afecten a la parte distal de dicha arteria. Algunos autores coinciden en que el tratamiento de un pseudoanerurisma de la carótida externa debe ser quirúrgico. Nosotros presentamos el caso de un pseudoaneurisma que fue tratado con éxito mediante embolización.

Caso clínico: Un hombre de 65 años que acude a nuestro servicio de urgencias presenta una herida incisa a nivel de la entrada del CAE izquierdo originada tras agresión con arma blanca. La otoscopia y resto de exploración fueron normales. 3 semanas después acude de nuevo a urgencias presentando esta vez una masa parotídea izquierda pulsátil con parálisis facial homolateral grado V de House-Brackman. La angiografía mostró la presencia de un pseudoaneurisma de la arteria carótida externa previa a la bifurcación en sus ramas terminales, la arteria maxilar y la temporal, que fue embolizado. Una semana después la masa había desaparecido y la parálisis facial se recuperó a las 12 semanas.

Conclusiones: Las masas parotídeas representan entre 3% y 6% de tumoraciones de cabeza y cuello. Los pseudoaneurismas son muy raros en esa región pero deben ser sospechados tras un traumatismo. Sugerimos que la embolización puede ser un buen tratamiento para pseudoaneurismas de la parte distal de la arteria carótida externa.

372. MUCORMICOSIS RINOSINUSAL

A. de Oña, P.M. Moreno, R.F. Cortés, M. Mata y J. Salinero

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: La sinusitis fúngica (SF) incluye una extensa variedad de entidades patológicas, cuyo denominador común es la presencia de hongos filamentosos en los senos paranasales (SPN). La prevalencia ha ido aumentando por diversos factores en los últimos años.

Material y métodos: El caso a describir es el de un varón de 33 años diagnosticado LAL pro-B que recibió tratamiento por servicio de Hematología y que durante su ingreso hospitalario desarrollo una sinusitis fúngica invasiva.

Resultados: Durante su ingreso hospitalario comenzó con clínica de tos, cefalea, rinorrea, obstrucción edema facial. Se realizo TAC SPN que confirmo la ocupación de senos derechos por lo que se

realizó CENS con desbridamiento, toma muestra para AP y lavados con anfotericina B. Se realizaron curas locales diarias, pese a ello siguió el empeoramiento general con necrosis de paladar duro, protrusión ojo derecho produciéndose el exitus pasado 1 mes desde el ingreso.

Conclusiones: SF comprende una variedad de entidades patológicas con diferente expresión clínica. Su diagnóstico requiere sospecha y confirmación anatomopatológica. El tratamiento es el desbridamiento quirúrgico excepto en casos extensos de mucormicosis. La rápida evolución de técnicas endoscópicas ha ampliado las indicaciones entrando en terrenos antes impensables.

374. NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1 E HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL FLUCTUANTE

I. Arruti González, N. Fernández Arrechea, P. Rodríguez García y J. Zubicaray Ugarteche

Servicio de ORL. Hospital Virgen Camino. Pamplona. España.

Introducción: Presentamos el caso de un niño de 4 años, diagnosticado de neurofibromatosis tipo 1 e hipoacusia.

Métodos: Se realizó exploración ORL completa con OEA, PEATC, audiometría tonal y verbal. TAC cerebral. RNM cerebral.

Resultados: Debuta en torno a octubre del 2008 con una Hipoacusia profunda del oído izquierdo que posteriormente se transforma en cofosis de dicho oído. En enero del 2009 comienza con una hipoacusia neurosensorial moderada grado II del oído derecho que ha presentado fluctuaciones hasta el momento actual. Presentamos los estudios neurofisiológicos más significativos así como las imágenes representativas del cuadro.

Discusión: El paciente ha sido sometido a tratamiento con corticoides, mejorando parcialmente la audición del oído derecho. Portador de audífono retroauricular en oído derecho. Se discute la relación entre la neurofibromatosis y la hipoacusia a la luz de los estudios electrofisiológicos y de imagen.

384. SÍNDROME DE VERNET (DEL AGUJERO RASGADO POSTERIOR). A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Santos Gorjón, A.M. Muñoz Herrera, F.J. del Rey Tomás-Biosca, F. Sánchez González, L.J. Sgambatti Celis y J.C. del Pozo de Dios

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: El síndrome de Vernet (síndrome del agujero rasgado posterior) es una afectación de los pares craneales IX, X y XI. Asocia alteraciones en la sensibilidad faríngea y gustativa, y parálisis de la hemilaringe, del esternocleidomastoideo y trapecio y del constrictor de la faringe.

Material y métodos: Mujer de 69 años con hipoacusia, otalgia derecha y acúfeno de 3 meses de evolución. Presenta audimétricamente hipoacusia neurosensorial asimétrica derecha, por lo que se solicita RMN. Seis días después acude a urgencias por palpitaciones y es diagnosticada de flutter auricular. A los 10 días comenzó con disfonía y disfagia. Evidenciamos una parálisis cordal derecha y parálisis del XI y IX PC derechos. La RMN descarta patologías en el agujero rasgado posterior y en la gammagrafía tampoco hay depósitos patológicos. Se realiza medialización cordal derecha con aceptables resultados vocales y maniobras rehabilitadoras de su disfagia.

Discusión: La causas más frecuentes de este síndrome son: tumor glómico, trombosis de la vena yugular y otros de tumores. En esta paciente el síndrome fue clasificado como idiopático. Los estudios de imagen son de gran importancia para determinar la localización y extensión de la causa subyacente.

Conclusiones: El síndrome de agujero rasgado posterior es un conjunto de manifestaciones originadas por la afección del agujero del mismo nombre situado en la base del cráneo que da salida a los pares craneal es IX, X y XI así como, a la vena yugular interna. Mediante estudios de imagen descartaremos tumoraciones situados a este nivel.

387. ANATOMÍA 3D. MATERIAL Y MÉTODOS PARA LA OBTENCIÓN DE IMÁGENES 3D

R. Terré Falcón, C. Sepúlveda Rojas, I. Anguita Sánchez, A. González Palomino, F. Sánchez González, J.J. Urbano Urbano, V. Guillén Guerrero y J. Caballero Villena

Hospital de Mérida. Badajoz. España.

Introducción: La fotografía estereoscópica tradicional consiste en crear una ilusión 3-D a partir de dos imágenes 2D. La forma más sencilla de crear en el cerebro la percepción de profundidad es proporcionando a los ojos del espectador dos imágenes diferentes, que representan dos perspectivas del mismo objeto, con una pequeña desviación similar a las perspectivas que de forma natural reciben los ojos en la visión binocular.

Material y métodos: Los materiales utilizados han sido una cámara réflex con un objetivo macro y un trípode con posibilidad de movimiento en las tres direcciones del espacio. Para obtener dos imágenes 2D de un mismo objeto con una pequeña desviación se realiza una fotografía sobre él fijando el objetivo en un punto milimétrico, posteriormente movemos la cámara sobre el trípode en sentido horizontal (izquierda-derecha) hasta que dicho punto salga de nuestro objetivo. Seguidamente rotamos la cámara sobre su eje para enfocar nuevamente el mismo punto milimétrico. Modo de visualización: para la visualización en 3D es necesaria la utilización de un visor portátil especial de fácil utilización llamado pockescope.

Discusión: El estudio de la anatomía mediante imágenes en tres dimensiones aporta una sensación de profundidad al estudio anatómico mediante imágenes estándar en dos dimensiones, permitiéndonos en algunos casos percibir información de localización y disposición no perceptible por los medios audiovisuales habituales.

390. OSTEOMA SILENTE EN PUNTA DE PEÑASCO

E. Berrocal Postigo, S. Sánchez Gómez, y A. Alcalá Fernández

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Paciente mujer de 45 años edad, sin antecedentes personales ni familiares de interes. Acude a consultas por hipoacusia progresiva del oído izquierdo, sin otra sintomatología acompañante. Exploración otorrinolaringológica dentro de la normalidad. Audiometría tonal muestra una hipoacusia neurosensorial moderada del oído izquierdo; por lo que se solicita RMN poros acústicos donde se objetiva una masa esférica con diámetros máximos de 13 × 10 cm a nivel de la punta del peñasco. Solicitamos TAC cráneo y mastoides con osificación completa de la lesión tumoral y sospecha radiológica de osteoma petroso. Dada la localización tan infrecuente de este tipo de lesiones en la base del cráneo y el riesgo de complicaciones cerebrales, se decide como opción terapéutica la exéresis quirúrgica de forma combinada con neurocirugía.

403. HEMANGIOPERICITOMA NASAL

B. Agreda, A. López, R. Artal, E. Serrano, A. Urpegui, J.I. Alfonso y H. Vallés

Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: El hemangiopericitoma es un tumor que se origina a partir de los pericitos de los capilares. La mayoría aparece en

extremidades, retroperitoneo y piel, y sólo el 5% de ellos se localiza a nivel nasal. La clínica más frecuente que ocasiona es obstrucción nasal unilateral y epistaxis, observándose a la exploración, una masa polipoidea que ocupa la fosa nasal. Su importancia radica en su capacidad de erosionar el hueso subyacente y de producir recidiva a nivel local. El diagnóstico se realiza mediante TC o RMN, y el tratamiento de elección es su extirpación quirúrgica completa, reservándose la radioterapia y la quimioterapia para las metástasis, tejido residual tras la cirugía, o en tumores primarios no resecables.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 78 años que presentaba obstrucción nasal unilateral de largo tiempo de evolución. En la exploración se observó una masa polipoidea que ocupaba la totalidad de la fosa nasal derecha, y que según el TC realizado, rompía la lámina papirácea, extendiéndose hacia órbita y fosa anterior. La tumoración fue resecada mediante un abordaje combinado, externo y endoscópico. Dada su proximidad a la órbita, la resección fue incompleta, por lo que precisó la administración de radioterapia posterior, sin observarse recidiva de la lesión en las siguientes revisiones.

Conclusiones: Se trata de un tumor vascular de bajo grado de malignidad, pero que precisa controles periódicos por su alto potencial de recidiva.

405. ALGIA FACIAL ODONTÓGENA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

V. Vasallo, F.J. Cogolludo, F.J. Guerra, H. Moreno, L. Garrido, J. Sanabria, J.M. Villacampa, R. Gutiérrez, M. Benavides, L. García, A. Encinas y C. Cenjor

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción: Realizamos una revisión de la literatura sobre los queratoquistes odontogénicos y su diagnóstico diferencial a propósito de un caso. Esta patología se produce cuando ocurren alteraciones en el desarrollo dentario. Generalmente son asintomáticos, pero cuando alcanzan gran tamaño presentan tumoración y dolor facial.

Material y métodos: Paciente de 41 años que acude a nuestro servicio de ORL por algias faciales y sensación de presión maxilar de más de un año de evolución, así como ocasionales otalgias derechas. Antecedente de cirugía cordal superior hace más de 20 años. A la exploración únicamente es llamativa una moderada desviación septal izquierda. Se solicita RM y TC informando este último como "formación quística en maxilar derecho región posterior con tabicamiento hacia seno maxilar y pérdida de pared posterior y posterolateral". Ante estos hallazgos para descartar neoplasia se propone cirugía que el paciente acepta. Se realiza bajo anestesia general maxilectomía derecha mediante abordaje gingivolabial por técnica combinada con microscopio y endoscopia, extirpándose tumor en pared externa de seno maxilar que rompía pared posterior y superior de éste y comunicaba con bolsa de bichat y región pterigoidea. Se realiza también meatotomía media de control.

Resultados: La evolución del paciente en el postoperatorio fue favorable. El informe anatomopatológico fue informado como queratoquiste.

Discusión/conclusiones: Estas lesiones presentan alta tasa de recurrencia. Debemos realizar diagnóstico diferencias con: quiste dentígeno, ameloblastoma, tumor odontógeno ameloblatoide, fibroma ameloblástico y granuloma central de células gigantes. Se recomienda realizar control con radiografías anuales hasta 5 años después de realizada la cirugía.

412. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA INFILTRACIÓN CON ETHIBLOC Y ETOXIESCLEROL EN EL TRATAMIENTO DE EPISTAXIS EN RENDU-OSLER-WEBER

K. Zubimendi Eguiguren, R. López Diu, J. Aranberri Aresti y H. Trelles Vargas

Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción: Presentamos ventajas e inconvenientes que hemos apreciado en el tratamiento de epistaxis en pacientes afectos de rendu-Osler-weber tras ser tratados con infiltraciones submucosa nasal con Ethibloc y etoxiesclerol.

Material y métodos: Presentamos 10 pacientes sometidos a infiltraciones con Ethibloc con resultados satisfactorios. Estos 2 últimos años se han realizado infiltraciones endonasales con etoxiesclerol observando que momentáneamente no tiene efecto bloqueante pero que al tiempo los pacientes manifiestan una mejoría significativa. Entre ambos productos existe una diferencia significativa de precio.

Conclusiones: Las dos técnicas son validas para el tratamiento de estas epistaxis existiendo diferencias entre ambas en cuanto a la aplicación, coste y disposición de producto.

434. SINTOMATOLOGÍA NEUROLÓGICA PROGRESIVA COMO SIGNO PRINCIPAL DE SINUSITIS AGUDA COMPLICADA. NEUMOENCÉFALO

S. Senao Fernandez, G. Álvarez-Morujo de Sande, M.J. Hervas Núñez, A. Martín Mateos y J.R. Benito Navarro

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción: El neumoencéfalo espontáneo es una entidad poco frecuente que representa un riesgo para la vida del paciente y que aparece con mayor frecuencia tras distintos procedimientos craneofaciales y de neurocirugía, o como consecuencia secundaria de un traumatismo craneal.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente de 16 años con un cuadro de cefalea hemicraneal izquierda pulsátil con dolor retroorbitario izquierdo, resfriado de vías altas y afebril que evoluciona progresivamente hacia un cuadro neurológico con fotofobia intensa, nauseas, hipoestesia del territorio del trigémino, lenguaje disfásico con comprensión conservada y fiebre elevada. En la RNM se observa ocupación de senos paranasales izquierdos, incluyendo el seno esfenoidal ,compatibles con proceso inflamatorio e imagen de 1,8 × 1,13 cm de diámetro a nivel de la fosa craneal media anterior izquierda compatible con neumoencéfalo.

Resultados: Se instaura tratamiento antibiótico y antiinflamatorio por vía parenteral con evolución favorable. A los 18 días de ser ingresado el paciente se encuentra asintomático, observándose en la RNM de control una completa aireación de los senos paranasales y desaparición del neumoencéfalo.

Conclusiones: Entre las causas del neumoencéfalo intracraneal espontáneo se encuentran los procesos infecciosos otológicos y sinusales provocados por microorganismos que originan gas asociado a un mecanismo valvular como probable causa de laceración dural. La sinusitis esfenoidal presenta una incidencia del 2,7% dentro del conjunto de las infecciones que afectan a los senos paranasales.

Con frecuencia ocasiona complicaciones severas con una clínica rinosinusal florida ausente y manifestándose tan sólo por cefaleas persistentes A pesar del difícil diagnóstico pues simula una cefalea migrañosa, el tratamiento precoz y adecuado suele dar buenos resultados.

451. FÍSTULA FARINGO-ESPONDILO-RAQUÍDEA SECUNDARIA A TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO

R. Tenor Serrano, A. Cordero Jiménez, J. Verge González, J. Solano Romero y J. Ruiz Morales

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: A pesar de los sofisticados sistemas existentes para la planificación y distribución de dosis de radiación en tejido tumoral y sano, la radioterapia como tratamiento para el cáncer de laringe sigue presentando efectos adversos. Los más frecuentes son el edema laríngeo, el daño en la piel del cuello y la radionecrosis de estructuras cartilaginosas.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente que sufrió como complicación secundaria al tratamiento radioterápico de cáncer de laringe la aparición de una fístula que ponía en comunicación la faringe con el canal medular cervical, causando a este nivel un absceso epidural.

Resultados: Paciente acude a urgencias por paresia braquial derecha y disfagia. Como antecedentes presenta cáncer de laringe tratado con quimio y radioterapia ocho meses antes. La exploración ORL es anodina. Ingresa para estudio, realizándose una RM de columna cervical en la que se observa una colección epidural con afectación de un cuerpo vertebral y compromiso medular. Se realiza un tránsito baritado esofágico, que pone en evidencia una úlcera en pared posterior del segmento faringoesofágico y un trayecto fistuloso que se dirige posteriormente. Tras tratamiento conservador aparece mejoría clínica y radiológica.

Conclusiones: La radioterapia recibida en el tratamiento del cáncer de laringe ejerce un efecto nocivo sobre los tejidos circundantes sanos a la zona neoplásica. En nuestro paciente posibilitó la aparición de una úlcera en la mucosa de la faringe, y la progresión de bacterias a través de las fascias cervicales hasta la columna cervical y el espacio raquídeo. Ésta es una complicación muy rara postradioterapia.

452. DATOS PRELIMINARES SOBRE LA UTILIDAD DE LA PTH EN LA PREDICCIÓN DE LA HIPOCALCEMIA POSTIROIDECTOMÍA

A. Castro, L. del Río, A. Díaz Anadón, I. Sánchez Cuadrado, J. Galindo, I. Sánchez Camón, A. del Palacio, R. Bernáldez y J. Gavilán

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: En nuestro Servicio, todo paciente que se somete a una tiroidectomía total queda ingresado durante 72 horas para monitorizar la calcemia, y de este modo tratar precozmente una posible hipocalcemia. Datos recientes sugieren que la determinación de PTH intacta (PTHi) puede predecir la hipocalcemia postiroidectomía, aunque no existe consenso sobre los valores de corte.

Material y métodos: Participan en el estudio todos los pacientes que se someten a tiroidectomía total en nuestro servicio y que no presenten patologías o tratamientos que interfieran con la homeostasis del calcio. A todos los pacientes se les extrae una muestra de sangre para la determinación de PTHi, calcio total y calcio iónico antes de comenzar la cirugía, al término de la misma y pasadas unas horas (a las 20 h si el paciente se intervino por la mañana o a las 8 h del día siguiente si el paciente se intervino por la tarde).

Resultados: El descenso de la PTHi tras una tiroidectomía total se correlaciona con la aparición de hipocalcemia sintomática. Esta correlación es mayor si la muestra se extrae más de 6 horas después de la cirugía, y mejora aún más si se consideran los valores plasmáticos de calcio.

Conclusiones: El descenso de la PTHi a las pocas horas de una tiroidectomía total es capaz de predecir con una buena fiabilidad la posibilidad de que aparezca hipocalcemia sintomática, lo que posibilita el alta hospitalaria en 24 horas de la mayoría de los pacientes, con el consiguiente ahorro en los costes.

468. TUMORES DEL ESPACIO PARAFARÍNGEO. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

I. Alonso Castañeira, J.M. Escapa Garrachón, J. Freijanes Otero, J. Moralejo Martín y J.L. Alonso Treceño

Complejo Hospitalario de Palencia. Palencia. España.

Introducción: En los últimos dos años hemos atendido tres tumores del espacio parafaríngeo. Son tumores raros, con una incidencia de 0,5% de todos los tumores de cabeza y cuello. De estirpe habitualmente benigna, su clínica es prácticamente inexistente, insidiosa, lo que dificulta en gran medida el diagnóstico, que se realizará mediante pruebas de imagen.

Material y métodos: Se presentan tres casos de tumores parafaríngeos, todos ellos de sexo femenino, que acudieron a consulta con una clínica inexistente salvo en uno de ellos, el neurofibroma cuyo diagnóstico se facilitó al formar parte de una enfermedad sistémica como la neurofibromatosis tipo I. En los otros dos casos la anatomía patológica dio el diagnóstico de schwannoma y de adenoma de células basales. Su diagnóstico inicial fue radiológico, mediante TAC y RNM, y su tratamiento quirúrgico, excepto en el caso de la neurofibromatosis, que mantenemos en observación.

Conclusiones: En dos de los tres casos molestias inespecíficas ocultaban una lesión tumoral de cabeza y cuello. Ante la difusión actual en nuestro medio de las pruebas de TAC y RNM debemos considerar su indicación ante la persistencia de una sintomatología banal pero engañosa.

485. CLÍNICA FRENTE A PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. ¿CUÁL NOS ORIENTA AL DIAGNÓSTICO?

M. Pérez Ortín, M. Izquierdo Cuenca, G. Coello Casariego, J.M. Gómez Martín-Zarco y C. Domingo Carrasco

Hospital Infanta Leonor. Madrid. España.

Presentamos un caso de difícil diagnóstico. Varón de 58 años con antecedentes isquémicos cerebrales y cardiacos con secuelas motoras y exfumador desde hace 8 años que es remitido a nuestro servicio desde neurología por disfagia de más de 2 años de evolución como síntoma principal. Además refiere dolor cervical izquierdo progresivo de un año de evolución y otalgia izquierda ocasional. El paciente refiere que desde ha incorporado ansiolíticos a su medicación habitual se encuentra mejor. En la exploración mediante fibroscopia se evidencia una mucosa de faringe y laringe de aspecto normal, retención de saliva en senos piriformes y vallécula derecha y una leve asimetría de base de lengua a expensas del lado derecho. A la palpación cervical no existen adenopatías y palpando base de lengua se aprecia que el lado izquierdo de la base de la lengua está indurada y el lado derecho es de consistencia normal. El paciente aporta una RMN cervical en la cual se encuentra una hipertrofia de base de lengua derecha informada como inespecífica que ya presentaba en un TC realizado en otro centro 6 meses atrás. Debido al dolor progresivo, la otalgia y la induración de la hemilengua izquierda se decide realizar una biopsia con resultado de fibrosis en la biopsia tomada en hemilengua derecha y de carcinoma epidermoide bien diferenciado que afecta a la muscular respetando la mucosa que lo recubre que es anatomopatológicamente normal. En una nueva TC cervicotorácica se encuentra un borramiento de áreas grasas de la hemilengua derecha con un aspecto normal de la región izquierda de la lengua. Con este caso deseamos reseñar la importancia de una correcta anamnesis y exploración física que debe ser la base en la cual apoyar nuestra sospecha diagnóstica

ya que las pruebas complementarias no tienen un 100% de fiabilidad. Las pruebas solicitadas son necesarias para documentar y apoyar nuestro diagnóstico pero no deben ser sustitutas de nuestra actividad clínica.

487. CUERPO EXTRAÑO EN ESPACIO CERVICAL POSTERIOR

A. Gómez Torres, A. Mochón Martín, E. Domínguez Durán, J.F. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez de Agüera, E.A. Mata López y F. Esteban Ortega

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: Los cuerpos extraños cervicales debido a agresiones e intentos de autolisis no son frecuentes en la práctica diaria. Un tratamiento de extrema urgencia debe llevarse a cabo ante la presencia de lesiones que comprometan el pronóstico vital inmediato.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 36 años que fue conducido a Urgencias de nuestro hospital la mañana del 1 de enero de 2009 con un objeto alargado (varilla de un paraguas) alojado en la región cervical izquierda, con un orificio de entrada pretragal, atravesando el CAE y sin orificio de salida.

Resultados: Debido a la imposibilidad de extracción simple de la pieza, para asegurar la integridad de las estructuras nobles cervicales, se extrajo en quirófano mediante disección cervical, con abordaje de los vasos cervicales y de la zona de anclaje del cuerpo extraño.

Conclusiones: El médico que se enfrenta a este tipo de situaciones debe tener conocimientos básicos de las estructuras nobles del cuello. Los ejes vasculares se encuentran afectados de forma aislada o conjuntamente, siendo más frecuentes las lesiones venosas. La lesión del eje laringotraqueal se sospecha por la localización de la lesión. Los principios del tratamiento están supeditados a la urgencia vital inmediata (disnea y hemorragia). El objetivo del tratamiento será mantener las funciones vitales, preservar la funcionalidad y minimizar las secuelas estéticas. El tratamiento del riesgo infeccioso debe ser igualmente tenido en cuenta.

488. TUMOR DEL FORAMEN YUGULAR IZQUIERDO

A. Gómez Torres, R. Martínez Garrido, E. Domínguez Durán, D. Castro Gutiérrez de Agüera, J.F. Muñoz Villanueva, E.A. Mata López y F. Esteban Ortega

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: Los tumores del foramen yugular son poco frecuentes; representados especialmente por los neurinomas de nervios mixtos, los meningiomas basicraneales y los paragangliomas yugulares. El tratamiento de estas lesiones de acceso difícil y peligroso se ha beneficiado de la mejora de las técnicas de imágenes y operatorias, así como de la colaboración entre otorrinolaringólogos y neurocirujanos.

Material y métodos: Presentamos el caso de una gestante de 42 años con parálisis facial izquierda periférica desde el segundo mes de embarazo. La TAC y RM de cráneo mostraban un tumor del foramen yugular izquierdo. La arteriografía no mostró vascularización.

Resultados: Intervención conjunta por parte de Otorrinolaringología, Cirugía Maxilofacial y Neurocirugía, con exposición vasculonerviosa del cuello, así como el tumor, que afloraba a nivel de la punta de la mastoides; exposición del trayecto intramastoideo y finalmente del foramen yugular, concluyendo con la extirpación del tumor. Posteriormente se realizó anastomosis hipogloso-facial para intentar recuperar la función del nervio facial, afectado por a tumoración. Se cerró el conducto auditivo externo.

Conclusiones: Los tumores del agujero yugular son tumores raros, que plantean, a menudo, problemas nosológicos y topográficos. El diagnóstico se ha beneficiado estos últimos años con los progresos de las técnicas por imágenes. El acceso al foramen yugular supone conocimientos anatómicos profundos y una gran experiencia quirúrgica, con mucha frecuencia mediante intervenciones conjuntas con otros especialistas.

501. AMILOIDOSIS LARÍNGEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. González Sánchez, E. Coscarón Blanco, J.M. Serradilla López, M. de Prado San José, R. Rodríguez Crespo y J.C. Solera Arroyo

Hospital Virgen de la Concha. Zamora. España.

Introducción: La amiloidosis laríngea es una entidad poco frecuente en el área de cabeza y cuello. Su localización preferente es la laringe, especialmente en región supraglótica. Consiste en depósitos de proteínas fibrilares cuya etiología no se conoce con precisión.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 59 años que acude a consulta externa por disfonía persistente de varios meses de evolución. La laringoscopia indirecta reveló una lesión pólipo-verrucosa en el tercio anterior de la banda izquierda con una correcta movilidad laríngea. Se planificó una laringoscopia directa con resección de la lesión, siendo el diagnóstico anatomopatológico de amiloidosis. Se realizó una consulta al Servicio de Medicina Interna para realizar el despistaje de afectación sistémica de la enfermedad.

Discusión: La amiloidosis es un trastorno caracterizado por el depósito hístico y acumulativo en diferentes sistemas u órganos y de forma localizada o sistémica, de proteínas fibrilares, que produce finalmente alteraciones funcionales y manifestaciones clínicas en el órgano u órganos afectados. La amiloidosis laríngea se presenta como un tumor nodular o masa por depósitos difusos subepiteliales de la proteína amiloide causando disfonía, disfagia y obstrucción de la vía aérea. El tratamiento intenta conservar las funciones laríngeas. La extirpación se realiza sobre todo por vía endoscópica, con láser CO_2, o con instrumentos fríos. Las recidivas tras la extirpación no son infrecuentes y justifican una vigilancia prolongada.

510. MASA CERVICAL DE ORIGEN INCIERTO

A. Ibáñez, B. de Diego, A. Martínez, C. Martín, B. Arellano, C. Górriz, A. Trinidad y J.R. García-Berrocal

Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. España.

Introducción: Los melanomas de cavidad oral son neoplasias malignas raras y de mal pronóstico. A diferencia de los melanomas cutáneos, los factores etiológicos que inducen la formación de melanomas cutáneos no son bien conocidos.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón joven que acudió a la consulta de ORL por la aparición de una masa cervical de crecimiento progresivo. Durante la exploración se objetivó la existencia de una lesión pigmentada en la cavidad oral de larga evolución. Se realiza una revisión bibliográfica de los métodos de diagnóstico y tratamiento del melanoma de cavidad oral.

Resultados: El diagnóstico definitivo es histológico. También son útiles para el diagnóstico, estadificación y seguimiento postoperatorio las pruebas de imagen como la tomografía compute rizada (TC), resonancia nuclear magnética (RNM), gammagrafía ósea, la radiografía de tórax y la tomografía con emisión de positrones combinado con TC (PET-TC). El tratamiento de elección del melanoma oral consiste en la extirpación quirúrgica con márgenes libres.

Discusión/conclusiones: La dificultad para la resección con márgenes libres, la temprana invasión local, regional y hematógena

justifica el mal pronóstico de estas lesiones con una supervivencia media de uno a dos años. El seguimiento estrecho de las lesiones pigmentadas de la mucosa oral, la toma de biopsia de las lesiones sospechosas son claves en el diagnóstico precoz y en la prevención de la enfermedad diseminada.

522. COMPLICACIONES DE LA TURBINOPLASTIA POR RADIOFRECUENCIA. REVISIÓN DE 420 CASOS

D. Castro Gutiérrez de Agüera, A. Abrante Jiménez, J.F. Muñoz Villanueva, E.A. Mata López y F. Esteban Ortega

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: La turbinoplastia por radiofrecuencia tiene como finalidad la disminución del tamaño del cornete inferior en los casos en los que dicho cornete dificulta la respiración nasal.

Material y métodos: Se presentan los resultados de 420 pacientes intervenidos en los HH.UU. Virgen del Rocío de Sevilla. Se excluyeron pacientes con hipertrofia de cornetes con desviación septal, degeneración polipoidea de los cornetes, poliposis nasal y rinosinusitis. Esta intervención se realiza en régimen CMA, se anestesia con lidocaína tópica al 2% sin vasoconstrictor, a continuación, mediante endoscopia con lente de 0º, se administra 300J en cabeza del cornete, 300J en cuerpo y 300J en cola a una temperatura de 85º. Habitualmente no es necesario la colocación de un taponamiento nasal anterior. Los pacientes son revisados a los 7, 15, 30 días, a los 6 meses y al año.

Resultados: Muestra: 241 hombres, 179 mujeres. Edad: 11-84 años con media: 36,9 años. Hipertrofia grado III: 342 pacientes. Hipertrofia grado II: 78 pacientes. Complicaciones: -Hemorragia leve que requiere taponamiento nasal 24 horas 2,62% (11). -Infección postoperatoria 0,24% (1). -Sinequias 1,43% (6). -Persistencia de insuficiencia respiratoria nasal 8,57% (36). -Formación de costras 9,76% (41). -Hiposmia 0,24% (1).

Discusión/conclusiones: La turbinoplastia por radiofrecuencia es una técnica mínimamente invasora. Es una alternativa útil para reducir el volumen de los cornetes conservando la integridad y la función del epitelio de superficie. Mejora subjetiva y objetivamente la obstrucción nasal. Es más inocuo y mejor tolerado que otras técnicas, por ejemplo, la turbinectomía.

534. ABSCESO CERVICAL PROFUNDO Y CLÍNICA OTOLÓGICA

M. Devesa Ivorra, C. Povedano Fernández, L. Fito Martorell, W. Duverge Montero y C. Almodóvar Álvarez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Cada una de las patologías otorrinolaringológicas descritas en la literatura sigue un curso clínico establecido en términos generales; sin embargo, factores como la edad, las enfermedades concomitantes, etc., pueden variar la presentación de dicha patología. En este caso se presenta un paciente de 83 años de edad que es tratado y seguido en consulta por una otorrea crónica de 1 mes de evolución. Tras un mes de tratamiento, sin haber presentado cambios ni empeoramiento en su sintomatología otológica, el paciente acude a urgencias por déficit motor y deterioro del estado general. Tras exploración mediante otomicroscopio sin evidenciarse cambios con exploraciones previas ni signos de agudización del cuadro, se realiza TAC craneal que objetiva un absceso a nivel cervical profundo (C2-C3). Se interviene en repetidas ocasiones drenando el absceso en su totalidad completando el tratamiento con antibioterapia correspondiente, consiguiendo resolución del proceso. Se presenta esta caso por el interés que despierta la disociación entre la clínica presentada por el paciente y su cuadro patológico.

538. TUMORACIÓN DE SUELO DE BOCA

B. Sanz Romero, C. Gutiérrez, A.B. Vadillo, M. Sancho y J.R. Gras

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Introducción: La ránula es un tipo de mucocele que provoca la hinchazón del suelo de la bocal. Menos frecuente que las lesiones de glándulas menores, se asocia casi exclusivamente a la glándula sublingual, aunque en ocasiones puede hacerlo a la submaxilar. Clínicamente se presentan asintomáticas o causando pequeño disconfort.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de una paciente con lesión en suelo de boca derecha, de 12 meses de evolución, que ha aumentado de tamaño produciéndole molestias. Exploración: tumoración que se extiende a lo largo de todo el suelo de bocal, región derecha, protruyendo, de consistencia blanda no doloroso. Resto de exploración ORL normal.

Resultados: RNM: lesión hiperintensa en T2, compatible con ránula lingual. Se realiza resección-marsupialización de la lesión mediante cirugía convencional. Resultado histológico: compatible con ránula sublingual.

Discusión: La importancia de la lesión radica en la realización de un buen diagnóstico diferencial, con lesiones que pueden simular un mucocele: manifestaciones focales de la enfermedad vesículoerosiva, hematomas, hemangiomas, linfangiomas, quistes del desarrollo, adenomas y adenocarcinomas. El tratamiento consiste en la marsupialización de la lesión, la canalización del conducto o la exéresis completa glandular quirúrgica o con láser de CO_2.

555. ALTERACIONES HISTOLÓGICAS EN LA MUCOSA DE COBAYAS EXPUESTAS AL HUMO DE TABACO

M. Caballero[a,b], A. Díaz[c], L. Alós[a,c], P. Navarrete[a], V.I. Peinado[a] y M. Bernal-Sprekelsen[a,b]

[a]*Universidad de Barcelona. Barcelona. España.*
[b]*Servicio de ORL.*
[c]*Servicio de Anatomía Patológica.*
Hospital Clínic. Barcelona. España.

Introducción: La exposición al tabaco provoca la aparición de lesiones en el epitelio nasal. El desarrollo de un modelo animal por la exposición al tabaco permitirá estudiar la patogénesis de las lesiones nasales alteraciones de la morfología y composición del epitelio laríngeo, la mucosa nasal y olfatoria.

Material y métodos: Se expusieron 9 cobayas al humo de 7 cigarrillos/día, durante 5 días/semana, por un período de 4 meses. Un grupo control de 3 cobayas siguió los mismos procedimientos, sin exposición al humo de tabaco. Transcurrido el tiempo de exposición se sacrificaron los animales y se estudió en la mucosa nasal la presencia de metaplasia escamosa, alteraciones de la membrana basal, cambios en el grosor de la misma y la pérdida de los cilios. También se estudió la presencia de eosinófilos, neutrófilos, macrófagos y linfocitos T CD8 en la mucosa y membrana basal.

Resultados: En el grupo expuesto al humo de tabaco se evidenció un aumento del groso de la membrana basal (2,06 vs 1,42 µm, p = 0, 025) y una tendencia a un mayor grosor del epitelio respiratorio, (mediana 42 vs 30 µm, p = 0,098) aunque no alcanzó significación estadística. No se pudo demostrar diferencias en la metaplasia escamosa, el grado de queratinización, el número de mitosis ni en el número de eosinófilos y células inflamatorias.

Conclusiones: La inhalación de humo de tabaco por la nariz resulta en cambios inflamatorios crónicos de la mucosa nasal.

563. SÍNDROME CARDIOVOCAL

A. Rodríguez Valiente, B. De Diego, A. Martínez Ruiz-Coello, J. Vicente Herrero, M. Pinilla Urraca y F.M. González Martín

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. España.

Introducción: El síndrome cardiovocal o síndrome de Ortner es una patología rara, consistente en la parálisis del nervio laríngeo recurrente izquierdo secundaria a compresión por la arteria pulmonar dilatada, el arco aórtico, y el ligamento arterioso, en el contexto de una valvulopatía mitral.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente visto en consulta por disfonía de 6 meses de evolución, cuyo diagnóstico fue de síndrome cardiovocal. Realizamos una revisión de la escasa bibliografía que existe.

Resultados: La disfonía que presentó el paciente se debía a una compresión del nervio laríngeo recurrente secundario a un aneurisma de cayado aórtico. Se pudo llegar a la sospecha del diagnóstico con una simple radiografía de tórax.

Discusión: Esta rara patología se puede diagnosticar con una radiografía simple de tórax, y debemos de tenerla siempre en cuenta en el diagnóstico diferencial de las parálisis laríngeas.

568. TUMOR DE WARTHIN. DESCRIPCIÓN DE UN CASO ATÍPICO

E.O. Neira Guerrero, D. Hellín Meseguer, N.A. Mena Viveros, R. Arce Martínez y E. López Meseguer

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Introducción: El tumor de Warthin, también conocido como cistadenoma papilar linfomatoso, es la segunda más frecuente neoplasia benigna de glándula parótida, casi exclusivo de esta glándula. Su apariencia lisa con cápsula bien delimitada, al corte revela múltiples espacios quísticos de diferentes tamaños con material mucinoso denso. Es derivado de epitelio ductal ectópico. Representa aproximadamente 12% de los tumores benignos de glándula parótida. Este tumor es más comúnmente visto en varones entre la quinta a sexta década de vida y existe un riesgo asociado con fumadores. Hay aproximadamente 5-7,5% de bilateralidad y 14% de multicentricidad.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 40 años, hipertenso, esquizofrénico y fumador; que consulta por bultoma parótido-cervical de 5 meses de evolución con fistulización a piel que no responde a tratamiento antibiótico convencional. Se realizaron 2 PAAF informadas como proceso granulomatoso no caseificante. Cultivo positivo para S. aureus. Ecografía y tomografía sugestivas de adenoma pleomorfo.

Resultados: Se somete a parotidectomía, siendo informada como tumor de Warthin asociado a proceso granulomatoso no necrotizante de tipo sarcoideo.

Discusión/conclusiones: Se trata de un tumor de Warthin de presentación atípica cuya fistulización plantea diagnóstico diferencial con enfermedad granulomatosa primaria o sobreagregada. Las técnicas de inmunohistoquímica realizadas para la detección de bacterias, hongos y micobacterias fueron negativas. Sin embrago, coincide en la casi exclusiva localización de la glándula parótida, que es más frecuente en varones y en su asociación con el tabaco.

571. TUMOR DEL ESPACIO PARAFARÍNGEO EN PACIENTE AMIGDALECTOMIZADA

W. Duvergé Montero, L. Fito Martorell, G. Zayas Pavón, M. Melchor y C. Almodóvar Álvarez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

A propósito de una paciente de 31 años de edad con único antecedente de interés de haber sido amigdalectomizada hace aproximadamente un año. Se realiza diagnóstico diferencial de las tumoraciones del espacio parafaríngeo. Es valorada en consulta de ORL por presentar tumoración en orofaringe unilateral con disfagia como única sintomatología. Tras prueba de imagen para valorar espacio parafaríngeo se nos plantean varias posibilidades diagnósticas, por lo que requiere la realización de estudio anatomopatológico para filiar lesión. Los tumores del espacio parafaríngeo representan una entidad clínico patológica poco frecuente, por lo que constituyen un reto en cuanto al diagnóstico y al manejo quirúrgico de los mismos, en virtud de esto resulta de gran utilidad una correcta historia clínica y estudios de imágenes para valorar naturaleza de la lesión.

583. AFECTACIÓN DE SENOS PARANASALES EN EL SÍNDROME DE RICHTER

M.I. Calle Cabanillas, P. Blanco Pérez, P. Santos Gorjón, J.S. Estévez Alonso, S. Santa Cruz Ruiz y A. Batuecas Caletrío

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: Un 5-10% de los casos de leucemia linfática crónica evoluciona hacia un linfoma de células grandes, que es de alto grado de malignidad; este fenómeno es lo que se denomina síndrome de Richter. La infiltración de senos paranasales es una manifestación extranodal muy poco frecuente en los linfomas.

Material y métodos: Mujer de 67 años diagnosticada de leucemia linfática crónica, que tras 10 años en estadio A y por tanto, abstención terapéutica, presenta progresión de la enfermedad, por lo que se inicia quimioterapia. Al sufrir un empeoramiento del estado general con un episodio de cefalea hemicraneal derecha resistente al tratamiento, se realiza tomografía computarizada craneal y de senos paranasales, donde se observa una tumoración infiltrativa con destrucción ósea de base de cráneo, que afecta al seno esfenoidal derecho y que se confirma en la resonancia magnética. En la nasofibroscopia (fosa nasal derecha), procediendo del meato superior, se observa una lesión polipoide.

Resultados: Se realiza una exploración quirúrgica objetivándose una lesión polipoide procedente del seno esfenoidal derecho, que tras apertura de la pared anterior del seno, se toma biopsia de la masa pulsátil. Con diagnóstico anatomopatológico compatible con linfoma de linfocitos pequeños/leucemia linfática crónica transformado a linfoma B de alto grado.

Conclusiones: Con la biopsia de médula ósea y de seno esfenoidal se confirma el diagnóstico de síndrome de Richter. Iniciándose tratamiento con dexametasona y ciclofosfamida para disminuir la masa tumoral y posteriormente se administra el tratamiento quimioterápico (ciclo Hyper-CVAD) junto con Depocyte intratecal.

599. PÓLIPO LINFANGIECTÁSICO FIBROSO DE AMÍGDALA

M. Guirao Cano, A. Albertí Casas, F. Larrosa Díaz y M. Castro Forns

Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. Vilafranca del Penedès. España.

Introducción: Los pólipos linfangiomatosos de amígdala son lesiones benignas raras con una gran variedad histopatológica que complica enormemente su clasificación. Son lesiones polipoides que se originan de las amígdalas revestidas por epitelio escamoso y con un estroma compuesto por una cantidad variable de tejido conectivo, tejido adiposo, vasos linfáticos dilatados y elementos linfoides.

Material y métodos: Mujer de 39 años de edad sin antecedentes patológicos de interés que consulta por sensación de cuerpo extraño faríngeo de 3 meses de evolución. La faringoscopia muestra una lesión polipoide de gran tamaño dependiente del polo superior de la amígdala derecha que se proyecta hacia la oro-hipofaringe. La

TC cervical confirma el origen del pólipo y descarta otras lesiones asociadas.

Resultados: Se practicó exéresis de la lesión respetando la amígdala. El resultado del estudio histopatológico fue de pólipo linfangiectásico fibroso de amígdala de 4 × 2 × 1,5 cm.

Discusión/conclusiones: Los pólipos linfangiectásicos de amígdala son lesiones benignas raras (2% de todos los tumores de amígdala), considerados como verdaderos hamartomas dado que en su estructura se halla una proliferación aleatoria de elementos que ya se encuentran normalmente en la amígdala. Pueden tratarse mediante la extirpación simple, sin riesgo de recidiva o malignización. El diagnóstico diferencial debe establecerse con el angiofibroma juvenil, el papiloma y el linfangioma.

614. GRANULOMA DE COLESTEROL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.J. Domínguez, L. Sgambatti, S. Santos, A. Suárez Calvo y A. Bueno Ríos

Hospital Niño Jesús. Madrid. España.

Introducción: Los granulomas de colesterol son lesiones poco frecuentes, la fisiopatología del mismo está dada por un proceso inflamatorio de degradación de los productos de la hemoglobina presentes en el compartimiento extravascular. Se han sido descritos en múltiples localizaciones (pulmón, riñón, tiroides, nódulos linfáticos), y más importante en ápex petroso, oído medio, seno frontal y mastoides. Se presentan con una clínica muy variable (pérdida auditiva, otalgia, diplopía, neuralgias, acúfenos, cefaleas y vértigos).

Pacientes y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 12 años de edad que presenta desde hace 6 meses mareos con inestabilidad sin cortejo vegetativo y acufeno de tono agudo de oído derecho asociando diplopía motivo por el cual acude a urgencias y se realiza TAC que evidencia en la pirámide petrosa izquierda una masa, expansiva, de bordes bien definidos, bilobulada, adyacente al CAI y a las estructuras del oído interno. Las características de señal de la misma son hiperintensas en T2 y T1, discretamente heterogéneas, con algunas imágenes lineales, hipointensas en T2 en relación con anillos de hemosiderina. Siendo compatible con el diagnóstico de granuloma de colesterol del ápex petroso izquierdo.

Resultados: Se decide conducta conservadora y realizar nuevos estudios de imagen.

Conclusiones: Los granulomas de colesterol son poco frecuentes en población adulta y más infrecuente aun en población pediátrica. La indicación de tratamiento quirúrgico esta en pacientes sintomáticos (cefalea, alteración de pares craneales, etc.) crecimiento acelerado, se recomienda repetir una vez al año las pruebas de imagen y valorar la indicación quirúrgica.

618. TUBERCULOSIS EN BANDA VENTRICULAR. CASO CLÍNICO

P. Navarro Paule, J. Olóriz Marín y J. Olóriz Sáez

Instituto ORL Dr. Olóriz. Otorrinolaringología y Logopedia. Granada. España.

Introducción: La tuberculosis (TBC) afecta fundamentalmente a pulmones, aunque la tercera parte de los casos existe también afectación de otros órganos. En vías altas es casi siempre es una complicación de TBC pulmonar cavitaria y puede afectar a faringe, laringe y epiglotis. Los síntomas son ronquera, disfagia, además de tos productiva crónica. La tinción del frotis del esputo para la demostración de bacilos ácido- alcohol resistentes suele ser positiva, aunque en algunos casos suele ser necesaria la biopsia para establecer el diagnóstico. El carcinoma puede presentar características similares aunque habitualmente no causa dolor.

Caso clínico: Varón de 54 años que acude a la consulta por disfonía de meses de evolución. Mediante fibroscopia se observa una lesión blanquecina en la superficie mucosa ventricular izquierda con buen cierre glótico. Entre los antecedentes destaca HTA y DM, sin otras enfermedades. El TAC muestra engrosamiento de paredes de bandas ventriculares más evidente en el lado izquierdo con obliteración del ventrículo laríngeo izquierdo, adenopatías laterocervicales bilaterales, la mayor en el espacio carotídeo izquierdo de 10 × 15 mm. Se decide microlaringocirugía con toma de biopsia con resultado de reacción inflamatoria granulomatosa. Ante la sospecha de TBC se realizó Mantoux que resultó positivo. Se instauró tratamiento antibiótico oportuno con resolución completa de los síntomas.

Discusión/conclusiones: La TCB laríngea es muy infrecuente. Hay que hacer diagnóstico diferencial con el carcinoma, la granulomatosis de Wegener, la sarcoidosis, las infecciones micóticas y la sífilis. El estudio anatomopatológico es fundamental en el diagnóstico, pues los hallazgos laringoscópicos son muchas veces indistinguibles. El aumento drástico de la TBC en las ciudades hace necesario su diagnóstico diferencial en pacientes con lesiones laríngeas.

632. FÍSTULA PALATINA SECUNDARIA AL CONSUMO DE COCAÍNA. RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE EL COLGAJO DE LENGUA

M. Cuesta Gil, F. Riba García, T. Bucci, J. Trujillo Trujillo y B. Duarte Ruiz

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

Introducción: Los defectos de paladar duro con comunicación oronasal suponen un desafío para el cirujano reconstructor. La hipernasalidad y la salida de líquidos por la nariz reducen considerablemente la calidad de vida del paciente. Se han propuesto una gran variedad de técnicas para su reparación, desde obturadores hasta complejas técnicas microquirúrgicas. Los colgajos locales pueden aportar una solución sencilla a un problema tan complejo.

Caso clínico: Mujer de 36 años con comunicación oronasal secundaria a perforación palatina por consumo de cocaína. Ha abandonado el consumo y demanda una solución quirúrgica por mala tolerancia al obturador. Presenta un defecto de paladar duro de 3 × 2 cm. de diámetro, con afectación mínima del septo nasal. Se practicó un colgajo lingual en dos tiempos, asociado al cierre del plano nasal con colgajos locales. El resultado es un sellado hermético con gran satisfacción de la paciente.

Discusión: En un paciente joven la solución protésica no suele ser bien tolerada. La reconstrucción microquirúrgica está indicada en defectos más complejos. Para un defecto de este tamaño, consiguiendo un plano nasal con colgajos de vecindad, el colgajo de lengua es una opción válida con una morbilidad mínima. El periodo intermedio hasta la liberación del colgajo a las 3 semanas fue bien tolerado por la paciente.

Conclusiones: La solución a una comunicación oronasal debe ajustarse individualmente a las características del defecto y de la paciente. Los colgajos locales (principalmente buccinador y lingual) son una excelente opción en defectos no complejos de tamaño intermedio en pacientes colaboradores.

636. TROMBOSIS DEL SENO LATERAL COMO COMPLICACIÓN DE UNA OTITIS MEDIA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. de la Fuente, F.J. del Rey, L. Sgambatti, F. Sánchez, P. Santos y S. Santa Cruz

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: La trombosis del seno lateral como complicación de las otitis, es rara en la actualidad, y con escasa incidencia

dentro las causas de trombosis de senos venosos cerebrales. La vía por la que se origina la TBF puede ser por contigüidad directa a través de la osteítis o absceso perisinusal, dando lugar a una flebitis parietal, con posterior acumulación de fibrina, que provoca la aparición de algún coágulo al desaparecer las sustancias anticoagulantes del endotelio vascular. El trombo puede ir creciendo y llegar a obturar totalmente el vaso, creciendo hacia el endocráneo y el cuello.

Material y métodos: Varón de 49 años, diagnosticado de DM recientemente, que acude a urgencias por presentar dolor en región mastoidea de 2 meses de evolución, asociando dolor cervical en borde anterior del ECM homolateral con empeoramiento de su estado general. Tratado previamente por su MAP con moxifloxacino. El paciente presenta picos febriles de 39 °C. Asocia hipoacusia y plenitud del OI. Se realiza TAC de peñascos y en él se evidencia signos de ocupación de caja, ático antro y celdillas con erosiones en pared posterior de antro y celdilas. Moderada erosión de escutum. Signos compatibles con trombosis del seno sigmoide.

Resultados: Se realiza miringotomía con colocación de drenaje transtimpánico, mastoidectomía simple y drenaje del trombo de seno lateral con buena evolución clínica.

Discusión: El tratamiento es mediante terapia antimicrobiana dirigida hacia los gérmenes sospechosos y más frecuentes (Streptococus pneumoniae, Streptococus pyogenes, Haemophylus influenzae, Staphylococus aureus, Proteus) asociada a anticoagulación, que se debe mantener durante 3 semanas a 6 meses. El tratamiento quirúrgico es controvertido, yendo desde una paracentesis con inserción de un tubo transtimpánico, mastoidectomías simples con descompresión del seno del seno sigmoide, aspirando éste con aguja fina, hasta aperturas del seno venoso, extracción del coágulo con taponamiento del seno, y ligaduras de la yugular interna, reservada para casos con aparición de embolismos, persistencia de sepsis u otras complicaciones neurológicas.

656. ABORDAJE INTRAORAL DE TUMORES PARAFARÍNGEOS

J.F. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez, E. Mata López y F. Esteban Ortega

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: Los tumores del espacio parafaríngeo son poco frecuentes, constituyendo menos del 1% de los tumores de cabeza y cuello. Este espacio es una región anatómica compleja y su abordaje plantea problemas para la extirpación completa de las lesiones. Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia con el abordaje intraoral para el tratamiento de tumores seleccionados.

Material: Se realiza estudio retrospectivo de 6 pacientes diagnosticados de tumoración parafaríngea y tratados quirúrgicamente mediante abordaje intraoral en nuestro centro.

Resultados: La etiología de las lesiones es variada, constituyendo los adenomas pleomorfos, los tumores nerviosos y los paragangliomas del vago más de dos tercios de los casos. Los 6 pacientes fueron seleccionados para vía intraoral por la naturaleza de la lesión y por su favorable localización, siendo posible su exéresis respetando las estructuras vasculonerviosas circundantes. No se presentaron complicaciones graves y hasta la fecha todos están libres de enfermedad.

Conclusiones: A pesar de que las vías transcervical y cervicoparotídea son ampliamente usadas y permiten una exposición adecuada de la región parafaríngea, el abordaje intraoral es una opción válida cuando la naturaleza y la localización del tumor permiten prever una exéresis completa sin riesgo de lesión de estructuras adyacentes. Tiene a su favor el uso de un orificio natural y la no apertura de espacios cervicales constituyendo así, en manos entrenadas, una vía óptima en tumores seleccionados.

657. CUERPO EXTRAÑO EXTRAESOFÁGICO

J.F. Muñoz Villanueva, D. Castro Gutiérrez, E. Mata López y F. Esteban Ortega

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: Los cuerpos extraños en la faringe constituyen una urgencia médico-quirúrgica, cuya gravedad es variable, aunque sus complicaciones requieren una evaluación rigurosa y un tratamiento adecuado. Si el estudio simple no establece un diagnóstico certero, está justificado un examen endoscópico e, incluso, la cirugía abierta.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente de 43 años que refiere sensación de cuerpo extraño faríngeo tras ingesta de pescado de gran tamaño (Argirosomus regius). La localización de las molestias es cervical baja y, aunque la exploración ORL es normal, se le practica endoscopia digestiva. Ésta muestra cuerpo extraño clavado en profundidad de seno piriforme izquierdo, siendo imposible su extracción. Se deriva a nuestro centro por mantenimiento de la sintomatología, donde se practica TAC cervical que demuestra cuerpo extraño de densidad calcio en el grosor de lóbulo tiroideo izquierdo.

Resultados: Al no visualizarse en nueva endoscopia, el paciente es sometido a cirugía abierta, realizándose cervicotomía para acceso al lóbulo tiroideo izquierdo, bajo monitorización del nervio laríngeo recurrente. Exponiendo la cara medial del lóbulo se confirma la existencia de espina en el interior del mismo, en íntimo contacto con el nervio. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Conclusiones: Los cuerpos extraños faríngeos son esencialmente alimentos que se fijan durante la deglución. La espina de pescado representa aproximadamente el 40% de los casos, revistiendo gravedad variable, desde incidente anodino hasta complicaciones graves. El tratamiento lo constituye la extracción, a veces bajo anestesia general, siendo necesaria la cervicotomía para la extracción del mismo de la profundidad del cuello.

658. PACLITAXEL SEMANAL PARA PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN ESTADÍO IV RESISTENTES AL PLATINO

A. Borés, M. Caballero, J.J. Grau, G. Rioja, B. Martínez y J.L. Blanch

Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. IDIBAPS. Barcelona. España.

Introducción: Los pacientes con un cáncer de cabeza y cuello avanzado que son resistentes a la quimioterapia con platino tienen muy mal pronóstico. Se han estudiado múltiples alternativas sin convencer ninguna de ellas. El paclitaxel inhibe la angiogénesis tumoral. Pacientes con un estado físico tan deteriorado toleran mejor bajas dosis y más frecuentes. Estudiamos prospectivamente la eficacia y toxicidad del paclitaxel semanal en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 60 pacientes con cáncer de cabeza y cuello avanzado que fueron tratados con infusión de paclitaxel durante 1 hora,80 mg/m^2 semanales, durante 6 semanas consecutivas. Los pacientes que demostraron respuesta o estabilización de la enfermedad continuaron hasta progresión de la misma.

Resultados: Un total de 719 dosis de paclitaxel fueron administradas a los 60 pacientes. No hubo ninguna respuesta completa. Hubo respuesta parcial en 26 pacientes (43,3%). Hubo estabilización de la enfermedad en 9 pacientes (15%). El tiempo medio de progresión tumoral de los pacientes respondedores fue de 6,2 meses (DE = 1,3 IC95% 3,7-8,6) y la supervivencia global media en este grupo de pacientes fue de 8,5 meses (DE = 1,4 IC95% 5,7-11,2). Los principales efectos tóxicos fueron leucopenia (26,6%), anemia (43,3%), fatiga (37,4%), alopecia (18,7%), eritema (13,3%) y tromboflebitis (6,8%).

Conclusiones: El paclitaxel semanal puede ser una quimioterapia activa y bien tolerada para pacientes con cáncer de cabeza y cuello avanzado resistentes al platino.

659. SÍFILIS OROFARÍNGEA. RESURGIR DE PATOLOGÍA

C.A. Pérez Fernández, J.P. Jiménez Roig, L. Pérez López, M.I. Rodríguez Francos, M. Jiménez García y T. García Fernández de Sevilla

Servicio de ORL. Hospital General de Almansa. Complejo Hospitalario de Albacete. Albacete. España.

Introducción: La sífilis es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual: El agente causal es Treponema pallidum. Tiene un período de incubación de tres semanas. Existen diferentes formas de manifestación de la sífilis según su evolución (primaria, secundaria, terciaria). Generalmente los genitales son el punto inicial de transmisión aunque en algunos casos puede afectar cavidad orofaríngea. Presentamos 2 casos de pacientes con sífilis en estadio primario con las implicaciones diagnósticas que tienen.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 26 años de edad que consulta molestias faríngeas de 15 días de evolución. Orofaringoscopia: presencia de lesiones sobreelevadas sobre paladar blando. Analítica normal. Contactos de riesgo. Serología lúes + cuadro compatible Se pauto tratamiento con penicilina con buena evolución. Caso 2: varón de 50 años de edad que consulta por molestias faríngeas. Orofaringoscopia: úlcera en pared faríngea posterior. Se toma cultivo y remite muestra A. Patológica que confirma que es un chancro sifilítico. Se pauta tratamiento y realiza estudio.

Discusión: La sífilis debe estar en el diagnóstico diferencial de lesiones orofaríngeas de evolución tórpida. Investigar hábitos sexuales. La serología permite diagnóstico y el tratamiento es penicilina a altas dosis.

660. ANGIOFIBROMA EXTRANASOFARÍNGEO

M. Tobed, F.J. Avilés, R. Díaz, I. Sambola, J.M. Sánchez Palomero y M. Liern

Hospital Josep Trueta. Girona. España.

El término angifibroma nasal extranasofaringeo se aplica a una tumoración fibrovascular nasal localizada fuera de la nasofaringe. La afectación más frecuente es la de seno maxilar seguida de etmoides; cavidad nasal y tabique son localizaciones extremadamente raras. A diferencia del angiofibroma nasofaríngeo, que afecta predominantemente a varones jóvenes, encontramos en esta entidad, una mayor afectación en mujeres sin claro predominio de edad. Presentamos un caso clínico varón de 69 años con clínica progresiva de obstrucción nasal unilateral y tumoración de cavidad nasal anterior derecha. Los estudios de imagen y anatomopatológico confirmaron el diagnóstico de angifibroma. El tratamiento quirúrgico mediante abordaje por rinotomía lateral fue resolutivo. Creemos que el conocimiento de esta entidad, pese a que excepcional, es obligada para el diagnóstico diferencial de los tumores vasculares nasales.

673. GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA EN FÍSTULAS FARINGOCUTÁNEAS. DISMINUCIÓN DE LA ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA

J. Chacón Martínez, O. Lasso, E. Mingo Sánchez e I. Fernández Agudelo

Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. España.

Introducción: La complicación más frecuente tras una cirugía oncológica laríngea es la aparición de fístulas faringocutáneas. Este problema, va a prolongar la estancia media de los pacientes en el hospital, lo que aumenta costes y disminuye la eficiencia del acto quirúrgico. En múltiples estudios se plantea la realización de gastrostomías percutáneas en cuanto aparece esta complicación, para poder retirar la sonda nasogástrica y favorecer así la cicatrización, disminuyendo la estancia de media hospitalaria.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal midiendo la estancia media, para lo que se revisaron todas las laringectomías totales complicadas con la aparición de fístula de saliva, realizadas en nuestro hospital en el periodo 2000-2008, con un total de 38 casos, divididos en 13 casos con gastrostomía percutánea temprana y 25 sin gastrostomía.

Resultados: La estancia media para los pacientes complicados con fístula en los que se realizó gastrostomía percutánea temprana fue de 34 días, mientras que se obtuvo una media de 47,3 días para los pacientes sin gastrostomía.

Discusión: A la vista de nuestros resultados, la realización de la gastrostomía percutánea en los pacientes laringectomizados con fístula salival es recomendable para disminuir la estancia hospitalaria. Sería conveniente la realización de estudios más amplios para poder tener mayor evidencia de los resultados.

676. PSEUDOANEURISMA DE CARÓTIDA COMÚN. ACTITUD TERAPÉUTICA NO DEMORABLE

M.R. García Rodríguez, S. Crusat Braña, P. Masegosa Zapata, P. Seguí Moya y J. García-Dueñas González

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Introducción: Los aneurismas de carótida extracraneal son infrecuentes, 0,4-1% de todos los aneurismas. Más aún los pseudoaneurismas, 0,036-0,09% de todos. Son pseudoaneurismas, los postraumáticos. La punción yugular es la vía más utilizada para catéter temporal en Unidades de Medicina Intensiva (UMI) y Diálisis. Complicaciones bajas, 0,1-4,2%. La más común, la punción de arteria carótida. El tratamiento (quirúrgico o endovascular mediante stent o embolización), busca evitar sus complicaciones: tromboembolismo, compresión de vía aerodigestiva y sangrado masivo.

Material y métodos: Varón, 84 años, enfermedad de Alzheimer con caídas frecuentes. Abril 08, ingreso por deterioro cognitivo. TC cerebral, hematoma subdural crónico con sangrado agudo. Neurocirugía realiza drenaje e ingreso en UMI, con punción yugular. Julio 08, control TC, infarto cerebral por tromboembolismo hemisferio izquierdo. Septiembre 08, tumoración subangulomandibular izquierda elástica, disfagia y disnea progresiva. Nasofibroscopia, protrusión de hemihipofaringe izquierda, compromiso de vía aérea. TC cervical con contraste, tumoración de 53 × 36 mm a nivel de carótida común.

Resultados: Traqueotomía urgente bajo anestesia local, y valoración por Cirugía Vascular. Angiografía, pseudoaneurisma de arteria carótida común izquierda y bulbo de carótida interna. Se decide intervención endovascular con stent. A la semana del ingreso, rotura espontánea del pseudoaneurisma y exitus.

Discusión/conclusiones: La punción yugular, muy utilizada, es el origen traumático del pseudoaneurisma de carótida. Es imprescindible el seguimiento de la zona de punción. El diagnóstico se basa en la palpación cervical y la TC cervical con contraste. El asegurar la vía aérea en pseudoaneurismas voluminosos requiere traqueotomía. La angiografía determina la anatomía vascular y la localización exacta del pseudoaneurisma. El tratamiento debe ser precoz, dada la posible rotura espontánea.

685. CILINDROMA DE CABEZA Y CUELLO. REVISIÓN DE TRES CASOS

M. Borràs Perera, B. García González, F. Abdulghani Martínez, P.J. Melgarejo Moreno, A. Hernández de Agelet de Saracíbar y J. Galindo Ortego

Hospital Santa Maria-GSS. Lleida. España.

Introducción: El cilindroma o carcinoma adenoide quístico es un tumor maligno infiltrante con características histológicas variadas. Representa entre el 1-4% de todos los tumores de cabeza y cuello. Se localiza en las glándulas salivales preferentemente en las menores del paladar y región nasosinusal aunque también puede asentar en lengua, mucosa oral, labios y suelo de boca.

Material y métodos: Revisión de una serie de 3 pacientes diagnosticados y tratados en nuestro servicio en los últimos 2 años.

Resultados: En nuestros pacientes los cilindromas se localizaron en la glándula submaxilar, en el cavum y en el cornete medio izquierdo. El estudio de extensión fue negativo. Los pacientes fueron intervenidos mediante submaxilectomía, cirugía endoscópica de cavum y turbinectomía media respectivamente. El caso 1 y el caso 2 presentaron permeación neural y recibieron radioterapia neoadyuvante postoperatoria. En los controles posteriores no ha aparecido recidiva observándose algias faciales residuales como única secuela clínica en todos los pacientes.

Discusión: El cilindroma de cabeza y cuello representa el 20% de los tumores malignos de las glándulas salivares. Presenta un crecimiento lentamente progresivo manifestándose con dolor y tumoración local. La diseminación perineural o perivascular es muy frecuente y tiene una alta tasa de recurrencia local (50%) así como de metástasis a distancia. Una resección quirúrgica amplia ± radioterapia postoperatoria aumenta el control de la enfermedad.

694. DISPLASIA FIBROSA DE SENO FRONTAL

F. Sánchez González, F. Franco Calvo, A. Muñoz Herrrera, M. Gil Melcón, P. Santos Gorjón y L. Sgambatti Celis

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: La displasia fibrosa constituye una patología ósea benigna, poco frecuente, en la cual se produce una sustitución de tejido óseo sano por tejido fibroso. Puede comportarse de forma agresiva por su crecimiento local y en ocasiones degenerar a osteosarcoma. La etiología es desconocida. Hasta en un 30% de los pacientes existe afectación cráneo-facial. Generalmente se trata de un hallazgo casual en una prueba de imagen. La progresión de la enfermedad es imprevisible.

Material, métodos y resultados: Paciente de 38 años, que acude a consulta ORL por sensación de cuerpo extraño nasal junto con rinorrea posterior. Asocia cefalea frontal izquierda desde hace varias semanas, que no cede con analgésicos habituales. La exploración ORL no muestra ningún hallazgo de interés. Tras realizar pruebas de imagen se aprecia una ocupación por densidad de partes óseas del seno frontal izquierdo. Con la sospecha de osteoma frontal izquierdo se realiza extirpación de la lesión mediante un abordaje de Unterberger. Se reconstruye la pared anterior del seno frontal izquierdo mediante prótesis de Medpor®. El paciente tras la cirugía no presentó ninguna complicación ni secuela, desapareciendo la clínica. La anatomía patológica demostró que se trataba de una displasia fibrosa del seno frontal. Presentamos este caso por el abordaje que requirió para la extirpación por el tamaño de la lesión y la osteoplasia que fue precisa emplear, para reconstruir la pared anterior del seno frontal.

Discusión/conclusiones: Se requiere un diagnóstico diferencial con otras patologías como el fibroma osificante, osteoma, condroma... La actitud expectante es la más aceptada. Se recomienda la cirugía cuando aparecen síntomas que sugieran una posible malignización.

695. MASTOIDITIS AGUDA EN EDAD PEDIÁTRICA. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

F.J. del Rey Tomás-Biosca, F. Franco Calvo, F. Benito González, M. Gil Melcón, L. Sgambatti Celis, F. Sánchez González y R. de la Fuente Cañibano

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: La mastoiditis aguda es un proceso inflamatorio de etiología infecciosa que afecta a las celdillas mastoideas provocando osteítis y lisis ósea, como complicación de una otitis media aguda.

Material y métodos: Se estudiaron los 10 pacientes (6 varones y 4 mujeres) en edad pediátrica (0-13 años), entre enero de 2004 y enero de 2009, que acudieron de urgencia a nuestro hospital y fueron diagnosticados de mastoiditis aguda e ingresados por nuestro servicio para tratamiento y seguimiento.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 3 años. 50% de los casos se precedieron de diagnóstico de OMA y un 40% recibió tratamiento antibiótico previo. Presentaron como síntomas predominantes: otalgia (100%), fiebre (90%), despegamiento del pabellón (90%) y edema/eritema retroauricular (80%). Se afectaron con igual frecuencia ambos oídos y los signos físicos predominantes en la otoscopia fueron: hiperemia (100%), efusión transtimpánica (80%) y abombamiento (80%). Se realizó TAC de peñascos en todos los casos: ocupación mastoidea en un 100% y absceso subperióstico en 90%. Precisaron tratamiento quirúrgico 9 pacientes (mastoidectomía y drenaje del absceso y colocación de TVT en 8) y se pautó antibioterapia intravenosa en todos (cefotaxima en 50%). Estancia media de ingreso: 7,1 días. Presentó complicaciones 1 paciente (trombosis del seno lateral).

Conclusiones: La mastoiditis aguda representa la complicación más frecuente de la OMA en edad pediátrica y exige un adecuado conocimiento de la clínica para un diagnóstico y abordaje terapéutico tempranos que eviten posteriores complicaciones.

699. SÍNDROME DEL INCISIVO CENTRAL ÚNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Sánchez González, A. Bueno Ríos, M.J. Domínguez González de Rivera, A. Suárez Calvo y S. Santos Santos

Hospital Universitario del Niño Jesús. Madrid. España.

Introducción: El síndrome del incisivo único en línea media es un defecto de desarrollo de línea media poco frecuente. Se presenta en 1:50.000 niños recién nacidos vivos. Es más frecuente en mujeres que en hombres. La etiología es incierta. Se asocia a holoprosencefalia, baja estatura, deficiencia de la hormona del crecimiento, hipoacusia, labio hendido, paladar hendido, colobomas, etc. El diagnóstico generalmente se realiza a los 7 u 8 meses de edad con la erupción del incisivo central superior.

Material, métodos y resultados: Paciente de 15 meses seguida en consulta ORL por presentar un síndrome del incisivo central único. En la exploración mediante endoscopia nasal se aprecia sinequia desde cornete inferior a septum, que se prolonga en extensión hacia zona posterior de fosa nasal derecha. En fosa nasal izquierda se aprecia espolón de septum a cornete inferior con posible sinequia a ese nivel. Desviación septal anterior. Coanas permeables. Paladar duro íntegro. En cavidad oral se aprecia un incisivo solitario maxilar central. Resto de la exploración ORL sin hallazgos de interés. Se solicita TAC apreciándose estenosis congénita de la apertura piriforme nasal e incisivo solitario maxilar central. Se realizan PEATC compatibles con audición normal. No presenta holoprosencefalia ni alteraciones de la hormona del crecimiento.

Discusión/conclusiones: El síndrome del incisivo central único generalmente se asocia a otras alteraciones del macizo craneofa-

cial. El diagnóstico se debe basar en la exploración clínica y en el patrón genético del paciente.

700. ABORDAJE TERAPÉUTICO MEDIANTE LÁSER CARBÓNICO DE LOS CARCINOMAS SUPRAGLÓTICOS. COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DE NUESTROS PACIENTES EN LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS

F.J. del Rey Tomás-Biosca, J.L. Gómez González, A.M. Muñoz Herrera, P. Blanco Pérez, L. Sgambatti Celis, R. de la Fuente Cañibano y J.C. del Pozo de Dios

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: La cirugía de resección con láser carbónico por vía transoral representa una de las opciones de abordaje terapéutico oncológico con mayor desarrollo en los últimos años.

Material y métodos: Se estudiaron 22 pacientes con carcinomas supraglóticos que fueron tratados mediante cirugía transoral con láser carbónico en nuestro servicio entre enero de 2001 y enero de 2008. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, estadificación TNM, tratamiento complementario con quimioterapia y/o radioterapia, necesidad de vaciamiento cervical y complicaciones tras cirugía.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 65 años, y la distribución por sexo fue de 21 varones y 1 mujer. La estadificación TNM describió: 45,45% de T2N0M0, 22,73% de T2N2M0, 18,18% de T1N0M0, 9,09% de T3N0M0, 4,54% de TisN0M0. 16 pacientes requirieron una única resección (72,73%) y 6 pacientes necesitaron repetir la intervención (27,27%). Se indicó vaciamiento cervical en 18 pacientes (81,82%) y fue necesario realizar una traqueotomía en 9 (40,91%). De forma complementaria se trató a 3 pacientes con quimioterapia de inducción y radioterapia (13,64%) y a 6 sólo con radioterapia (27,27%). Las principales complicaciones fueron: aspiración (36,36%), hemorragia (13,63%), disnea (13,63%), fistulización cutánea (9,09%), infección respiratoria (9,09%), dolor cervical (9,09%) y enfisema (4,54%).

Conclusiones: La cirugía transoral con láser carbónico es una alternativa efectiva frente a la cirugía abierta clásica para los tumores supraglóticos, que se lleva a cabo de forma segura por su moderada tasa de complicaciones.

703. CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE LARINGE. UNA ENTIDAD POCO CONOCIDA

E. Dina, M. López Vilas y M. Quer i Agustí

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos primarios de laringe representan, con aproximadamente 500 casos publicados, un subgrupo heterogéneo y poco habitual de neoplasias. Se reconocen cuatro subtipos: carcinoide típico, carcinoide atípico, carcinoma de célula pequeña y paragangliomas. Estos tumores presentan una clínica y una evolución peculiar. Son más frecuentes en varones de 50 a 70 años y se localizan preferentemente en la supraglotis. Su manejo terapéutico es difícil.

Objetivos: Se presentan cuatro casos de carcinoma neuroendocrino de laringe: dos carcinoides atípicos y dos carcinomas de célula pequeña. Se discute sobre las características clínicas, la evolución y las opciones terapéuticas de este tipo de tumores.

Material y métodos: Se trata de cuatro pacientes varones con edades comprendidas entre los 52 y 70 años, con tumores localizados en la supraglotis. Los dos pacientes con carcinoide atípico -de célula grande- presentaban tumores limitados (T2N0M0 y T1N0M0) que fueron tratados con cirugía y radioterapia. De los pacientes con tumores de célula pequeña, uno debutó con un T2N0M0 que recibió tratamiento con radioterapia y el otro presentaba un T3N3M0 que fue tratado con quimioradioterapia.

Resultados: Los pacientes con un carcinoma de célula pequeña fallecieron a los 2 y 4 años del diagnóstico siendo la metástasis a distancia la causa del exitus. Los pacientes con carcinoide atípico siguen vivos tras 5 y 7 años de seguimiento tras haber sido tratados de varias recidivas loco-regionales.

Conclusiones: El tratamiento de elección es quirúrgico. Las recidivas loco-regionales y las metástasis a distancias, a veces en localizaciones poco habituales, caracterizan la evolución de este tumor. El carcinoma de célula pequeña parece más agresivo que el carcinoide atípico.

704. HIPOACUSIA TRANSMISIVA UNILATERAL AGUDA ASOCIADA A EPISTAXIS RECIDIVANTE

F.J. del Rey Tomás-Biosca, L.I. García Pérez, M. Gil Melcón, L. Sgambatti Celis, J.S. Estévez Alonso, M.I. Calle Cabanillas y P. Santos Gorjón

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: En el diagnóstico de las hipoacusias unilaterales de evolución aguda es necesario tener en cuenta varios elementos: la historia clínica (antecedentes familiares y personales, síntomas sugerentes de infección y disfunción tubárica, síntomas de afectación vestibular, traumatismos mecánicos y acústicos, síntomas sistémicos), la otoscopia (normal o patológica) y las pruebas complementarias audiométricas y radiológicas, entre otras.

Material y métodos: Varón de 44 años, sin antecedentes de interés, que acude de urgencia por varios episodios de epistaxis cuantiosas por fosa nasal derecha. En la exploración física rinoscópica y faringoscópica se aprecia hemorragia posterior, y se colocan sucesivos taponamientos anteriores ambulatorios que no resultan efectivos. Se realiza nasofibroscopia y taponamiento anterior selectivo y se ingresa en hospital para control y seguimiento.

Resultados: El paciente presenta durante el ingreso varias recidivas hemorrágicas, por lo que se realiza neumotaponamiento antero-posterior efectivo, se pauta antibioterapia y se realiza control del hemograma. A la semana de ingreso el paciente refiere de forma brusca hipoacusia derecha, acúfenos intermitentes y autofonía (ausencia de fiebre, otalgia y otorrea); acumetría: Weber hacia oído derecho; se realiza otofibroscopia evidenciándose colección rojiza transtimpánica; ATL: hipoacusia transmisiva derecha. Diagnóstico: hemotímpano secundario a epistaxis recidivante.

Conclusiones: El hemotímpano es la colección de sangre en oído medio que se visualizan a través de la membrana timpánica. Ante esta imagen otoscópica se debe descartar: hemorragia de oído medio (malformaciones vasculares dependientes de carótida interna, otitis media aguda), hemorragia de fosas nasales y rinofaringe (epistaxis, hemorragia postadenoidea, angiofibromas) y fractura de peñasco por traumatismo craneal.

710. MANIFESTACIONES OTOLÓGICAS EN EL SÍNDROME CORNELIA DE LANGE

M.A. López Vázquez, B. Agreda Moreno, E. Serrano Añón, R. Artal Sánchez, L. Carmen Sampériz, J.M. Sebastián Cortés y H. Vallés Varela

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: El síndrome Cornelia de Lange es una rara enfermedad congénita. Entre las características comunes a todos los pacientes afectos de este síndrome se incluyen: bajo peso al nacer, retardo en el desarrollo, baja estatura, microcefalia, diferente grado de retraso mental e hipertricosis. Se pueden asociar también malformaciones en los miembros superiores e hipoacusia neurosensorial, además de otros signos y síntomas.

Material y métodos: Presentamos el caso de 2 pacientes: El primer caso se trata de una niña de 7 años con hipoacusia neurosensorial profunda bilateral que ha sido intervenida con el objeto de colocarle un implante coclear en el oído derecho, con buena evolución postquirúrgica. El segundo paciente es un niño de 6 meses, que se encuentra actualmente en protocolo de estudio del programa de detección precoz de la sordera, por haber presentado OEA negativas bilaterales al nacimiento.

Discusión: En un porcentaje elevado de los pacientes afectos del síndrome Cornelia de Lange aparece hipoacusia de origen neurosensorial, aunque el grado de pérdida auditiva varía de un caso a otro. Además, es muy frecuente la otitis media, así como otras complicaciones de la esfera otorrinolaringológica, como la sinusitis y la poliposis nasal.

725. DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN OBSTRUCCIÓN NASAL EN EL ADULTO

M.J. Cisternas, E. de la O, G. Fernández, M. García, M. Martí, F. Ramos, M.R. de Saa y M. Aparicio

Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. España.

Introducción: La atresia de coanas es la anomalía congénita nasal más frecuente. Consiste en la falta de comunicación entre cavidad nasal y oral. Siempre hay que descartar la asociación con otras malformaciones. Su diagnóstico suele ser al nacimiento, aunque siempre hay que pensar en ella en los casos de obstrucción nasal.

Material y métodos: Se presenta caso de paciente de 21 años tratado en el Complejo Hospitalario de Cáceres.

Resultados: Hombre de 21 años con obstrucción nasal, derivado de su hospital de referencia con diagnóstico de desviación septal izquierda y pólipo antrocoanal izquierdo. A la exploración se observa FNI con cresta vertical, que imposibilita el paso del endoscopio, y pólipo de aspecto inflamatorio grado IV dependiente de meato medio. Se discuten imágenes radiológicas. Durante la cirugía, tras protocolo de corticoides tópicos y orales, se observa una atresia de coanas izquierda unilateral óseo-membranoso asociado a pólipo antrocoanal izquierdo y desviación septal izquierda. Se realiza meatotomía media, septoplastia mediante técnica de Cottle con resección completa de vómer y perforación coanal mediante microdebridador bajo visión endoscópica. En la exploración postquirúrgica el paciente se encuentra asintomático, con ventilación por ambas fosas nasales.

Conclusiones: La atresia coanal es una causa poco frecuente de obstrucción nasal en el adulto, pero es parte del diagnóstico diferencial de obstrucción nasal. En el caso descrito la asociación con patología septal y sinusal impidieron un diagnóstico preoperatorio adecuado. En la práctica clínica, en muchas ocasiones, los errores son inevitables, lo más importante es como respondemos a ellos.

733. CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA EXÉRESIS DE QUISTE BRANQUIAL

N. González Poggioli, P. Parente Arias, M. Álvarez-Buylla Blanco, A. Padín Seara, G. Esquía Medina y J. Martínez Vidal

Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. España.

Introducción: El desarrollo reciente de las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas en la cirugía cervical, especialmente desde la aparición de la tiroidectomía mínimamente invasiva (MIVAT) descrita por Miccoli en 1998, permite la ampliación de sus indicaciones. Presentamos un caso de quiste branquial del segundo arco al cual le fue practicada la exéresis mediante esta técnica quirúrgica.

Material, métodos y resultados: Presentamos el caso de una mujer de 34 años de edad quien acude a nuestro servicio por presentar una tumoración laterocervical derecha, blanda, móvil y no dolorosa de semanas de evolución. Tras realizar pruebas complementarias como la punción por aguja fina y la tomografía axial computarizada se estableció como sospecha diagnóstica el quiste branquial del segundo arco, y se planteó como tratamiento la exéresis mediante una técnica mínimamente invasiva, la cual consistió en realizar una incisión de 1,5 cm y en la disección subcapsular del quiste con el aspirador-separador de Miccoli mediante la observación a través de una óptica de 30º con conservación de la estructuras vasculares y nerviosas periféricas. Tras la resección la paciente permanece asintomática y sin alteraciones estéticas relevantes.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva en cuello es una técnica reciente que no comporta grandes riesgos y tiene un beneficio estético obvio cuando se emplea bajo la indicación adecuada, y a pesar de que sólo puede aplicarse en un espectro limitado de patologías su uso podría ser cada vez más extensivo, por lo que recomendamos la práctica de la misma en los Servicios de Otorrinolaringología y patología cérvico-facial.

741. NASAL VOLUME REDUCTION SURGERY TO TREAT GLOBAL PARANASAL SINUSES APLASIA

S. Sousa e Castro, J. Gameiro dos Santos, J. Abrunhosa y C. Almeida e Sousa

Centro Hospitalar do Porto. Hospital de Santo António. Porto. Portugal.

Paranasal sinuses are prone to a great diversity of anomalies. The hypoplasia or aplasia of the paranasal sinuses is a rare phenomenon that refers mainly to the frontal (12%) and secondarily to the maxillary sinuses (5-6%). This occurs more frequently in syndromes with craniofacial anomalies or other skeletal diseases. Agenesis of the sphenoid sinuses is extremely rare. Global hypoplasia or aplasia of the paranasal sinuses is even more unusual with few cases reported in the world literature. The authors present a case of a 33-year-old woman with headache, nasal obstruction, nasal crusting and fetid discharge since 10 years old. The TC examination showed aplasia of the sphenoid, frontal and ethmoid sinuses; maxillary sinuses hypoplasia and small turbinates. After the failure of the medical management, a surgical therapy with nasal volume reduction was performed. It was used condral cartilage to recreate turbinate tissue. 1 year after surgery, the patient refers a global improvement.

744. CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO NASO-SINUSAL. CASUÍSTICA DO IPO-PORTO

L. Mendes Leal, J. Fernandes y E. Monteiro

Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil. EPE. Porto. Portugal.

Introdução: Os tumores malignos naso-sinusais são relativamente raros, correspondendo a 3% de todos os tumores malignos das vias aero-digestivas superiores e representam 10-25% dos carcinomas adenóide císticos da cabeça e pescoço. Nesta localização é o segundo tipo histológico mais comum. São tumores com propensão para a invasão óssea e para a disseminação perineural, podendo condicionar significativo envolvimento da base do crânio e extensão intracraniana. A combinação de cirurgia e radioterapia pós-operatória é o tratamento mais comummente aceite. A taxa de recorrência é de 65% sendo a taxa de sobrevida aos 5 anos de 50-86%.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes tratados no instituto com o diagnóstico de carcinoma adenóide-quístico. Re-

sultados: apresentamos a casuística do serviço de ORL do IPO-Porto, analisando diversos factores prognósticos com impacto na sobrevida dos doentes portadores de carcinoma adenóide cístico naso-sinusal.

Conclusão: O carcinoma adenóide cístico naso-sinusal é um tumor raro com uma apresentação clínica tardia. Os factores de prognóstico que afectam a sobrevida são a localização tumoral, invasão da base do cranio, subtipo histológico e grau de diferenciação. A cirurgia, adaptada à; localização tumoral e associada a radioterapia é o tratamento mais eficaz.

745. ADENOFLEMÓN CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Marcos y A. Fernández

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción: El adenoflemón cervical es la abscesificación de una adenitis aguda bacteriana (las víricas jamás se abscesifican) debido al paso de bacterias al interior ganglionar, procedente de foco séptico. Afecta, sobre todo, tercio superior de cadena yugular. Comentaremos el diagnóstico por los síntomas, signos, y estudio por imagen. Discutiremos tratamiento médico-quirúrgico.

Caso clínico: Presentamos un paciente, diagnosticado de adenoflemón en región submaxiloparotídea derecha, mediante cuadro clínico, estudio por TC cervical y microbiológico. El tamaño del mismo (2 × 2,3 × 4,5 cm) obliga a tratamiento médico-quirúrgico con antibióticos y drenaje quirúrgico. Se mantuvo 10 días con antibióticos amplio espectro y ante escasa respuesta y buen estado general, se efectúa punción-aspiración por ecografía. El proceso facilitó aislamiento del germen, efectuar antibiograma y evitar apertura cervical, disección y drenaje, indicado en estos procesos.

Discusión/conclusiones: Los adenoflemones cervicales son procesos frecuentes. Los síntomas y exploraciones (analítica, serología, la imagen, el estudio citológico) imprescindibles para diagnóstico como ocurrió en nuestro caso. Es necesario efectuar diagnóstico diferencial con neoformaciones malignas infectadas. El tratamiento encaminado a eliminar foco séptico primario, (generalmente vías digestivas superiores y sobretodo dentales), mediante. Antibioterapia parenteral amplio espectro hasta efectuar antibiograma. El proceso puede resolverse, estancarse o agravarse, como ocurrió en nuestro paciente, en cuyo caso se indica incisión y drenaje. Proceso que se sustituyó a pesar del tamaño > 2 cm, por punción dirigida por imagen, extracción de secreción purulenta e infiltración con mezcla de antibióticos y corticoides. Por ello, apoyamos este procedimiento ante proceso infeccioso localizado y pacientes con estado general no comprometido.

754. ATRESIA DE COANAS CONGÉNITA. VÍA TRANSPALATINA. SÍNDROME DE TREACHER-COLLINS

A. Bueno Ríos, A. Suárez Calvo, S. Santos Santos y M.J. Domínguez

Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

Introducción: La atresia de coanas es una malformación congénita poco frecuente cuya incidencia varía 1:5.000-8.000 nacidos vivos. Es más común en mujeres y asociada con otras malformaciones. Hay cuatro vías de abordaje: transnasal, transpalatina, transseptal y endonasal.

Paciente y método: Se trata de una niña con síndrome de Treacher-Collins con atresia de coanas bilateral y manejo quirúrgico mediante vía transpalatina.

Discusión/conclusiones: Debido a la disostosis mandibulofacial que presentan estos niños hace de la vía transnasal una vía de abordaje complicada y la vía transpalatina como vía más apropiada.

763. TROMBOSIS DE SENO TRANSVERSO

M. Izquierdo Cuenca, M. Pérez Ortín, M A. Rodríguez Castejón y C. Domingo Carrasco

Hospital Infanta Leonor. Madrid. España.

Introducción: Con la llegada de los antibióticos, las complicaciones intracraneales de las otitis son cada vez menos frecuentes. A pesar de ello, se siguen produciendo estas patologías ocasionalmente. La trombosis de seno transverso se produce por diseminación de la infección a través de venas emisarias de la mastoides que drenan al seno.

Material y métodos: Presentamos 2 casos de trombosis de seno transverso diagnosticados simultáneamente. El primer caso se trata de un varón de 68 años, estudiado en la consulta ORL por vértigo, al que se le solicita una RMN de CAIS. El segundo caso es una paciente de 82 años, con clínica neurológica progresiva sin antecedentes otológicos de interés.

Resultados: En ambos casos, tras las pruebas de imagen se observa trombosis de seno transverso. En la segunda paciente la afección se extendía a la vena yugular interna, lo que complica el tratamiento. Se acompaña la exposición de datos clínicos e iconografía de las pruebas de imagen.

Conclusiones: La sintomatología típica de la trombosis de seno transverso no siempre es completa. En ocasiones, el diagnóstico no es fácil y no se sospecha hasta que la realización de pruebas radiológicas. El tratamiento sigue siendo controvertido, en especial la indicación quirúrgica y la necesidad de anticoagulación.

MARTES, 17 DE NOVIEMBRE

10. LINFOMA NO HODGKINIANO DE CÉLULAS NK/T TIPO NASAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Gómez Latorre, J.A. Márquez Moyano y C. Poyato Zamorano

Hospital de Montilla. Empresa Pública Hospital del Alto Guadalquivir. Córdoba. España.

Introducción: Presentamos el caso de una paciente que acude a consulta por dolor en fosa nasal derecha y obstrucción nasal de 5 meses de evolución. La paciente refiere además cacosmia.

Material y métodos: Se realiza exploración mediante rinoscopia y endoscopia nasal que confirman lesión en tercio anterior de FND ocupando el suelo de la misma y que parece contactar con septum nasal sin depender de él. La lesión presenta una costra seca mucosa en su porción más superficial y tras quitarla se muestra tejido friable rosáceo. Se solita estudio mediante TAC de senos y se toma muestra-biopsia de la lesión resultando linfoma no Hodgkiniano extranodal de células NK/T de tipo nasal. La paciente es remitida al servicio de Hematología del hospital de referencia y se inicia tratamiento radioterápico encontrándose actualmente asintomática y sin lesión alguna en la fosa nasal.

Conclusiones: Los linfomas nasales son lesiones tumorales agresivas y de evolución rápida que siempre deben ser tenidos en cuenta en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones nasosinusales.

11. SÍNDROME DE EAGLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Rosique López y M. Rosique Arias

Hospital Rafael Méndez. Lorca. España.

Introducción: Se conoce como síndrome de Eagle a la elongación del proceso estiloides y/o a la calcificación del ligamento esti-

lohioideo, considerándose elongado si este mide más de 30 mm. Entre su sintomatología se encuentra el dolor cervical, disfagia, sensación de cuerpo extraño, dolor en la región temporo mandibular... y en la mayoría de los casos se presenta dolor a la presión en la región suparatonsilar.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente cuyo motivo de consulta fue un dolor en región cervical profunda acompañado de disfagia con sensación de cuerpo extraño a la deglución. Tras estudios de imagen se halla una elongación del proceso estloide, el cual fue abordado quirúrgicamente mediante un abordaje intraoral.

12. CARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES. LOCALIZACIÓN INUSUAL

L. Rosique López, M.T. Almela Rojo, N. Mena Viveros y R. Arce

Hospital Rafael Méndez. Lorca. España.

Introducción: El carcinoma o tumor de células acinares es una neoplasia maligna cuyas células expresan diferenciación acinar. Es la tercera neoplasia por frecuencia en glándulas salivares, siendo inusual su presentación fuera de esta localización. Clínicamente cursa como un tumor de bajo grado y crecimiento lento, con alta tasa de recidiva local, pero con baja frecuencia de metástasis regionales.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente varón que consulta por tumefacción hemifacial e insuficiencia respiratoria nasal izquierda progresiva de un año de evolución. A la exploración se observa masa angiomatosa que ocupa el vestíbulo nasal asociado a tumefacción nasal y orbitaria. En las pruebas radiológicas aparece un tumor de localización nasal que produce destrucción ósea sin infiltración de fosa craneal ni órbita. Se realiza cirugía endoscópica para su exéresis, siendo el diagnóstico anatomopatológico de tumor de células acinares.

18. TRATAMIENTO DE LA PAPILOMATOSIS NASAL RECIDIVANTE CON IMIQUIMOD

M. Amat Soley y F. Gallardo Hernández

Hospital del Mar. Barcelona. España.

Introducción: Imiquimod es un agente tópico inmunomodulador indicado para el tratamiento de las verrugas genitales externas causadas por el papilomavirus genital humano (HPV), y otras enfermedades de la piel (herpes genital, molluscum contagiosum, carcinoma basocelular, psoriasis, queratosis actínica). No tiene actividad antivírica directa, sino que actúa estimulando la secreción de citokinas (interferón-alfa, -beta, y factor de necrosis tumoral) e interleukinas endógenas. La frecuencia de papilomas escamosos en el vestíbulo nasal es desconocida. Existen muchas modalidades de tratamientos médicos y quirúrgicos siendo su principal problema las frecuentes recidivas.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 39 años HIV positivo con una papilomatosis recidivante (HPV-11) de vestíbulo nasal y parte anterior de tabique nasal tratada con exéresis quirúrgica con electrocauterio en 4 ocasiones, crioterapia, y finalmente con imiquimod 5% crema (3 aplicaciones semanales durante 12 semanas).

Resultados: Los únicos efectos secundarios han sido escozor local y pequeños sangrados autolimitados al inicio del tratamiento. A las 10 semanas se observa la desaparición total de las lesiones. A los 4 años del tratamiento con imiquimod no ha presentado recidiva de la papilomatosis nasal.

Conclusión: Imiquimod es una alternativa al tratamiento de la papilomatosis recidivante del vestíbulo nasal y parte anterior del tabique nasal frente a otros tratamientos médicos y a la cirugía.

28. NEUROFIBROMA SOLITARIO DE SENO MAXILAR

J.A. Díaz Manzano, J. Iniesta Alcázar, E. Viviente Rodríguez y M.F. Cegarra Navarro

Hospital Comarcal de Noroeste. Caravaca de la Cruz. España.

Los neurofibromas son tumores benignos originados del tejido neural periférico que, aunque pueden ocurrir de forma aislada, son más frecuentes asociados a neurofibromatosis tipo I, como la enfermedad de von Recklinghausen. La aparición aislada en un seno maxilar es excepcional, estando descritos sólo 7 casos en la literatura desde comienzos del siglo XIX. Describimos el caso de una mujer de 70 años que consultó por molestias hemifaciales izquierdas de más de 10 años de evolución. En TC se evidenció una lesión heterogénea en seno maxilar izquierdo que erosionaba la pared lateral del mismo sin signos de infiltración. La intervención se llevó a cabo mediante endoscopia, nasalizando el seno maxilar (con exéresis del cornete inferior), por negativa de la paciente ante una intervención más agresiva. Se resecó la lesión dentro de los límites posibles y la anatomía patológica fue de neurofibroma (proteína S-100 positivo). Después de 9 meses no hemos encontrado signos de recidiva.

37. MENINGIOMA FRONTAL

J.M. de Campos Gutiérrez, L.A. Vallejo Valdezate, L.M. Gil-Carcedo García y E. Gil-Carcedo Sañudo

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

Introducción: Los meningiomas extracraneales suponen el 2% de todos los meningiomas, los más infrecuentes son los de localización nasosinusal, aún más raros los que desde el área nasosinusal invaden ampliamente hueso y se manifiestan al exterior. En la revisión de la Emory University School of Medicine (Atlanta), en 25 años han encontrado sólo tres casos de meningioma nasosinusal (Swain 2001). Métodos: Mostramos imágenes RM y planos quirúrgicos de un caso de meningioma frontal de gran tamaño y de características extremadamente infrecuentes.

Resultados: El meningioma ocupa los senos frontales en su totalidad, destruye extensamente el hueso, produce un gran abombamiento superciliar y rechaza hacia atrás los lóbulos frontales sin invadirlos. Se relatan sus características clínicas, radiológicas y quirúrgicas. Se citan los pocos casos relacionados que aparecen en la literatura reciente.

Discusión/conclusiones: En los meningiomas etmoidales y frontales el tratamiento es quirúrgico, siendo las vías habituales la transcraneal, la transnasal o el abordaje combinado; puede utilizarse radioterapia en los de localización esfenoidal. No son infrecuentes las recidivas tras la cirugía, a veces después de transcurridos varios años desde su tratamiento quirúrgico. Los 30 meningiomas naso-paranasales reunidos por el prestigioso Armed Forces Institute of Pathology (1970-1992), eran de: fosas nasales (n = 14), cavum (n = 3), seno esfenoidal (n = 2), seno frontal (n = 2) o a una combinación de fosas nasales y varios senos (n = 9). De 30, 3 murieron tras recidiva, 1 vivía con recidiva (Thompson 2000). La intervención no está exenta de morbilidad, narrándose una mortalidad de un 9% (Rubin 1994) y hasta 11.5% (Paterniti, 1999).

48. EVOLUCIÓN DE LAS ADENOPATÍAS CERVICALES POR TULAREMIA

J.M. Escapa Garrachón, J.I. Martín Serradilla, I. Alonso Castañeira, J. Freijanes Otero y J.L. Alonso Treceño

Complejo Asistencial de Palencia. Palencia. España.

Introducción: La tularemia es una zoonosis poco frecuente causada por la Francisella tularensis. Presenta 6 posibles formas clíni-

cas. En la esfera ORL la forma más llamativa es la cervicoganglionar.

Material y métodos: Presentamos pacientes con adenopatías cervicales y tularemia confirmada (clínica compatible acompañada de seroconversión, aislamiento del agente o PCR positiva).

Discusión: En la mayoría de los pacientes las adenopatías son dolorosas, con enrojecimiento de piel, fluctuación y a veces fistulización espontánea. Realizamos el tratamiento en adultos con ciprofloxacino y en niños con eritromicina.

Conclusiones: La tendencia de las adenopatías cervicales por tularemia es aumentar de tamaño, fluctuar, enrojecerse la piel y fistulizarse. El uso de antibióticos no siempre frena la evolución de las adenopatías. El drenaje quirúrgico acorta la duración del proceso.

52. METÁSTASIS GANGLIONAR DE ESTESIONEUROBLASTOMA OLFATORIO

J. Aguilar Cantador, F. Ropero Romero, E. Alarcón Linares, P. Figueroa Crespo, A. Jurado Ramos y M.J. Ramos Gómez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: Los estesioneuroblastomas son neoplasias ectodérmicas derivadas del epitelio olfatorio, muy raras en la bibliografía. La fosa nasal es su localización principal. Su comportamiento es maligno, ocasionando metástasis cervicales en el 12-15%.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 35 años que presenta una tumoración laterocervical derecha en área II-III, adherida a planos profundos, de aproximadamente un mes de evolución. La paciente fue intervenida un año y medio atrás de una tumoración nasal derecha, que fue informada como estesioneuroblastoma. Se realizó un vaciamiento radical derecho, extirpándose la lesión en su totalidad.

Conclusiones: Las metástasis cervicales de estesioneuroblastoma no son frecuentes. Las series actuales son escasas y las sitúan en torno a un 12-15%. La posibilidad de metástasis cervical ha de tenerse en cuenta ante la aparición de una tumoración cervical en un paciente con antecedentes de estesioneuroblastoma. Los criterios quirúrgicos del tratamiento del cuello en el cáncer de laringe y faringe pueden aplicarse en estos casos.

58. MIGRACIÓN DE ELECTRODO COCLEAR EN EL CONDUCTO SEMICIRCULAR SUPERIOR

N. Bejarano-Panadés, F. Trobat Company, P. Epprecht González y P. Sarría Echegaray

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Introducción: El número de cirugías de implante coclear se ha incrementado en los últimos años. Actualmente, incluso algunas malformaciones del oído interno y medio y otras alteraciones anatómicas son consideradas como candidatos para la implantación.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 67 años, con antecedentes de glaucoma, y otitis media crónica atelectásica bilateral, afecta de hipoacusia neurosensorial postlocutiva bilateral profunda y sin rendimiento audioprotésico.

Resultados: Se procede a la implantación coclear del oído derecho por abordaje mínimo retroauricular la cual se realiza sin alteraciones significativas. Intraoperatoriamente se comprueba la presencia de reflejo estapedial y telemetría correcta. Cursa con evolución postoperatoria favorable, leve inestabilidad controlable. Durante la apertura del implante al mes de la cirugía, las comprobaciones de la parte interna son correctas pero cada estimulación auditiva genera concomitantemente un episodio vertiginoso. Ante la sospecha de una posible migración del electrodo se realiza una radiografía simple transorbitaria dudosa que obliga a solicitar una tomografía computarizada donde se objetiva la presencia del electrodo alojado en el canal semicircular superior. Se realiza nueva cirugía con reimplantación del electrodo coclear y control intraoperatorio con tomografía computarizada ótica para su comprobación in situ de la correcta inserción. Actualmente la paciente lleva una evolución favorable y un rendimiento óptimo del implante.

Discusión/conclusiones: Evitar la presentación de complicaciones asociadas a la cirugía del implante coclear a partir de una selección depurada de los candidatos, una evaluación preoperatoria adecuada, una delicada técnica quirúrgica y un buen seguimiento postquirúrgico. En el caso de presentarse alguna complicación, deberá realizarse un correcto manejo de la situación, con un diagnóstico y tratamiento precoz de la misma.

59. CIRUGÍA ENDOMEATAL DE REPERMEABILIZACIÓN EN EXÓSTOSIS OCLUSIVA BILATERAL

N. Bejarano-Panadés, J. Alba Mesquida, F. Culaciati Tapia, C. Artigas Sapiain, J.L. Corral Juan y M. Tomás Barberán

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Introducción: las lesiones óseas que habitualmente se presentan en el oído externo son las exóstosis. Son neoformaciones óseas benignas muy frecuentes en la práctica de deportes acuáticos. Dentro de las indicaciones quirúrgicas encontramos las otitis externas recurrentes y la hipoacusia conductiva por estenosis del conducto auditivo externo (CAE) mayor del 75%.

Material y métodos: Presentamos el caso de un buceador de 61 años de edad, que refiere sensación de taponamiento ótico y otitis externas bilaterales de repetición. En la exploración otoscópica se objetiva la presencia bilateral de múltiples lesiones de implantación ancha y consistencia pétrea, compatibles con exóstosis oclusivas. El estudio audiométrico refleja una hipoacusia neurosensorial a 60 dB sugestiva de traumatismo acústico bilateral sin ningún componente transmisivo añadido. Se completa la valoración con una tomografía computarizada (evaluación de la anatomía, relaciones y posibilidad de variantes).

Resultados: Bajo anestesia general, se realiza abordaje bilateral pre-endoaural, seguido del despegamiento cutáneo del CAE y posterior fresado de las lesiones exostósicas para la ampliación de su luz. El resultado postquirúrgico es la normalización de la imagen endoscópica, sin pérdida auditiva asociada. El análisis anatomopatológico demuestra la aposición sucesiva de láminas óseas compactas sin presencia de espacios medulares fibrovasculares.

Discusión/conclusiones: El tratamiento quirúrgico de estas lesiones no está exento de riesgos, alguno de ellos de graves consecuencias, como la parálisis facial periférica, la hipoacusia neurosensorial y las lesiones de la articulación témporo-mandibular. La estenosis del canal y la perforación timpánica, son las más frecuentemente documentadas. La adecuada selección de candidatos quirúrgicos es fundamental.

60. PNEUMOSINUS DILATANS PANSINUSAL

N. Bejarano-Panadés, P. Epprecht González, F. Trobat Company, G. Jaume Bauzá y P. Sarría Echegaray

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Introducción: El pneumosinus dilatans es una entidad poco habitual, descrita como una expansión aérea progresiva e idiopática de los senos paranasales. La presentación más frecuente es la afectación del seno frontal y raramente se extiende al resto los senos. Clínicamente puede presentar cambios en el contorno facial por el lento y progresivo crecimiento de las cavidades, algia craneofacial, diplopía o bien ser, un hallazgo casual.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 51 años que en el estudio de cefalea holocraneal se le realiza una tomografía computarizada. Objetivamos la excesiva neumatización y expansión de todos los senos paranasales, sin presencia de erosiones óseas ni de cambios en la mucosa nasosinusal, hallazgos radiológicos compatibles con penumosinus dilatans pansinusal.

Resultados: Se realiza un estudio asociado para descartar patología endocrina (hormonas sexuales, crecimiento y tiroideas) siendo normal. El pneumosinus dilatans debe diferenciarse de los senos hiperneumatizados (hypersinus) y de los neumoceles. Con el pneumosinus dilatans están descritas asociaciones con enfermedades fibroóseas y meningiomas.

Discusión/conclusiones: Como posibles hipótesis etiopatogénicas se han descrito la desregulación endocrina, la alteración de la permeabilidad y el efecto valvular de los ostium, o bien un exceso en la actividad osteoblástica secundaria a la hiperpresión crónica. El pneumosinus dilatans es un proceso benigno pero en caso de crecimiento progresivo excesivo con deformidad craneofacial o clínica asociada, se han propuesto diversas técnicas quirúrgicas para su resolución bajo abordaje endoscópico o bien abierto bicoronal.

68. ABSCESO CERVICAL SUBAGUDO

C. Margalejo Muro, M. Amat Soley, M. Cantón Bascuas, J. Comas Juliá, J. Fusté Clapes y J. Fontané Ventura

Hospital del Mar. Barcelona. España.

Caso clínico: Varón de 40 años. Nacido en India. Sin antecedentes patológicos de interés. Es remitido de UCIAs para desbridar masa abcesificada laterocervical derecha de gran tamaño de pocas semanas de evolución. Clínica de pérdida de unos 10 kg en 2 meses, disfagia, odinofagia y dudosa sensación distérmica. Tratamiento con amoxi-clavulánico en asistencia primaria sin mejoría. Analítica sin leucocitosis, no adenopatías palpables, Rx torax: normal. TAC cervical que muestra una extensa lesión de 5,5 cm de diámetro mayor, abarca desde cavum hasta vallécula derecha y provoca severa compresión yugular, desplazamiento y colapso parcial de faringe.

Evolución: Se drena bajo anestesia general por faringe y ante la sospecha de TBC se comienza tratamiento antiTBC durante el ingreso. Una semana después del alta es remitido como urgente por el radiólogo por recidiva del absceso con similares características y tamaño. Se decide conducta expectante bajo el supuesto de que debemos esperar unas semanas antes de valorar el efecto del tratamiento antiTBC. Al final del tratamiento hay una clínica y un TAC cervical normal.

Conclusiones: Debemos sospechar TBC en abscesos unilaterales con poca sintomatología dolorosa. En estos casos se debe intentar confirmar el diagnóstico con pruebas complementarias y el tratamiento antiTBC puede resolvernos el cuadro por completo.

78. PAROTIDECTOMÍA CON TERMINAL HARMONIC FOCUS® DE ETHICON ENDO-SURGERY

J.A. Díaz Manzano y J. Iniesta Alcázar

Hospital del Noroeste (Área IV de Salud). Caravaca de la Cruz. Murcia. España.

Introducción: El bisturí harmónico corta y coagula simultáneamente mediante una vibración media de 55.000 Hz en su terminal. La utilidad de su uso en cirugía de la parótida es algo suficientemente contrastado.

Material y métodos: Presentamos 4 casos de parotidectomía con utilización del terminal Harmonic FOCUS® del bisturí harmónico Ultracision (Ethicon Endosurgery) en el Hospital Comarcal de Caravaca de la Cruz. Exponemos el grado de afectación del nervio facial durante el postoperatorio inmediato y a la semana de la cirugía.

Resultados: Se intervinieron 3 hombres y 1 mujer, con edades comprendidas entre los 38 y los 73 años. En 2 casos se realizó una parotidectomía superficial y en 2 casos una parotidectomía total. Todos eran adenomas pleomorfos. En todos los casos se preservó la función del nervio facial desde el postoperatorio inmediato, sin sobrepasar en ningún caso el grado II de la escala de House-Brackmann.

Discusión: El bisturí harmónico para parotidectomía recude la hemorragia intraoperatoria ocasiona menor afectación del nervio facial, dado el menor daño tisular de los tejidos circundantes. Habitualmente se lleva a cabo con el gancho de disección (Dissection Hook®), que no permite el pinzamiento de tejidos ni la disección roma. Pretendemos animar al uso del terminal FOCUS® para estas intervenciones, el cual permite la disección como un mosquito convencional con el añadido de la coagulación, lo que permite no utilizar en ningún momento de la cirugía la electrocoagulación bipolar.

96. UN CASO INUSUAL DE EPISTAXIS GRAVE POR "UNA EXTRACCIÓN DENTARIA"

M. Mata Ferrón, F. Bracero Robledo, J.I. Santaella Sáez, J. Horno López, A. de Oña Navarrete y J. Salinero Hernández

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: Aproximadamente el 60% de la población sufre un episodio de epistaxis en su vida, pero sólo el 6% precisa tratamiento médico. Habitualmente estos sangrados no tienen repercusión sistémica.

Caso clínico: Paciente varón de 40 años de edad con antecedentes de hepatopatía crónica y exadicto a drogas por vía parenteral que acude al Servicio de Urgencias por sangrado por fosa nasal derecha y orofaringe de varias horas de evolución. Presenta bajo nivel de conciencia e insuficiencia respiratoria. Mediante rinoscopia anterior se aprecia sangrado por dicha fosa sin detectar punto sangrante. Resulta imposible explorar la orofaringe por el estado comatoso del paciente. Se descarta el origen digestivo del sangrado mediante las pruebas pertinentes. Por lo que se realiza taponamiento anterior de fosa derecha con material reabsorbible, controlándose el sangrado. El paciente desarrolla una encefalopatía e insuficiencia respiratoria que precisa intubación orotraqueal ingresando en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Pero continúa sangrando llegando a precisar además un taponamiento posterior. A las 4 horas aparece nuevamente sangrado a través del taponamiento y cavidad oral. Se realiza nueva exploración nasal y de orofaringe ya bajo sedación detectando la falta de la pieza dentaria 14, de donde procedía gran cantidad de sangre, existiendo una comunicación con el seno maxilar derecho. Por lo que se coloca material hemostático y se sutura el lecho alveolar, controlándose definitivamente el sangrado.

Resultados: A las 48 horas se retira el taponamiento posterior sin incidencias. El sangrado procedía de la mucosa del seno maxilar derecho que drenaba a cavidad oral y a fosa a través del ostium natural. Por ello el paciente no sangraba por fosa nasal izquierda.

Discusión: En toda epistaxis es necesaria la exploración exhaustiva de fosas nasales y orofaringe, con el objetivo principal de detectar el origen de la hemorragia y actuar sobre el mismo.

100. ABSCESO LATEROFARÍNGEO

M. García-Giralda Ruiz

Hospital de Baza. Granada. España.

Paciente de 27 años que acude a Urgencias por inflamación de garganta y trimus intenso y ligera inflamación submaxilar con sospecha de flemón periamigdalino derecho. Se realiza con dificultad una punción de aspiración del paladar, con resultado negativo. Se pide TAC urgente apreciándose un gran flemón de los espacios cervicales profundos, que precisa drenaje vía cervical externa.

110. FLEBECTASIA DE VENA YUGULAR INTERNA EN NIÑOS. CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

F.J. García-Purriños, M.D. Romero Panadero, M. Uzcanga Lacabe y A. Rosell Cervilla

Hospital de Hellín. Albacete. España.
Hospital de Navarra. Pamplona. España.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción: La flebectasia yugular interna (FYI) se caracteriza por una dilatación de dicha vena durante las maniobras de Valsalva. Es una entidad poco frecuente en la que se presentan dudas en cuanto a evolución y manejo, sobre todo en niños. Presentamos un caso, revisamos la literatura desde el punto de vista patogénico, clínico, diagnóstico, evolutivo y de alternativas del tratamiento.

Caso clínico: Varón de cuatro años con tumoración látero-cervical derecha que se manifiesta en maniobras de Valsalva. La ecografía muestra una dilatación de la vena yugular interna. La TC confirma el diagnóstico De acuerdo con la familia y se evita cirugía por el momento y se realizan controles periódicos.

Discusión: Esta patología está muy poco registrada en la literatura revisada. La hipótesis patogénica más aceptada es el abuso de voz. Las principales preocupaciones son la aparición de trombosis o de rotura espontánea. El tratamiento en principio debe ser expectante. Revisamos las indicaciones quirúrgicas y las principales técnicas de tratamiento.

114. CONSULTA AMBULATORIA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA, ALTA RESOLUCIÓN

E. Maraví Aznar, M.T. Herrero, E. Arana Alonso, L. Arbizu y M. Uzcanga

Hospital García Orcoyen. Servicio Navarro de Salud. Pamplona. España.

Material y métodos: Se realiza estudio retrospectivo de la dinámica del proceso asistencial de alta resolución en consultas externas de Otorrinolaringología.

Resultados: Reducción de tiempos de espera en primera visita de consultas externas. Reducción de tiempos de espera quirúrgicos Aumento del grado satisfacción del paciente ya que minimiza el número de consultas y la incertidumbre ante resultados diagnósticos. La otorrinolaringologia se trata de una patología en la que el concepto de consulta única, alcanza su máximo nivel de rendimiento.

Conclusiones: El aumento de la demanda asistencial especializada, hace necesario la creación de nuevos modelos de gestión asistencial, más dinámicos y eficientes para hacer frente a las derivaciones desde atención primaria. La consulta de alta resolución o consulta única se impone como punta de lanza, dando respuesta a las nuevas exigencias médicas. Se trata de una mejora en la eficiencia del sistema organizativo, manteniendo o aumentando la calidad asistencial.

121. PARAGANGLIOMA CERVICOCEFÁLICO MULTICÉNTRICO EN PACIENTE PORTADOR DE MUTACIÓN EN GEN SDHD

R. Reboll Ferrer, E. Zapater, J. Gaona, M. Juez, M. Bonet, M.J. Gómez, N. Mosquera, J. Basterra, J. Martínez-León y M. Martorell

Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: Los paragangliomas son tumores benignos poco frecuentes y de lento crecimiento de origen neuroectodérmico. En los casos familiares el diagnóstico se realiza a una edad más temprana y hay más formas multifocales bilaterales. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de paraganglioma multicéntrico que se diagnosticó en el estudio de extensión por tener un familiar con paraganglioma carotídeo bilateral.

Material y métodos: Paciente varón de 40 años en el que se realiza un estudio por imagen mediante angiorresonancia magnética por tener un hermano afecto de paraganglioma. Presenta una lesión compatible con paraganglioma carotídeo derecho, y otras dos izquierdas. Como antecedente personal de interés tiene hipertensión arterial. El test de catecolaminas es negativo. El resto de exploración otorrinolaringológica es normal. El tratamiento es la embolización y cirugía mediante cervicotomía y resección de los tumores, en un primer tiempo los izquierdos, y un año después el derecho. La anatomía patológica confirma el diagnóstico. Se realiza un estudio de biología molecular que confirma una mutación en el gen SDHD relacionada con el paraganglioma familiar.

Discusión/conclusiones: La prevalencia de los casos familiares es entre 10-50%, y presenta un patrón de herencia autonómica dominante con penetrancia incompleta condicionada por impronta genética materna. Es importante el consejo genético en familias con paraganglioma para diagnosticar los casos portadores de mutación y realizar un cribado clínico y radiológico y así detectar tumores de pequeño tamaño, tratarlos precozmente, disminuyendo la morbimortalidad.

127. PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR EN ORL

P. Contreras Molina, R.L. Tenor Serrano, C. Gamero Día y A. Villanueva García

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

El plasmocitoma extramedular es una neoplasia de células plasmáticas rara cuya localización más frecuente es el área ORL. Presentamos el caso de un paciente con lesiones múltiples de aspecto liso y polipoideo en nasofaringe y paladar, que fue diagnosticado en nuestro servicio y tratado con radioterapia. Se aporta un vídeo de la toma de biopsia en el que se aprecia el aspecto de la lesión y se plantea el diagnóstico diferencial con otras patologías localizadas a ese nivel.

134. SCHWANNOMAS CERVICALES

M. Ceballos Cauto, P. Santos Acosta y F.J. Estivill Bartolomé

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Los schwannomas son tumoraciones de crecimiento lento y malignización excepcional. Se pueden presentar a todas las edades, aunque predomina en torno a los 40 años. A nivel de cabeza y cuello su localización más frecuente es a nivel retroestíleo.

Material y métodos: Presentamos los casos de dos pacientes con tumoraciones cervicales de larga evolución, sin hallazgos patológicos asociados. Caso 1: paciente de 67 años de edad que presenta tumoración laterocervical derecha de más de 2 años de evolución. AP: Fumador 1 paq/día; hiperuricemia. Caso 2: paciente de 79 años con tumoración cervical de 1 año de evolución de localización retroestílea que se extiende endocranealmente a través del agujero rasgado posterior. AP: HTA; temblor esencial benigno; hiperplasia benigna prostática.

Resultados: PAAF: hallazgos citológicos sugestivos de tumor fusocelular benigno. Pieza quirúrgica: Tumoración ovalada, encapsulada y de superficie lisa, no adherida a las estructuras adyacentes, de 3 y 5 cm de diámetro máximo, respectivamente. Diagnóstico anatomopatológico: Caso 1: schwannoma del plexo cervical. Caso 2: schwannoma del Vago. En el caso 2 el paciente presentó síntomas compatibles con parálisis del X par tras la extirpación tumoral.

Conclusiones: Los schwannomas de localización retroestílea y laterocervical suelen ser asintomáticos. La clínica se relaciona con el tamaño del tumor. El estudio por imágenes es fundamental para descartar la extensión intracraneal. En ausencia de compresión no suelen presentar déficits neurológicos asociados. La afectación neuronal suele aparecer tras la exéresis tumoral.

146. ABSCESO PERIAMIGDALINO BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Conill, M.T. Achiques, N. Llópez, N. Muñoz, M.V. Monroy y J. Marco

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: El absceso periamigdalino consiste en una colección purulenta localizada en el espacio extracapsular de la celda amigdalar. La forma bilateral es poco común en la práctica diaria, creando dificultades diagnósticas y serias complicaciones.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 21 años que acude a urgencias por odinofagia-disfagia de 1 semana de evolución, alérgica a la penicilina y no fumadora. A la exploración la paciente presenta: intenso trismus, edema de úvula y abombamiento de pilar anterior derecho, se realiza punción-drenaje en la urgencia obteniendo 6 cc de material purulento, se cursa ingreso con tratamiento antibiótico y corticoideo endovenoso,solicitando también analítica. Dada la mala evolución de la paciente solicitamos TAC cervical que muestra absceso periamigadalino bilateral, se procede al drenaje de los mismos apreciando mejoría clínica de la paciente. En el TAC de control se observa persistencia, aunque de menor tamaño, de ambos abscesos, por lo que se decide realizar drenaje quirúrgico y amigdalectomía.

Conclusiones: El absceso periamigdalino bilateral no es frecuente y puede crear dificultades diagnósticas. El TAC cervical nos ayuda en el diagnóstico y extensión del proceso. El tratamiento recomendado consiste en la punción-aspiración e incisión-drenaje con antibioterapia y amigdalectomía en caliente o diferida 4-6 semanas. Es importante diagnosticarlo de forma rápida previniendo así la obstrucción de la vía respiratoria y la extensión al espacio parafaríngeo.

179. TUMORES BENIGNOS DE FOSAS NASALES Y SENOS PARANASALES

P. Baptista Jardín, C. Gimeno Vilar, L. Montes-Jovellar González, R. Manrique Huarte e I. Sanhueza Torres

Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.

Introducción: Los tumores benignos de cavidades paranasales contribuyen a una proporción significativa de las consultas en ORL, y su incidencia global no está descrita de manera fehaciente en la literatura, En conjunto, tanto tumores malignos como benignos de cavidades paranasales, son menos del 3% de los tumores del tracto aerodigestivo superior, siendo difícil su diagnóstico diferencial por la similitud en su sintomatología. Para poder tratar esta patología, debemos conocer la anatomía de los senos paranasales y sus vías de drenaje, sus estructuras adyacentes, su irrigación y drenaje linfático, y el curso de los pares craneales.

Material y métodos: Recopilación de casos clínicos, clasificándolos de la siguiente manera: tumores inflamatorios, tumores epiteliales, tumores no epiteliales, tumores de tejidos vecinos, tumores secundarios a alteraciones del desarrollo.

Discusión: Una correcta evaluación del especialista es fundamental. El examen físico debe ser exhaustivo, y debe ser siempre complementado con una evaluación endoscópica nasal, evaluación radiológica, y anatomopatológica. El estudio me imágenes debe ser mediante TAC con y sin contraste, para la correcta evaluación de estructuras óseas, y con RNM para diferenciar las secreciones del tumor. El tratamiento es mayoritariamente quirúrgico, siendo aconsejable en algunos casos el seguimiento, o la radioterapia.

181. BOLA FÚNGICA AISLADA DE SENO ESFENOIDAL

R. Terré Falcón, I. Anguita Sánchez, C. Sepúlveda Rojas, A. González Palomino, F. Sánchez González, J.J. Urbano Urbano, A. Paulino Herrera y J. Caballero Villena

Hospital de Mérida. Badajoz. España.

Introducción: Las bolas fúngicas (micetomas) son una forma de infección fúngica sinusal diferente de la sinusitis alérgica fúngica, la enfermedad fúngica invasiva fulminante y de los granulomas paranasales por aspergillus.

Material y métodos: En este trabajo presentamos un caso clínico de un paciente con una bola fúngica aislada a nivel del seno esfenoidal que generó clínica neurológica, y que fue tratado satisfactoriamente mediante cirugía endoscópica. Realizamos un estudio de su forma de presentación, evolución y respuesta al tratamiento administrado.

Discusión: Los micetomas de localización esfenoidal es una patología poco frecuente característica en pacientes inmunodeprimidos que puede presentar múltiples formas de presentación. Actualmente la literatura aboga por tratamientos invasivos de tipo quirúrgico, planteando la poca efectividad y las posibles consecuencias derivadas de la demora que la utilización de tratamientos médicos conservadores, consistentes fundamentalmente en la administración de fármacos antifúngicos intravenosos, pueden generar.

199. LABERINTITIS POST-OTITIS MEDIA AGUDA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M. Portell Soriano, A. Ruiz-Fornells Noreña, P. Avilés Mañoso, J.L. Cervera Rodilla y J.J. López Moya

Hospital Severo Ochoa. Madrid. España.

La laberintitis aguda es una complicación relativamente frecuente de las otitis medias agudas o crónicas. Puede ser localizada por invasión de productos tóxicos o difusa por invasión bacteriana. Presentamos dos casos clínicos de dos pacientes que presentaron un cuadro de otalgia, otorrea, hipoacusia y vértigo severo de características periféricas. En la audiometría se objetivó cofosis del lado patológico, en la vídeonistagmografía no se observó respuesta en el oído afectado y en la RMN de uno de los pacientes se vio ausencia del laberinto membranoso de la cóclea, parte del vestíbulo y canales semicirculares derechos y en el otro paciente signos de laberintitis membranosa subaguda. A pesar del tratamiento médico ambos pacientes presentaron intensa inestabilidad.

200. PRÓTESIS DE DERIVACIÓN SALIVAL

M.A. López Vázquez, R. Artal Sánchez, B. Agreda Moreno, E. Serrano Añón, J.M. Sebastián Cortés, L. Carmen Sampériz y H. Vallés Varela

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: El tubo de derivación salival de Montgomery se utiliza para dar soporte a zonas estenóticas tanto de hipofaringe o esófago cervical que han sido intervenidas quirúrgicamente, o para el tratamiento de fístulas faringocutáneas. La alteración de los tejidos por la saliva como consecuencia de una intervención quirúrgica constituye uno de los principales factores responsables de la aparición de los faringostomas.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 65 años en el que apareció una fístula faringocutánea a la semana de ser intervenido de una laringuectomía total. En una intervención posterior, tras no cerrar espontáneamente la fístula con curas diarias, se colocó una prótesis de derivación salival de Montgomery y reparando el defecto mediante el cierre nuevamente del esófago y un colgajo de rotación.

Discusión: El tubo de derivación salival de Montgomery dirige la saliva al esófago distal y permite que la fístula cierre espontáneamente o, al menos, que los tejidos se recuperen suficientemente para posteriormente ser sometidos a intervenciones de mayor envergadura.

201. SOBREEXPRESIÓN CERVICAL DE UN LINFOMA DE HODGKIN EN UN NIÑO DE 12 AÑOS

M. Rodríguez Verdugo, P. Fernández Guerrero, U. Bidón Gómez, C. Alonso González, M. Pavón Gómez y M.V. Salinas Martín

Servicio de ORL y Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

Introducción: La enfermedad de Hodgkin es un síndrome proliferativo hematológico que afecta a un ganglio o una cadena ganglionar, y órganos hematopoyéticos.

Material y métodos: Presentamos un caso de un niño de 12 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por tumoración cervical derecha de 7 × 5 cm, de consistencia elástica no dolorosa y desplazable, con menos de cuatro meses de evolución. Entre los antecedentes familiares hay casos de síndromes proliferativos (madre, abuelos). La exploración física no revela ningún hallazgo. En la esfera ORL destaca de forma importante la gran tumoración cervical derecha. El estudio serológico es negativo para VIH, positiva para Ig G Epstein Barr, CMV, herpes I y II y VVZ. El estudio bioquímico y hematológico básico muestra parámetros normales. La RNM cervical muestra imágenes de adenopatías grandes en racimos a nivel cervical derecho, muy sugerente de síndrome linfoproliferativo. Ante esta sospecha y para su diagnóstico, se realiza cervicotomía con exéresis de adenopatías para estudio histopatológico.

Resultados: La valoración inmunohistoquímica de la pieza, junto con los hallazgos histopatológicos, fue diagnóstico para linfoma de Hodgkin clásico.

Discusión/conclusiones: El interés del caso se justifica por la presentación y el tamaño de grupos adenopáticos en racimos y la presentación en breve espacio de tiempo sin ningún otro síntoma ni afectación adenopática en el resto del organismo ni órganos hematopoyéticos.

209. AFECTACIÓN NASAL DE LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.C. Trujillo Vargas, M.T. Cantera Maortua, I. Pérez de Pedro y M. González Pérez

H.R.U. Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: La leishmaniasis mucocutánea es una enfermedad de alta prevalencia en áreas tropicales, producida por diferentes especies de protozoos que pertenecen al género leishmania. Provoca lesiones mucosas en las vías aéreas superiores, comenzando con frecuencia por un compromiso nasal, cuya histopatología se caracteriza por una inflamación crónica granulomatosa.

Caso clínico: Paciente de 23 años, natural de Paraguay, que presenta tumefacción nasal y rinorrea purulenta de dos años de evolución. Se realiza biopsia de mucosa nasal, siendo informada como granulomatosis de Wegener. Posteriormente la PCR de mucosa nasal resulta positiva para Leishmania. Se instaura tratamiento con antimoniales pentavalentes, obteniéndose una adecuada respuesta al tratamiento y desaparición de las lesiones.

Discusión: Existen diversas patologías que se pueden presentar como granuloma facial, que se caracterizan por una ulceración progresiva y destrucción de las vías aéreas superiores, con afectación de la nariz, de los senos paranasales, cavidad oral y tejidos blandos de la cara. Es por ello necesario realizar en estos casos un estudio exhaustivo para obtener un diagnóstico preciso y aplicar una terapéutica adecuada.

215. HEMANGIOMA CAVERNOSO DE AMÍGDALA. UN CASO CLÍNICO

F.J. Estrada Molina, M. Ceballos Cauto y E. de Mingo Fernández

Hospital Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Los tumores amigdalinos abarcan una amplia diversidad de lesiones, tanto neoplásicas como inflamatorias. En adultos, las neoplasias corresponden principalmente a patología maligna, en su mayoría carcinoma epidermoide. El objetivo de este trabajo es describir el caso clínico de un hemangioma cavernoso de amígdala, malformación vascular excepcional en dicha localización.

Material y métodos: Mujer de 31 años, sana, que acude a consultas del Servicio ORL por presentar parestesias faríngeas inespecíficas con sensación de cuerpo extraño faríngeo y leve odinofagia. A la exploración, se evidencia una imagen quística, vascularizada, en polo superior de amígdala izquierda con ligero aumento de tamaño. La amígdala derecha, cavum y espacios cervicales normales. Se realizó rinofibrolaringoscopia flexible y TAC con contraste IV sin hallazgos patológicos.

Resultados: Se indicó amigdalectomía bajo anestesia general y biopsia. El estudio histopatológico fue informado como hemangioma cavernoso de amígdala izquierda. Amígdala derecha informada como hiperplasia folicular.

Discusión/conclusiones: El hemangioma cavernoso es una malformación vascular poco habitual. Su ubicación más frecuente es intracerebral supratentorial. La localización extracerebral de la fosa media es muy infrecuente y en la amígdala excepcional, con escasas referencias en la literatura. La RNM ha sido un avance importante en el diagnóstico de este tipo de lesiones. El tratamiento de los hemangiomas de amígdala es quirúrgico y precisa de confirmación histopatológica.

218. AMILOIDOSIS FARINGOLARINGOTRAQUEOBRONQUIAL

J. Horno López, F. Bracero Robledo, J.M. González de Vega, A. Oña Navarrete y J. Salinero Hernández

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Introducción: El término amiloidosis engloba entidades infrecuentes caracterizadas por depósito en tejidos de sustancia fibrilar de origen proteico. Afecta de forma difusa o generando nódulos focalizados. Los órganos diana más comunes son corazón y riñón. A nivel ORL, puede localizarse en laringe (< 1% de tumores benignos) generalmente en supraglotis manifestándose como disfonía, estridor, globo laríngeo o disnea/disfagia progresiva.

Material y métodos: Varón de 34 años valorado por disfonía fluctuante de 6 meses de evolución asociándose últimamente crisis disneicas y esputos hemoptóicos. Exploración básica normal. En nasofibroscopia se aprecia lesión nodular rinofaringea, pseudoeversión ventricular y foco rugoso caudal a banda izquierda. Se solicita serología completa que resulta negativa y TAC cérvico-torácico que indica estenosis traqueobronquial secundaria a proceso inflamatorio progresivo. Se decide biopsia mediante microlaringoscopia directa apreciándose lesiones granulomatosas en ambos ventrículos

bajo bandas hipertróficas; lesión edematosa aritenoidea derecha. El estudio anatomopatológico informa de cambios degenerativos hialinos con infiltración inflamatoria aguda, existencia de amiloide (birrefringente verde con luz polarizada tras tinción rojo-congo). Se decide valoración por Neumología, realizándose fibrobroncoscopia que aprecia mucosa subgloticotraqueal irregular, color blanquecino con tendencia al sangrado, afectando a carina y bronquios principales (izquierdo casi cerrado).

Resultados: Se deriva a Oncología planteándose como tratamiento radioterapia externa laringotraqueobronquial. Actualmente ha tolerado la radioterapia y sigue régimen de revisiones.

Conclusiones: La afectación de vía respiratoria superior e inferior de forma conjunta es extremadamente infrecuente y puede ocasionar clínica respiratoria severa que requiera actuación urgente por parte del otorrinolaringólogo. Lesiones focalizadas laringobronquiales pueden ser eliminadas mediante láser CO_2 con bajo porcentaje de recidiva. Si la extensión es difusa o extensa, la radioterapia es una opción válida.

224. RINOSINUSITIS FÚNGICA ALÉRGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Foglia, E. Arizón, M. Oliver y J. Benito

Hospital Universitario Sant Joan de Reus. Tarragona. España.

Introducción: Se presenta un caso de rinosinusitis crónica persistente a pesar del tratamiento médico habitual.

Caso clínico: Se trata de una paciente inmunocompetente de 39a con antecedentes de atopia que inicia seis meses atrás cuadros de obstrucción nasal, prurito, estornudos, rinorrea mucosa anteroposterior y episodios acompañantes de broncoespasmos con algún sibilante y tos incapacitante. Al instaurar tratamiento con antibiótico, corticoides orales y tópicos y broncodilatadores mejora el cuadro pero reaparece la sintomatología al finalizar el tratamiento oral. La TC muestra afectación inflamatoria inespecífica pansinusal sin signos de invasión tumoral y la analítica eosinofilia en sangre y elevación de Ig E inespecífica con RAST a neumoalergenos (incluidos hongos) negativo. Dada la persistencia clínica se practica CENS con la orientación de rinosinusitis crónica inespecífica. Los hallazgos quirúrgicos mostraron un tejido gomoso ocupando la práctica totalidad de ambos senos maxilares y tejido inflamatorio acompañante sin poliposis u otras masas. El análisis de los tejidos confirma la presencia de mucina alérgica con abundantes eosinófilos e identifica hongos en la muestra con cultivo negativo. La paciente presenta un postoperatorio correcto hasta las 3 semanas postintervención que reinicia los mismos síntomas. Se orienta el cuadro como rinosinusitis fúngica alérgica y se inicia tratamiento con corticoides orales con remisión de los síntomas.

Discusión/conclusiones: Se discuten la dificultad de diagnóstico de la entidad y las recidivas habituales a pesar del tratamiento combinado quirúrgico y corticoideo oral durante un largo periodo de tiempo y se plantea el papel de la inmunoterapia en la evolución de la enfermedad.

235. PAPILOMATOSIS LARÍNGEA RECIDIVANTE CON AFECTACIÓN PULMONAR

O. Castro, L. Díez, A. Quintana, M. Hamdam, N. Rodríguez, E. Pallas y J.L. Fariña

Hospital Xeral Cies. Vigo. España.

Introducción: La papilomatosis laríngea recurrente es una enfermedad crónica que consiste en la proliferación de lesiones benignas exofíticas en el tracto respiratorio superior, afectando fundamentalmente a las cuerdas vocales. En el 30% de las ocasiones puede extenderse al tracto respiratorio inferior y digestivo. El agente causal de la enfermedad es el virus del papiloma humano. Los serotipos implicados en la papilomatosis laríngea son el 6 y 11 fundamentalmente, responsables también de los condilomas genitales.

Caso clínico: Varón de 37 años diagnosticado de papilomatosis laríngea recurrente desde los cinco años. Ha sido intervenido en 42 ocasiones de microcirugía laríngea siendo necesario el uso de terapia adyuvante, con intrón-A y cidofovir intralesional. Desde hace 7 años afectación pulmonar bilateral, complicación muy poco frecuente que ensombrece gravemente la evolución de la enfermedad.

Discusión: La enfermedad es a menudo difícil de tratar y controlar debido a su recurrencia y extensión a lo largo de la vía respiratoria. Hasta el momento no existe tratamiento que erradique la enfermedad, siendo el láser CO_2 junto con la inyección intralesional de cidofovir las técnicas más empleadas.

243. LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA EN EL ÁREA ORL

M. García Teno, M. Rivera García, B. Meléndez Guerrero y A. Sánchez Segura

Servicio de ORL. Hospital SAS. Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

Introducción: La leishmaniasis es una entidad clínica poco frecuente en nuestro medio, y la afectación mucocutánea es una forma de presentación inusual. Se trata de una enfermedad parasitaria producida por un protozoo, y transmitida por un mosquito del género Phlebotomus.

Material y métodos: Presentamos un caso clínico que acudió a nuestro Servicio por episodios de epistaxis de repetición y neoformación a nivel de vestíbulo nasal, al que ocluía casi por completo. Se realizó estudio por imagen y biopsia de la lesión.

Resultados: El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de leishmaniasis mucosa, iniciándose el tratamiento con meglumina antimoniato.

Discusión: Realizamos una revisión y puesta al día de esta inusual patología, con especial atención a la presentaciones del área ORL.

251. HEMANGIOMA CAVERNOSO GLÓTICO DEL ADULTO

F. García de Pedro, J.M. Gómez, M. Mancheño, M.A. Rodríguez, O. Álvarez, G. Coello, M. Pérez, M. Izquierdo, P. Gete, C. Bachiller y C. Domingo

Hospital Infanta Leonor. Madrid. España.

Introducción: Los hemangiomas cavernosos son tumores benignos cuya localización laríngea es rara y más aún en edad adulta. En la infancia suelen aparecer principalmente en subglotis mientras que en adultos predominan en supraglotis. Son lesiones de larga evolución con síntomas escasos siendo el más frecuente la disfonía.

Material y métodos: Presentamos el caso y la iconografía de un varón de 79 años que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital refiriendo sensación disfágica tras atragantamiento con bolo cárnico. Se solicitó una radiografía lateral de cuello donde se aprecia una imagen nodular, en la columna aérea, a nivel del cartílago tiroides, de aproximadamente dos centímetros. Se le realiza a continuación una endoscopia digestiva alta sin observarse bolo alimenticio pero apreciándose una neoformación violácea situada en laringe y que protruye hacia la luz. Es remitido a consultas de ORL donde se observa la lesión antes descrita dependiente de comisura anterior y se plantea la posibilidad de tratamiento quirúrgico que el paciente acepta.

Resultados: El paciente es intervenido quirúrgicamente mediante microcirugía endolaríngea observándose que la lesión se encuentra pediculada a la mucosa de tercio anterior de cuerda vocal de-

recha. Se reseca el pedículo mediante láser de CO_2. El anatomopatólogo informa la pieza quirúrgica como Hemangioma cavernoso.

Conclusiones: Los hemangiomas glóticos son tumores extremadamente raros y aunque son benignos, de muy larga evolución y no suelen dar clínica, la mayoría de los autores suele decantarse por el tratamiento quirúrgico a pesar de que conlleve un riesgo elevado de sangrado intraoperatorio.

255. HIPOACUSIA UNILATERAL COMO MANIFESTACIÓN DE OSTEOSARCOMA DE BASE DE CRÁNEO

N. Mosquera, M. Bonet, M.J. Gómez, R. Reboll y M. Armengot

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario. Facultad de Medicina. Valencia. España.

Introducción: La hipoacusia unilateral de aparición en el adulto es un hallazgo que obliga a realizar un diagnóstico diferencial con diversas patologías, tanto otológicas como encefálicas. En esta comunicación presentamos un caso de hipoacusia y acúfenos unilaterales que fue la primera expresión de un osteosarcoma de base de cráneo.

Material y métodos: Paciente mujer de 52 años que manifestaba hipoacusia y acúfenos de oído derecho de dos meses de evolución. Así mismo cefalea, mareos inespecíficos y cervicalgia. La sintomatología otológica predominaba. Exploración ORL normal. Audiometría: hipoacusia neurosensorial derecha, curva plana a 40-50 dB. TAC: lesión compatible con displasia fibrosa probablemente malignizada a osteosarcoma afectando esfenoides, clivus, cigoma y temporal derechos. Biopsia transnasal: osteosarcoma de bajo grado. Se ha tratado con quimioterapia y radioterapia.

Discusión/conclusiones: La hipoacusia unilateral de aparición en el adulto puede ser la manifestación de enfermedades graves no otológicas. Aunque el neurinoma del acústico es la sospecha diagnóstica clásica, otras enfermedades son posibles. La prueba de imagen es necesaria en todo paciente con hipoacusia neurosensorial unilateral.

257. CIRUGÍA INTRAORAL DE LA LITIASIS DEL CONDUCTO DE STENON

M.J. Martínez Martínez y L. Ávila Espín

Hospital de Alta Resolución de Guadix. Granada. España.

Los cálculos salivares o sialolitiasis son calcificaciones en los conductos o glándulas salivares. Son más frecuentes en la glándula submaxilar seguido de la glándula parótida y sublingual. Los cálculos parotídeos provocan obstrucción y posterior dilatación del conducto y de la glándula con posibilidad de infección secundaria de la misma. El tratamiento de los cálculos es variado incluyendo la cirugía intraoral con disección del C. Stenon. Presentamos un caso de un varón de 39 años con sialolito en c. Stenon y su tratamiento quirúrgico vía intraoral con técnica de localización del conducto con guía de vía central de abordaje periférico bajo anestesia local.

261. ORL SOLIDARIA EN LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS DE LA RASD

A. Caravaca-García, S. Bachir-Kori, I. Vázquez-Muñoz, A. Rodríguez-Fernández Freire, W. Elhendi-Halawa y A. Ruiz-Mondéjar

Hospital Punta de Europa. Algeciras. España.

Al margen del trabajo diario, de la docencia, de la investigación... el trabajo del otorrino también se puede desarrollar allí donde no llega otra ayuda más que la tuya. En nuestra Sociedad vemos algunos compañeros que reparten esta labor en distintas zonas de conflicto por el mundo. Nosotros queremos mostrar a nuestros compañeros el trabajo que algunos Otorrinos venimos haciendo desde hace muchos años en los Campamentos de Refugiados Saharauis en Tinduf (Argelia), a la vez que mostrar el trabajo de un otorrino local, en la precariedad de medios en la que se desenvuelve.

280. AMELOBLASTOMA COMO PRESENTACIÓN DE NEOFORMACIÓN DE SENO MAXILAR

C. Muñoz Palza, J. Verge González, C. Gamero Díaz y C. Marín López

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Introducción: Los ameloblastomas son tumores de origen odontogénico de muy baja incidencia, que pueden manifestarse como neoformaciones maxilares y cuyo tratamiento es principalmente quirúrgico.

Material y métodos: Hombre de 56 años. Derivado desde el servicio de neurología por presenta en TAC craneal velamiento de ambos senos maxilares. Sin sintomatología ORL nasosinusal acompañante. Exploración ORL normal.

Resultados: TAC de senos paranasales muestra una ocupación bilateral de senos maxilares y lesión nodular de 2,7 cm en la porción inferoexterna de maxilar izquierdo con extensión al reborde gingival y a la fosa pterigopalatina. Se realiza toma de biopsia mediante CENS de la neoformación cuyo resultado anatomopatológico es informado como ameloblastoma. Se decide en sesión clínica remitir al paciente al servicio de Cirugía Maxilofacial.

Conclusiones: Los ameloblastomas son tumores odontogénicos benignos localmente agresivos. Corresponden aproximadamente el 1% de los tumores maxilares. Un 80% se ubica en la mandíbula y un 20% en el maxilar superior. La edad de aparición es en la cuarta década de la vida. Crece lentamente y de forma silente. En el maxilar superior, los síntomas más frecuentes son tumefacción facial, dolor, obstrucción nasal, epistaxis y en algunos casos trismus. Radiológicamente se observan como una imagen multiloculada. La biopsia confirma el diagnóstico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. La radioterapia como tratamiento de primera elección debería emplearse sólo en aquellos casos en los que no fuese posible el tratamiento quirúrgico. La quimioterapia no es efectiva.

302. ETIOLOGÍA DE LAS PARÁLISIS FACIALES PERIFÉRICAS UNILATERALES

M. Ceballos Cauto, R. Corrales Millán y A. Alcalá Fernández

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: El nervio facial inerva a los músculos responsables de la mímica facial y su alteración puede llegar a producir un gran impacto funcional y emocional para el paciente. En la mayoría de las ocasiones no se identifica el agente causal, no obstante se deben descartar causas conocidas con objeto de realizar un tratamiento etiológico.

Material y métodos: Presentamos los casos de 4 pacientes con parálisis faciales (PF) de diversa etiología. Caso 1: mujer de 73 años de edad con historia de otitis de repetición con otorrea fétida, que presenta PF izquierda progresiva de 3 días de evolución. Juicio clínico (JC): otitis media crónica colesteatomatosa reagudizada. Tratamiento: limpieza de secreciones + gotas óticas con corticoides+ATB oral. Caso 2: Paciente de 5 años de edad con herpes zoster ótico de 2 semanas de evolución con PF izquierda. JC:

síndrome de Ramsay Hunt. Tto: aciclovir + corticoides orales. Caso 3: paciente de 82 años con PF de 2 días de evolución, ausencia de síntomas asociados. JC: parálisis idiopática. Tto: corticoides orales. Caso 4: mujer de 48 años con PF de 2 años de evolución y algias faciales intensas. JC: neoplasia de parótida. Tto: quimio + radioterapia.

Resultados: Caso 1: restitución completa. Caso 2: PF grado II a los 6 meses. Caso 3: restitución completa. Caso 4: persistencia de PF grado VI, mejor control del dolor.

Conclusiones: Las parálisis faciales se pueden presentar a cualquier edad. La exploración ORL es fundamental para el diagnóstico. Los corticoides son básicos en las fases agudas. Las tasas de recuperación son variables.

303. TUMORACIÓN NASAL ATÍPICA. RAHE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

R. de la Fuente, M. Jáñez Moral, P. Santos, F.J. del Rey, P. Antúnez y F. Franco

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: El hamartoma adenomatoso de epitelio respiratorio (RAHE), es una entidad descrita recientemente caracterizada por la presencia anormal de formaciones glandulares que aparecen en la cavidad nasal. La etiología de esta lesión no está clara y puede ser secundaria a procesos nasosinusales inflamatorios.

Material y métodos: Paciente varón de 71 años que acude a consulta por presentar insuficiencia ventilatoria nasal bilateral de 3 meses de evolución acompañándose de rinorrea, sin epistaxis. No refiere otra sintomatología rinosinusal. A la exploración mediante endoscopia nasal se visualiza una lesión vegetante en fosa nasal derecha dependiente del cornete inferior y que alcanza la nasofaringe. En el TAC se confirma la existencia de una tumoración de 3 cm de diámetro y 6 cm de eje antero-posterior que ocupa la mitad inferior de la fosa nasal derecha dependiente de cornete inferior, provocando importante desviación septal hacia la izquierda. No produce erosiones óseas. Alcanza la coana derecha y se introduce en la luz rinofaríngea.

Resultados: Se toma una primera biopsia que es informada como rinitis crónica. Posteriormente se realiza cirugía para exéresis de la lesión mediante proceso endoscópico además de antrostomía maxilar bilateral. Finalmente el tejido es informado como lesión hamartomatosa hipervascularizada y polipoide perteneciente al grupo de las RAHE.

317. UN ADENOMA GIGANTE DE GLÁNDULA SUBMAXILAR

A. Ruiz-Fornells Noreña, M. Portell Soriano, M.M. Lasso de la Vega Zamora y J. López Moya

Hospital Severo Ochoa. Madrid. España.

Introducción: Los tumores de la glándula submaxilar son menos frecuentes que los de la glándula parótida, alrededor del 20%. En el 50% de los casos son benignos. En la clínica se presentan como pequeños tumores que van creciendo lentamente.

Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente con un bulto submaxilar en el lado derecho, de dos años de evolución, de gran tamaño, sin otra sintomatología. El resultado de la ecografía con punción muestra una masa sólida en relación con la glándula submaxilar sugestiva de adenoma pleomorfo. El TC aprecia tumoración sólida de glándula submaxilar, bien delimitada, de 5 × 5 × 5 cm de diámetro, no demostrando adenopatías.

Resultados: Se realiza una cervicotomía, con exéresis completa de la tumoraciónn y de la glándula, sin rotura capsular. El resultado anatomopatológico: es un tumor encapsulado diagnosticado de adenoma pleomorfo de glándula submaxilar.

Discusión: La probabilidad de que fuera un tumor benigno era del 50%. La paciente no refería ningún dolor, enrojecimiento, ni signos neurológicos, lo que aumentaba esta probabilidad. La paciente nunca consultó a su médico de cabecera por temor, por lo que continuó creciendo el tumor progresivamente, alcanzando un gran tamaño, siendo esto poco habitual en la consulta.

330. MUCOCELE FRONTAL. A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS CON SELLADO DEL SENO POR BIOMET CEMENT BONE®

M. Valido Quintana, A.M. Pérez Orribo, D. Díaz Rodríguez, A.M. Oviedo Santos, M.A. Ojeda Rodríguez, J.J. Benítez del Rosario y J.M. Cuyás de Torres

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: El mucocele de senos paranasales es una formación quística tapizada por un epitelio respiratorio, sin conexiones con las cavidades sinusales o nasales y que contiene un líquido mucoso secretado por esta mucosa. Los mucoceles en su crecimiento pueden debilitar o erosionar las paredes de estructuras vecinas generando complicaciones en vecindad que se deben resolver con la extirpación del mismo. Dicha exéresis puede realizarse por vía endoscópica o mediante abordaje externo con relleno mediante grasa abdominal. Proponemos un método de cierre que estabiliza las estructuras vecinas en mucoceles con destrucción de las paredes óseas del seno frontal.

Material y métodos: Presentamos cuatro casos de mucocele frontal con destrucción de las paredes óseas y afectación de estructuras vecinas (órbita, hemisferio cerebral anterior) que intervenimos mediante abordaje externo con exclusión del seno y remodelación de las paredes afectas con cemento óseo de baja viscosidad (Biomet Cement Bone®).

Resultados: Conseguimos la extirpación total del mucocele, vaciando el contenido mucoso del seno y resecando el epitelio tapizante. Tras rellenar el seno mediante Biomet Cement Bone® se restituyen los bordes óseos y se estabilizan las estructuras vecinas, no produciéndose ningún tipo de rechazo ni efecto secundario del paciente.

Conclusiones: El uso del material sintético Biomet Cement Bone® para la exclusión y remodelacion ósea del seno frontal se revela como una técnica útil para el tratamiento de algunos mucoceles de dicho seno.

333. OSTEOMA FRONTO-ETMOIDO-ORBITARIO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

D. Díaz Rodríguez, A.M. Oviedo Santos, M. Valido Quintana, A.M. Pérez Orribo, S. Domínguez Sosa, F. Ayudarte Tapia y J.M. Cuyás de Torres

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: El osteoma sinusal es un tumor osteogénico de hueso maduro y crecimiento lento, con mayor incidencia en senos frontal y etmoidal. Poco sintomático, suele detectarse de forma casual en estudios radiológicos. Cuando da clínica suele manifestarse con cefalea y síntomas sinusales por obstrucción del óstium de drenaje del seno. Si aumenta el tamaño puede producir diplopía y deformidades faciales.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 55 años con cuadro de exoftalmos, diplopía y dolor periorbitario. Se realiza TAC, siendo compatible con osteoma fronto-etmoido-orbitario.

Resultados: Se procede a la exéresis de la tumoración mediante abordaje combinado vía CENS/externa, con sellado del defecto frontal mediante placa de titanio.

Conclusiones: El osteoma de seno paranasal es una entidad poco frecuente, de larga evolución y generalmente asintomática. En casos graves puede producir ocupación de la órbita y erosión hacia el endocráneo. La cirugía es el tratamiento de elección, indicada en todos los casos sintomáticos y/o cuando se objetiva su crecimiento.

343. OSTEOMA MAXILAR TRAS MANIPULACIÓN DENTARIA

A.M. Oviedo Santos, D. Díaz Rodríguez, A.M. Pérez Orribo, M. Valido Quintana, M.S. Cabrera Ramírez, S. Domínguez Sosa y J.M. Cuyás de Torres

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: Los osteomas son proliferaciones endósticas o perióstica, generalmente circunscritas, que aparecen con mayor frecuencia en los senos frontales y etmoidales. Suelen ser asintomáticos y aparecer como hallazgo radiológico. En otras ocasiones causan cefalea y sintomatología sinusal por oclusión del óstium de drenaje. Si su crecimiento es amplio, pueden producir deformidades faciales o diplopía por compresión del cono orbitario. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección, necesaria si existe sintomatología, fundamentalmente dolor, o evidencia de crecimiento en estudios de imagen seriados.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 26 años con clínica compatible con sinusitis y antecedente de manipulación dentaria. Realizado TAC de senos, donde se observa ocupación del seno maxilar izquierdo por masa de partes blandas con aéreas calcificadas. Se extrae, la lesión vía CENS y se envía a anatomía patológica con resultado de osteoma maxilar izquierdo con reacción gigantocelular a cuerpo extraño.

Discusión: Los osteomas nasosinusales son entidades poco frecuentes que pueden confundirse con múltiples procesos. Ante un paciente con clínica de sinupatía y manipulación dental, debe llevarse a cabo una historia clínica, exploración física y pruebas complementarias (TAC).

357. MASA PARAFARÍNGEA DERECHA EN NIÑA DE 13 AÑOS

I. Arruti González, N. Fernández Arrechea, J. Zubicaray Ugarteche, P. Rodríguez, E. Maraví Aznar y L. Arbizu Ruiz

Servicio de ORL. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

Introducción: Paciente afecta de migraña común, valorada a los 8 años de edad, acude por persistir la sintomatología, la madre está diagnosticada de malformación de Chiari. Se solicita estudio de RM craneal y columna cervical para descartar malformación de Chiari.

Métodos: A nivel de la nasofaringe se observa una imagen de masa que ocupa el espacio carotídeo y parafaríngeo derechos con discreta extensión paravertebral a nivel de C2. Sus dimensiones aproximadas son de 4,5 × 4,3 × 2,2 cm provocando un desplazamiento anterior de la carótida y medial de la mucosa faríngea. En la exploración ORL se objetiva un ligero abombamiento a nivel orofaríngeo derecho, no detectándose anomalías en la palpación cervical. Se realizó TAC, RNM, Ecografía cervical, PAAF.

Resultados: Las diversas exploraciones fueron una imagen de masa que ocupaba el espacio carotídeo y parafaríngeo derechos que por sus características de resonancia sugerían naturaleza quística, siendo probables etiologías como higroma quístico, quiste branquial o quiste glandular, sin descartar tumor neurogénico quístico. La PAAF y posterior citología no fueron concluyentes. Fue intervenida quirúrgicamente con el resultado de neurofibroma.

Conclusiones: Un estudio casual a raíz de un cuadro migrañoso, nos llevó al hallazgo de una tumoración en espacio parafaríngeo derecho en el que el diagnóstico definitivo fue realizado tras su extracción quirúrgica.

358. PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA EN PRIMOINFECCIÓN POR VARICELA

M.M. Medina, A. Cordero, T. Labatut, E. Mora y R. Polo

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: Mientras que el síndrome de Ramsay-Hunt es la segunda causa más frecuente de parálisis facial, como complicación neurológica aislada de la primoinfección por varicela se estima en un 0,01-0,03%.

Material y métodos: Paciente de 80 años ingresada por síndrome coronario agudo. A los 20 días del ingreso comienza con lesiones vesiculosas con distribución corporal total. Cinco días después avisan por otalgia izquierda sin otra clínica otológica ni vertiginosa asociada. En la otoscopia se objetiva otorrea blanquecina en conducto auditivo externo izquierdo, membrana timpánica normal y costras en pabellón auricular izquierdo. Al día siguiente presenta una parálisis facial izquierda de características periféricas grado IV en la escala de House-Brackmann. El resto de la exploración otoneurológica fue normal.

Resultados: Se confirmó el diagnóstico de primoinfección por varicela mediante titulación por técnica de inmunofluorescencia indirecta sobre células infectadas por el virus de la varicela-zoster (IgM 1:20, IgG 1:80). En la audiometría tonal se objetivó una hipoacusia neurosensorial bilateral compatible con presbiacusia. La tomografía computarizada y la resonancia magnética de hueso temporal fueron normales. La paciente fue tratada con corticoterapia, valaciclovir, asociación de tobramicina-dexametasona en gotas óticas y tratamiento profiláctico de queratopatía seca. Fue reevaluada a las 3 semanas presentando una recuperación parcial de la función facial (grado III).

Conclusión: La parálisis facial puede aparecer como complicación aislada de una primoinfección por virus varicela zóster, sin otra clínica otológica asociada. En estos casos el pronóstico suele ser bueno, recuperándose el 80% de los pacientes.

367. MENINGIOMA DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO

R. Polo López, A. Alonso Seco y T. Labatut Pesce

Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: Los meningiomas son tumores que se originan a partir de las cubiertas meníngeas, de las prolongaciones aracnoideas o de una situación ectópica de las mismas. La mayoría se originan en la superficie posterior del peñasco, pudiendo afectar al CAI en su crecimiento. Los meningiomas primarios del CAI son extremadamente raros.

Caso clínico: Varón de 61 años que en la preparación para un implante coclear en el oído izquierdo (cofosis de oído izquierdo e hipoacusia neurosensorial profunda de oído derecho, secundarias a otitis media crónica bilateral), se observa en la resonancia magnética una lesión en conducto auditivo interno derecho compatible con un schwannoma vestibular. Se decide realizar el implante coclear en el oído izquierdo y a los 3 meses se extirpa la tumoración del conducto auditivo interno derecho con el resultado anatomopatológico de meningioma.

Discusión: Desde el punto de vista clínico, los meningiomas suelen ser más insidiosos que el SV. En la RM son lesiones homogéneas, hipodensas en T1 e isodensas en T2, y captan tras la administración de gadolinio. Suelen tener una base de implantación más amplia, a veces presentan calcificaciones en su interior y pueden generar una hiperostosis del hueso circundante. La presencia de la "cola dural" (captación de la contraste por la duramadre próxima a la lesión) es sugestiva de un meningioma, aunque no patognomónica. Los meningiomas primarios del CAI son extremadamente raros y cuando se originan en esta localización son, en la mayoría de los casos, indistinguibles del SV.

377. SINUSITIS MAXILAR-MICETOMA DE FOSA NASAL

J. Gomez Suárez, M. Cardier Suárez, Í. Luqui Albisua, C. Fernández Castaño y A. Municio

Hospital de Cruces. Bilbao. España.

Introducción: La sinusitis crónica fúngica se trata de una patología cuya incidencia va en aumento. No es un tipo de sinusitis frecuente, pero debe de sospecharse su diagnóstico ante una rinorrea unilateral crónica asociada a cacosmia. La prueba de imagen de mayor valor es el TAC, donde aparece una masa con calcificaciones, y la confirmación diagnóstica la obtendremos con la anatomía patológica, tras la cirugía y extracción vía endoscópica.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 54 años que acude por rinorrea crónica unilateral y cacosmia. A la exploración se aprecia una masa amarillenta en meato medio de fosa nasal derecha. En el TAC se aprecia una masa con calcificaciones ocupante de espacio sin erosión de paredes óseas. Tras la sospecha de cuerpo extraño o micetoma se realiza extirpación vía endoscópica. En resultado anatomopatológico constata material fúngico.

Discusión: Se ha demostrado que la incidencia de sinusitis fúngica en pacientes inmunocompetentes va en aumento. Ante una rinorrea crónica diagnosticada de sinusitis, que se muestra resistente a tratamiento antibiótico habitual, debemos tener presente la posibilidad de origen fúngico. La prueba de imagen de mayor valor diagnóstico es el TAC, así como útil para plantear un abordaje endoscópico para la extirpación. El hongo más habitual es el Aspergillus fumigatus y el seno más frecuentemente afectado es el maxilar de manera unilateral.

Conclusiones: La sinusitis fúngica no invasiva en pacientes inmunocompetentes, es una infección cada vez más frecuente a tener en cuenta en pacientes con sinusitis crónica resistente a antibioterapia habitual. La prueba de imagen de mayor valor es el TAC, y la extracción de la masa por vía endoscópica el tratamiento de elección en la mayoría de los casos.

382. TUMOR NEUROENDOCRINO DE CÉLULAS GRANDES EN LARINGE

V. González Arias, P. Escobar Rincón, E. Macón Liquete, R. Barnoya Sanchinelli, M. Rey García, R. Cobiella y P. Ortega del Álamo

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. España.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos primarios localizados en laringe son poco frecuentes. Actualmente existen pocos más de 100 casos descritos. Estos tumores se clasifican en "diferenciados", "moderadamente diferenciados" y pobremente diferenciados", estos últimos a su vez subdivididos en tumores de células pequeñas y de células grandes. Variando su pronóstico según a que subgrupo pertenezcan. Existe muy escasa literatura acerca del subtipo "Carcinoma indiferenciado de células grandes" (CNECG). La mejor opción de tratamiento en la actualidad es el tratamiento quirúrgico si es posible, y bien como primario o como rescate la QT.

Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente de 57 años, que acude a consultas externas de nuestro servicio con la única sintomatología de "sensación de cuerpo extraño" en la garganta. La exploración básica de ORL es normal salvo la nasofibroscopia que demuestra una masa en seno piriforme derecho. En la TAC de cuello se observa tumoración de unos 2 cm que afecta a seno piriforme derecho sin afectación de otra estructura laríngea. El estudio de extensión fue negativo.

Resultados: Se realiza biopsia de la lesión y la anatomía patológica y el estudio inmunohistoquímico muestra: una neoplasia de estirpe neuroendocrinológica, pobremente diferenciada, diagnosticándose de CNECG. Posteriormente, la paciente se deriva al servicio de Oncología recibe tratamiento con quimioterapia. Actualmente está en su segundo ciclo de quimioterapia.

Discusión/conclusiones: El correcto diagnóstico inmunohistoquímico es el paso más importante en el manejo de estos pacientes, ya que es el principal factor determinante de la terapéutica futura. En la actualidad la paciente se encuentra asintomática y sin signos de extensión tumoral.

386. DIFICULTAD EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES CENTROFACIALES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

P. Seguí Moya[a], A.G. Blanco Cabañero[b], N. Gómez Gabaldón[a], M. Jiménez García[a], P. Masegosa Zapata[a], C.A. Pérez Fernández[a], F. Cerván Rubiales[a] y T. García Fernández de Sevilla[a]

[a]*Servicio de ORL.*
[b]*Servicio de Radiología.*
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Objetivos: 1. Revisar el diagnóstico diferencial de lesiones destructivas centrofaciales. 2. Mostrar la utilidad del TC y RM para el diagnóstico y estudio de extensión de estas enfermedades. 3. Evidenciar la dificultad en diferenciar anatomopatológicamente las lesiones.

Material y métodos: Caso 1: paciente de 29 años con lesión destructiva centrofacial, consumidora de cocaína, con mala evolución clínica y estudios seriados TC multicorte con reconstrucciones 2D (axial y coronal) y 3D y RM, que muestran progresión de la enfermedad. Con resultados de biopsias seriadas inespecíficas, finalmente se consigue identificar un foco de Linfoma T/NK. Caso 2: paciente de 55 años con insuficiencia respiratoria nasal de varios meses de evolución que no mejora con tratamiento habitual, presenta a la exploración masa excrecente, sangrante, en 2/3 de septum. En las biopsias prequirúrgicas se informa de Ca. epidermoide queratinizante bien diferenciado e infiltrante. Resección mediante rinotomía paralateronasal izquierda. Informe A.P. definitivo de la pieza quirúrgica: linfoma T/NK.

Conclusiones: El consumo de cocaína, aumenta la prevalencia de lesiones destructivas centrofaciales. La cocaína, puede suponer un factor de confusión dentro del amplio abanico de enfermedades denominadas lesiones destructivas centrofaciales: tanto por negación de su consumo que obliga a buscar patologías diferentes a la necrosis por cocaína (Wegener, sarcoidosis, linfoma T/N...), como por presencia de cocaína enmascarando otra patología subyacente causante del defecto centrofacial. Como se demuestra en estos dos casos: nunca descartar la posibilidad de neoplasia, pese a biopsias negativas repetidas, si el defecto progresa clínica y radiológicamente. La TC multicorte y la RM suponen, en estudios seriados, armas fundamentales para el diagnóstico diferencial con el granuloma de línea media. Las biopsias iniciales de lesiones centrofaciales pueden tener baja rentabilidad. Muy importante tomar biopsias amplias y aleatorizadas.

389. MANEJO DEL SÍNDROME DE LEMIERRE COMPLICADO

P. Seguí Moya[a], A.G. Blanco Cabañero[a], P. Masegosa Zapata[a], M. Jiménez García[a], N. Gómez Gabaldón[a], J.D. Contreras Sánchez[a], M. Acebal Lucía[a] y T. García Fernández de Sevilla[a]

[a]*Servicio de ORL.*
[b]*Servicio de Radiología.*
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Objetivos: 1. Revisar las características de presentación del síndrome de Lemierre. 2. Analizar el manejo médico (antibiotico-

terapia, anticoagulación, etc.) quirúrgico (necesidad de drenajes seriados de colecciones purulentas cérvico-torácicas) y de soporte vital de los pacientes con síndrome de Lemierre con evolución tórpida.

Material y métodos: Paciente de 32 años sin antecedentes previos de interés, presenta cuadro de amigdalitis pultácea tratado de forma ambulatoria, con progresión inflamatoria a áreas cervicales II y III, mal estado general, artralgias y dolor pleurítico intenso. La paciente presenta trombosis de la vena yugular derecha y derrame pleural derecho con nódulos en TC cervicotorácico compatibles con émbolos sépticos. En hemocultivo se aíslan Streptococcus anginosus y Fusobacterium necrophorum. La paciente evolucionó con derrame pleural bilateral, cavitación de nódulos, derrame pericárdico, mediastínico y múltiples abscesos en espacios submaxilares, parotídeos, parafaríngeo y retrofaríngeo, que requirieron 3 drenajes quirúrgicos. Requirió estancia en UCI durante 28 días.

Conclusiones: El síndrome de Lemierre o sepsis postangina, consiste en una complicación supurativa de un faringo-amigdalitis, causada en el 81% por un anaerobio Gram- llamado Fusobacterium necrophorum. Después de la infección orofaríngea, se produce una trombosis de la vena yugular y múltiples émbolos sépticos metastáticos pulmonares. Presenta una mortalidad de 4 al 7% pese al tratamiento. En los últimos 15 años se han descrito un aumento de los casos debido a una selección de las cepas por la antibioticoterapia. El tratamiento médico se basa en amoxiclavulánico, ticarcilina-clavulánico o cefalosporinas + metronidazol iv (4 semanas). Hay que realizar drenajes quirúrgicos de las colecciones cervicales y el derrame pleural. Está indicado la ligadura de la vena yugular trombosada si no se consigue detener los embolismos sépticos recurrentes y manejar las complicaciones derivadas de ellos.

396. ¿CUÁL ES LA MEJOR TÉCNICA DE AMIGDALECTOMÍA? ¿DISECCIÓN, BIPOLAR, ULTRASONIDOS?

N. Gómez Estancona

Hospital de Cruces. Bilbao. España.

Introducción: Presentamos los casos operados de amigdalectomía desde el año 2007 en el Hospital Infantil de Cruces. Comparamos las complicaciones encontradas especialmente las hemorragias postamigdalectomía con las diferentes técnicas.

Discusión/conclusiones: La técnica mejor es por disección y hemostasia selectiva combinada con bipolar y ligaduras de Vicril. A pesar de intentar introducir los nuevos métodos de ultrasonidos, parece ser que el método de la disección clásica es lo más aconsejable.

406. TUMORES MALIGNOS DE FOSAS NASALES

K. Zubimendi Eguiguren, R. Lopez Diu, J. Aranberri Aresti y H.Trelles Vargas

Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Por la relación anatómica de fosas nasales y senos paranasales en la mayoría de las ocasiones hay que hablar de tumores nasosinusales. Una de las características de estos tumores es la gran diversidad histológica que presentan aunque predominan las de estirpe epitelial como ocurre en el resto de tumores de cabeza y cuello. Presentamos diferentes tipos histológicos de tumores malignos de fosas nasales diagnosticados en los últimos años así como el tratamiento realizado en cada uno de ellos. Destacar la importancia que tiene en el diagnóstico tener un elevado índice de sospecha para hacer un diagnóstico precoz.

409. DIPLOPÍA Y EDEMA FACIAL

C.E. Soria Checa, B. Meliá Casado, E. Pont Colomer, J. Aldasoro Martí y J.M. Gozalbo Navarro

Hospital General de Castellón. Castellón. España.

Introducción: El carcinoma de nasofaringe es una entidad en la que en más del 90% de los casos el tipo más frecuente es el indiferenciado. Es infrecuente y en los países occidentales, endémico en la cuenca mediterránea y del Magreb, y sobre todo en el sudeste asiático. El promedio de edad de aparición varía según la zona geográfica y el tipo histológico.

Caso clínico: Varón de 33 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que acude al Servicio de Urgencias por cefalea en región temporal izquierda de un año de evolución, otorrea izquierda y tumefacción parotídea ipsilateral de tres meses de evolución que no mejoran tras tratamiento. Tras presentar ptosis palpebral y diplopía se decide ingreso. Se aprecia una tumefacción parotídea izquierda, una paresia del VI pc del mismo lado, una otoscopia muy dolorosa con otorrea blanquecina y una masa que obstruye coana izquierda. La biopsia de cávum es informada de carcinoma indiferenciado tipo linfoepitelial. La TAC y RNM informan de una masa en fosa infratemporal izquierda, que se introduce en fosa nasal izquierda, órbita, esfenoides, etmoides y maxilar ipsilateral, con destrucción ósea de base de cráneo izquierdo e infiltración de partes blandas faciales y región parotídea izquierda. Adenopatías laterocervicales izquierdas. Tras someter el caso al Comité Oncológico se decide aplicar tratamiento oncológico.

Discusión/conclusiones: Es un tumor especial debido a su evolutividad, un alto potencial metastásico y a su aparición en personas jóvenes sin factores de riesgo "clásicos" (tabaco y alcohol), así como por su relación etiológica con el VEB. Los síntomas de presentación son diversos, pero pueden agruparse en nasales, cervicales, neurológicos y otológicos. El tratamiento se basa en la radioterapia locorregional.

423. FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN DE ODINOFAGIA. SÍNDROME DE EAGLE

R. de la Fuente, M.I. Calle, S. Estévez, J.C. del Pozo, M. Jáñez y J.L. Gómez

Hospital Clínico de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: El síndrome de Eagle fue descrito en el año 1937 por el otorrinolaringólogo alemán W. Eagle en pacientes amigdalectomizados y que presentaban con posterioridad dolor orofaríngeo y cervical y en los que radiográficamente se visualizaba un alargamiento de las apófisis estiloides. Se trata de una entidad poco conocida pero que debe tenerse en consideración en el diagnóstico diferencial de algunas cervicalgias y en los casos de neuralgia del glosofaríngeo. Clínicamente puede presentarse de dos maneras diferentes: por dolor espástico y persistente en la faringe, en pacientes que pueden haber sido sometidos a amigdalectomía y que tienen unas estiloides mayores de 3 cm u osificación del ligamento estilo-hioideo y por dolor faríngeo que se acentúa con los movimientos de la cabeza, dolor de cabeza y vértigo en pacientes que no han sido sometidos a cirugías previas. Ambos casos se confunden habitualmente con neuralgia del glosofaríngeo.

Material y métodos: Paciente varón de 62 años que acude a consulta por odinofagia de tiempo de evolución y dolor a punta de dedo en la región laterocervical alta izquierda. La exploración de la cavidad oral y endoscópica son normales. A la palpación endobucal se evidencian ambos procesos estiloideos de gran longitud. Se realiza la TAC que pone de manifiesto el alargamiento de las apófisis estiloides.

Discusión: El diagnóstico se basa en la clínica y los estudios radiográficos. En la exploración se puede palpar la estiloides dentro de la fosa tonsilar, desencadenando dolor intenso. La radiología simple de la columna cervical muestra el alargamiento de la estiloides que se confirma con tomografía computarizada al observar una estiloides, que en condiciones normales mide hasta 2,5 cm, alcanza en estos casos una longitud superior a los 3 cm. El tratamiento es inicialmente farmacológico incluyendo infiltraciones locales con esteroides y anestésicos locales. Cuando falla el tratamiento médico está indicada la resección quirúrgica siguiendo una vía orofaríngea o bien usando una vía lateral en el cuello.

453. RINOSINUSITIS SECUNDARIA A RINOLITIASIS

M. Gil Calero, C. Molina Quirós, M. Colmenero Ruiz y R. Sanz Fernández

Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Introducción: Los rinolitos o rinolitiasis son masas nasales mineralizadas resultado de un cuerpo extraño exógeno o endógeno en la fosa nasal. Es una patología infrecuente con clínica progresiva e inespecífica, por lo que el diagnóstico suele ser tardío.

Caso clínico: Paciente de 10 años con antecedentes de sinusitis recurrentes. Consulta por Rinorrea purulenta y halitosis. A la exploración física en la rinoscopia anterior se objetiva una masa dura recubierta por mucosa, que se extiende desde el septum al cornete inferior y oblitera la fosa nasal izquierda. El resto de exploración era normal. En la radiografía de senos existe engrosamiento mucoso de SMI y una masa calcificada en suelo de fosa nasal izquierda. Se procede a su extracción con endoscopio rígido y aspirador curvo bajo anestesia local. Pautamos tratamiento con amoxicilina-clavulánico 500 mg/8h 10 días y lavados con suero. Anatomía patológica: cuerpo de consistencia ósea de 3,5 × 1,5 cm con núcleo de plástico. Microscópicamente tejido fibronecrótico con calcificaciones compatible con rinolito. En revisiones posteriores permaneció asintomática. Juicio clínico: rinolitiasis.

Discusión: Los rinolitos suelen ser unilaterales, esféricos y de consistencia dura o friable. La clínica característica consiste en rinorrea purulenta con obstrucción nasal unilateral y es una entidad a tener en cuenta ante sinusitis crónica refractaria a tratamiento. El diagnóstico se realiza con rinoscopia anterior y endoscopia rígida. La extracción generalmente se realiza vía anterior y a veces es necesario fragmentarlo para poder extraerlo.

454. DISPLASIA FIBROSA DEL HUESO TEMPORAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Gil Calero, E. Durio Calero, V. Campos Paradinas y R. Sanz Fernández

Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Introducción: La displasia fibrosa es una enfermedad benigna caracterizada por invasión ósea de tejido fibroso. Hasta en un 30% de los casos existe afectación craneofacial, con localización más frecuente en hueso maxilar.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 30 años con antecedente de traumatismo craneoencefálico. Es remitida por hallazgo en TC craneal realizado en urgencias de lesión en mastoides izquierda. La paciente no refería sintomatología. A la exploración: palpación mastoidea normal. Otoscopia y resto de exploración ORL sin alteraciones. Pruebas complementarias: audiometría tonal con PTA bilateral en 30 db. TC de mastoides: imagen con densidad de partes blandas y reborde escleroso en mastoides izquierda compatible con displasia fibrosa. En el TC de control a los 6 meses persiste lesión sin cambios. Ante la ausencia de progresión se decidió seguimiento de la paciente y revisión radiológica anual. Juicio clínico: displasia fibrosa del temporal.

Discusión: La displasia fibrosa comienza en la infancia y progresa, deteniéndose con el crecimiento óseo. Su diagnóstico generalmente es casual y raramente se localiza únicamente en hueso temporal. Cuando se producen manifestaciones suele ser por compresión o dolor por fracturas. En cuanto al tratamiento la observación es la actitud más aceptada en casos asintomáticos. La cirugía está indicada cuando existen deformidades importantes o complicaciones neurológicas. La malignización es rara (0,4-05%). Sospecharla cuando se produce dolor o extensión.

470. DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA TEMPORAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.D. Alguacil Palomares, C. Santoyo Marrero, M.C. Trujillo Vargas, L. Zaragoza Contreras y M. González Pérez

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

Introducción: La Displasia Fibrosa (DF) es un trastorno benigno, idiopático caracterizado por una transformación del tejido óseo en un anormal tejido fibroso. Fue descrita originalmente por McCune-Albright asociada a manifestaciones endocrinas y dermatológicas, aunque con posterioridad se presentó su variedad poliostótica y monostótica. La manifestación monostótica craneofacial aparece en tan sólo el 10% de los casos, describiéndose raramente en el temporal. Presentamos un caso de DF que afecta al temporal analizando su sintomatología y tratamiento.

Material y métodos: Mujer de 63 años remitida por hallazgo casual de lesión mastoidea izquierda en RMN craneal. Clínicamente presenta otalgias ocasionales en oído izquierdo, molestias en región mastoidea homolateral de larga evolución, así como algiacusia. Otoscopia sin hallazgos. El estudio audiológico objetiva una hipoacusia perceptiva en frecuencias agudas congruente con presbiacusia. El TAC de peñascos informa de lesión lítica que ocupa la totalidad de las celdas mastoideas izquierdas y se aproxima a la tercera porción del facial, sin afectación de oído interno, medio, ni externo. En la gammagrafía ósea se observa un intenso depósito de radiotrazador en la mastoides izquierda, con progresión hacia el resto del temporal compatible con remodelación ósea.

Resultados: Se realiza antrotomía y biopsia de cortical mastoidea izquierda, apreciándose una gran cavidad mastoidea con áreas de necrosis. El informe anatomopatológico es compatible con displasia fibrosa.

Discusión/conclusiones: Dada la benignidad del proceso, el tratamiento debe ser quirúrgico cuando aparecen trastornos patológicos inducidos por la displasia (colesteatoma), así como anomalías morfo-funcionales (estenosis del CAE, CAI...) En nuestro caso no aparece ninguna de estas premisas. Se discute, actualmente, la utilización de bifosfonatos ya que reducen la actividad osteoclástica y mejoran el dolor óseo.

472. LARINGOPIOCELE MIXTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. González Doñate, S. Naches, E.I. Genestar Bosch y E. Perelló

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: El laringocele es una afección rara, que en ocasiones puede sobreinfectarse y formar un laringopiocele. Al igual que el laringocele puede ser interno, externo o mixto.

Caso clínico: Varón de 48 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a urgencias por cuadro rápidamente progresivo de 24 horas de evolución de odinofagia y voz de ocupación. A la exploración se observa tumefacción cervical bilateral de predominio izquierdo. En la laringoscopia indirecta se eviden-

cia edema del repliegue ariepiglótico izquierdo y abombamiento de la banda ventricular izquierda con un paso aéreo disminuido. La TC urgente muestra dos lesiones redondeadas con un nivel hidroaéreo, encapsulado en el espacio graso preepiglótico la primera y otra más lateral. Se orienta como un laringopiocele mixto con compromiso de la vía aérea y se realiza drenaje quirúrgico mediante microcirugía endolaríngea, con abundante salida de material purulento.

Discusión: El laringopiocele es una entidad poco frecuente que requiere una observación rigurosa por la posible progresión interna y obstrucción de la vía aérea. En el del adulto, la exclusión de una neoformación laríngea debe ser sistemática.

Conclusiones: El laringopiocele puede revelarse de forma súbita precisando intervención quirúrgica urgente.

473. SÍNDROME DE SJÖGREN Y PARÓTIDA MULTIQUÍSTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. González Doñate, C. García-Vaquero, M. García-López y E. Perelló

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: El síndrome de Sjögren cursa típicamente con inflamación y destrucción de las glándulas exocrinas. Es frecuente observar un aumento de la glándula, de forma aguda o crónica.

Caso clínico: Mujer de 76 años que acude a urgencias por tumefacción en región parotídea derecha de 48 horas de evolución y síndrome febril. Como antecedente destaca un síndrome de Sjögren primario de aproximadamente 15 años de evolución. En la exploración se observa eritema y tumefacción dolorosa de la parótida. No presenta parálisis facial periférica. En la analítica se evidencia leucocitosis. Se solicita una TC urgente que muestra imágenes múltiples hipodensas en ambas parótidas con una imagen inflamatoria global de la parótida derecha. Se diagnostica de parótidas multiquísticas con sobreinfección de la derecha.

Discusión: Un 25-66% de pacientes con síndrome de Sjögren primario presenta un aumento de tamaño de las glándulas parotídeas. Esta inflamación puede ser crónica o recidivante. La afectación multiquística bilateral puede hacer sospechar el diagnóstico de síndrome de Sjögren. La TC es útil para el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.

Conclusiones: La afectación en el síndrome de Sjögren de la glándula parótida es frecuente.

492. EL TAMAÑO IMPORTA. OBSTRUCCIÓN GRAVE DE LA VÍA AÉREA POR ANGIOEDEMA

F.J. Avilés, K. Planas, E. Domènech, A. Pobo, M. Tobed y E. Figuerola

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitari de Reus Joan XXIII. Tarragona. España.

Introducción: El angioedema es un edema localizado y bien delimitado que afecta a las capas profundas de la piel, incluido el tejido celular subcutáneo. Se llama angioedema agudo si duran menos de seis semanas.

Caso clínico: Paciente varón de 62 años que ingresa angioedema rápidamente progresivo. Como antecedentes destacan síndrome de Down, DM tipo 2 e hipertensión tratada con IECA desde hace cinco años. Previamente asintomático, el paciente inicia cuadro de molestias linguales que progresa rápidamente a edema lingual, sin urticaria ni prurito. La nasofibrolaringoscopia, muestra tan sólo edema en lengua móvil y base de lengua sin afectación de áreas supraglóticas-glóticas. El paciente presenta disnea de rápida instauración por compromiso grave de la vía aérea que precisa traqueostomía emergente. Se inició corticoterapia a altas dosis y antihistamínicos H1 y se retiran IECAs. Se descartaron tanto reacciones alérgicas histamínicas (no introducidos nuevos tratamientos recientemente) como déficit hereditario o adquirido de C1-inhibidor (niveles de complemento C4 y C1-inhibidor normales).

Discusión: En este caso se debían tener en cuenta varis aspectos, tales como la patología de base del paciente, que incluye sindrómicamente la macroglosia y la no introducción de nuevos fármacos. Como se puede ver en las imágenes, el paciente no sufre especial aumento del tamaño lingual. Asimismo, se describen reacciones al los IECA incluso años después de su administración.

Conclusiones: Después de asegurar la vía aérea de pacientes con reacciones antiedematosas o alérgicas, es importante el estudio etiológico. Comprobamos que el área ORL es la que más se afecta en reacciones alérgicas.

496. MENINGITIS POR HAEMOPHILLUS PARAINFLUENZAE EN CONTEXTO DE SINUSITIS ETMOIDOESFENOIDAL

E. Domínguez Durán, F. Esteban Ortega, A. Gómez Torres, M.A. García Villarán y R. Moya Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: Haemophillus parainfluenzae es una bacteria saprófita de la vía aérea superior. Raras veces produce infecciones intracraneales, asociándose éstas a inmunodeficiencias congénitas o adquiridas.

Material y métodos: Se presenta a una paciente de 20 años de edad, con antecedentes de tuberculosis pulmonar hace dos años, que acude al servicio de Urgencias por cefalea intensa y disminución del nivel de conciencia de horas de evolución (GCS 10). No presenta signos meníngeos. Se practica TAC urgente, en la que se visualiza ocupación de senos etmoidales posteriores y esfenoidal derecho como único hallazgo patológico. Horas más tarde, se realiza nueva TAC, esta vez con cortes más finos, que muestra un neumoencéfalo próximo al seno cavernoso izquierdo.

Resultados: Con la sospecha meningitis de probable origen sinusal estmoidoesfenoidal, se intervino de etmoidectomía endoscópica urgente con el objeto de drenar el seno afecto. La paciente evolucionó favorablemente, sin secuelas neurológicas evidentes y con la única complicación de una fístula de LCR en el postoperatorio precoz que se resolvió espontáneamente. En el cultivo de LCR creció Haemophillus parainfluenzae tipo III; sin embargo, no se halló dicha bacteria en el frotis nasal, probablemente debido al tratamiento antibiótico.

Conclusiones: Las sinusitis etmoidoesfenoidales han sido descritas como de difícil diagnóstico por lo inespecífico de su sintomatología. Se ha presentado un caso en el que una TAC con cortes finos detectó un neumoencéfalo que permitió una sospecha diagnóstica precoz de meningitis bacteriana y por lo tanto una actitud quirúrgica temprana y una buena evolución clínica de la paciente.

500. QUISTE ARITENOEPIGLÓTICO DEL RECIÉN NACIDO

A. Rodríguez Fernández-Freire, E. Martínez Gutiérrez, I. Vázquez Muñoz, W. Elhendi, R. Ruiz Fito, E. Sánchez Legaza y A. Caravaca García

Hospital Puerta del Mar. Cádiz. España.
Hospital Punta de Europa. Algeciras. España.

Introducción: Los quistes laríngeos congénitos son una causa infrecuente de estridor en recién nacidos, sin embargo, su presencia condiciona un elevado riesgo en términos de morbimortalidad.

Objetivos: Nuestro objetivo es presentar un caso infrecuente de estridor, resaltando la necesidad de considerar un diagnóstico diferencial amplio en recién nacidos con estridor congénito.

Caso clínico: Recién nacido a término, sin antecedentes perinatales, que es remitido de forma urgente tras el parto por cuadro agudo de estridor asociado a dificultad respiratoria. La nasofibrolaringoscopia demostró una masa en el ventrículo laríngeo y pliegue aritenoepiglótico izquierdo de 1-2 cm de diámetro. Se procedió a marsupialización con resección de sus paredes. La evolución fue favorable, con controles posteriores hasta por 3 meses, observando una progresiva disminución del proceso inflamatorio.

Conclusiones: Los quistes laríngeos congénitos son una causa de estridor atípico que requiere alta sospecha. Se resalta la necesidad de considerar el estudio anatómico de la vía aérea en recién nacido con estridor de curso infrecuente.

506. USO DE LÁSER DIODO EN CARCINOMAS DE CAVIDAD ORAL. NUESTRA EXPERIENCIA

J. Vila Martín, N. Ortiz Laredo, R. Wegmann Vicuña, C. García-Vaquero y E. Genestar Bosch

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: Los tumores de cavidad oral plantean un desafío terapéutico por su tendencia al sangrado debido a su rica vascularización. Ello representa un potencial riesgo de obstrucción de vía aérea alta en el postoperatorio. En su exéresis quirúrgica, se han usado diversos instrumentos intentando minimizar este inconveniente. En los últimos meses hemos realizado la exéresis de algunos de estos tumores con la ayuda de láser diodo.

Material y métodos: Se exponen 2 casos clínicos de carcinoma escamoso de cavidad oral, ambos pacientes varones. En el primer caso, el tumor estaba localizado en el límite entre paladar duro y paladar blando, sin invasión ósea, y el segundo, se trataba de un tumor de borde de lengua y de surco pelvilingual.

Resultados: La extirpación de ambos tumores se vio facilitada por el uso del láser diodo debido a que el corte era más limpio, rápido y con escaso sangrado.

Discusión/conclusiones: Comparado con la exéresis con bisturí frío y electrobisturí, la ventaja que observamos al usar el láser diodo radica en la mejor visualización de los límites de la lesión debido al escaso sangrado que produce el corte. Respecto al electrobisturí, apreciamos un tacto más fino con el láser diodo a la hora de distinguir el tejido sano del tumoral al realizar el corte, y el lecho y bordes quirúrgicos presentan un menor grado de quemadura. Nos parece una herramienta útil para el tratamiento de este tipo de tumores.

511. PARÁMETROS DE NORMALIDAD DE EQUILIBRIO Y MARCHA EN INDIVIDUOS SANOS

M. Rodríguez, L. Echeverría, L. Gómez y T. Rivera

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. España.

Introducción: Para conocer las alteraciones del equilibrio y la marcha relacionados con las diferentes patologías es necesario definir previamente los patrones de normalidad de sus parámetros.

Objetivos: Describir los parámetros de normalidad de la marcha y equilibrio en mujeres sanas. Comparar estos valores en las condiciones "ojos abiertos" (OA) y "ojos cerrados" (OC). Estos parámetros forman parte de un estudio donde se compararán con los obtenidos en pacientes con vestibulopatía unilateral.

Material y métodos: Presentamos un estudio prospectivo que incluye 22 mujeres sanas. La marcha se ha estudiado mediante un sistema de análisis tridimensional del movimiento y el equilibrio mediante posturografía. Se han medido variables cinéticas y cinemáticas de la marcha (cadencia, velocidad del paso, ángulo de progresión, anchura y longitud del paso, etc.). Las variables de equilibrio medidas son el índice de estabilidad general (IEG) en condiciones estáticas y dinámicas (test de riesgo de caída). El análisis estadístico se realizó con el test de Student para muestras apareadas y el test Anova.

Resultados: La cadencia de la marcha es mayor en condición de OA (X = 118,67 pasos/minuto; DE = 7,23) que en OC (X = 115,93; DE = 7,74) (p = 0,019). La velocidad del paso disminuye en OC (X OA = 1,37 X OC = 1,26). El IEG es significativamente mejor en condición OA (X = 0,31) que en condición OC (X = 0,84). En el resto de variables medidas no hemos hallado diferencias.

Conclusiones: En este estudio definimos los valores de referencia de marcha y equilibrio en mujeres sanas. Varios de los parámetros medidos empeoran en la condición de ojos cerrados.

516. ABSCESO PERIAMIGDALINO BILATERAL. UN RETO DIAGNÓSTICO

P. Puig Garcés, A. Piles Galdón, E. Serrano Badía y T.E. Pérez Garrigues

Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. España.

El absceso periamigdalino bilateral es una entidad infrecuente, de difícil diagnóstico .a tener en cuenta en los procesos infecciosos amigdalares bilaterales que evolucionan tórpidamente a pesar de tratamiento adecuado. Presentamos un caso clínico en el cual se hace especial hincapié en síntomas de alarma y en la necesidad de exploraciones complementarias para su diagnóstico (TAC) y tratamiento adecuado.

518. OSTEOMA FRONTAL GIGANTE. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

R. Moya Martínez, A. Medinilla Vallejo, M.A.García Villarán, D. Castro Gutiérrez de Agüera, J. Muñoz Villanueva, E.A. Mata López, A. Gómez Torres y F. Esteban Ortega

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: El osteoma es un tumor óseo benigno de crecimiento lento, que puede asentar en cualquier seno paranasal, siendo el seno frontal la localización más frecuente. Suelen ser hallazgos casuales asintomáticos, pero cuando alcanzan gran tamaño pueden provocar síntomas como cefaleas, alteraciones oculares o incluso alteraciones neurológicas. En estos casos el tratamiento indicado es la extirpación quirúrgica.

Material y métodos: Se presentan 2 casos de pacientes varón de 36 años y mujer de 30 años sin antecedentes de interés que acuden por cefalea frontal crónica, anosmia y rinorrea de larga evolución con rinoscopia sin hallazgos, al practicar TAC de senos paranasales se observa en el primer caso una tumoración ósea de 4 × 3,5 cm que ocupa el seno frontal izquierdo casi en su totalidad y en el segundo caso una tumoración ósea de 5 × 4 cm que ocupa todo el seno frontal derecho extendiéndose a etmoides y hacia seno frontal controlateral. Ambos pacientes se sometieron a tratamiento quirúrgico.

Resultados: En los 2 casos se practicó una osteoplastia frontal mediante abordaje bicoronal con creación de colgajo osteoplástico y apertura de una ventana ósea amplia en la pared anterior del seno que permitió la exéresis de la pieza en bloque. No se obliteró la cavidad sinusal, conservando su mucosa, en el cierre se repuso el colgajo osteoplástico realizando osteosíntesis con placas y tornillos reabsorbibles.

Conclusiones: Los osteomas frontales son lesiones frecuentes que excepcionalmente alcanzan gran tamaño provocando sintomatología. En estos casos está indicado el tratamiento quirúrgico siendo la osteoplastia frontal mediante abordaje bicoronal la técnica de elección para estas lesiones de gran tamaño.

521. MASA LÁTERO-CERVICAL EN RECIÉN NACIDO

D. Castro Gutiérrez de Agüera, A. Mochón Martín,
J.F. Muñoz Villanueva, E.A. Mata López y F. Esteban Ortega,

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: Las lesiones cervicales en recién nacidos (RN) no es una patología frecuente y cuando aparecen es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial. Las principales causas son: quiste de conducto tirogloso (infrecuente en RN y en posición lateral), higroma quístico (1 cada 12.000 RN), hemangioma (2,5% de RN y 22% en RN pretérmino < 1 Kg), restos branquiales, quistes dermoides, lesiones inflamatorias (infrecuentes en RN), lesiones tumorales (teratomas, linfomas, rabdomiosarcomas y neuroblastomas) y fibromatosis colli.

Material y métodos: Se presenta el caso de un lactante de 38 días de edad derivado del servicio de pediatría por masa látero-cervical derecha de crecimiento progresivo.

Resultados: PAAF: no concluyente RMN: lesión ocupante de espacio del esternocleidomastoideo de 18 × 22 × 20 mm, bordes no bien definidos, con realce por contraste homogéneo e intenso, puede corresponder con lesión neoplásica (descartar rabdomiosarcoma). Eco-doppler: masa sólida bien delimitada en relación con el esternocleidomastoideo, descartar un sarcoma como primera posibilidad diagnóstica, realizar diagnóstico diferencial con la fibromatosis colli. Se realiza cervicotomía lateral con extirpación de la masa. Anatomía patológica: fibromatosis colli.

Discusión/conclusiones: La fibromatosis colli aparece generalmente como respuesta a un daño intraútero o en el parto. Suele manifestarse como una masa firme a nivel del esternocleidomastoideo, con crecimiento progresivo y que puede asociar a tortícolis. La cirugía suele reservarse para casos en los que con tratamientos físicos no se obtiene respuesta o en casos como el que se presenta en el que las pruebas muestren dudas sobre el diagnóstico, en este sentido es necesario hacer diagnóstico diferencial con el rabdomiosarcoma.

533. ABSCESO RETROFARÍNGEO POR MAL DE POTT

J. Maza Solano, C. Galera y J. González

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Las manifestaciones extrapulmonares de la tuberculosis han disminuido su incidencia debido al desarrollo de nuevos y potentes antibióticos durante el s.XX. El mal de Pott ocurre en menos del 1% de estos pacientes, y la columna cervical es la región menos afectada (3%).

Material y métodos: Varón de 70 años, con pérdida de peso y cervicalgia evolucionada, que presenta disfonía y disfagia reciente. AP: DMII, HTA, tabaquismo, IAM, esquizofrenia y derrame pleural izquierdo. Junto a la anamnesis y la exploración física, se practicó: nasofibrolaringoscopia: abombamiento de pared posterior faríngea que ocluye parcialmente la vía aerodigestiva superior; Rx lateral cervical: ensanchamiento del espacio retrofaríngeo y osteolisis de C3 y C4; TAC cervical: absceso prevertebral con extensión y desplazamiento intramedular; interconsulta a neurocirugía: descarta déficit sensitivomotor; RNM: descarta signos de necrosis medular; PAAF: material purulento, positivo para Mycobacterium tuberculosis tras cultivo. El paciente rechazó la intervención quirúrgica, por lo que se instauró tratamiento antituberculoso más drenaje transoral mediante punción aspiración.

Resultados: Mejoría clínica y radiológica evidente a los 18 meses.

Discusión/conclusiones: Los abscesos en adultos, son mucho menos frecuentes que en la infancia, por lo que debemos sospecharlos ante una clínica inespecífica y sórdida. Su diagnóstico diferencial, incluye el mal de Pott, pese a ser una entidad francamente rara, aunque se están describiendo nuevos casos, procedentes del sector inmigrante. El diagnóstico es sugerido radiológicamente, pero se confirma mediante cultivo/biopsia. El tratamiento de elección es la fusión espinal anterior, conjuntamente con la quimioterapia tuberculosa.

541. LEUCOENCEFALOPATÍA REVERSIBLE POSTERIOR EN EL POSTOPERATORIO DE UNA CIRUGÍA DE BASE DE CRÁNEO

I. Sánchez-Cuadrado, L. Lassaletta, L. del Río, I. Sánchez,
J. Galindo, A. Díaz y J. Gavilán

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: La leucoencefalopatía reversible posterior es una patología escasamente descrita en la literatura de causa no establecida. Se cree que es debida a alteraciones en la capacidad autorreguladora del sistema vascular cerebral, producida por el fallo de la barrera hematoencefálica, que genera un edema con hemorragias petequiales, mayor en la región posterior donde la inervación simpática es menor. Engloba unos cambios en el nivel de conciencia junto con unos cambios radiológicos que se resuelven en la mayor parte de los casos.

Material y métodos: Revisión de un caso clínico acontecido en nuestro servicio en el año 2008.

Resultados: Presentamos el caso de un paciente sin antecedentes personales de interés que en el postoperatorio de una petrosectomía subtotal derecha por un carcinoma adenoide quístico de CAE presentó un cuadro de deterioro severo del nivel de conciencia sin focalidad neurológica ni fiebre. En la RM se observaron áreas de hiperintensidad corticosubcorticales en la secuencia T2 y FLAIR parietales, y sobre todo temporales, que producen efecto de masa, sin captación de gadolinio. La etiología del cuadro no se ha establecido con seguridad, aunque nos inclinamos a pensar que pudo deberse a un aumento de la TA o a una trombosis del seno. El tratamiento con fármacos antihipertensivos y medidas antiedema permitió la recuperación completa del paciente a los pocos días sin secuelas neurológicas al alta.

Conclusiones: Presentamos un raro caso de leucoencefalopatía reversible posterior tras una cirugía de base de cráneo con excelente respuesta a medidas conservadoras.

549. HIPOACUSIA INFANTIL. DILATACIÓN DEL ACUEDUCTO VESTIBULAR

L. Fito Martorell, T. Corzón Pereira, M.A. Villafruela Sanz,
I. Jiménez Huerta, D.A. Ocampos Gübler y C. Almodóvar Álvarez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

La detección de la hipoacusia en los primeros años de vida constituye una de las tareas más importantes de la consulta otoneurológica infantil, tanto por el volumen de pacientes, pero sobre todo por la trascendencia del diagnóstico y del tratamiento precoz de la misma para la integración social del paciente. A propósito de una paciente que consulta por una hipoacusia fluctuante y de características mixtas, cobra importancia una detallada anamnesis, con investigación de los antecedentes personales para llegar a una impresión diagnóstica en un caso atípico de pérdida de audición. También es clave una prueba de imagen, de lo que se desprende la discusión de incluir el TAC o la RMN en el protocolo diagnóstico de determinadas hipoacusias.

558. ESTENOSIS LARÍNGEA POR LIPOMATOSIS CERVICAL

M. Tobed, R. Díaz, F.J. Avilés, J.M. Sánchez Palomero,
I. Sambola y M. Liern

Hospital Josep Trueta. Girona. España.

La lipomatosis cervical descrita inicialmente por Benjamin Brodie en 1846, y posteriormente por Otto Madelung en 1888, es una enfermedad poco frecuente, que afecta con mayor incidencia al sexo masculino y a la raza blanca, especialmente a individuos del

entorno mediterráneo y de mediana edad. Se caracteriza por presentar un acúmulo de depósitos subcutáneos no encapsulados de tejido adiposo, con una distribución típicamente cervical y torácico superior, aunque en ocasiones puede extenderse a otras áreas anatómicas como el mediastino y cavidad oral. Este crecimiento puede llegar a causar una sintomatología por compresión a nivel laríngeo, lingual o mediastínico. Presentamos un caso varón de 57 años afecto de lipomatosis cervical de larga evolución que presenta progresión de la misma a nivel laríngeo, requiriendo traqueotomía. Repasamos la entidad, complicaciones y posibles tratamientos.

561. MUCOCELES DE SENOS PARANASALES

E. Soler Lluch, G. Gundín Rivas, E. Castillo Serrano, M. Mansilla González y J.M. Teba Luque

Hospital Infanta Cristina. Madrid. España.

Introducción: Los mucoceles son lesiones expansivas benignas de crecimiento lento de los senos paranasales, localmente destructivas, causando reabsorción ósea y desplazamiento de estructuras adyacentes, fundamentalmente orbitarias. Histopatológicamente se trata de estructuras quísticas recubiertas de epitelio respiratorio, y rellenas de moco.

Material: Presentamos los casos diagnosticados y tratados durante el primer año de trabajo en nuestro Hospital con su localización, clínica y tratamiento (endoscópico y/o combinado).

Resultados: Destacamos la clínica inicial, tratamiento y evolución, haciendo hincapié en su presentación aguda, posiblemente atribuida a la alta tasa de población inmigrante.

Discusión: Al año de haber iniciado la actividad en este Centro, hemos observado una incidencia de esta patología que consideramos por encima de lo previsible.

564. LESIÓN MIOFIBROBLÁSTICA CON ATIPIA ASOCIADA A RT

M. Tobed, R. Díaz, F.J. Avilés, M.R. Ortiz, E. Díaz y J.M. Sánchez Palomero

Hospital Josep Trueta. Girona. España.

Introducción: Presentamos el caso de un varón de 57 años en contexto de antecedente de carcinoma de laringe T3N0 tratado con QTRT con respuesta completa inicial, presenta a los 6 meses de finalizar el tratamiento una tumoración polipoidea gigante en pared lateral de faringe con compromiso severo de la luz aérea. Tras la extirpación endoscópica láser, el análisis anatomopatológico describe una lesión de estirpe miofibroblástica con atipias compatibles con tumoración secundaria a RT. Presentamos el caso clínico con su estudio anatomopatológico así como el resultado postquirúrgico.

570. NOT WELL DEFINED LESIONS OF SKULL BASE. HOW TO APPROACH?

S. Alves, E. Breda, J. Fernandes y E. Monteiro

Otolaryngology Department of the Portuguese Institute of Oncology. Porto. Portugal.

In the last year, several patients with skull base lesions were treated at the Otolaryngology Department of the Portuguese Institute of Oncology-Oporto. The authors present three unusual case reports: 1- A 58-year-old woman with complete sphenoid sinus opacification with osseous erosion. The histology suggested Cavernous Osseous Haemangioma, which was not confirmed by Cintilography with marked erythrocytes. 2- A 64-year-old man with extensive infiltrative lesion of the carotid and parapharyngeal spaces extending to the oro and nasopharyngeal lateral walls and clivus. 3- A 76-year-old man with massive cranial base and parapharyngeal infectious/inflammatory lesion, negative for malignancy, with partial response to antibiotics.

Comments: The cases presented illustrate the multiplicity of lesions that can arise from skull base and parapharyngeal space, as well as the diagnostic difficulties usually involved. The selection of surgical approaches (isolated or in combination) should always be tailored according to each individual case.

584. TÉCNICA DE RESECCIÓN DE QUISTE DE VESTÍBULO NASAL

M.J. Cisternas, E. de la O, G. Fernández, M.J. Lavilla, F. Ramos, G. Pardo y J. Herrero

Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. España.

Introducción: Los quistes de vestíbulo nasal son estructuras quísticas que suelen afectar sobre todo la región alar y pueden protruir hacia la luz nasal, incluso llegando a obstruirla. Su problema es tanto estético como funcional, y se pueden complicar con infección, por lo que el tratamiento definitivo es quirúrgico.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 64 años con una tumoración en vestíbulo nasal derecho y se describe su técnica quirúrgica.

Resultados: Mujer de 64 años con tumoración de vestíbulo nasal derecho de 15 años de evolución, con disminución de la luz de fosa nasal derecha y protrusión hacia la fosa canina derecha. Radiológicamente el tumor es de contenido quístico. La técnica quirúrgica empleada consistió en la resección del quiste, tras el vaciado del líquido quístico y reemplazo con vaselina. Se muestran imágenes quirúrgicas.

Conclusiones: La dificultad en la resección de los quistes de vestíbulo nasal radica en la posibilidad de rotura de éste con su consiguiente vaciado y mayor dificultad de resección completa. La utilización de esta técnica facilita la resección ya que al aumentar la consistencia del quiste disminuye la probabilidad de rotura y vaciado, lo cual permite una extirpación completa.

589. GLOSECTOMÍA DE REDUCCIÓN PALIATIVA EN PACIENTE CON MACROGLOSIA

M.J. Cisternas, G. Fernández, E. de la O, C. Salazar, J. Marcos, M.J. Lavilla, M. Martí y M. Aparicio

Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. España.

Introducción: La macroglosia es el crecimiento excesivo de la lengua, debido a causas diversas, que en ocasiones impide el cierre bucal, con el consiguiente deterioro de la calidad de vida. Existen numerosas técnicas quirúrgicas para la reducción volumétrica de la lengua. El objetivo de este trabajo es la exposición fotográfica de una de estas técnicas.

Material y métodos: Se analiza la historia clínica de un hombre de 50 años tratado en el Complejo Hospitalario de Cáceres.

Resultados: Hombre de 50 años, fumador, con antecedentes de carcinoma epidermoide de trígono retromolar estadio IV tratado hace 11 años con cirugía y radioterapia, que consulta por macroglosia, secundario a carcinoma epidermoide de esófago proximal en tratamiento paliativo con quimioterapia, portador de traqueotomía y gastrostomía. A la exploración se observa una macroglosia importante, con edema lingual, mucosa seca e imposibilidad de cierre bucal. Con el objetivo de mejorar su calidad de vida, se decide hacer una glosectomía de reducción. Se presenta la técnica quirúrgica y se comenta la evolución y el resultado de la intervención, que fue satisfactorio.

Discusión: En pacientes oncológicos terminales el objetivo del tratamiento es obtener la mejor calidad de vida posible. Es nece-

sario analizar riesgos y beneficios de una intervención quirúrgica en estos casos, teniendo en cuenta la proximidad tumoral, lechos irradiados, pronóstico vital y expectativas del paciente.

592. CORISTOMA DE OÍDO MEDIO

P. Santos Acosta, R. Corrales Millán, G. Benavente Bermudo y S. Sánchez Gómez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Entidad extremadamente rara consistente en una heterotopía tisular de crecimiento muy lento. La mayoría de los casos publicados son coristomas de glándulas salivales, también se han descrito coristomas sebáceos y neurales (gliales). Ligera predominancia del sexo femenino (56%).Los síntomas suelen aparece durante las dos primeras décadas de la vida como hipoacusias de transmisión (96%) en el marco de una otitis seromucosa (24%).Cursa con pérdida auditiva unilateral, anomalías de la cadena osicular (88,5%), anomalías del nervio facial (65,4%), músculos del oído medio (30,8%) y ventanas laberínticas (23%).

Material y métodos: Paciente mujer con hipoacusia unilateral izquierda de 2 años de evolución tras cuadro de otitis seromucosa que cursó con paresia facial transitoria. En la exploración otorrinolaringolócica presenta otoscopia normal, audiometría con manifiesta hipoacusia conductiva con GAP mayor a 30 decibelios e impedanciometría con disminución de la compliance y reflejos estapediales on-off. Se establece diagnóstico de otosclerosis. Tratamiento propuesto estapedectomía.

Resultados: Timpanotomía exploradora hallándose moco filante en caja y gran pólipo mesotímpanico que engloba la articulación incudoestapedial. Exéresis completa para estudio anatomopatológico y colocación DTT. Parálisis facial grado II de House -Brackmann (24 horas postoperatorias). Diagnóstico anatomopatológico: coristoma de glándulas salivales

Discusión/conclusiones: El diagnóstico de los coristomas de glándulas salivales de oído medio no puede documentarse preoperatoriamente por similitud clínica y audiológica de una otitis seromucosa. Diagnóstico definitivo mediante biopsia. El tratamiento de la lesión biposia/exéresis depende de su tamaño, localización, extensión y las alteraciones anatómicas. Se acepta el manejo conservador dado su mínimo crecimiento y la ausencia de degeneración tumoral. Las publicaciones recogen un 25% de parálisis faciales postoperatorias tras resección tumoral.

627. MANIFESTACIONES ORL EN EL SÍNDROME DE KABUKI

M.L. Oliver, J. Benito, M. Foglia y V. Morente

Hospital Universitario Sant Joan. Reus. España.

Introducción: Descrito por primera vez en 1980 por los doctores Niikawa y Kuroki. Esta causado por una duplicación submicrocópica en el cromosoma 8 porción 8p22-23. Es muy probable que no todos los niños tengan una duplicación en los mismos genes y por ello la gama de síntomas es muy diversa.

Material y métodos: Presentamos a un niño de 3 años con clínica de otitis serosa recurrente que en el estudio preoperatorio de adenoidectomía y drenajes transtimpánicos mostraba déficit en la hemostasia y un fenotipo característico de síndrome de Kabuki: pestañas largas, cejas arqueadas, eversión palpebral inferior , punta de la nariz plana, orejas en asa, hipotonía, endotropía intermitente, pies planos laxos, dedo meñique corto, falange media corta del dedo meñique...

Resultados: La otitis media recurrente y el líquido persistente de oído medio son manifestaciones comunes (82%) en los niños con síndrome Kabuki, el tratamiento primario son los drenajes. Además cerca del 25% de las personas con Kabuki ha sufrido pérdida de audición neurosensorial. Por eso en los niños hemos de completar nuestro estudio con PEATC. En total más del 50% de personas con síndrome de Kabuki sufre pérdida de audición.

Conclusiones: Casi todos los niños son más susceptibles a las infecciones respiratorias y auditivas. Es muy importante que un otorrino observe regularmente a los niños para minimizar la pérdida de audición. Describimos así mismo otras manifestaciones que podemos encontrar en estos niños como paladar fisurado, labio leporino, fístula preauricular, dentadura anormal o anormalidades en los huesecillos del oído...

631. POLIPOSIS SINUSAL AGRESIVA. ABORDAJE COMBINADO CENTRO Y CRANEOFACIAL

J. Trujillo Trujillo, B. Duarte Ruiz, M. Castrillo Tambay, R. Galán Hernández y J. González Martín-Moro

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

Introducción: La "sinusitis alérgica micótica", se caracteriza por una respuesta inflamatoria no invasiva, aunque sí enérgica, que acontece en pacientes inmunocompetentes afectos de sinusitis crónica y poliposis nasal.

Caso clínico: Mujer de 33 años que consulta por proptosis derecha y obstrucción nasal, de largo tiempo de evolución. La paciente no refiere diplopía y la MEO aparentemente está conservada. Realizado TAC, se objetiva una ocupación completa del seno frontal, celdillas etmoidales, fosa nasal y seno maxilar derechos. La biopsia de la lesión es compatible con "poliposis nasal". Dada la intensidad de las manifestaciones clínicas que presenta nuestra paciente, se procede a realizar una exéresis de la lesión mediante un abordaje combinado craneofacial- mediofacial y reconstrucción con injerto óseo libre de calota.

Discusión: A pesar de que en los últimos años se apuesta por la cirugía endoscópica para el tratamiento de las poliposis naso-sinusales, la magnitud de esta lesión que invade la totalidad del seno frontal, maxilar, fosa nasal, celdillas etmoidales y órbita, fenestrando incluso el techo y pared medial de esta última, nos hace recurrir al tipo de abordaje abierto anteriormente descrito.

Conclusiones: Los abordajes craneofaciales más agresivos pero con un diseño correcto de nuestras incisiones procurando ocultar las cicatrices y el tratamiento adecuado de los tejidos nos permiten lograr resultados finales óptimos tanto en resultados estéticos como funcionales.

639. PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LOS LIPOMAS DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO

A. Martínez Ruiz-Coello, A. Rodríguez Valiente, C. Martín González, J. Vicente Herrero, J.R. García Berrocal y R. Ramírez Camacho

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Introducción: Los lipomas intracraneales constituyen entre el 0,1-0,5% de todos los tumores intracraneales, los localizados en el conducto auditivo interno (CAI) son extremadamente raros. Los tumores del CAI y del ángulo pontocerebeloso suelen cursar con hipoacusia, acúfenos y vértigo. Puesto que clínicamente son indistinguibles, el estudio mediante resonancia magnética constituye una herramienta muy útil en el reconocimiento de los lipomas de esta localización.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente visto en consulta por hipoacusia y acúfeno unilateral de 6 meses de evolución siendo diagnosticado por diferentes técnicas de RM de lipoma del CAI. Realizamos una revisión de los casos de lipoma del CAI o APC publicados en la literatura, así como de los métodos diagnósticos y de tratamiento utilizados.

Resultados: El hallazgo de una lesión localizada en el CAI derecho hiperintensa en secuencias potenciadas en T1, con desaparición de la imagen en el test de supresión grasa hizo pensar en el diagnóstico de lipoma. Se decidió seguimiento mediante RM cada 6 meses, no observándose cambios clínicos ni radiológicos tras 3 años de evolución. En la literatura revisada se describen 105 casos de lipoma de CAI y/o APC siendo la mayoría tratados mediante cirugía con distintas secuelas.

Discusión: El estudio mediante el test de supresión grasa nos sugiere la naturaleza grasa de la lesión. Debido al carácter benigno de ésta, y los potenciales riesgos de la cirugía, ésta sólo será de elección en el caso de crecimiento de la masa o afectación de estructuras nerviosas adyacentes.

644. LARINGOPIOCELE INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Fernández Rodríguez, M.J. Cisternas Bittencourt, E. de la O Corrochano, M.R. de Saa Álvarez, C. Salazar Cabrera, G. Pardo Romero y M.S. Aparicio Pérez

Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. España.

Resultados: El laringocele es una dilatación aérea del sáculo ventricular laríngeo, cuya complicación infecciosa es infrecuente y se denomina laringopiocele. La mayoría de los casos se diagnostican en edad adulta (edad promedio de 50 años), siendo excepcionales en el niño y probablemente congénitos.

Material y métodos: Se analiza la historia clínica de un niño de 11 años valorado por ORL de Urgencias en el Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, que consulta por cuadro de disfonía y fiebre que no mejora con el tratamiento médico instaurado por su pediatra.

Resultados: Ante este cuadro, se realiza exploración ORL observándose en la laringoscopia indirecta, engrosamiento de banda izquierda con pseudoeversión de ventrículo y parálisis de dicha hemilaringe izquierda. En el estudio de imagen (TC) se confirma diagnóstico de laringopiocele izquierdo. El tratamiento incluyó cobertura antibiótica y resección de la lesión mediante microcirugía laríngea asistida por láser CO_2. El paciente cursó con un postoperatorio exitoso, y en el plazo de 1 mes se encontraba completamente asintomático.

Conclusiones: Las manifestaciones clínicas del laringocele van a depender de su tamaño, pero habitualmente, la evolución es lenta, siendo la disfonía progresiva el síntoma más frecuentemente observado. La sobreinfección con formación de piolaringocele tan sólo se observa en un 10% de los casos siendo muy infrecuente como síntoma inicial de debut de esta patología.

651. IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN NEUROLARINGOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

A. Martínez Ruiz-Coello, A. Rodríguez Valiente, C. Martín González, A. Ibáñez Mayayo, F.M. González Martín y C. Gorriz Gil

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Introducción: La disfonía es un síntoma común en la patología ORL, que puede deberse a numerosas causas. Ante el hallazgo de una parálisis de cuerda vocal, es obligado descartar una patología neurológica central. Una correcta exploración neurolaringológica dirigida, constituye una herramienta fundamental en el diagnóstico de la disfonía, y nos ayudará a localizar el nivel de la lesión en casos de afectación neurológica.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 40 años que acude a nuestra consulta por disfonía de 15 días de evolución. La exploración reveló parálisis unilateral de cuerda vocal izquierda, junto con hiposensibilidad de esa hemilaringe y dificultad de alcanzar tonos agudos. Estos hallazgos sugerían una lesión del nervio vago izquierdo situada por encima de la salida del ramo laríngeo superior, solicitándose TC cérvico-torácico y RM cerebral.

Resultados: El paciente evolucionó en las siguientes 3 semanas hacia una parálisis bilateral de cuerdas vocales y de velo del paladar. En la RM realizada se objetivó lesión infiltrativa en el hueso occipital junto a foramen magno en el lado izquierdo, con afectación de hemibulbo ipsilateral. El paciente falleció a las 6 semanas de iniciado el cuadro.

Conclusiones: La disfonía aislada puede constituir el primer síntoma de una lesión neurológica central. Saber interpretar los distintos signos apreciables en la exploración laringológica es de gran importancia a la hora de la localización de la lesión, que deberá ser confirmada mediante estudios radiológicos.

653. CARCINOMA NEUROENDOCRINO NASOSINUSAL DE CÉLULAS PEQUEÑAS. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO

E. de la O, G. Fernández, M.J. Cisternas, M.R. de Saa, M. García, M.J. Lavilla, M. Martí y M.S. Aparicio

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. España.

Introducción: Las neoplasias nasosinusales presentan una incidencia baja. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma escamoso, y el adenocarcinoma el de mejor pronóstico.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente que consulta por obstrucción nasal unilateral. En la endoscopia nasal realizada en consulta, se aprecia tumoración rojiza, que bloquea fosa nasal derecha, con infiltración de tercio posterior de cara medial de fosa nasal izquierda; y exoftalmos derecho, siendo el resto de la exploración neurológica y ORL normal. Bajo la sospecha clínica de carcinoma de fosas nasales, se solicita estudio de imagen (TC y RMN) y posteriormente se toma biopsia para estudio anatomopatológico.

Resultados: El estudio de imagen demuestra lesión sólida en ambas fosas nasales con extensión a órbitas, senos maxilares, etmoidales, frontales, lámina cribosa y lóbulo frontal anterior. La biopsia se informa como carcinoma neuroendocrino de células pequeñas. El paciente fue tratado mediante quimioterapia de inducción seguida de cirugía más radioquimioterapia postoperatoria. La RMN postoperatoria fue informada como libre de tumor.

Conclusiones: Las neoplasias nasosinusales representan el 0,2% de los tumores malignos. El caso clínico que presentamos corresponde a un carcinoma neuroendocrino de células pequeñas, tumor muy poco frecuente dentro de este grupo. El diagnóstico suele ser tardío, y el tratamiento requiere un abordaje multidisciplinar. Este tipo de tumores se diferencian del resto de su grupo por su mayor agresividad local así como por la mayor frecuencia de afectación ganglionar y metástasis a distancia lo que le confiere muy mal pronóstico.

654. OSTEOMA DE OÍDO MEDIO CONCOMITANTE A MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LA CADENA OSICULAR EN EL CONTEXTO DE HIPOACUSIA DE TRANSMISIÓN

C. L. Ladrón, R. Corrales Millán y E. Gómez Aldaz

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Los osteomas de conducto son tumoraciones óseas benignas frecuentes en el conducto auditivo externo (CAE). Aparecen como formaciones redondeadas, únicas, que suelen estar pediculadas y su localización más frecuente es en la parte más externa del CAE. Las anomalías congénitas de la cadena osicular pueden presentarse por igual de forma aislada que como manifestación de distintos síndromes malformativos.

Material y métodos: Paciente varón que presenta hipoacusia de transmisión en el oído derecho, sin otros antecedentes generales ni otológicos de interés. Ante la sospecha de otosclerosis se realiza timpanotomía exploradora del oído derecho. Durante la exploración quirúrgica se objetiva una formación redondeada pediculada en el margen posterosuperior del marco timpánico, así como la ausencia de rama corta del yunque y presencia de estribo anormal con aumento del tamaño de la supraestructura. Se procede a la exéresis del osteoma y colocación de cartílago tragal sobre supraestructura del estribo.

Resultados: El análisis de anatomía patológica confirmó el diagnóstico intraoperatorio de osteoma.

Conclusiones: Los osteomas de CAE son entidades frecuentes que suelen cursar de forma asintomática. Se debe plantear diagnóstico diferencial con otras patologías tipo exóstosis, displasia fibrosa y osteítis benigna circunscrita. Las anomalías congénitas de la cadena osicular obligan a descartar hipoacusia de transmisión familiar y síndromes asociados a malformaciones osiculares.

664. LINFOMA NO HODGKIN NK-T DE TIPO NASAL

E. Macón Liquete, C. Agra Pujol, R. Cobiella Carnicer, A. Maeso Plaza, P. Escobar Rincón, R. Barnoya Sanchinelli, V. González Arias, M. Rey García y P. Ortega del Álamo

Hospital General Universitario de Móstoles. Madrid. España.

Introducción: El linfoma T-NK de tipo nasal o el antiguamente denominado granuloma maligno de la línea media es una enfermedad poco frecuente con un curso clínico muy agresivo. Es un tipo único de linfoma desde el punto vista inmunológico que en la mayoría de los casos está confinado al tracto nasosinusal y que suele asociarse con el VEB. La mejor opción de tratamiento en la actualidad es el de tratamiento quimioterápico y/o radioterapia.

Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente de 66 años, que acude a nuestra consulta para valoración de masas sangrantes en ambas fosas nasales. No presenta antecedentes personales de interés. La exploración básica ORL es normal salvo la rinoscopia anterior que muestra unas masas de aspecto polipoide que protruyen por ambas FFNN. En la TAC de senos paranasales se observa tumoración de gran tamaño que invade totalmente la cavidad nasal y parcialmente celdas etmoidales anteriores y posteriores, extendiéndose a órbita derecha por destrucción de lámina papirácea y suelo de seno frontal derecho.

Resultados: Se realiza biopsia de la lesión y los resultados muestran: una neoplasia de estirpe linfoide constituido por células de fenotipo CD20-, CD3+, CD2+, CD56+,CD30+, EBER+ , diagnosticándose de linfoma de células NK-T de tipo nasal. Posteriormente, la paciente se deriva al servicio de Hematología donde recibe tratamiento con radioterapia. Actualmente, siete meses después, el tamaño de la lesión ha disminuido considerablemente.

Discusión/conclusiones: El riesgo de diseminación precoz es muy alto, en cuyo caso el pronóstico empeora mucho. El porcentaje de mortalidad es alto con supervivencias muy cortas (3,5 meses de media).

683. LINFOMA T/NK LARINGO-TRAQUEAL

F. de la Rosa Astacio, D. Abad Casado, M. Vaca González, M. Medina González y R. Barberá Durbán

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: Históricamente llamado "granuloma mortal de línea media", el linfoma de células T/NK, tipo nasal es una entidad rara que entraña un pronóstico infausto. Generalmente afecta el macizo centro-facial. La afectación laringo-traqueal no es habitual.

Caso clínico: Mujer de 22 años, natural de Colombia. Remitida por disfonía progresiva y esputos hemoptoicos. Mes y medio de evolución. Antecedentes de: CENS a los 19 años por rinosinusitis crónica sin poliposis y episodio de reagudización 2 meses antes en su país. Al examen físico: perforación septal y costras en fosas nasales; desestructuración laríngea y traqueal alta, con imagen de inflamación y necrosis, hipomovilidad laríngea bilateral, paso glótico conservado. Tráquea torácica y resto de VRB normales. Palpación cervical levemente dolorosa. Batería serológica amplia y estudio autoinmune negativos. TAC: destrucción importante de laringe y primeros anillos traqueales, con ausencia de pared traqueal a este nivel. Gas paralaríngeo y peritiroideo. AP: infiltrado inflamatorio con polimorgonucleares; linfocitos de pequeño y mediano tamaño con aspecto normal. Estudio inmunohistoquímico con fenotipo de linfocitos T/NK positivo: CD2, CD56 y CD3 citoplasmático. Virus del Epstein-Barr intensamente positivo. TIA1 y perforina positivas. Diagnóstico: linfoma extraganglionar de células T/NK, tipo nasal. La paciente presenta parada cardio-respiratoria por sangrado de VRA; encefalopatía post-anóxica severa. Éxitus.

Conclusiones: La agresividad de esta patología condiciona su pronóstico sombrío incluso hoy en día. El tratamiento indicado es la radioquimioterapia concomitante, pero la supervivencia en general no supera el 40% a los 5 años.

686. LESIÓN AMIGDALAR. SORPRESA DIAGNÓSTICA

B. Patiño Castiñeira, L. Deive Maggiolo y M. Blanco Labrador

Complexo Hospitalario de Ourense. Ourense. España.

El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de un paciente estudiado por una lesión amigdalar con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma metastásico de tipo oat cell, cuyo primario es de origen pulmonar. Así mismo, se revisan los pocos casos descritos hasta la fecha en la literatura. Por último repasaremos brevemente aspectos fundamentales de las lesiones amigdalares de origen metastásico y los carcinomas amigdalares de tipo oat cell, también llamados de célula pequeña.

690. SCHWANNOMA ETMOIDO-MAXILAR IZQUIERDO DE GRAN TAMAÑO

J.M. Tamarit Conejeros, G. Pastor Canicio, F. Pons Rocher, V. Murcia Puchades y J. Dalmau Galofré

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

Introducción: Los tumores benignos de origen neurogénico de los senos paranasales son una patología poco frecuente. Al igual que otros tumores de esta región, se diagnostican generalmente en estadios avanzados y pueden afectar a estructuras como la base del cráneo y la órbita. Es por ello que su origen exacto es muchas veces difícil de determinar y su manejo complejo.

Material y métodos: Presentamos un caso de una mujer de 25 años remitida del servicio de Oftalmología por una clínica de exoftalmos y parestesias hemifaciales izquierdas de 3 meses de evolución. En la TC se aprecia una tumoración expansiva de gran tamaño (6 cm de diámetro máximo) centrada en las celdillas etmoidales izquierdas que invade el seno maxilar y la fosa nasal izquierda y comprime el suelo de la órbita. Las características radiológicas de la lesión son típicas de un mucocele. Se realiza una biopsia mediante cirugía endoscópica que nos da el diagnóstico de schwannoma, por lo que se interviene mediante cirugía abierta coincidiendo el diagnóstico anatomopatológico definitivo con el resultado de la biopsia previa. En controles posteriores la paciente permanece asintomática libre de enfermedad.

Discusión/conclusiones: Los schwannomas de los senos paranasales son tumores extremadamente raros. Este tipo de lesiones be-

nignas deben considerarse en el diagnóstico diferencial pues su tratamiento y manejo difiere de patologías de características similares más frecuentes como el mucocele.

696. MASA CERVICAL BILATERAL EN RECIÉN NACIDO

F. Sánchez González, F. Franco Calvo, M. Gil Melcón, F. del Rey Tomás-Biosca, R. de la Fuente Cañibano y J.C. del Pozo de Dios

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Introducción: La fibromatosis colli o tortícolis muscular congénita afecta al 0,08-0,4% de los recién nacidos. Habitualmente se manifiesta alrededor de la tercera semana de vida como una masa cervical unilateral a nivel del músculo esternocleidomastoideo, que puede ser dolorosa o una inclinación hacia el lado afectado. Predomina en varones. La etiología es desconocida. Se asocia con frecuencia a partos traumáticos. La evolución clínica suele ser buena con regresión de la lesión tras tratamiento médico. Las secuelas son excepcionales.

Material, métodos y resultados: Presentamos el caso de un paciente varón de 2 meses, remitido por su pediatra por tumoración bilobulada de 4 × 2 cm. en área VI, de consistencia cartilaginosa, sin signos inflamatorios asociados. Se solicitaron ecografía cervical, PAAF, TAC cervical sin un diagnóstico concluyente. Se decidió realizar una cervicotomía para extirpar la lesión y proceder a su estudio anatomopatológico. El diagnóstico histológico fue compatible con fibromatosis colli bilateral.

Discusión/conclusiones: La presentación bilateral de la tortícolis muscular congénita es excepcional. Esta patología puede ser confundida con otras masas cervicales neoplásicas, quísticas, adenopatías... En ocasiones se requieren pruebas complementarias para establecer un diagnóstico diferencial. La extirpación se puede plantear en caso de mala evolución clínica con el tratamiento médico o para su estudio histológico en el caso de que el diagnóstico no se establezca, como el caso presentado.

708. FRACTURA DE TABLA EXTERNA DE SENO FRONTAL LUEGO DE MANIOBRA DE VALSALVA. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Serrano, M.A. López, R. Artal, B. Agreda, L. Carmen y J.M. Sebastián

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Se trata de paciente varón de 14 años quien acude a urgencias de nuestro hospital por dolor en región frontal luego de maniobra de Valsalva. Durante su permanencia en sala de espera del servicio de urgencias presenta aumento de volumen de dicha región por lo que, tras valoración ORL, se solicita TAC de senos paranasales que reporta etmoiditis anterior derecha y enfisema subcutáneo a nivel de seno frontal. El paciente es ingresado para observación y tratamiento antibiótico EV. Tras 14 días de ingreso se decide alta hospitalaria luego de mejoría clínica, resolución de enfisema y comprobación mediante TAC. El paciente tuvo seguimiento durante 6 meses encontrándose asintomático.

711. METÁSTASIS PAROTÍDEA DE UN CARCINOMA PULMONAR ANAPLÁSICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS

P. Fernández-Miranda López, S. García Fernández y A. Aviñoa Arias

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.

Introducción: El cáncer de pulmón de células pequeñas conforma un 15% del total de tumores pulmonares. Asociación directa a tabaco. Curso clínico acelerado, con extensión temprana y tendencia a la diseminación metastática. Diagnóstico en estadios avanzados.

Material y métodos: Varón, 81 años, fumador, consulta por tumoración parotídea izquierda de un mes de evolución. Anorexia importante (pérdida 6 Kg peso). Astenia. Exploración: tumoración elástica parotídea izquierda de 12 × 7 cm diámetro, dura, no dolorosa, adherida a planos profundos. Solicitamos PAAF y TAC.

Resultados: TAC: Adenocarcinoma parotídeo izquierdo con infiltración de glándula exo e intramandibular y de espacios pterigoideos izquierdos y cadenas ganglionares paravasculares izquierdas. Centros necróticos. Descenso a fosa supraclavicular. Afectación linfática. Masa pulmonar derecha con derrame pleural, atelectasia y adenopatías hiliares múltiples. PAAF: Metástasis de carcinoma compatible con carcinoma anaplásico de células pequeñas. Cromatina en sal y pimienta.

Conclusiones: En el cáncer de pulmón de células pequeñas en etapa extensa, la quimioterapia de combinación más la irradiación torácica no parece mejorar la supervivencia comparada con la quimioterapia sola. La radioterapia tiene un papel importante en la paliación de los síntomas. Las metástasis en la glándula parótida son, en general, poco frecuentes. Existen 2 vías para que un tumor metastatice en la glándula parótida: diseminación hematógena (tumores aéreo-digestivos); diseminación linfática (tumores cutáneos). A pesar de lo inusual de que un carcinoma de células pequeñas pulmonar metastatice en parótida, hay casos descritos en los que dicha metástasis aparece como manifestación clínica inicial (como nuestro caso), permitiendo el diagnóstico de la enfermedad pulmonar.

723. ABSCESOS RETROFARÍNGEOS EN NIÑOS. REVISIÓN DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS EN NUESTRO HOSPITAL

A. Bueno Ríos, A. Suárez Calvo, M.J. Domínguez y S. Santos Santos

Hospital Universitario del Niño Jesús. Madrid. España.

Antecedentes y objetivos: El absceso retrofaríngeo es una patología cada vez más diagnosticada que puede cursar con complicaciones graves. El objetivo de este estudio es describir los casos acontecidos en nuestro hospital en la última década.

Métodos: Revisión retrospectiva en un hospital pediátrico terciario de los ingresos por esta patología entre enero de 1999 y diciembre de 2008.

Resultados: Se estudian 9 casos (6 varones) con una media de edad de 28,7 meses, 7 de ellos ocurridos en los últimos 5 años. Los principales síntomas y signos fueron: fiebre en los 9 casos, síntomas catarrales en 6, odinofagia/disfagia en 5, adenopatías laterocervicales en 5, limitación de la movilidad cervical en 4 y protrusión de la pared posterior de la faringe en 2. Los datos analíticos más destacados fueron leucocitosis con neutrofilia en 8 y la elevación de la PCR que fue mayor de 0.5 mg/dl en los 7 casos en los que se solicitó. Las pruebas de imagen solicitadas fueron ecografía cervical, radiografía lateral de cavum y TC cervical en 2, 8 y 7 pacientes respectivamente. El tratamiento fue médico en los 9 casos. Los antibióticos i.v. usados fueron amoxicilina-clavulánico (4), cefalosporinas de tercera generación (4), cloxacilina (2), penicilina G sódica (1), gentamicina (1). En 5 pacientes se asoció clindamicina a otro antibiótico. Los corticoides (metilprednisolona i.v.) se utilizaron en 7 pacientes. El tratamiento quirúrgico mediante drenaje del absceso se realizó en 4 de los niños los cuales ingresaron en la unidad de cuidados intensivos por presentar dificultad respiratoria que precisó ventilación mecánica. Tres pacientes tuvieron complicaciones en la evolución: recidiva en 2 y absceso mediastínico en un paciente. El agente causal se identificó mediante cultivo del material drenado en tres niños (S. aureus en 2 casos y S. pyogenes en 1).

Conclusiones: Los abscesos retrofaríngeos pueden tener una evolución muy grave. En esta serie casi la mitad de los casos presentaron complicaciones precisando un tratamiento más agresivo que incluyó cuidados en UCI y drenaje quirúrgico.

732. FIBROMIXOMA ESFENOIDAL. UN CASO ÚNICO

B. Martínez-Vidal, M. Rusieska y M. Bernal-Sprekelssen

Hospital Clínic. Barcelona. España.

Los tumores fibromixoides son neoplasias del tejido blando poco comunes. En la literatura sólo se encuentra descrito un caso de tumor fibromixoide de localización esfenoidal. Presentamos una paciente de 65 años que consulta por diplopía y dolor retroorbitario izquierdo de 3 semanas de evolución. La TC muestra una ocupación casi total del seno esfenoidal izquierdo con solución del tabique interesfenoidal y de la pared esfenoidal lateral izquierda que implica al conducto carotideo izquierdo y se comunica con la fosa craneal media, fosa pterigopalatina izquierda y cisura orbitaria inferior. Se realizó una escisión quirúrgica completa mediante cirugía endoscópica nasal con exposición y vaciamiento de la fosa infratemporal. La histología evidenció una proliferación de fibroblastos estrellados con pleomorfismo y abundante estroma fibroso y mixoide y el diagnóstico definitivo fue fibromixoma esfenoidal. La diplopía y la cefalea se resolvieron inicialmente durante el postoperatorio sin embargo dos semanas después acude por dolor intenso de características trigeminales y diplopía leve. La RNM muestra nueva ocupación esfenoidal que se extiende a la fosa craneal media izquierda, engloba el seno cavernoso y desplaza la arteria carótida, anteriormente desplaza la fosa pterigomaxilar izquierda. Se programa una segunda resección en conjunto con el servicio de neurocirugía logrando una resección completa. Las neoplasias fibromixoides generalmente se consideran neoplasias benignas sin embargo pueden presentar un crecimiento infiltrativo y recurrencia particularmente en localizaciones de escisión quirúrgica difícil. Presentamos un caso único por su localización, extensión y estirpe celular.

746. SÍNDROME DE HORNER COMO DEBUT DE UN SCHWANNOMA DEL SIMPÁTICO CERVICAL

A.J. Fernández Pérez, M.S. Manrique Nebreda, M.J. Gamiz Maroto y M.C. Jiménez Cortes

E.P. Hospital de Poniente. Almería. España.

Introducción: Los schwannomas de cabeza y cuello pueden tener su origen en nervios periféricos, craneales o autónomos. Los schwannomas originados en la cadena del simpático cervical (SCSC) son extremadamente inusuales. Presentamos un caso de SCSC y discutimos sus características clínicas y radiológicas; así como su manejo y tratamiento.

Caso clínico: Mujer de 38 años, que debuta con ptosis parpebral. En la exploración física se aprecia una masa ligeramente pulsátil, paratraqueal izquierda mal delimitada, el resto de la exploración fue normal. La TC y RMN muestran una masa paratraqueal izquierda de 5 × 6 cm, que comprime tráquea y desplaza la arteria carótida y vena yugular interna hacia delante. Se le realizó cervicotomía y exéresis sin complicaciones quirúrgicas.

Discusión: En la literatura hay publicados 55 casos de SCSC, afectan a pacientes entre los 20 y 50 años. La mayoría están asintomáticos y se manifiestan por presentar una masa cervical. La presencia de síndrome de Horner previo a la cirugía sólo está recogido en seis casos. Los estudios de imagen (TC, RM) son fundamentales para el diagnóstico diferencial con tumores del cuerpo carotídeo y schwannomas del vago, por su localización y relaciones con la a. carótida y v. yugular interna. El tratamiento de elección es quirúrgico, siendo frecuente la aparición de secuelas como el síndrome de Horner. Otros déficits neurológicos no son comunes.

750. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LIPOMATOSIS SIMÉTRICA BENIGNA CON AFECTACIÓN LINGUAL

N. González Poggioli, J. Herranz González-Botas, M. Álvarez-Buylla Blanco, A. Padín Seara, G. Esquía Medina y J. Martínez Vidal

Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. España.

Introducción: La lipomatosis simétrica benigna también conocida como enfermedad de Madelung suele caracterizarse por la infiltración grasa difusa en cuello y hombros, siendo excepcional la afectación a nivel lingual y pocas las referencias a su tratamiento. Presentamos un caso de lipomatosis simétrica benigna con afectación lingual, la cual fue sometida a tratamiento quirúrgico en nuestro centro.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 65 años diagnosticada de SAOS a tratamiento con CPAP que acude por disfagia y aumento de disnea. A la exploración se observa una macroglosia significativa con dimensiones de 12 × 7 × 3 cm. Las pruebas complementarias incluyeron la realización de una TAC que mostró Agrandamiento difuso lengua con áreas hiperatenuantes, y obliteración parcial de la luz orofaríngea. El tratamiento quirúrgico empleado fue el de la plastia lingual lateral en dos tiempos. Durante la misma se observaron acúmulos de grasa no encapsulada infiltrando musculatura lingual. El resultado de la biopsia fue de lipomatosis lingual.

Discusión/conclusiones: La plastia lingual lateral como método de corrección de la macroglosia en la lipomatosis simétrica benigna con afectación lingual es una técnica efectiva y con pocas complicaciones, paliando los síntomas y manteniendo la motilidad, sensibilidad y vascularización lingual. La reducción quirúrgica es necesaria ante la aparición de síntomas, así mismo permite obtener un diagnóstico definitivo.

765. A PROPÓSITO DE UN PARAGANGLIOMA YUGULAR

G. Barrutieta Baztán, J.A. Pasamontes Pingarrón, D. García Triguero, E. Asgharpour Talat, P. Cabrera Morín y J.M. Martínez Salazar

Hospital del Sureste. Arganda del Rey. España.

Introducción: Los paragangliomas son tumores que derivan del sistema paragangliónico extraadrenal. Son por tanto tumores neuroendocrinos que desde el punto de vista embriológico proceden de la cresta neural. Por su estructura histológica de tipo glomerular se han denominado clásicamente como glomus.

Material y métodos: Presentamos un caso de paraganglioma cervicocefálico yugular en un varón de 83 años que acude a la consulta por otorrea crónica de oído izquierdo y disfonía de larga evolución. Se objetiva durante la exploración la presencia de una masa polipoidea que ocupa todo el CAE izquierdo así como una parálisis de la cuerda vocal izquierda.

Resultados: Tras diversas pruebas de imagen se descubre una lesión compatible con paraganglioma yugular izquierda con erosión ósea perilesional en la región del bulbo de la yugular con extensión hacia mastoides y CAE izquierdo.

Discusión: Su tratamiento se presenta como un reto para el otorrinolaringólogo debido a las posibles secuelas quirúrgicas. A pesar de tratarse de un tumor benigno, debe tenerse en cuenta el potencial de mortalidad asociada al tumor sin tratamiento, que algunos autores cifran en torno al 5-13%. Se ha de tener en cuenta factores como la edad, estado general del paciente, tamaño y localización del tumor a la hora de plantear una actuación sobre el paciente

que puede variar desde la observación, el tratamiento quirúrgico o la radioterapia.

772. CERVICAL INFANTIL. ENTIDAD DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

D. Moreno Jiménez[a], L. El Bouaiadi[b], M.T. Cuesta[c], L.M. Prieto[c] y R. Sanz Fernández[a]

[a]*Servicio de ORL.*
[b]*Servicio de Pediatría.*
[c]*Servicio de Anatomía Patológica.*
Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Introducción: La actinomicosis es una infección causada por una bacteria anaerobia, Actinomyces israelii, organismo no patógeno, que se encuentra en nariz y faringe. La infección suele estar asociada a inmunodepresión. La localización más frecuente es en cara y cuello. Puede manifestarse como un absceso piógeno doloroso agudo o como un cuadro crónico. En ocasiones produce tractos fistulosos, que descargan gránulos actinomicóticos .El diagnóstico se realiza aislando actinomyces, que crecen formando gránulos actinomicóticos ("gránulos de azufre") .El tratamiento consiste en el uso prolongado penicilina.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 7 años que presenta tumoración laterocervical, paratiroidea izquierda dolorosa de 3 cm, de 1 mes de evolución. Tras tratamiento antiinflamatorio y antibiótico la tumoración continúa aumentando de tamaño. Rx tórax, analítica, serología, Mantoux: normales. PAAF: tejido muscular-mesenquimal (no se descarta malignidad). Eco cervical y TAC cervicotorácico: tumoración paratiroidea izquierda de 3 cm, delimitada, adherida a musculatura prelaríngea. Se realiza diagnóstico diferencial con tumor desmoide y rabdomiosarcoma y se decide exéresis de lesión por cervicotomía. El resultado de la anatomía patológica es actinomicosis cervical (apreciándose "gránulos de azufre"). Junto con el Servicio de Pediatría se pone tratamiento con amoxicilina a dosis bajas durante 4 meses.

Discusión: La actinomicosis cervical es una enfermedad de difícil diagnóstico, a tener en cuenta en tumoraciones cervicales. En ocasiones el diagnóstico definitivo es dado por la exéresis de la tumoración y análisis patológico. Es muy infrecuente en Pediatría. El pronóstico es muy bueno, con tratamiento 6 meses con amoxicilina.

773. THE VALUE OF FINE-NEEDLE ASPIRATION BIOPSY IN DIAGNOSIS OF ECTOPIC THROID TISSUE IN SUBMANDIBULAR REGION. A CASE

A. Yasemin Korkut, A. Meric, B. Uslu Coskun, I. Raif Aksoy y S. Seneldir

Vakif Gureba Hospital. Estambul. Turquía.

Ectopic thyroid is a rare congenital malformation frequently localized in the cervical midline, though it can remain in the sublingual, supra- and infrahyoid areas as well. Ectopic thyroid tissue lateral to the normal thyroid tissue is much less common and generally poses a high risk of malignant disease. A 73-year-old woman presented with an elastic, mobile, nontender 3 × 4 cm left-sided neck mass that had been detected roughly 3 years ago. She had functional thyroid glands and thyroid hormone profiles were normal. Thyroid ultrasound and fine-needle aspiration cytology of the mass demonstrated benign thyroid tissue. Ectopic thyroid tissue was resected without thyroidectomy. The excised mass showed lateral ectopic thyroid tissue without malignancy.

Acta Otorrinolaringol Esp. 2009;60(Espec Congr):167-173

ELSEVIER DOYMA

Acta Otorrinolaringológica Española

www.elsevier.es/otorrino

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

Madrid, 13-17 de noviembre de 2009

VÍDEOS

14. ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE LA FOSA PTERIGOPALATINA. LIGADURA DE LA ARTERIA MAXILAR INTERNA

H. Massegur, J. Maíz, B. Oliver y J. Coromina

Unidad de Base de Cráneo. Clínica Teknon. Barcelona. España.

Introducción: Algunos tumores nasosinusales, como el angiofibroma, reciben su vascularización principal a través de las ramas de la arteria maxilar. El acceso endoscópico de la fosa pterigopalatina e infratemporal permite el control y ligadura de estos vasos como paso previo a la extirpación tumoral.

Material y método: Se presenta la técnica endoscópica para acceder a la fosa pterigopalatina, bajo control endoscópico, mediante una maxilectomía medial, con colgajo pediculado del cornete inferior, y Denker modificado. Esta apertura permite un amplio control visual e instrumental de la pared posterior del seno maxilar que puede ser extirpada en toda su superficie para acceder a la fosa pterigopalatina, disecando y ligando la arteria maxilar y sus ramas adyacentes.

Discusión: El control de los vasos que irrigan al tumor resulta fundamental, especialmente en los abordajes endoscópicos. En el caso del angiofibroma, además de una correcta embolización, es conveniente un buen control de la vascularización. Para ello, la ligadura de la arteria maxilar aporta una seguridad adicional y un control más preciso del sangrado. La posibilidad de acceder a la fosa pterigopalatina por vía endoscópica permite una disección meticulosa de las estructuras vasculares, la ligadura del tronco principal y de sus ramas como paso inicial de la extirpación del tumor. La maxilectomía media ampliada hace posible un abordaje cómodo y seguro, proporcionando un ángulo de trabajo que permite la utilización de óptica de 0° y pinzas rectas durante todo el proceso.

55. LÁSER DE DIODO. APLICACIONES EN CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA

J.A. Márquez Moyano, C. Poyato Zamorano y P. Gómez Latorre

Hospital de Montilla. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Córdoba. España.

Introducción: El láser de diodo es un láser quirúrgico vehiculado a través de una fibra flexible. Su principal aplicación es en la cirugía de la vía lagrimal. El desarrollo de piezas de mano específicas ha permitido su uso en otro tipo de cirugías.

Material y métodos: Se describe el equipo instrumental empleado, criterios de inclusión.

Resultados: Se muestran en vídeos de corta duración fragmentos de las diferentes técnicas realizadas: dacriocistorrinostomía, resección de concha bullosa, resección de lesiones orales, resección parcial de paladar, amigdalectomía, cirugía del laringocele interno, cordectomía.

Conclusiones: El láser de diodo es una técnica aplicable a diversos procedimientos quirúrgicos otorrinolaringológicos.

94. CIRUGÍA ENDOSCÓPICA EN ANGIOFIBROMA NASAL JUVENIL

R. Solís Vázquez, E. Rejas Ugena, E. Cruz de la Piedad, B. Samaniego Regalado y J. Álvarez Domínguez

Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz. España.

Introducción: Los angiofibromas nasofaríngeos representan el 0,5% de las neoplasias de cabeza y cuello. Son tumoraciones benignas desde le punto de vista histológico pero con un comportamiento localmente invasivo y agresivo. Presentamos en formato de vídeo la resección de angiofibroma nasal juvenil mediante cirugía endoscópica.

Material y métodos: Paciente varón joven con obstrucción nasal y episodios autolimitados de epistaxis. En las pruebas de imagen se

0001-6519/$ - see front matter © 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

evidencia tumoración nasal vascularizada de probable origen posterolateral nasal de grado III en la clasificación de Fisco.

Resultados: Se realizó resección tumoral completa mediante cirugía endoscópica nasosinusal previa realización de angiografía y embolización arterial 48 horas antes a la cirugía. La evolución fue favorable y sin recidiva en el momento actual.

Discusión/conclusiones: Los angiofibromas nasales aparecen con frecuencia en pacientes varones jóvenes. Debe plantearse dentro del diagnóstico diferencia en el caso de epistaxis de repetición y obstrucción nasal. Son altamente vasculares por lo que la embolización previa a cualquier acto quirúrgico es recomendable. Gracias al avance en la cirugía endoscópica cada vez con mayor frecuencia se decide este abordaje incluso en tumores de grado > II según la clasificación de Fisch, por su menor morbilidad y secuelas estéticas.

103. CIERRE ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA LCR DE SENO ESFENOIDAL

F. Ortiz Bish, C. Alonso Gómez, M. Rodríguez Verdugo y M. Arana Ortega

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

Introducción: Las fístulas de líquido cefalorraquídeo (LCR) hacia la región nasosinusal, se presentan por la aparición de un defecto en la estructura osteo-meníngea de la base de cráneo anterior. Su etiología más frecuente es la postraumática, seguida de las no traumáticas (hidrocefalias, hipertensión endocraneal, etc.) y, en tercer lugar, las espontáneas por defecto congénito. El uso de la endoscopia desde la primera descrita por Wigand en 1981 ha supuesto un cambio radical en el tratamiento quirúrgico de éstas.

Material y métodos: Se presenta vídeo de técnica quirúrgica empleada para cierre de Fístula LCR de pared posterior de seno esfenoidal. Se utilizó para el cierre tras exposición de la misma Duragen®, colgajo libre mucoperióstico de cornete inferior, y empaquetamiento sinusal posterior.

Resultados: Se consiguió el cierre de la misma, con irritación meníngea posterior resuelta sin secuelas.

Discusión/conclusiones: El cierre por endoscopia es seguro, efectivo y con menos morbilidad que el abordaje externo.

124. ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE LA BASE DE CRÁNEO ANTERIOR. MENINGIOMA

B. Oliver[b] y H. Massegur[a,b]

[a]*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.*
[b]*Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Terrassa. España.*

Introducción: Las nuevas técnicas de cirugía endoscópica permiten unos abordajes de base de cráneo con intención mínimamente invasiva de las estructuras intracraneales, aunque suponga una demolición radical de etmoides y del tabique nasal. El acceso de la base de cráneo anterior, para lesiones como el meningioma, requiere la localización y ligadura o cauterio de las arterias etmoidales bilaterales y la creación de colgajos pediculados para el cierre de los defectos creados, previamente a la individualización de la lesión a extirpar.

Material y métodos: Se presenta la técnica quirúrgica, en dos tiempos, para la extirpación de un meningioma de base de cráneo anterior. En un primer tiempo se realiza la etmoidectomía bilateral y la localización, cauterio y sección de las arteria etmoidales anterior y posterior bilaterales. La existencia de una infección en seno maxilar aconseja posponer la extirpación del meningioma. En el segundo tiempo se inicia la cirugía con la creación del colgajo pediculado de Hadad-Basagasteguy, extirpación de 2/3 de tabique nasal hasta su inserción en lámina cribosa y la apertura de la base de cráneo desde planum sphenoidale hasta el receso frontal. Se extirpa el meningioma con sección de ambos bulbos olfatorios y se reconstruye con diversas capas la base de cráneo.

Resultados y discusión: La colaboración estrecha entre el neurocirujano y el ORL en las Unidades de Base de Cráneo permiten unos abordajes endoscópicos con pretensión mínimamente invasiva de las estructuras endocraneales. En este vídeo se pueden apreciar cada uno de los pasos necesarios para conseguir una extirpación satisfactoria buscando el mínimo sangrado tumoral, por el control de las arterias etmoidales; Asimismo se hace hincapié en la excelente visión del campo operatorio y la posibilidad de trabajo "a cuatro manos" así como en el cierre del defecto creado mediante colgajos libres y pediculados, como el de Hadad-Bassagasteguy.

159. CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO TRAQUEAL. RESECCIÓN DE TRAQUEA CERVICAL Y ANASTOMOSIS TRAQUEAL TÉRMINO-TERMINAL

G. Martínez Capoccioni, M. Guzmán Zapata, C. Martín Martín y A. Lozano Ramírez

Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España.

Introducción: Los tumores traqueales primarios son raros, con una incidencia de 0,2 por 100.000 personas al año. El carcinoma adenoide quístico (CAQ) es la segunda neoplasia maligna más frecuente precedido por el carcinoma epidermoide traqueal.

Caso clínico: Paciente de 50 años, con sensación opresiva y dolor en la región cervical, episodios de disnea al hacer ejercicio y al colocarse en decúbito lateral derecho. En la fibroendoscopia se evidencia una tumoración en tercio proximal de la tráquea, que se implanta en región anterolateral izquierda. La TC y RMN permiten definir el tamaño y localización de la lesión (masa sólida endotraqueal de aproximadamente 1,8 × 2,3 cm), facilitando el abordaje quirúrgico. Realizamos resección circular de la traquea cervical, y anastomosis traqueal término-terminal. El estudio anatomopatológico reveló que se trataba de un carcinoma adenoide quístico de patrón cribiforme, sin invasión vascular ni perineural, y márgenes quirúrgicos superior e inferior libres de tumor. El paciente se encuentra libre de enfermedad al año de la cirugía.

Discusión/conclusión: El CAQ es una neoplasia maligna agresiva y destructiva, de crecimiento lento y progresivo, con tendencia a la invasión y la diseminación perineural, recidiva local y metástasis a distancia. En esta localización, y debido a la sintomatología vaga, generalmente se confunde con enfermedad broncopulmonar. El pronóstico viene determinado por la presencia de metástasis linfáticas al diagnóstico, el estadio tumoral, la afectación de márgenes quirúrgicos, el tipo histológico y la existencia de invasión perineural. La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección, y lo que proporciona una mayor supervivencia.

182. ANATOMÍA ÓSEA DEL TERCIO MEDIO FACIAL EN 3D

R. Terré Falcón, I. Anguita Sánchez, C. Sepúlveda Rojas, A. González Palomino, F. Sánchez González, J.J. Urbano Urbano, V. Guillén Guerrero y J. Caballero Villena

Hospital de Mérida. Mérida. España.

Introducción: La estereoscopia, imagen estereográfica, o imagen 3D es cualquier técnica capaz de crear la ilusión de profundidad en una imagen.

Material y métodos: Se ha realizado un vídeo a partir de imágenes en dos dimensiones montadas en páginas de PowerPoint.

Estas imágenes se han obtenido mediante la utilización de un endoscopio, una cámara réflex, un objetivo macro y un trípode con posibilidad de movimiento en las tres dimensiones. Modo de visualización: para la visualización en 3D es necesaria la utilización de un visor portátil especial de fácil utilización llamado pockescope.

Discusión: El estudio de la anatomía mediante imágenes en tres dimensiones aporta una sensación de profundidad al estudio anatómico mediante imágenes estándar en dos dimensiones, permitiéndonos en algunos casos percibir información de localización y disposición no perceptible por los medios audiovisuales habituales.

353. BOLA FÚNGICA ETMOIDAL. ABORDAJE ENDOSCÓPICO

D. Pérez Pérez, F. de la Rosa Astacio, D. Abad Casado, C. Frágola Arnau y G. de los Santos Granados

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: La bola fúngica sinusal se define como una acumulación de material fúngico, de carácter no invasivo, en los senos paranasales, característicamente unisinusal (maxilar). Afecta a pacientes inmunocompetentes, produciendo una clínica similar a la rinosinusitis crónica. El diagnóstico se establece con la visualización intraoperatoria de la lesión (y posterior confirmación anatomopatológica) apoyado por el estudio de imagen.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 81 años que presenta insuficiencia respiratoria nasal, epífora y sensación de presión ocular derechas de meses de evolución. En la exploración endoscópica se objetiva masa obstructiva en fosa nasal derecha con mucosa de aspecto normal, que parece depender de meato superior. El estudio de imagen (TC y RM) revela una ocupación etmoidomaxilar derecha, con extensión hacia fosa nasal ipsilateral y destrucción de la pared medial del seno maxilar y márgenes del conducto nasolacrimal.

Resultados: Se propone cirugía endoscópica, realizando extirpación completa de la masa, turbinectomía media parcial, uncinectomía, antrostomía maxilar, etmoidectomía completa y apertura de seno esfenoidal. Se envían muestras intraoperatorias que establecen el diagnóstico de bola fúngica etmoidal.

Discusión/conclusiones: El diagnóstico de bola fúngica sinusal debe ser considerado en cualquier caso de sinusitis recurrente o refractaria, especialmente unilateral. El TC es la prueba de imagen de elección, mostrando, en la mayoría de los casos, imágenes orientativas (ocupación heterogénea de un único seno paranasal con calcificaciones lineares/circulares) pero nunca patognomónicas. El tratamiento de elección consiste en la extirpación de la lesión mediante cirugía endoscópica, siendo muy discutida la utilización postoperatoria de antifúngicos.

359. MODELO OVINO PARA ENTRENAMIENTO DE ESTAPEDECTOMÍA

A. Cordero, M.M. Medina, T. Labatut y R. Polo

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: La estapedectomía es una técnica quirúrgica que requiere un aprendizaje progresivo, por lo que es preciso un entrenamiento previo en modelos experimentales, preferiblemente en cadáver humano. Dada la escasa disponibilidad de huesos temporales humanos, nos planteamos el uso de un modelo animal cuyas características anatómicas fuesen comparables a las del oído humano. En la literatura esta descrito que la anatomía ovina del oído medio y externo es la más similar a la humana, habiéndose utilizado previamente como modelo quirúrgico.

Objetivo: 1. Descripción anatómica del oído medio y externo ovino apoyándonos en imágenes macroscópicas y cortes de tomografía computarizada (TC). 2. Entrenamiento de la estapedectomía

Material y métodos: Búsqueda bibliográfica de artículos que incluyan la oveja como modelo quirúrgico. Realizamos 40 estapedectomías totales con prótesis tipo pistón, cortes macroscópicos en distintos planos y TC de peñascos de cabezas de oveja.

Resultados: La mayoría de las estructuras del oído medio y externo ovino miden 2/3 de su equivalente humano, salvo el diámetro horizontal timpánico, que es proporcionalmente menor. La disposición de la articulación incudoestapedial es similar. La apófisis larga del yunque es más corta y gruesa, dificultando el ajuste del pistón. El tiempo medio de estapedectomía realizada por residentes de primer año se redujo de 120 a 45 minutos así como tasa de complicaciones (rotura del colgajo, luxación del yunque y pérdida de pistón).

Conclusión: La oveja constituye un modelo barato, de fácil disponibilidad y características anatómicas adecuadas para el entrenamiento de la estapedectomía.

369. ADENOCARCINOMA DE SACO ENDOLINFÁTICO. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

J. Galindo, L. Lassaletta, J.M. Roda, A. Díaz Anadón, I. Sánchez Cuadrado y J. Gavilán

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: Los tumores del saco endolinfático son raros. Por lo general presentan un bajo grado de malignidad. Suponen un reto diagnóstico en la patología del ángulo pontocerebeloso, ya que pueden mimetizar clínica y radiológicamente otras lesiones como el paraganglioma yugular. La exéresis completa de la lesión confiere a estos pacientes un excelente pronóstico a largo plazo.

Material y método: Presentación de un caso clínico de adenocarcinoma de saco endolinfático en formato de película de video.

Resultado: El video muestra la presentación clínica del caso en nuestra consulta, la exploración física y la batería diagnóstica empleada, que incluye TC, RMN con contraste y arteriografía. Se expone la técnica quirúrgica mediante abordaje translaberíntico al ángulo pontocerebeloso. La exéresis tumoral es completa, incluyendo las porciones timpánica, mastoidea, extradural e intradural de la lesión. No se producen déficits neurológicos postoperatorios. Aparecen imágenes de la pieza quirúrgica y preparaciones histológicas que confirman el diagnóstico de adenocarcinoma de saco endolinfático. Finalmente mostramos el control radiológico postoperatorio y el estado del paciente a los 6 meses.

Discusión/conclusión: Los tumores del saco endolinfático son raros. La sospecha clínica, las técnicas de imagen y la arteriografía pueden orientar el diagnóstico, que siempre es complicado. El abordaje translaberíntico ofrece un excelente acceso a la lesión, permitiendo una exéresis completa de la misma. La morbilidad de la técnica es escasa.

392. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN LA PARÁLISIS DE CUERDAS VOCALES EN ABDUCCIÓN

E. Alarcón Linares, F. Ropero Romero, J. Aguilar Cantador y E. Cantillo Baños

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

En los últimos años han surgido diversas opciones quirúrgicas para el tratamiento de la disfonía que tiene como causa la parálisis en abducción de una o ambas cuerdas vocales. Presentamos una comunicación tipo video en el que se realiza un repaso acerca

de las diferentes técnicas más utilizadas en la actualidad. Realizamos una comparación entre las técnicas de tiroplastia y colocación de material protésico en el espacio paraglótico, más usadas en nuestro servicio, y las técnicas de infiltración intracordal de materiales irreabsorbibles, como la hidroxiapatita cálcica. Presentamos imágenes tanto pre y postoperatorias como del mismo acto quirúrgico.

398. MUCOCELE ETMOIDO-ORBITARIO. HALLAZGO CASUAL Y TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

M.R. García Rodríguez, S. Crusat Braña, M. Acebal Lucía, N. Gómez Gabaldón y A. Belinchón de Diego

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Introducción: El mucocele es una lesión benigna pseudoquística, con una pared de mucosa sinusal, rellena de líquido viscoso. Siempre asociado a obstrucción del ostium sinusal. Los frontales y etmoidofrontales son los más frecuentes. De crecimiento muy lento pueden ser asintomáticos durante años. El diagnóstico de sospecha se produce en la fase de exteriorización o de complicaciones por compresión ocular o cerebral, o sobreinfección. El diagnóstico de certeza se realiza mediante TC que valora tamaño, lisis de tabiques óseos y proximidad de estructuras. El tratamiento es quirúrgico mediante técnica radical con extirpación completa de la membrana mucosa y obliteración sinusal o técnica conservadora mediante abordaje endoscópico y marsupialización amplia.

Material y método: Varón de 70 años, visto por neurología por ictus, en TC cerebral presenta ocupación de celdas etmoidales anteroposteriores derechas por material homogéneo de baja densidad destruyendo lámina papirácea y entrando en órbita con desplazamiento orbitario. Clínicamente asintomático, presenta discreta proptosis lateroinferior derecha. Fibroscopia flexible, protrusión de bulla etmoidal y pared lateronasal derechas. Oftalmología, no alteración de motilidad ni compromiso visual.

Resultados: Mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) se realiza etmoidectomía anterior derecha con drenaje-aspiración de material amarillento espeso que ocupa celdas etmoidales anteroposteriores, que convierte etmoides en cavidad única y destruye pared medial orbitaria exponiendo ampliamente periórbita con ausencia de grasa periorbitaria. Estudio anatomopatológico, compatible con mucocele.

Discusión/conclusiones: El mucocele etmoidal durante su lenta evolución puede afectar la cavidad orbitaria, inicialmente con ausencia de síntomas aún cuando exista erosión amplia de pared medial orbitaria. El advenimiento de la CENS permite el abordaje del mucocele etmoidal mediante técnicas conservadoras con excelentes resultados.

414. ATRESIA UNILATERAL DE COANAS

B. Agreda, R. Artal, E. Serrano, A. López, A. Urpegui, J.I. Alfonso y H. Vallés

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Introducción: La atresia de coanas es la falta de comunicación entre la cavidad nasal y el tracto aerodigestivo superior. Es una de las malformaciones congénitas nasales más frecuentes, y puede aparecer de forma aislada o asociada a diversos síndromes, como el llamado CHARGE. Cuando es bilateral, puede ocasionar la muerte del neonato por asfixia. El síntoma principal que ocasiona en el adulto, es una obstrucción nasal unilateral, asociada frecuentemente a una rinorrea también unilateral. El diagnóstico se realiza mediante fibroendoscopia nasal y TC. El tratamiento es quirúrgico, y se realiza vía endoscópica, dejando un tutor de silicona tras la resección, para evitar la reestenosis.

Caso clínico y resultados: Presentamos el vídeo de la intervención de una paciente de 20 años con atresia unilateral de coana izquierda a expensas del septum nasal óseo y tabique membranoso, que fue intervenida mediante cirugía endoscópica, realizando apertura y repermeabilización de la coana mediante fresado óseo y resección mucosa. En las sucesivas revisiones la paciente se encuentra asintomática, y la coana permanece permeable.

Conclusión: La atresia de coanas se trata de una malformación que puede ocasionar alteraciones respiratorias de diferente intensidad, por lo que debe ser resecada quirúrgicamente, manteniendo stents en la cavidad tras la cirugía, para evitar la reestenosis.

424. HEMOSTASIA REGIONAL ENDOSCÓPICA EN EL MANEJO URGENTE DE LA EPISTAXIS

C. Martín Oviedo, A. Lowy, X. Araujo, C. Fernández, D. Poletti, C. Alonso y G. Sanjuán de Moreta

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: El sangrado nasal es una de las urgencias otorrinolaringológicas más frecuentes y a pesar de ser habitualmente una patología banal no debe olvidarse que en ocasiones puede comprometer la vida del paciente, debido a su recurrencia o a su abundancia. Cuando no se consigue controlar la hemorragia mediante las primeras medidas de hemostasia local se recurre a la realización de la hemostasia regional, teniendo en cuenta la vascularización nasal y sus anastomosis.

Material y métodos: Mediante medios filmográficos les presentamos las ligaduras arteriales de las arterias esfenopalatina y etmoidal anterior.

Resultados: En nuestro servicio fue realizada, entre 2005 y 2008, la ligadura de la arteria esfenopalatina en 15 pacientes y de la arteria etmoidal anterior en 2 casos. En todos los casos se resolvió el sangrado, saliendo del quirófano sin ningún tipo de taponamiento local y con alta hospitalaria a las 24 h. En todos ellos se realizó un seguimiento estrecho, sin presentar en la evolución de 6 meses, ni recidiva del sangrado, ni complicaciones locales.

Conclusiones: En ocasiones a pesar de correctas medidas de hemostasia local, se compromete el pronóstico vital del paciente con sangrado nasal debido a su persistencia. En estos casos creemos necesario conocer y estar adiestrados en el manejo quirúrgico de esta patología, que suponga el cese del sangrado y la recuperación del paciente.

463. COAGULACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA ARTERIA ESFENOPALATINA

F. Culaciati, E. Morera, P. Sarría, G. Jaume, J. Rama y M. Tomás

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Dentro del manejo de la epistaxis posterior recidivante se describe el abordaje endoscópico de la arteria esfenopalatina. En este vídeo mostramos la técnica quirúrgica empleada. Primero realizamos la inspección de la totalidad de ambas fosas nasales, buscando ver el punto de sangrado y descartando un origen bilateral. Debemos evaluar si sólo pertenece al área de la arteria esfenopalatina o si también procede del techo, obli-

gándonos en caso a complementar el procedimiento con la coagulación de la arteria etmoidal anterior. Luego usamos como punto de referencia el ostium y la pared posterior del seno maxilar procediendo a levantar un colgajo mucoso en dirección posterior, teniendo en cuenta como límite inferior el borde libre del cornete medio sin sobrepasar el nivel de la raíz de inserción del cornete inferior. Encontraremos la arteria en su emergencia en el agujero esfenopalatino. Debemos exponer bien dicha emergencia ya que es frecuente encontrarnos con pequeñas ramas adyacentes que pueden ser también parte del origen del sangrado. Procedemos a la coagulación usando una pinza bipolar endoscópica, dejamos un trozo de Surgicell® en el lecho quirúrgico y taponamos la fosa con Netcell®, que retiraremos al día siguiente previo al alta.

607. IMPLANTE COCLEAR EN PACIENTE CON SCHWANNOMA VESTIBULAR EN OÍDO ÚNICO

A. Díaz-Anadón, L. Lassaletta, R. Pérez-Mora, M. Bastarrica y J. Gavilán

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: Una de las nuevas indicaciones de los implantes cocleares (IC) es su colocación en pacientes con neurinoma del VIII par en oído único. En estos casos el estado del nervio auditivo condiciona el resultado audiológico.

Material y métodos: Presentamos el caso de un pacientes con cofosis derecha antigua por colesteatoma e hipoacusia izquierda por schwannoma vestibular (SV). Se muestra la historia clínica, los detalles de la técnica quirúrgica y el resultado postoperatorio con el implante coclear.

Resultados: Se realizó resección del SV por vía translaberíntica preservando el nervio coclear y colocando un implante en el mismo acto quirúrgico. El paciente presentó respuesta auditiva en todos los canales con umbrales que han ido disminuyendo desde la intervención.

Discusión/conclusiones: El IC representa una alternativa al implante de tronco en pacientes seleccionados con NF2 y pacientes con SV en oído único.

609. DESCOMPRESIÓN ORBITARIA. ABORDAJE COMBINADO ENDOSCÓPICO Y TRANSCONJUNTIVAL

J. Santos Pérez, G. Blanco Mateos, M. Alonso Mesonero, A. Fernández Rodríguez y D. Morais Pérez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Introducción: La descompresión orbitaria es la técnica quirúrgica que pretende la expansión del contenido orbitario mediante la resección controlada de las paredes orbitarias. Indicada fundamentalmente en el exoftalmos por enfermedad de Graves-Basedow, tiene como objetivo el tratamiento de la neuropatía óptica, la exposición queratoconjuntival y por último una finalidad estético-reconstructiva. Entre los numerosos abordajes disponibles, el combinado endoscópico y transconjuntival presenta numerosas ventajas con respecto al resto de técnicas descritas.

Material y métodos: Se presenta un vídeo de descompresión orbitaria, en un paciente con orbitopatía distiroidea, mediante abordaje combinado endoscópico y transconjuntival. Se incluyen los estudios preoperatorios, la técnica quirúrgica, instrumental necesaria, evolución postoperatoria y resultado final.

Discusión: Desde la aparición de la cirugía endoscópica nasosinusal, la técnica clásica de descompresión orbitaria de Walsh y Ogura ha sido sustituida por el abordaje endoscópico. Éste presenta numerosas ventajas en el manejo de los senos paranasales, pared medial y ápex orbitario. La vía transconjuntival, con incisiones mínimas y poco visibles, ofrece un excelente control del suelo orbitario y el nervio infraorbitario y permite la descompresión de la pared lateral y lipectomía con la mismo abordaje. La combinación de ambas, en colaboración con un oftalmólogo experto en cirugía orbitaria, aúna todas estas ventajas, ofreciendo una máxima descompresión y seguridad, mínima morbilidad y excelente control de todas las estructuras por parte de ambos especialistas.

630. SELLADO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA DE LCR NASAL TRAS RESECCIÓN DE TUMORACIÓN ESFENOIDAL POR VÍA TRANSEPTAL

E. Cruz de la Piedad, E. Rejas Ugena, R. Solís Vázquez, M.E. Mora Santos, B. Samaniego Regalado y G. Trinidad Ruiz

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. España.

Presentamos un vídeo donde mostramos un caso de fístula de LCR nasal provocada tras resección de una tumoración que asentaba en el seno esfenoidal y que fue resecada por vía transeptal por parte del servicio de neurocirugía. En la preparación prequirúrgica se administró fluoresceína intratecal para facilitar la localización de dicha fístula y mantuvimos al paciente en posición de Trendelenburg durante 45 minutos. Empleamos grasa umbilical que introducimos a través del orificio a través del que fluía el LCR.

640. CARCINOMA EPIDERMOIDE AVANZADO DE LENGUA. RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA Y REHABILITACIÓN IMPLANTOLÓGICA

M. Castrillo Tambay, R. Galán Hernández, J. González Martín-Moro, J. Trujillo Trujillo, T. Bucci y B. Duarte Ruiz

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

Introducción: Presentamos nuestra experiencia en el manejo del carcinoma epidermoide estadio avanzado de lengua. La reconstrucción inmediata mediante colgajos microvascularizados de partes blandas se realiza de forma rutinaria con colgajo fascicutáneo antebraquial, colgajo miocutáneo de recto del abdomen y más recientemente mediante colgajos de perforantes. Muchos pacientes, debido a su estado basal, el tratamiento quirúrgico y la radioterapia postoperatoria se convierten en edéntulos con mal ajuste de sus prótesis removibles.

Material y métodos: Se han seleccionado tres pacientes intervenidos de carcinoma lingual avanzado. Su tratamiento consistió en extirpación quirúrgica y radioterapia y quimioterapia postoperatoria. Todos se intervinieron hace más de tres años. Se rehabilitaron mediante prótesis sobre implantes osteointegrados, y presentamos en formato vídeo su calidad de vida valorando su masticación, deglución, habla y estética.

Resultados: La reconstrucción inmediata se practica de forma rutinaria en tumores avanzados de lengua. La radioterapia supone un doble desafío, por un lado, una pérdida precoz de piezas dentarias, y por otro, una mayor dificultad en la rehabilitación dental. El empleo de implantes osteointegrados es una técnica segura y predecible incluso en pacientes radiados, y permite al paciente disfrutar de una mayor calidad de vida. En el vídeo podemos apreciar la claridad en el habla, la correcta masticación y deglución, la estética, y la satisfacción de los pacientes.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la rehabilitación protésica mediante implantes osteointegrados en pacientes irradiados es una técnica predecible y que aumenta considerablemente la calidad de vida de los pacientes.

642. RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA Y REHABILITACIÓN IMPLANTOLÓGICA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE SUELO DE BOCA CON AFECTACIÓN MANDIBULAR

M. Cuesta Gil, J. González Martín-Moro, R. Galán Hernández, M. Castrillo Tambay, J. Trujillo Trujillo y F. Riba García

Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

Introducción: La afectación ósea por contigüidad en tumores de suelo de boca implica un defecto segmentario mandibular. En la actualidad, es indiscutible el empleo de injertos óseos microvascularizados para asegurar una correcta calidad de vida en estos pacientes. Presentamos los resultados a largo plazo de pacientes intervenidos mediante resección de partes blandas y hueso, reconstrucción inmediata con injerto osteocutáneo y posterior rehabilitación implantológica.

Material y métodos: Se han seleccionado dos pacientes intervenidos hace más de 5 años de tumores en cavidad oral con afectación ósea, reconstruidos con un colgajo de peroné y otro de cadera respectivamente por considerarse los dos colgajos más significativos. Se describe la técnica quirúrgica empleada en el tratamiento primario del tumor así como la rehabilitación dental con implantes osteointegrados, y se presentan en formato vídeo los resultados a largo plazo valorando el habla, la masticación y la deglución.

Resultados: La reconstrucción inmediata del defecto óseo mediante injertos microquirúrgicos mejora significativamente la estética y las funciones básicas. Una adecuada rehabilitación con prótesis sobre implantes aporta la capacidad de masticación y una mejor calidad de vida incluso en pacientes irradiados. El éxito en la integración de los implantes en pacientes sometidos a radioterapia es muy alto, lo que conduce a unos resultados previsibles.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la rehabilitación protésica mediante implantes osteointegrados en injertos óseos microvascularizados es una técnica segura, predecible, con un alto porcentaje de éxito y una gran aceptación por el paciente.

648. LESIÓN DE TEJIDO CONECTIVO FIBROSO DEL NERVIO FACIAL

M.I. Sánchez-Camón, L. Lassaleta y J. Gavilán

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: El diagnóstico diferencial de lesiones en el ganglio geniculado incluye schwannomas, hemangiomas y meningiomas principalmente.

Material y métodos: Paciente varón de 5 años con parálisis facial derecha completa de inicio súbito y un año de evolución, sin otra sintomatología ni antecedentes personales de interés. El TAC mostró una lesión osteolítica, bien delimitada, sin esclerosis ósea, en el área del ganglio geniculado, que se introducía en oído medio siguiendo el nervio facial. En la RM aparecía una lesión bien delimitada de aproximadamente 8 mm que realzaba intensamente tras la administración de gadolinio.

Resultados: Con el diagnóstico de sospecha de neurinoma del nervio facial se llevó a cabo la resección completa de la lesión a través de un abordaje transtemporal, con reconstrucción posterior del nervio con injerto de nervio auricular mayor. La histología mostró fascículos nerviosos desorganizados muy infiltrados por tejido conectivo y escasas células plasmáticas, con ausencia de células malignas o células de Schwann. La inmunohistoquímica fue positiva para vimentina y neurofilamentos y negativa para S-100 o alfa-actina.

Conclusiones: Los pseudotumores inflamatorios en esta localización son poco frecuentes, y aunque los resultados de nuestras pruebas de imagen concordaban con este diagnóstico, en años recientes este nombre se ha reservado para aquellas lesiones con miofibroblastos y un infiltrado inflamatorio compuesto predominantemente por células plasmáticas y linfocitos. Debido a la ausencia de miofibroblastos el diagnóstico final fue lesión de tejido conectivo fibroso del nervio facial, que debería ser tenido en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones en esta localización.

672. ABORDAJE TRANSCARUNCULAR PARA LA ARTERIA ETMOIDAL ANTERIOR

C. Artigas Sapiaín, F. Trobat Company y M. Tomás Barberán

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

La arteria etmoidal anterior es responsable de hasta un 15% de los sangrados nasales severos refractarios a taponamiento convencional. Las vías de abordaje tradicionales, como la incisión de Lynch, dejan como secuela una cicatriz visible y, debido a su localización, presentan el riesgo de secuela tanto en la vía lacrimal como en la forma del canto orbitario interno. El abordaje endoscópico es técnicamente complejo y por la localización de la arteria en el techo de la fosa. Presentamos el abordaje transcaruncular de la arteria etmoidal anterior, abordaje técnicamente sencillo y prácticamente sin riesgo de secuelas para el paciente.

752. ESTUDIO DE DISFAGIA TRAS CIRUGÍA ONCOLÓGICA FARINGOLARÍNGEA PARCIAL

F.J. Guerra, R. Gutiérrez, H. Moreno, L. Garrido, V. Vasallo y C. Cenjor

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción: La disfagia es uno de los síntomas que con mayor frecuencia condiciona la calidad de vida tras una cirugía oncológica faringolaríngea; detectar su inicio y sus tratamientos son de capital importancia para mejorar las posibles complicaciones que desarrollan estos pacientes en ocasiones.

Material y métodos: Presentaremos casos de pacientes tratados mediante laringectomías parciales en los que se realizan estudios de deglución postoperatorios para determinar el momento de mayor seguridad para la reintroducción de la dieta oral y en qué condiciones ésta debe ser reintroducida.

Discusión/conclusión: Las pruebas diagnósticas orientadas al estudio de la disfagia son necesarias para reducir las complicaciones postoperatorias, así como para determinar el momento idóneo para reintroducir la dieta oral.

757. ESTENOSIS FARÍNGEA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE BEHÇET

J.M. Viel, M.A. Agut, M.J. Ramos, M.J. Agulles, A. Ferrer y J. del Campo

Hospital Francisco de Borja. Gandía. España.

Introducción: El síndrome de Behçet, descrito en el año 1937 por el médico turco Hulusi Behçet, caracterizado por la tríada de signos: estomatitis aftosa, úlceras genitales y uveítis. La etiología es desconocida. Es una afección rara de evolución crónica y con capacidad de producir inflamación en los vasos san-

guíneos del organismo. Las aftas bucales suelen ser muy dolorosas y generalmente curan sin dejar cicatriz. Sólo hay publicados tres casos más de estenosis faríngea como complicación de esta enfermedad.

Material y método: Presentamos un caso de estenosis faríngea en un paciente de 56 años diagnosticado de síndrome de Behçet, que consultó por cuadro de disnea. Se muestra la fibroscopia diagnóstica y el resultado tras resección de la estenosis con láser CO_2.

Discusión/conclusiones: El paralelismo con otros desórdenes sistémicos, como el lupus eritematoso y la enfermedad de Wegener. La vasculitis y la miositis localizadas están incriminadas en el mecanismo de la estenosis faríngea.

Acta Otorrinolaringol Esp. 2009;60(Espec Congr):174-185

ELSEVIER DOYMA

Acta Otorrinolaringológica Española

www.elsevier.es/otorrino

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

Madrid, 13-17 de noviembre de 2009

CURSOS DE INSTRUCCIÓN

VIERNES, 13 DE NOVIEMBRE

SALA 101

779. INICIACIÓN A LA RINOPLASTIA

E. Scola Pliego

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

778. TIMPANOPLASTIA

M.A. Arístegui Ruiz

Sección de Otología. Servicio de ORL. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

En el presente curso se hará una pequeña reseña histórica de la cirugía de oído medio crónico. Se ofrecerá una clasificación racional de dicha cirugía y se expondrán las técnicas básicas existentes en cirugía de oído medio tanto con imágenes intraoperatorias como con videos. Se establecerán las indicaciones para las distintas técnicas, así como los aspectos más destacables de cada una de ellas. Se comentarán las posibles complicaciones y un esquema de actuación en base a la experiencia del autor.

SÁBADO, 14 DE NOVIEMBRE

SALA 103 + 104 16.00-17.00

173. CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSNASAL DE LA BASE DEL CRÁNEO

J. García-Polo, C. Alfonso, A. Pérez y C. Pérez

Hospital La Paz. Madrid. España.

Exponemos en este curso las técnicas, las patologías tratadas y los resultados de la actividad quirúrgica realizada en la Unidad de Cirugía Endoscópica de Base de Cráneo del Hospital La Paz de Madrid, formada por neurocirujanos, ORL, maxilofaciales, endocrinólogos y neuroradiólogos. Esta unidad comenzó a funcionar en junio de 2005 y ha ido extendiendo su actividad desde el tratamiento de patología hipofisaria hasta incluir tumores benignos y malignos de la base anterior del cráneo. En este curso de instrucción se intentan mostrar las bases técnicas e instrumentales de esta progresión, los fundamentos del trabajo en equipo necesario para tratar esta patología y las perspectivas futuras de la endoscopia en los abordajes neuroquirúrgicos.

0001-6519/$ - see front matter © 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

SALA 103 + 104 17.10-18.10

776. TÉCNICA CENTRÍPETA EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL. NUEVA HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE ANATÓMICO

G. Sanjuán de Moreta

En este curso se pretende la enseñanza de una técnica para la realización de la Cirugía Endoscópica Nasosinusal basada en la disección de la órbita y la base de cráneo para la exéresis completa de la patología nasosinusal benigna o maligna. También se presentará una nueva herramienta de ayuda al cirujano endoscópico para el conocimiento de la anatomía de las fosas nasales que mejorará la comprensión de la fisiología de tan compleja estructura (NAVI).

SALA 101 16.00-17.00

85. TIMPANOPLASTIA CON CARTÍLAGO EN EMPALIZADA

J.M. Guilemany Toste, L.M. Menéndez Colino
y M. Bernal Sprekelsen

Hospital Clínic. Barcelona. España.

Objetivos: Introducción a la técnica de la reconstrucción timpánica mediante cartílago en empalizada. Enseñanza de las técnicas de extracción de cartílago y colocación para la consecución del neotímpano, tanto en las timpanoplastias tipo I como en las reconstrucciones asociadas de cadena osicular.

Métodos: Presentación de las técnicas de extracción de cartílago tragal y de cimba. Técnica ce colocación del cartílago en empalizada. Técnica de apoyo para evitar retracciones. Uso del cartílago de la concha para rellenar mastoides y conseguir obliteraciones parciales o subtotales. Se presentarán diapositivas sobre la técnica y resultados a largo plazo así como videoclips que ayuden al entendimiento de la técnica.

Resultados: Se presentan los resultados anatómicos y funcionales en más de 700 pacientes intervenidos mediante timpanoplastia con cartílago en empalizada, los trucos para conseguir buenos resultados y los posibles fallos y su corrección. Los resultados funcionales con diferentes prótesis, especialmente las TORP de titanio, a largo y medio plazo tras timpanoplastias tipo III.

SALA 101 17.10-18.10

278. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS LESIONES SEVERAS DEL NERVIO FACIAL

A. Harguindey Antolí-Candela y F. Antolí-Candela Cano

Instituto ORL Antolí Candela. Madrid. España.

Introducción: La parálisis facial, al margen de las limitaciones propias de la parálisis, suponen un trauma psíquico importante para el paciente que la sufre. Se revisan las opciones terapéuticas en caso de parálisis severa y sus resultados más frecuentes.

Material y método: Para este curso se han revisado 27 casos con lesiones severas del nervio facial debidas a fracturas del temporal, colesteatoma, yatrógenas, tumores, como glomus yugular, neurinoma del acústico y carcinomas y neurinomas del nervio facial. Para la valoración se utiliza el sistema de graduación de la parálisis de House Brackmann.

Resultados: Dependen de la localización y extensión de la lesión, diagnóstico etiológico y tiempo de la evolución de la parálisis preoperatoriamente y tipo de reconstrucción facial.

Conclusión: Aunque en las lesiones severas del facial existen numerosas posibilidades quirúrgicas cuando el tratamiento requiere injertos o anastomosis, rara vez son mejores que en un grado III de House Brackmann. En los casos en los que se puedan llevar a cabo una simple descompresión o anastomosis término-terminal (reconstrucción primaria del facial) se puede llegar a grado I o II de House Brackmann y, por lo tanto, son los tratamientos de elección.

SALA 102 16.00-17.00

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

M. Rossi Izquierdo y A. Soto Varela

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España.

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 computarizada, 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.).

SALA 102 17.10-18.10

144. DISEÑO Y MANEJO DE UNA CLÍNICA OTONEUROLÓGICA. ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

E. Martín Sanz y R. Barona de Guzmán

Hospital Casa de Salud. Valencia. España.
Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid. España.

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 mas necesario no sólo conocer la patología propiamente dicha, sino también los medios técnicos necesarios para su estudio, cuándo utilizarlos y qué resultados permiten obtener. Con este curso se pretende atender a los aspectos más prácticos del manejo de una clínica otoneurológica.

Material y métodos: En el curso se hará un repaso de cada uno de los puntos que deben ser tenidos en cuenta en la organización de una consulta de otoneurología. - Anamnesis y exploración clínica. Cuestionarios estandarizados. - Indicaciones, organización e utilidad de las diferentes pruebas instrumentales, en especial pruebas calóricas, rotatorias, potenciales evocados miogénicos y vertical subjetiva. - Posturografía estática y dinámica. - Nuevas tecnología aplicadas al estudio de la marcha y de la columna cervical. - Redacción de informes y aspectos medicolegales. - La información se completará con vídeos 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.

SALA 105 16.00-17.00

73. PRÓTESIS OSTEOINTEGRADAS DE OÍDO (BAHA). DESDE LA INDICACIÓN A LA IMPLANTACIÓN

J. Dalmau, C. Orús, V. Murcia, M.P. Venegas, J.M. Tamarit y J. de Juan

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.
Hospital Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción: Las prótesis osteointegradas tipo BAHA (bone anchored hearing aid) son un método difundido y bien establecido de rehabilitación auditiva. Este implante percutáneo proporciona un mayor rendimiento, calidad del sonido y comodidad que los dispositivos convencionales de conducción vía ósea y que los sistemas osteointegrados transcutáneos. Asimismo, nos ofrece ventajas respecto a los audífonos de conducción vía aérea en determinados pacientes con otitis crónicas.

Material y métodos: Presentamos un curso basado en la experiencia conjunta de ambos centros desde el año 2001, con más de 100 pacientes implantados. Se analizan todos los aspectos relacionados con este tipo de prótesis. Inicialmente describimos los aspectos técnicos del dispositivo, las indicaciones clásicas y las nuevas indicaciones emergentes, así como los criterios de selección de los pacientes. Se analizan críticamente las diferentes técnicas quirúrgicas y su evolución a lo largo de los años. Además, se describen las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias que hemos tenido, así como el manejo de las mismas. Para finalizar, presentamos los resultados auditivos, de satisfacción y calidad de vida de los pacientes implantados.

Discusión/conclusiones: Desde los inicios de las prótesis BAHA, hace más de 30 años, se han producido múltiples cambios y aportaciones alrededor de las mismas, sobre todo en las indicaciones y la técnica quirúrgica. Consideramos que hoy por hoy son un método de rehabilitación auditiva efectivo que debemos tener en cuenta en un grupo no desdeñable de pacientes que acuden a nuestra consulta. Es por ello que en este curso, y basándonos en nuestra experiencia desde hace 8 años, estudiamos estas prótesis en todos sus aspectos. El objetivo es dar a conocer las prótesis BAHA a los otorrinolaringólogos más jóvenes y aportar diferentes puntos de vista a los profesionales más familiarizados con el uso de las mismas.

SALA 105 17.10-18.10

766. ESTRIDOR EN LA INFANCIA. DEL DIAGNÓSTICO AL TRATAMIENTO

J. Cervera Escario, B. Pérez Piñero y M. Bartolomé Benito

Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

Introducción: El estridor es un síntoma, y no el nombre de una enfermedad. Se caracteriza por la presencia de un ruido respiratorio de tipo alto, que se escucha mejor en la inspiración, y tiene un sonido musical de tonos agudos. Su origen está originado por las turbulencias del flujo aéreo a través de las vías aéreas superiores.

Material y métodos: Se pretende dar a conocer las diferentes causas que producen el estridor, así como su fisiopatología, mostrando el proceso de evaluación, para terminar con los tratamientos disponibles en las diferentes situaciones. Se hará un exhaustivo recorrido de todos los medios diagnósticos, tanto la historia clínica, examen físico, valoración endoscópica y de imagen, para llegar al diagnóstico exacto de cada situación.

Resultados: Una vez evaluado convenientemente cada niño, según la patología que padezca, se expondrá el tratamiento empleado, que puede ser simplemente la observación, tratamiento médico, o la cirugía, bien mediante tratamiento endoscópico de la vía aérea, en los casos que lo permitan, o bien con cirugía abierta, si no hay otra posibilidad terapéutica. Mostraremos las diferentes técnicas quirúrgicas y los resultados obtenidos.

Discusión/conclusiones: El estridor de la vía aérea en los niños es una patología compleja, que requiere un estudio protocolizado. El éxito del tratamiento se basa en un correcto diagnóstico y su manejo en centros especializados que dispongan de una unidad de cuidados intensivos pediátricos, requerimiento imprescindible para evitar complicaciones no deseadas que pueden surgir en estas patologías.

SALA 106 16.00-17.00

408. CURSO DE DISFAGIA Y ASPIRACIÓN

G. Jaume Bauza, P. Epprecht González y F. Trobat Company

Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

La disfagia y la aspiración son problemas que habitualmente comparten varios especialistas, pero en las que el otorrinolaringólogo se encuentra especialmente capacitado dado su conocimiento y posibilidades de exploración de la encrucijada laringe-faringo-esofágica. El término disfagia comprende los trastornos de deglución. El paciente puede presentar disfagia como síntoma aislado o bien aspiración, definido como paso del bolo alimenticio y o saliva hacia el tracto aéreo superior. En el presente curso pretendemos enseñar a los participantes el manejo de la aspiración y la disfagia. El curso constará de dos partes diferenciadas: 1. Diagnóstico de la disfagia y aspiración a través de la videoendoscopia de la deglución. Se enseñará el protocolo de dicha prueba. 2. Tratamiento no quirúrgico de la disfagia y aspiración mediante maniobras facilitadoras de la deglución, maniobras indirectas de la deglución y cambios en consistencia en los alimentos. En ambos supuestos expondremos vídeos de casos clínicos para establecer el diagnóstico y una rehabilitación de la disfagia individualizada.

SALA 106 17.10-18.10

260. MICROCIRUGÍA TRANSORAL LÁSER. ¿CUÁL ES LA RELEVANCIA DE LAS CIENCIAS BÁSICAS EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA?

E. Breda, M. Jácome y E. Monteiro

Instituto Portugués de Oncologia. Porto. Portugal.

Introducción: La supervivencia de los carcinomas del tracto aerodigestivo superior depende principalmente del estadio N, del estadio T, de la asociación T y N y de la recidiva de la enfermedad. El principal papel de la cirugía es tratar el tumor primario y controlar la enfermedad a nivel cervical, manteniendo una calidad de vida aceptable.

Material y métodos: Se hace un análisis de 127 pacientes tratados por MTL en el IPO (Instituto Portugués de Ontología de Porto desde 2005 hasta 2008 (42 en estadio I, 25 en II, 16 en III, 25 en IV). Esta experiencia fue confrontada con los dados bibliográficos consultados, versando aspectos histopatológicos y anatómicos útiles para la correcta práctica quirúrgica del cáncer del tracto aerodigestivo superior.

Discusión: Se realiza una reflexión sobre las implicaciones de diversas variables e subtipos histológicos, de la relevancia de las especificidades anatómicas nos mecanismos de diseminación tumoral y de la definición de las márgenes quirúrgicas adecuadas a cada localización tumoral, teniendo en cuenta no sólo los conocimientos actuales, sino también los prometedores conceptos para el futuro.

Conclusión: MTL es una valiosa estrategia terapéutica para estos pacientes, preservando la funcionalidad laríngea y ofreciendo supervivencias similares a aquellas que pueden ser obtenidas con laringectomías totales o procedimientos de quimio- radioterapia. Cuanto mayor sea el conocimiento de la anatomía y fisiología del tracto aerodigestivo superior, así como del comportamiento biológico tumoral, seguramente mejores serán los resultados oncológicos y funcionales en estos pacientes.

LUNES, 16 DE NOVIEMBRE

SALA 103 + 104 16.00-18.00

66. CURSO BÁSICO DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL

J.M. Ademà Alcover y H. Massegur Solench

Hospital General de Catalunya. Barcelona. España.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción: Si bien éste es un curso básico, no tan solo está concebido para los que quieran iniciarse en la cirugía endoscópica nasosinusal, sino también para los ya iniciados que quieran repasar y consolidar las bases. La cirugía endoscópica nasosinusal está en constante evolución, pero requiere una base sólida desde el punto de vista anatómico y de la técnica quirúrgica y un entrenamiento progresivo de dificultad creciente que nos permita avanzar en indicaciones o localizaciones cada vez más complejas. La primera parte del curso está totalmente dedicado a las bases anatómicas: osteología, anatomía clásica y radiológica haciendo especial hincapié el la pared lateral. Se hará referencia al concepto de la "anatomía endoscópica" y se dedicará especial atención a los puntos de referencia que debemos buscar y reconocer. La segunda parte pretende dar las orientaciones elementales sobre la preparación del paciente, el instrumental, la forma de usarlo junto a una óptica, la mejor disposición del área quirúrgica y las técnicas quirúrgicas más simples en grado de dificultad creciente: turbinectomía, meatotomía media, extirpación de pólipos antrocoanales, mucoceles maxilares, etmoidectomía anterior, etmoidectomía posterior y esfenoidectomía. Se hablará así mismo de las posibles complicaciones y la forma de solucionarlas.

SALA 101 16.00-17.00

8. RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE LOS FARINGOSTOMAS

J.L. Llorente Pendás

Hospital Central de Asturias. Oviedo. España.

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 cierra 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.

SALA 101 17.10-18.10

275. OTOSCLEROSIS Y ESTAPEDECTOMÍA. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS Y RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO

A. Harguindey Antolí-Candela y F. Antolí-Candela Cano

Instituto ORL Antolí Candela. Madrid. España.

Introducción: La otosclerosis es una enfermedad frecuente cuyo tratamiento ha mejorado a lo largo de los años desde la primera intervención quirúrgica llevada a cabo por J. Shea en 1958 con éxito y resultados estables. El objetivo de este curso es una revisión de la evolución de la metodología quirúrgica, descripción de la técnica que llevamos a cabo actualmente y sus resultados a corto y largo plazo.

Material y método: Se revisan 500 casos de estapedectomía de los cuales en 300 se utiliza láser (Erbium YAG) para abrir el vestíbulo. En todos los casos estudiados se lleva a cabo estapedectomía parcial posterior e interposición de pericondrio autólogo y pistón de platino-teflón. Se valoran las audiometrías a la semana, al mes, al año y pasados 5 años desde la intervención (100 casos).

Resultados: A corto plazo, en el 96% de los pacientes se obtiene un cierre del umbral diferencial audiométrico medio a 10dB o menos y la vía ósea mejora las características dependientes de 5 tipos que se describen a lo largo del curso. A largo plazo, se mantiene el umbral diferencial residual postoperatorio en el 92% de los casos. La causa más frecuente de fracaso es la necrosis de la rama larga del yunque.

Conclusión: El único tratamiento que mejora la hipoacusia de la otosclerosis es la cirugía. La utilización del láser y las mejoras en la técnica quirúrgica disminuyen los riesgos de fracaso y la estabilidad de los resultados a largo plazo.

SALA 102 16.00-17.00

722. ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA OLFATORIA

A. Toledano Muñoz, C. Gómez Calero, N. Martínez Monge, J.A. Hernández Tamames, S. Borromeo y J.M. Aparicio

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Escuela de Terapia Ocupacional. Departamento de Imagen Médica. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España.

Objetivos: 1. Mostrar los resultados del CCCRC en nuestra consulta: valores normales y patológicos (poliposis, posviral, traumática y otras). 2. Resultados del estudio objetivo del olfato con resonancia magnética funcional. 3. Resultados de la rehabilitación olfatorio como tratamiento de las anosmias neurosensoriales.

Material y métodos: Presentaremos los resultados del CCCRC en la patología olfatoria: poliposis nasal (200 pacientes), posviral (120 pacientes) y traumática (50 pacientes). Revisamos el resultado del tratamiento farmacológico y quirúrgico de las alteraciones del olfato en enfermos con poliposis nasal. Explicaremos la metodología y resultados de la rehabilitación olfatoria en las hiposmias neurosensoriales.

Resultados: El 63% de los pacientes operados de poliposis nasal recupera el olfato. Sólo el 47% de ellos mantiene el olfato dentro del primer año. El tratamiento con corticoides es útil en estos pacientes. El 27% de los enfermos mejora con macrólidos y el 11% con AAS. El tiempo estimado de recuperación para las anosmias virales oscila entre 18 y 24 meses. El 37% de los pacientes con anosmia viral se recupera en dicho intervalo. Hemos desarrollado un olfatómetro compatible con resonancia magnética funcional. El análisis de las imágenes demuestra activación de la corteza entorrinal olfatoria. El 80% de pacientes que realizaron rehabilitación olfatoria mejoró su olfato al cabo de un año.

Conclusiones: El test de CCCRC es un test útil y sencillo de aplicar en la consulta de ORL para el estudio del olfato. La rehabilitación olfatoria es un nuevo tratamiento que puede ser útil en las hiposmias neurosensoriales.

SALA 102 17.10-18.10

38. CIRUGÍA DE LA REGIÓN PAROTÍDEO-FACIAL

L.M. Gil-Carcedo García, E. Gil-Carcedo Sañudo y L.A. Vallejo Valdezate

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

Introducción: En esta región son protagonistas: el nervio facial, sus ramas, la anatomía vascular. El límite dorsal comprende pabellón auricular, área estilo-mastoidea y ángulo de la mandíbula; el ventral, la arborización distal del nervio facial; el craneal, el canto externo del ojo y el arco cigomático, y el caudal, el borde inferior de la rama mandibular. Sus límites profundos son: base del cráneo y espacio parafaríngeo. En esta región ocurre gran diversidad de lesiones benignas y malignas, frecuentemente de difícil manejo quirúrgico.

Métodos: Se explican en el curso las técnicas utilizadas para resolver neoformaciones salivares y otras de la región (vasculares, linfáticas, nerviosas, etc.). Se muestran las estrategias quirúrgicas empleadas en: 52 parotidectomías convencionales (7 son del lóbulo profundo), parotidectomías radicales y ampliadas (6) y resecciones trasneurales de otras lesiones (metástasis, 3; schwannoma, 2; hemangioma, 2; linfangioma, 1; absceso encapsulado, 1; actinomicosis, 1).

Resultados: Se concretan las indicaciones, dificultades técnicas y alternativas a las diferentes posibilidades quirúrgicas. Se enfatizan las potenciales secuelas de cada tipo de intervención.

Discusión/conclusiones: Es importante la preparación y posición del paciente; se aconseja la monitorización del facial. Imprescindible conocer los "marcadores" para localizar el facial, principalmente en el estilomastoideo, también en el segundo codo o desde sus ramas periféricas. La parotidectomía superficial es la técnica más común. La resección del lóbulo profundo puede realizarse con o sin parotidectomía superficial. La disección de carótidas, yugular y su entramado vascular es necesaria en las parotidectomías ampliadas. Las secuelas principales son parálisis facial, síndrome de Frey y deformidad local.

SALA 105 16.00-17.00

547. LA VÍA INTRATIMPÁNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DE OÍDO INTERNO

C. Herráiz Puchol y J.M. Aparicio Fernández

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Introducción: La vía intratimpánica para el tratamiento de la patología laberíntica es un procedimiento poco agresivo, ambulatorio, que maximiza las concentraciones de fármaco en la cóclea y minimiza su difusión sistémica. A través de esta revisión se propone actualizar las técnicas de aplicación y los resultados que ofrecen los diferentes fármacos para las enfermedades cocleovestibulares. Se exponen nuevas perspectivas futuras en cuanto al desarrollo de fármacos y de la terapia génica.

Objetivos: Exposición de nuestro protocolo de actuación y resultados. Comparación con literatura actual.

Material y método: Se analiza la literatura publicada hasta la fecha siguiendo las bases médicas de MEDLINE y EMBASE.

Resultados: La terapia esteroidea ha demostrado su eficacia en los síntomas cocleovestibulares como pauta de rescate tras corticoterapia intravenosa en la sordera súbita y en el control de la enfermedad de Ménière. La administración de gentamicina intratimpánica en pautas a demanda aporta un adecuado control del vértigo en el 80% de pacientes y un riesgo de hipoacusia de 0 a 25% en la enfermedad de Ménière.

Conclusión: La vía intratimpánica es un procedimiento eficaz en el control de patologías cocleovestibulares como la sordera súbita y la enfermedad de Ménière. Junto al tratamiento esteroideo y con gentamicina, perspectivas futuras podrían ampliar las indicaciones de su uso y un nuevo arsenal terapéutico farmacológico y génico.

SALA 105 17.10-18.10

32. PARÁLISIS FACIALES AGUDAS VÍRICAS. PRESENTE Y FUTURO

M. Mañós Pujol, J. Nogués, E. Amilibia, I. Doménech y J. Tornero

Hospital Universitario de Bellvitge. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

En los últimos 20 años se han producido notables cambios en el abordaje clínico y terapéutico de las parálisis faciales víricas. Los progresivos descubrimientos, tanto en el área diagnóstica como te-

rapéutica, han hecho variar de forma notable no sólo el concepto de estas enfermedades, sino también su diagnóstico y tratamiento principalmente. El curso abarca los aspectos históricos, etiológicos, patogénicos, diagnósticos y terapéuticos de esta patología. Se incide, sobre todo, en la implicación clínica en la práctica diaria de su etiología vírica y su patogenia inmunomediada, así como en el diagnóstico clínico y las distintas posibilidades de diagnóstico electrofisiológico. En cuanto al tratamiento, se razonan sus bases etiopatogénicas y clínicas, exponiéndose las posibilidades de tratamiento médico y rehabilitador adecuadas. El abordaje de esta patología en un futuro inmediato se presenta evaluando las líneas actuales de investigación de cara a obtener un mejor diagnóstico, tratamiento y prevención de estas enfermedades.

SALA 106 16.00-17.00

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

E. Estellés Ferriols, C. López Mollá y G. Pastor Canicio

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

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 2008, con un total de 437 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 éstas 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.

SALA 106 17.10-18.10

145. EXPLORACIÓN INSTRUMENTAL EN PACIENTES CON PATOLOGÍA VESTIBULAR Y ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

E. Martín Sanz y R. Sanz Fernández

Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid. España.

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 necesario 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 computarizada como base para el diagnóstico 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 abordarán los protocolos de estudio mediante posturografía dinámica (Pro Balance Master) y las conclusiones derivadas de los mismos.

Objetivo: 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 vídeos de éstos para una mejor comprensión de los casos expuestos.

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.

SALA 107 + 108 16.00-17.00

668. RINOPLASTIA PRIMARIA

M. Tomás Barberán, J. García Polo y E. Morera Serna

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.
Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: La rinoplastia primaria es una de las cirugías técnicamente más complejas a las que se enfrenta el especialista en otorrinolaringología. El análisis estético facial específico para cada paciente, los conocimientos de cicatrización de tejidos blandos y reparación ósea, la técnica quirúrgica depurada y los cuidados posquirúrgicos adecuados son imprescindibles para la obtención de buenos resultados.

Materiales y métodos: Mediante la utilización de un material audiovisual de alta calidad, exponemos los conocimientos básicos que debe tener todo especialista en ORL que se inicia en la rinoplastia.

Resultados: En el curso se repasan la valoración estética nasofacial, la utilización de la fotografía y los programas de modificación de rasgos faciales, las incisiones y abordajes, el manejo de la punta nasal y del dorso, así como los cuidados postoperatorios de la rinoplastia primaria.

Discusión/conclusiones: La combinación de sentido estético y conocimientos quirúrgicos específicos son las condiciones necesarias para realizar una rinoplastia primaria.

SALA 107 + 108 17.10-18.10

666. RINOPLASTIA SECUNDARIA

E. Morera Serna y M. Tomás Barberán

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

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 consta-

tar 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. Utilizaremos un ordenador y un cañón.

SALA 109 + 110 16.00-17.00

298. EL COLGAJO RADIAL COMO RECONSTRUCCIÓN MICROVASCULAR ESTÁNDAR EN MANOS DEL ORL. METODOLOGÍA DE REALIZACIÓN Y RESULTADOS

J. Tornero, J. Nogués, A. Farré, C. Viña y M. Mañós

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. España.

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, poder realizar abordajes mucho más amplios y complejos al disponer de 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 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 ser capaz por sí mismo de realizar este tipo de cirugía de una forma autónoma, lo que va a permitir aumentar la experiencia del equipo y poder introducir nuevos tipos de reconstrucciones en el arsenal terapéutico a disposición del ORL.

SALA 109 + 110 17.10-18.10

6. DACRIOCISTORRINOSTOMÍA ENDONASAL, TÉCNICAS QUIRÚRGICAS, REFERENCIAS ANATÓMICAS, PROBLEMAS Y SOLUCIONES

M. Kadiri, J. Villar, C. Zorita, R. Martí y S. di Vanna

Hospital Dos de Maig. Barcelona. España.

El objetivo del curso es enseñar de forma muy pragmática la anatomía quirúrgica de la zona, las referencias anatómicas exactas para la cirugía, las diferentes técnicas quirúrgicas que se utilizan, la evolución del instrumental, la cirugía en caso de recidiva de la obstrucción de la vía lagrimal, casos complicados, problemas y soluciones. Queremos aportar nuestra amplia experiencia en este campo ya que venimos haciendo este tipo de cirugía desde el año 1980.

MARTES, 17 DE NOVIEMBRE

SALA 103 + 104 16.00-18.00

13. CIRUGÍA ENDOSCÓPICA AVANZADA DE BASE DE CRÁNEO. BASES ANATÓMICAS Y TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

H. Massegur[a,b], B. Oliver[b], J.R. Gras[a], R. Terré[c], J.R. Montserrat[a] y P. Tresserras[a]

[a]*Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.*
[b]*Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa. España.*
[c]*Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. España.*

Introducción: La cirugía endoscópica nasosinusal ha experimentado en los últimos años una evolución espectacular abarcando regiones anatómicas hasta el momento consideradas no accesibles por vía endonasal. La técnica ha evolucionado desde la cirugía de los adenomas hipofisarios hasta los abordajes ampliados a base de cráneo anterior, seno cavernoso, punta de peñasco, fosa pterigopalatina y fosa infratemporal. La reconstrucción de los defectos creados ha evolucionado de forma paralela hasta conseguir unos resultados y una tasa de complicaciones comparables a las técnicas clásicas.

Objetivos: Exposición de los elementos anatómicos de la base de cráneo anterior, clivus, seno cavernoso, fosa pterigopalatina y fosa infratemporal, desde el punto de vista endoscópico, sus relaciones con las estructuras neurales y vasculares, así como las técnicas quirúrgicas que permiten el abordaje de lesiones situadas en estas regiones anatómicas. Estructura del curso: cada región anatómica será expuesta por separado y en relación a las patologías y técnicas quirúrgicas aplicables en cada caso. Se iniciará por una visión global de la base de cráneo para pasar a un estudio detallado de: 1. La región sellar, suprasellar y parasellar con los abordajes quirúrgicos para adenomas, macroadenomas, craneofaringiomas, meningiomas. 2. Región clival y paraclival, seno cavernoso con los abordajes quirúrgicos para cordomas, macroadenomas y otros tumores con invasión del seno cavernoso. 3. Abordajes ampliados hasta punta de peñasco para granulomas colesterínicos, colesteatomas, etc. 4. Fosa pterigopalatina y fosa infratemporal con ampliación a la región de la carótida intrapetrosa siguiendo vías anatómicas descritas por la escuela de Pittsburgh. 5. Base de cráneo anterior, tratamiento de meningiomas, estesioneuroblastomas. 6. Reconstrucción de la base de cráneo con colgajos septales, turbinales o mediante abordajes combinados. 7. Resultados, complicaciones y su tratamiento.

SALA 103 + 104 18.20-19.20

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

G. Plaza, J. Montojo, T. Onrubia y G. Eisenberg

Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada. España.

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. Discutir sus indicaciones: ¿técnica o herramienta quirúrgica? 3. Exponer nuestros resultados en clínica en una serie de 25 pacientes con seguimiento mayor de 2 años. 4. Presentar los resultados preliminares de una beca FIS ya concedida para realizar un ensayo clínico aleatorizado comparando la sinuplastia con la CENS convencional en la sinusitis/poliposis con afectación frontal. 5. Explicar las perspectivas de futuro de dispositivos farmacológicos depot sobre etmoides en poliposis nasosinusal.

Material y método: 1. Presentación de la técnica quirúrgica. 2. Discusión de resultados de la misma. 3. Curso interactivo: presentación de 2 casos clínicos abiertos.

SALA 101 16.00-17.00

119. MICROCIRUGÍA LÁSER TRANSORAL DE TUMORES MALIGNOS DE LARINGE E HIPOFARINGE

M. Bernal Sprekelsen, I. Vilaseca González y J.L. Blanch Alejandro

Hospital Clínic. Barcelona. España.

Objetivos: Introducción a la técnica del a resección de tumores malignos de la vía aerodigestiva superior por vía transoral con láser carbónico.

Métodos: Presentación de las indicaciones y condiciones preliminares, del instrumental básico y de las técnicas de exposición tumoral y de resección en función del tamaño tumoral y de su localización. Cómo distinguir tejidos sanos de tejido tumoral. Cómo evitar la carbonización. Evaluación anatomopatológica. Tratamiento del cuello y seguimiento. Se presentarán videoclips que ayuden al entendimiento de la técnica.

Resultados: Se presentan los resultados funcionales en más de 800 pacientes: deglución, tasa de traqueotomías y de preservación de órgano, porcentajes de gastrostomías percutáneas o de laringectomías de rescate, así como de las complicaciones y la curva de aprendizaje de la técnica y los resultados oncológicos en los grupos de tumores con seguimiento a largo plazo.

SALA 101 17.10-18.10

420. INDICACIONES DE AUDÍFONOS Y PRÓTESIS IMPLANTABLES. CASOS CLÍNICOS

M.J. Lavilla Martín de Valmaseda[a], A. Huarte Irujo[b], L. Girón Mairado[b] y M. Manrique Rodríguez[b]

[a]*Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres. España.*
[b]*Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.*

Introducción: En los últimos años ha habido tal aluvión en lo que a tecnología de amplificación auditiva se refiere que estar al día cuesta. Y estar al día significa conocer las diferentes posibilidades para poder seleccionar entre todas las opciones y dispositivos disponibles aquella alternativa que mejor palie la hipoacusia "concreta" de un paciente "concreto". Estas alternativas son: audífonos, con sus nuevas prestaciones, que ofrecen opciones para aquellos perfiles auditivos complejos, como las pendientes en frecuencias agudas, en sus distintas intensidades (adaptación abierta y RITE); sistemas implantables: implantes de oído externo, implantes osteointegrados, implantes de oído medio semiimplantables y totalmente implantables, implantes cocleares, implantes híbridos, implantes de tronco.

Material y métodos: Se expondrá, desde un punto de vista muy práctico, una secuencia de casos clínicos reales que ilustren diferentes situaciones habituales de limitaciones puntuales, indicaciones límite, decisiones complejas e indicaciones emergentes. Se analizarán las herramientas disponibles para optimizar los resultados en la población infantil y adulta, tanto en oídos sanos como con patología crónica que requieran soluciones particulares.

Resultados: Se expondrán los resultados reales obtenidos tras la toma de decisiones basados nuestra experiencia y visión conjunta como profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia desde un punto de vista multidisciplinar clínico otorrinolaringológico, audiológico, audioprotésico y quirúrgico.

Discusión/conclusiones: Aunque se solapen las indicaciones, la elección de un dispositivo se acota no sólo en función del tipo, grado de hipoacusia y perfil audiométrico, sino también según la patología relacionada con el oído externo, medio e interno, y las preferencias y el perfil del paciente.

SALA 101 18.20-19.20

97. EL INFORME PERICIAL. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

E. García Fernández y F. Cristóbal García

Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. España.

Introducción: Todo profesional de la medicina, y en concreto de la otorrinolaringología, puede ser llamado a elaborar un informe médico-pericial de un paciente, o bien a instancia de un juez o 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 lo hacen diferente del informe clínico en su presentación, redacción y conclusiones. Más aún, el cobro de los honorarios en estos casos es diferente al habitual y diferente según el tipo de peritaje que se nos solicite.

Material y métodos: Se expondrán los siguientes apartados:
- El cargo de perito. Legislación aplicable. - El informe pericial.
- Un caso especial: el informe por negligencia profesional.
- Responsabilidad civil, penal y patrimonial.

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.

SALA 102 16.00-17.00

337. DIAGNÓSTICO Y CONTROL DEL COLESTEATOMA MEDIANTE TÉCNICAS DE IMAGEN

C. Morera[a], F. Mas[b] y M. Mateos[a]

[a]*Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario la Fe. Universidad de Valencia. Valencia. España.*
[b]*ERESA. Valencia. España.*

Introducción: Recientemente han sido descritos nuevos procedimientos mediante RM de difusión que permiten el diagnóstico y control del colesteatoma. Su utilidad reside en el diagnóstico en casos complejos y en el control de las recidivas/recurrencias en caso de técnicas cerradas. No obstante, el diagnóstico del colesteatoma se realiza fundamentalmente mediante la otoscopia y el

estudio de su extensión con la tomografía axial computarizada (TAC), que continúa siendo el método de elección en la actualidad. La resonancia magnética (RM) convencional tiene una valor marginal y sólo es utilizada en casos puntuales; sin embargo, la introducción de técnicas con RM de difusión permite el diagnóstico diferencial entre el colesteatoma y otras masas en oído medio

Objetivos: 1. Conocimiento bases de las técnicas del difusión para el diagnostico diferencial de tejido inflamatorio del colesteatoma. 2. Revisión de los métodos de estudio del colesteatoma con RM y descripción del protocolo actualmente utilizado por nosotros. 3. Indicaciones de las técnicas de difusión en el diagnóstico y control del colesteatoma y resultados.

Metodología: El curso se estructura en exposiciones por especialistas en otorrinolaringología y en radiodiagnóstico. Se presenta con el apoyo de material de imágenes clínicas y de técnicas radiológicas. Estas presentaciones se basan en nuestra experiencia, revisando los más de 40 casos en los que ha sido utilizada la técnica, exponiendo y discutiendo los resultados.

SALA 102 17.10-18.10

157. MIRINGOPLASTIA MÍNIMA EN DISPENSARIO

M.P. Venegas Pizarro, J. de Juan Beltrán y C. Orús Dotú

Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.

La miringoplastia es una intervención muy frecuente en el ámbito de la otología. Habitualmente se realiza en un quirófano, después de un estudio preoperatorio y bajo anestesia local con sedación o incluso anestesia general. En determinadas circunstancias hay desproporción entre el beneficio de la intervención y el procedimiento. Se han descrito diversas técnicas que persiguen minimizar este proceso. El taller tiene como objetivo describir exhaustivamente la técnica de realización de miringoplastia en el dispensario utilizando injertos libres de grasa que realizamos desde hace años en nuestro hospital. La tasa de resultados es muy buena si se selecciona correctamente la perforación y el paciente.

SALA 102 18.20-19.20

33. CIRUGÍA DEL SEPTO NASAL. RECONSTRUCCIÓN SEPTAL FRENTE A RESECCIÓN

J.R. Montserrat, J.R. Gras Cabrerizo, K. Kolańczak y H. Massegur i Solench

Hospital Sant Pau. Barcelona. España.

Se procederá a revisar la cirugía del septo enfrentando la cirugía con finalidad reconstructiva a la que simplemente pretende la resección de segmentos más o menos amplios del espacio septal. Se expondrá nuestra experiencia en el abordaje maxilla-premaxilla propuesto por M. Cottle, incidiremos en la filosofía que subyace en esta técnica de abordaje. Se presentará de forma pormenorizada la secuencia quirúrgica paso a paso: incisión hemitransfixiante, creación de túneles superiores e inferiores, maniobra de unión de túneles, ejecución del plano preespinal o mágico, tiempo de corrección septal con las diferentes condrotomías más frecuentemente empleadas y remodelación y fijación del cartílago septal en su posición final. Un aspecto que destacaremos es el concepto de harmonización del dorso o pirámide nasal propuesto por G. Guillén, permite proyectar y rotar la pirámide cartilaginosa, abrir el ángulo nasolabial y acortar la longitud de la pirámide nasal modificando únicamente la posición del espacio septal. Por último, expondremos los recursos que empleamos en septos muy deformados, tales como la resección-reposición del septo.

SALA 105 16.00-17.00

429. RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMORES SUPRAGLÓTICOS Y GLÓTICOS USANDO MICROELECTRODOS DE DISECCIÓN

J. Basterra Alegría, E. Zapater Latorre y J.R. Alba García

Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Introducción: El objetivo de este curso de instrucción es mostrar el empleo de los microelectrodos de disección utilizados en la resección de los carcinomas laríngeos. Durante los últimos años, en nuestro servicio, esta técnica quirúrgica ha desplazado al uso del láser CO_2 en el tratamiento de estos carcinomas. A lo largo de la exposición se mostrará una serie de vídeos de intervenciones realizadas con este método y los resultados obtenidos en los pacientes operados.

Material y método: La cirugía se realiza mediante la laringoscopia directa en suspensión. El material quirúrgico utilizado es similar al empleado en la cirugía láser en lo referente a los laringoscopios, micropinzas y microtijeras, aspiradores, microscopio, etc. La exéresis se realiza con microelectrodo de tungsteno, que se acopla al generador eléctrico del bisturí eléctrico convencional. El extremo distal del microelectrodo ha sido diseñado con varias angulaciones para facilitar así la cirugía.

Resultados: Los resultados oncológicos obtenidos no difieren respecto a los conseguidos con la técnica láser; de la misma forma, los estudios anatomopatológicos realizados en las piezas quirúrgicas resecadas ponen de manifiesto alteraciones histológicas equiparables a las del láser. Sin embargo, en nuestra experiencia, el uso de los microelectrodos presenta, entre otras ventajas, acortar el tiempo quirúrgico, permite un mayor control de la hemostasia y supone un considerable ahorro económico respecto al empleo del láser CO_2.

Conclusión: El empleo de los microelectrodos constituye una alternativa válida al láser CO_2 en la cirugía del carcinoma laríngeo.

SALA 105 17.10-18.10

591. EL VACIAMIENTO CERVICAL FUNCIONAL PASO A PASO. ESTRATEGIAS QUIRÚRGICAS, DIFICULTADES Y SOLUCIONES

L. Sgambatti, F. del Rey, R. de la Fuente, J.C. del Pozo, A. Muñoz Herrera, J.L. Gómez González y P. Blanco

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

La presencia de metástasis cervicales en pacientes con carcinomas de cabeza y cuello es un indicador que puede predecir un empeoramiento del pronóstico de la enfermedad. El tratamiento estándar para las metástasis cervicales durante gran parte del siglo XX fue el vaciamiento radical cervical (VRC) con un adecuado control regional, pero con secuelas anatómicas importantes. No es hasta la década de los 60 cuando Suárez introduce el termino vaciamiento cervical funcional (VCF) o conservador en algunos casos, cuya finalidad es respetar algu-

nas estructuras cervicales (músculo esternocleidomastoideo, vena yugular interna y nervio espinal) sin reducir la radicalidad oncológica de esta intervención. En el programa de formación del residente en otorrinolaringología el VCF representa un papel muy importante por sus implicaciones directas en el control regional de algunos carcinomas de cabeza y cuello. El objetivo de este curso es presentar de una forma sencilla las indicaciones, anatomía quirúrgica cervical y la técnica del VCF mediante imágenes y esquemas didácticos que nos permitan identificar los diferentes pasos de la cirugía, las maniobras y estrategias llevadas a cabo por el cirujano, así como también las incidencias y dificultades que se pueden presentar durante la intervención y sus posibles soluciones.

SALA 105 18.20-19.20

481. CREACIÓN DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE BASE DE CRÁNEO

C. Fragola, G. de los Santos Granados e I. Cobeta Marco

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Introducción: En este curso establecemos las bases prácticas para la creación de una unidad multidisciplinar de cirugía endoscópica de base de cráneo, ofreciendo la experiencia adquirida en nuestro hospital.

Materiales y métodos: La cirugía endoscópica de base de cráneo constituye un reto para cualquier unidad de rinología en el momento actual. En el Hospital Ramón y Cajal se ha creado una unidad multidisciplinar (ORL/Neurocirugía) para abordar por vía endoscópica los tumores de base de cráneo. Con una presentación eminentemente práctica pretendemos orientar a otros servicios para la creación de una unidad similar planteando los problemas que han ido surgiendo, así como las soluciones que se han adoptado para abordarlos. Presentaremos ejemplos de los casos clínicos que intervenimos con más frecuencia y los detalles técnicos más relevantes de cada una de estas cirugías.

Resultados: Presentaremos de forma breve la casuística y los resultados obtenidos desde el comienzo del funcionamiento de la unidad, esbozando los nuevos retos que nos planteamos para el futuro.

Conclusión: Desde el comienzo del funcionamiento de esta unidad multidisciplinar el número y complejidad de los casos intervenidos ha ido aumentando de forma progresiva y nuestra intención con este curso es facilitar el camino a otros servicios que deseen seguir nuestro camino.

SALA 106 16.00-17.00

34. CORRELACIONES CLÍNICO-RADIOLÓGICAS EN PATOLOGÍA OTOLÓGICA

L.A. Vallejo Valdezate, E. Gil-Carcedo Sañudo y L.M. Gil Carcedo García

Hospital Universitario del Río Hortega. Facultad de Medicina. Valladolid. España.

Introducción: La radiología, fundamentalmente la tomografía computarizada y la resonancia magnética, ha supuesto una ayuda esencial en el diagnóstico etiológico y de extensión de numerosas patologías que asientan en el oído. Consideramos que la presentación de un curso en el que se muestren correlaciones entre la patología otológica y determinados signos radiológicos que les caracterizan puede ser de utilidad a los médicos ORL en fase de residencia o que acaban de iniciar el ejercicio de la especialidad.

Material y métodos: En una primera parte, y mediante una presentación Power Point, describiremos la radiología convencional del oído sirviendo de base para la comprensión de la patología descrita a continuación. En la segunda parte describiremos los hallazgos radiológicos típicos de diversas patologías que asientan en los oídos externo y medio, así como su correlación con los hallazgos clínicos.

Resultados y discusión: La correcta utilización de la información aportada por la radiología puede llegar a ser esencial para comprender las causas de numerosas patologías del oído, evaluar la extensión de las mismas y diseñar, consiguientemente, un plan terapéutico.

Conclusiones: Por todo lo anterior consideramos que el conocimiento de la anatomía radiológica y la radiología patológica del temporal es esencial para el diagnóstico y tratamiento de numerosos procesos otopatológicos, siendo el objetivo de este curso de instrucción contribuir a un mejor conocimiento de la radiología del hueso temporal.

SALA 106 17.10-18.10

69. VIDEONISTAGMOGRAFÍA BÁSICA. SISTEMA VESTIBULAR PERIFÉRICO

V. Franco Rodríguez, P. Aldama Barahona, P. Cuesta Albalad y P. Pérez Vázquez

Servicio de ORL. Hospital de Cabueñes. Gijón. España.

La videonistagmografía es el sistema de registro de los movimientos oculares más extendido en la práctica clínica habitual y, desde el punto de vista del otorrinolaringólogo, su principal utilidad es el estudio de la patología vestibular periférica. En este curso se revisarán la metodología de los registros, la interpretación básica de las gráficas y de los datos que se obtienen con los equipos de videonistagmografía y la significación de los hallazgos en relación con la patología vestibular periférica. Se analizarán el procedimiento de realización y la sistemática de análisis de las exploraciones más habituales, como el estudio de los nistagmos de posición y de posicionamiento (vértigo posicional paroxístico benigno) y la prueba calórica.

SALA 106 18.20-19.20

79. BRAQUITERAPIA EN TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

E. Bullido Gómez de las Heras, I. Sancho Martín, C. Ventura Pérez, J.R. Aliaga Montilla, M. Muñoz Sánchez y M. Martín de Miguel

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España.

Introducción: El término braquiterapia, también llamada radioterapia interna, fue acuñado por Forsell en 1931, donde la fuente radiactiva está lejos del volumen a tratar. Tiene la ventaja, frente a la radioterapia externa, de que los implantes radiactivos ofrecen la posibilidad de administrar una dosis alta al tumor, en tiempo reducido, y a un volumen bien delimitado alrededor del mismo, con exposición reducida de las estructuras o tejidos adyacentes normales. Existen otras áreas, como el cáncer de próstata o el de mama, donde existe una utilidad sobradamente establecida y a la altura de otras indicaciones.

Material y método: En nuestro caso hemos tratado a 9 pacientes con diversos tumores de cabeza y cuello, la mayoría con diagnóstico previo de cáncer epidermoide, ya operados anteriormente, y varios de ellos tratados con RT externa, comenzamos a utilizar la BT de altas dosis en casos de pacientes con recidivas tumorales que se consideraban inoperables y susceptibles sólo de tratamiento paliativo. En este apartado desarrollaremos las indicaciones, la técnica de inserción de los catéteres, la anestesia y todos los datos a nivel práctico que hemos usado y que son necesarios para la práctica real de la braquiterapia, siendo la parte más amplia del taller.

Resultados: A pesar de que se trata de una serie muy corta, los resultados con estos pacientes han sido muy satisfactorios desde nuestro punto de vista. El control de la sintomatología debido al crecimiento local del tumor, la mejoría subjetiva del dolor y otros datos han sido muy alentadores. En pacientes que han sido sometidos a RT externa alcanzando dosis máximas es posible hacer tratamiento con BT, pues incide casi exclusivamente en el tumor.

SALA 107 + 108 16.00-17.00

770. IMPLANTES COCLEARES

M. Manrique Rodríguez[a] y A. Ramos Macías[b]

[a]*Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. España.*
[b]*Hospital Materno-Infantil Insular. Las Palmas. España.*

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 cuáles 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. Asimismo, 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.

SALA 107 + 108 17.10-18.10

527. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA TUMORAL PAROTÍDEA

J.M. Aparicio Fernández, C. Herraiz Puchol y A. Toledano

Hospital Universitario Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. España.

Introducción: La patología parotídea es de etiología inflamatoria y tumoral. La patología tumoral representa aproximadamente el 3% de las neoplasias de cabeza y cuello y abarca desde lesiones benignas hasta otras muy agresivas y de mal pronóstico.

Objetivos: Basados en nuestra amplia serie de parotidectomías realizadas, exponer el procedimiento diagnóstico, que incluye PAAF y al menos una técnica de imagen (ecografía, TC y/o RM), y el tratamiento quirúrgico, que incluye parotidectomías superficiales o suprafaciales, parciales y totales y las complicaciones quirúrgicas.

Material y método: Revisamos las 120 primeras parotidectomías realizadas en nuestro hospital desde el año 1999 hasta el año 2008.

Resultados: Se analiza la sensibilidad y especificidad de la PAAF parotídea. La importancia de las técnicas de imagen para conocer la extensión de la lesión y afectación de lóbulo profundo parotídeo. La práctica totalidad de las parotidectomías se realizó 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 PAAF es una técnica diagnostica orientativa pero no definitiva. 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.

SALA 107 + 108 18.20-19.20

26. CURSO DE DISECCIÓN DE COLGAJOS PARA LA RECONSTRUCCIÓN EN CABEZA Y CUELLO

F. Lorenzo Molina, F. Márquez Dorsch y F. Sánchez Fernández

Hospital de La Moraleja. Madrid. España.

Introducción: Se presenta el diseño de los principales colgajos que se emplean en la reconstrucción de cabeza y cuello y base de cráneo.

Material y método: Se explica el diseño, la vascularización, la técnica quirúrgica de extracción y las principales aplicaciones de los colgajos de fascia temporoparietal y músculo temporal, colgajo deltopectoral, de músculo esternocleidomastoideo, músculo trapecio, músculo pectoral mayor, anterolateral de muslo, lateral de brazo, recto abdominal, colgajo radial, de peroné, cresta ilíaca y del sistema subescapular. La exposición estará apoyada por la exposición de vídeos didácticos de disección en cadáver.

Discusión: El conocimiento de la reconstrucción mediante colgajos es fundamental para los servicios dedicados al tratamiento integral de los tumores de cabeza y cuello.

SALA 109 + 110 16.00-17.00

697. ELECTROGUSTOMETRÍA

S. Fernández González

Departamento de ORL. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

La electrogustometría es una técnica que se inició en los años cincuenta del siglo pasado y desde entonces se ha utilizado como herramienta de investigación básica y, más recientemente, como herramienta de uso clínico gracias a los avances tecnológicos que han permitido simplificarla, tener un control más preciso del estímulo, disponer de unos resultados fiables y hacerla más segura. La electrogustometría es el registro de la sensibilidad gustativa mediante un estímulo eléctrico que permite medir los umbrales gustativos de las diferentes áreas nerviosas gustativas de la lengua y paladar: territorio del nervio de la cuerda del tímpano (VII par craneal), territorio del nervio glosofaríngeo (IX par craneal) y territorio del nervio superficial mayor (VII par craneal). La medición de los umbrales gustativos se realiza mediante la aplicación de una corriente eléctrica (DC), por medio de un electrodo anódico (H+) sobre la superficie de la lengua y en la región del paladar blando de manera que se estimulan los receptores gustativos y las terminaciones nerviosas que los inervan. Permite registrar los umbrales liminares de cada región lingual con independencia de la calidad de la sensibilidad. La electrogustometría es una técnica de fácil realización, bien tolerada por los sujetos/pacientes, permite obtener unos resultados objetivos y reproducibles, el equipamiento es seguro, robusto y portátil. Se revisará la fisiopatología gustativa, los detalles técnicos de los equipos que se utilizan actualmente para valorar el gusto, el equipo electrogustográfico empleado, la metodología que se ha seguido para realizar la prueba, su utilidad clínica y sus limitaciones.

SALA 109 + 110 17.10-18.10

45. CURSO DE SUPERVIVENCIA VESTIBULAR PARA ORL DE A PIE

M.A. Ariza Toledo, J. Bartual Magro, M.P. Gómez Tapiador, C. de la Plata Sánchez, M. Haro García, E. López de Huelva, M. Rivera García, D. Rodríguez Contreras, J. Bartual Pastor y M. Oliva Domínguez (Grupo GEON)

Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real. España.
Hospital de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. España.

Introducción: Los pacientes de vestibulares suponen una carga de trabajo, así como de tiempo, muy importante para cualquier ORL general. Muchas veces se cae en la sistemática de pedir pruebas complejas que consumen mucho tiempo y no llevan a ningún resultado concreto. Con este curso de instrucción pretendemos sistematizar y rentabilizar las pruebas diagnósticas de forma comprensiva y amena. Por qué y para qué hacemos las cosas.

Material y método: Basándonos en historias clínicas reales y mediante la sistemática del rol-playing, se invitará a los asistentes a entrevistar a un paciente simulado. Se comentarán todos los datos que proporciona el paciente así como su interpretación fisiopatológica. Contaremos con el apoyo de material informático para presentar los resultados de las exploraciones clínicas, de forma que el conjunto resulte lo más real posible. Así, conseguiremos la máxima interactividad con los asistentes.

Resultados: Con la exploración vestibular clínica expuesta en este curso podemos llegar a una orientación diagnóstica (en un 80% de los casos) en una consulta de ORL general sin necesidad de la utilización de pruebas complejas.

Discusión: Comentamos nuestra sistemática de diagnóstico clínico en patología del equilibrio.

Conclusión: Animamos a todos los ORL a aceptar el reto del vértigo y realizar una exploración vestibular básica, ya que con poco tiempo podemos resolver el problema del paciente.

SALA 109 + 110 18.20-19.20

234. CONSULTA MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO DE LA HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL INMUNOMEDIADA. MÁS ALLÁ DE LOS CORTICOIDES

N. Mata Castro[a], O. Illera Martín[b], E. Pato Cour[c] y E. García Fernández[a]

[a]Otorrinolaringología. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. España.
[b]Reumatología. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. España.
[c]Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

La hipoacusia neurosensorial inmunomediada aparece en un gran número de enfermedades autoinmunes sistémicas, en ocasiones de forma subclínica, siendo su diagnóstico difícil. Por su lado, la enfermedad organoespecífica -la hipoacusia inmune sin afectación sistémica- supone un reto diagnóstico mayor. Un tratamiento precoz permite la conservación del órgano y de su función. Después de la recuperación auditiva que se observa con los corticoides es fundamental la elección del inmunosupresor que permita ahorrar corticoides y mantenga a largo plazo el nivel de audición. Sabemos que el manejo de los tratamientos inmunosupresores supone un freno para el otorrinolaringólogo a la hora de tratar adecuadamente este tipo de patologías. Para dar una respuesta uniforme a estos pacientes, el Comité de Coordinación de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y la Sección de Otorrinolaringología del Hospital Infanta Sofía han diseñado conjuntamente un protocolo de actuación y un esquema de tratamiento. Éstos se aplican en una consulta multidisciplinar entre reumatólogos y otorrinolaringólogos. Esta consulta surge como alternativa al modelo asistencial clásico evitando la dispersión de los pacientes, la repetición innecesaria de pruebas y el manejo inadecuado de los inmunosupresores. Durante el curso se presenta: 1. La línea de actuación de la Unidad de Patología ORL Inmune en el screening auditivo de las enfermedades autoinmunes sistémicas y en el tratamiento de la hipoacusia inmunomediada. 2. El manejo de los inmunosupresores en la práctica clínica. 3. La monitorización del tratamiento inmunosupresor. 4. Las ventajas de la consulta multidisciplinar y los resultados asistenciales, de investigación y docentes de modelos similares.

Acta Otorrinolaringol Esp. 2009;60(Espec Congr):186-191

ELSEVIER DOYMA

Acta Otorrinolaringológica Española

www.elsevier.es/otorrino

VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 13-17 de noviembre de 2009

Comunicaciones y Ponencias

Rinología

PONENCIA: SINUSITIS CRÓNICA. EVOLUCIÓN EN EL TRATAMIENTO Y CUIDADO DEL PACIENTE

M. Seijas Rodríguez

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

Introducción: La sinusitis es una enfermedad que se debe a la infección de los senos paranasales, debido a la obstrucción de sus orificios de drenaje. Generalmente la administración de tratamiento antibiótico y descongestionantes nasales tópicos suele ser suficiente para resolver el episodio agudo. El problema aparece cuando la patología es recidivante o persistente más de tres meses, entonces nos encontramos ante una sinusitis crónica.

Objetivos: El principal objetivo es realizar un estudio que nos muestre la relación entre los diferentes tratamientos, y la repercusión que éstos tienen en el cuidado y recuperación del paciente a corto y largo plazo.

Material y métodos: Desarrollo de un estudio de los diferentes tratamientos que existen para la sinusitis crónica, y como éstos han evolucionado con el paso de los años, para minimizar riesgos y complicaciones, y favorecer la calidad de vida del paciente.

Resultados: Con este trabajo pretendo exponer los diferentes tratamientos que existen para abordar dicha patología, desde el tratamiento médico hasta las diferentes alternativas quirúrgicas.

Conclusiones: Destacar la evolución y desarrollo tecnológico del tratamiento de la sinusitis crónica para mejorar la calidad de vida del paciente.

COMUNICACIÓN: CIRUGÍA ENDOSCÓPICA SINUSAL ASISTIDA CON BALÓN (CESAB) CON GUÍA LUMINOSA. TÉCNICA POR TRANSILUMINACIÓN

L. Barber Castaño, M.I. López Martínez, D. Moreno Cabezas y E. Cuesta Alonso

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

Introducción: La cirugía endoscópica asistida con balón (CESAB) con guía luminosa es una técnica quirúrgica que se realiza mediante un abordaje mínimamente invasivo, solucionando el problema de la sinusitis crónica que no responde a tratamiento médico, reduciendo los efectos secundarios de la técnica CENS y sin necesidad de escopia.

Objetivos: En la presentación hablaríamos de: 1.- Indicaciones de la técnica: sinusitis crónica (asociada o no a poliposis) que no responde a tratamiento médico. 2.- Anatomía de senos paranasales. 3.- Comparativa entre la CESAB y la técnica transluminal + CESAB: técnica quirúrgica que consiste en ampliar los orificios de los senos paranasales mediante un balón de dilatación que se hincha con contraste, bajo control radioscópico, alcanzando presiones altas (de 8 a 16 atmósferas) + CESAB transluminal: técnica quirúrgica que consiste en ampliar los orificios de los senos paranasales mediante un balón de dilatación que se hincha con suero ayudado de una guía luminosa. 4.- Ventajas: la técnica es sencilla y rápida, reduciendo el tiempo de cirugía; facilita el abordaje de los senos paranasales, sobre todo el frontal y esfenoidal; mayor permeabilidad del seno; disminución del dolor postoperatorio y del tiempo de recuperación de los pacientes; disminución de complicaciones postoperatorias, reduciendo el riesgo de infección; no necesita control radioscópico ni contraste

Material y métodos: Contamos con fotos del material y de la técnica, video de la técnica donde se ve la localización del seno por transluminación.

Resultados: Hemos realizado hasta la fecha cuatro casos. Para el congreso podremos sacar conclusiones de unos doce pacientes.

Conclusiones: Mostrar una técnica novedosa en España donde la enfermería tiene un papel relevante en la realización de la misma.

COMUNICACIÓN: HISTORIA CLÍNICA DIGITAL EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL (ACTICX)

R. Jiménez Fierro, M. Alemán Moreno, J.M. Santiago Sánchez y M. Alba Rodríguez

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla. España.

Introducción: La informática supone el soporte eficiente y actualizado de las actividades asistenciales, de gestión, de investigación y fuente de datos, para los profesionales y unidades de enfermería, en la búsqueda de la mejora para la aplicación de cuidados de máxima calidad y seguridad. En nuestro centro de trabajo se utiliza un sistema informatizado de gestión hospitala-

0001-6519/$ - see front matter © 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

ria (ACTICX), que tiene su origen en la necesidad de la digitalización y gestión (historias clínicas, suministros, administración...) de los centros hospitalarios de la Orden de San Juan de Dios. ACTICX nos brinda, desde todos los módulos, la posibilidad de acceder a los datos del usuario, a los episodios de su historial clínico, y permite mantener relación directa con atención primaria, antes de su llegada y una vez que es dado de alta hospitalaria.

Objetivos: El diseño y desarrollo en soporte informático del sistema de gestión clínica utilizado diariamente en nuestro hospital. Como ACTICX aporta facilidad y fiabilidad en el trabajo.

Material y métodos: Basándonos en un caso de Cirugía Endoscópica Nasosinusal, expondremos los procesos y funcionalidades de la historia clínica informatizada, estructurados en módulos marcados por la organización del hospital, desde que el usuario entra en relación con nuestro centro de trabajo.

Resultados/conclusiones: Existencia de una "plataforma única" para la realización de todas las actividades propias del puesto asistencial; disponibilidad on-line de la información del paciente; interrelación inmediata con otros servicios, laboratorio, farmacia, rayos...; disminución del volumen de documentos almacenados; disminución del riesgo de pérdida y deterioro de documentos originales.

COMUNICACIÓN: EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA RADIOFRECUENCIA DE CORNETES

A. Grijota Camino

Hospital San Lorenzo de Viladecans. Barcelona. España.

Introducción: Desde el año 2007, en el Hospital de Viladecans se realiza la reducción volumétrica de cornetes inferiores mediante radiofrecuencia bajo control endoscópico, en régimen ambulatorio y con anestesia local. Las actuaciones de enfermería hacen que su papel sea fundamental en esta intervención.

Objetivos: Definir la importancia del papel de enfermería durante todo el proceso. Objetivar las valoraciones de los pacientes respecto a los síntomas y calidad de vida antes y después de la cirugía y respecto al dolor durante la misma.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 2 años de duración. Creación de un protocolo de radiofrecuencia que incluye educación sanitaria pre y post cirugía, control de tiempos (admisión, anestesia, tiempos quirúrgicos y alta), cuestionarios de síntomas, calidad de vida y dolor y control del circuito del material. Valoración de los síntomas con un cuestionario, y de la calidad de vida y del dolor durante la intervención utilizando la escala EVA. Recogida de datos en una parrilla realizada para la ocasión.

Resultados: Se han realizado un total de 157 intervenciones (150 bilaterales y sólo 7 unilaterales). Tan sólo un 3% precisaron una 2ª sesión. El 57,9% fueron hombres y el 42,1% mujeres. Un 25,8% eran fumadores. El 48,9% presenta rinitis y un 64,6% son roncadores. Manifestaron una obstrucción media y una frecuencia media de la obstrucción de 6,29 y 8,02 respectivamente. Valoraron el dolor durante la intervención en 3,10. Todos expusieron como motivo de la intervención el mejorar la ventilación nasal. A demás 6 de ellos pretendían tolerar mejor la CPAP y 5, como única indicación, mejorar el ronquido. Todos los datos los recoge enfermería.

Conclusiones: La radiofrecuencia en régimen ambulatorio y sin necesidad de quirófano es una técnica poco invasiva y segura, con buenos resultados objetivos y subjetivos. La actividad de enfermería es fundamental para el correcto desarrollo de la cirugía, pues enfermería es la encargada de informar y preparar al paciente antes de la intervención, acompañarlo y darle soporte emocional durante la misma, y explicarle los cuidados, el tratamiento domiciliario y los controles a seguir.

COMUNICACIÓN: VÍA AÉREA DIFÍCIL. MÁS FÁCIL CON ENFERMERÍA

M.A. Alonso Blanco, A.B. Alonso Blanco y M. Hergueta Uribe

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: El paciente en ORL suele presentar un gran porcentaje de patologías que se relacionan directamente con la VAD. El papel de la enfermería en estos casos es primordial para el buen funcionamiento de la técnica y disminución del estrés del paciente despierto explicando y contestando a todas las dudas que éste tenga. Así como la colaboración con el anestesiólogo para que todo transcurra sin más incidencias que la propia causada por la VAD y prestando su ayuda durante las maniobras de la intubación.

Objetivos: 1.- Conocimiento de técnicas y adquisición de experiencia. 2.- Adecuada monitorización y vigilancias del paciente es un objetivo prioritario. 3.- Cuidado de los materiales y limpieza y mantenimiento de los mismos. 4.- Precauciones para evitar contagios. 5.- Detección precoz de posibles complicaciones.

Material y métodos: 1.- Revisión bibliográfica. 2.- Experiencia profesional.

Resultados: Poseer los conocimientos y habilidades necesarias para identificar un paciente con VAD, preparación y comprobación del material, así como prestar el apoyo necesario durante la técnica, realizando una vigilancia y correcta monitorización del enfermo.

Conclusiones: La intubación NO es un fin, sino un medio para asegurar la vía aérea. A pesar de las circunstancias a las que nos enfrentemos, debemos evitar con todos los medios posibles, llegar a una situación de hipoxia irreversible.

COMUNICACIÓN: ESTRATEGIAS PARA LA ACREDITACIÓN DE CALIDAD DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ORL

J.M. Espada Bordes, C. Gutiérrez Molina, F.J. Saborido Álvarez y M.C. Guerrero Andrades

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Introducción: La creación de una UGC se traduce en una mejora de la calidad en la actividad asistencial, permitiendo conocer mejor la percepción de la población ante la atención recibida e identificar áreas de mejora. Desde la UGC de ORL, las enfermeras buscan reforzar la continuidad entre atención primaria y especializada, mejorar la organización del trabajo y elevar la satisfacción de los pacientes y de los propios profesionales.

Objetivos: Conocimiento de los estándares de acreditación. Establecer medidas de mejora que abarquen todos los campos de la práctica asistencial: ciudadanos, organización, estructura, profesionales y resultados.

Material y métodos: Creación de grupos de trabajo multidisciplinar; asignación de responsables de estándares; creación y revisión de protocolos asistenciales.

Resultados/conclusiones: El reconocimiento administrativo, por parte de los Servicios de Salud o Consejería, de la calidad de un centro o unidad sanitaria de acuerdo con unos estándares de referencia definidos por dicha Consejería, proceso mediante el cual: se compara entre la situación real del mismo y unos estándares de referencia, con la finalidad de detectar las áreas de mejora y desarrollo; se observa y reconoce la atención que prestamos a los ciudadanos en materia de salud, y se analiza si esta atención responde a nuestro modelo de calidad.

Discusión: El fin del proceso no es la obtención de una calificación, ni es un fin en sí mismo, ni se hace con la iniciativa de unos pocos.

Otología

PONENCIA: FUNCIONES DE LA ENFERMERA EN LA DETECCIÓN PRECOZ Y DIAGNÓSTICO DE LA HIPOACUSIA INFANTIL

M.J. Cinta Cinta, M. García Llano y J. de Vergas Gutiérrez

Hospital Doce de Octubre. Madrid. España.

Introducción: La hipoacusia infantil es un importante problema de salud por sus repercusiones en el desarrollo del lenguaje del niño, influyendo en su desarrollo social e intelectual.

Objetivos: Con la detección precoz, se consigue un diagnóstico temprano, pudiendo así iniciar un tratamiento en los primeros meses de vida, aprovechando de esta manera el periodo de mayor plasticidad cerebral y favoreciendo así la estimulación de la vía auditiva.

Material y métodos: Para el cribado auditivo se utilizan potenciales evocados auditivos automatizados (PEATC-A), los que no pasan este primer cribado, se les repite una segunda prueba de PETC-A, después pasarían a la fase de diagnóstico, todos los pacientes que no pasen esta segunda prueba y los que tienen indicadores de Riesgo de Hipoacusia Tardía (IRHT). En la fase de diagnóstico se comenzaría el estudio con PETC, Estado Estable y Pruebas Complementarias.

Resultados: El cribado auditivo universal comenzó en el Hospital Doce de Octubre el 9 de junio de 2008. Se realizó cribado auditivo hasta el 31 de diciembre de 2008 a 3.125 pacientes. No pasaron el cribado inicial 132. Pasaron la segunda pruebas 110. A los 22 niños que no pasaron las dos pruebas de PETC-A se les realizaron pruebas audiológicas de confirmación, cuyos resultados fueron los siguientes: 2 niños perdidos- se ha contactado con la familia y al no acudir a consulta se ha puesto en conocimiento de A. Sociales; 2 niños normoyentes; 18 niños con hipoacusia: 4 hipoacusias unilaterales (3 sin IR y 1 con IR), 14 hipoacusias bilaterales, 3 sin IR: 2 hipoacusias severas-profundas, ya tienen adaptación audioprotésica, 1 hipoacusia moderada en estudio, 11 hipoacusias con IR: 3 severas-profundas: 1 con adaptación audioprotésica y 2 en estudio etiológico, 5 moderadas: 2 por otitis seromucosa secundaria a malformaciones craneofaciales, que se han tratado con DTT, 1 adaptación audioprotésica y 3 en estudio etiológico. Tres en estudio audiológico.

COMUNICACIÓN: IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE NEURINOMA DEL NERVIO ACÚSTICO

M. Arevalillo Le-Moal, M.E. Ordóñez Sanz y A.I. García Martín

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: El neurinoma del nervio acústico es un tumor benigno que afecta a una de las ramas del VIII par craneal, conocida como nervio vestibular. Generalmente cursa con un crecimiento lento a partir de una sobreproducción de las células de Shawnn cuyos síntomas más comunes son tinnitus, pérdida de audición y vértigos. Debido al aumento de la incidencia en el número de pacientes tratados quirúrgicamente en nuestra Unidad de Hospitalización, los profesionales de enfermería que trabajamos en ella, nos planteamos la necesidad de la implementación de un nuevo plan de cuidados que recoja todos aquellos problemas y necesidades que sufren los pacientes con esta patología.

Objetivos: Unificar criterios en el manejo del paciente sometido a este tipo de cirugía con el consiguiente aumento en la calidad de los cuidados de enfermería prestados.

Material y métodos: 1. Se realiza una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane, Medline, Cuiden, Enfispo y Cinahi. 2. Se analiza los problemas más frecuentes que presentan los pacientes intervenidos de neurinoma del nervio acústico en nuestra Unidad de Otorrinolaringología. 3. Se elabora un plan de cuidados de enfermería utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Resultados: 1. Implementación en la Unidad de Hospitalización de un plan de cuidados de enfermería dirigido a pacientes sometidos a cirugía del neurinoma del acústico. 2. Disminución de la variabilidad en la aplicación de cuidados de enfermería en este tipo de pacientes.

Conclusiones: El personal de enfermería debe trabajar con criterios unificados y consensuados mediante protocolos, procedimientos, vías clínicas y planes de cuidados para poder ofrecer al paciente una atención integral y continuada.

COMUNICACIÓN: CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA CIRUGÍA DEL IMPLANTE DE OÍDO MEDIO TOTALMENTE IMPLANTABLE CARINA®

L. Moreno Oliveras, C.M. Girbés Izquierdo,
Y. Córdoba Ladrón de Guevara y F.J. Gisbert Aguilar

Hospital de la Ribera. Departamento 11 de Salud. Alzira. España.

Introducción: El sistema Carina® (implante oído medio totalmente implantable) es una alternativa de tratamiento para la pérdida auditiva. Este sistema ofrece distintas posibilidades para un amplio espectro de hipoacusia neurosensorial y conductiva.

Objetivos: Garantizar una asistencia sanitaria de calidad, protocolizando la actuación de enfermería, en la intervención quirúrgica del implante Carina®.

Material y métodos: Con la aparición de la audioprótesis, la enfermería adquiere un papel importante para el desarrollo de la cirugía y el cuidado integral del paciente que se va a someter a dicha intervención. Realizaremos un plan de actuación, con el que la enfermería obtendrá un conocimiento del procedimiento quirúrgico. El protocolo incluirá atención de enfermería tanto para instrumentista como para el personal circulante del quirófano.

Resultados: Con la realización de dicho plan de cuidados, proporcionamos formación continuada al personal que actúa en el quirófano de ORL. Este plan le permite conocer el proceso, con el objetivo de procurar cuidados óptimos al paciente en el periodo operatorio.

COMUNICACIÓN: DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA EN PLANTAS DE OBSTETRICIA

V. Díez Fernández, C. Baeza Peñuela, M.J. Quintana Moreno
y C. Pérez de Algaba

Servicio de Obstetricia. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción: La hipoacusia supone un grave problema de salud que limita la integración del niño/a, su comunicación y desarrollo intelectual. Debido a ello a todos los recién nacidos se realiza detección precoz mediante cribado universal antes del alta materna de las plantas de obstetricia del Hospital Doce de Octubre. Así se podrá detectar discapacidad auditiva e intervenir precozmente paliando sus consecuencias mediante la rehabilitación e integración del niño.

Objetivos: Universalidad de la prueba consiguiendo una alta calidad del cribado. Detectar de forma temprana la hipoacusia en recién nacidos. Iniciar tratamiento y rehabilitación precoz en niños con hipoacusia. Mejorar el desarrollo del lenguaje oral en niños con discapacidad auditiva.

Material y métodos: El método utilizado es el cribado universal mediante potenciales evocados del tronco cerebral automatizados

a 35 db. Se derivará al servicio de ORL, sólo a los que no pasan el cribado por alguno de los dos oídos. Hemos realizado un estudio descriptivo basándonos en todos los cribados realizados desde la instauración del programa. En la ponencia se desarrollaran los fundamentos y la técnica del cribado y se incluirán fotografías y videos representativos.

Resultados/conclusiones: Desde la instauración el programa, en julio de 2008, se han realizado 4.468 cribados, de ellos "pasan 4.179" y "no pasan 289". En la ponencia se ampliarán los datos anteriores.

COMUNICACIÓN: RIESGOS PSICOSOCIALES DE LA ENFERMERA EN UN QUIRÓFANO DE ORL

A. Rubio San Pedro[a], F. Faus Gabandé[b], A. Morant Ventura[a] y J. Marco Algarra[a]

[a]Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.
[b]Departamento de Enfermería. Universidad de Valencia. Valencia. España.

Introducción: Los riesgos laborales que potencialmente puede sufrir una enfermera/o en el desarrollo de su actividad en el puesto de trabajo, no están debidamente valorados por los técnicos de prevención ni por ellas mismas.

Objetivos: Seleccionar los riesgos laborales del área psicosocial en las enfermeras/os del área quirúrgica. Carga mental. Estrés laboral. Mobbing. Burnout.

Material y métodos: Hemos revisado las últimas novedades publicadas respecto a estos riesgos, evaluando su posible incidencia en la enfermería de quirófano. Hemos utilizado el Informe Cisneros III, aplicable al personal sanitario.

Resultados: Tras la valoración hemos podido interpretar la vinculación de estos riesgos en las tareas rutinarias que asumen las enfermeras/os en estos puestos, en relación con el ambiente laboral de nuestro medio.

Conclusiones: Entre los riesgos valorados figura el "mobbing" como uno de los más presentes y al mismo tiempo poco identificado y que sin embargo pueden implicar un deterioro principalmente en la motivación profesional.

Riesgo que pueden materializarse en importantes patologías físicas y psicológicas.

COMUNICACIÓN: ¿QUÉ PUEDE HACER LA ENFERMERÍA PARA REDUCIR LOS EFECTOS ADVERSOS LIGADOS A LA HOSPITALIZACIÓN? BASADO EN EL INFORME ENEAS 2005

F. Martínez-Lozano[a], A. Anguas-Gracia[a], C. Carriquiri-Milian[a], M.P. Gómez del Pulgar-Escudero[a] y J.C. Fraca-Cardiel[b]

[a]Servicio de ORL. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.
[b]Mutua de Accidentes de Zaragoza. Zaragoza. España.

Introducción: La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad, tanto de la práctica clínica como de su organización. Este estudio pone de manifiesto cómo el grado de vulnerabilidad de los pacientes es un factor decisivo, hasta ahora sólo apuntado, en la aparición de EAs ligados a la asistencia sanitaria.

Objetivo: Enfermería ocupa un lugar privilegiado en el contexto del sistema de salud, es responsable implícitamente de evitar efectos adversos en acto del cuidado. Prepararse con una visión científica, ocupándose por el bien fundamental de la humanidad y brindar cuidados de calidad y libres de riesgos.

Metodología: Participar en la calidad y la evaluación de la seguridad de los cuidados en la práctica diaria. Trabajar en la cultura de la comunicación con los pacientes y con los demás profesionales de atención de salud. Trabajar para mejorar los sistemas relacionados con la práctica profesional, realizar una aproximación al paciente de forma individual, dar un apoyo psicológico de valor innegable, evitar sesgos de percepción y trabajar en las fortalezas de la comprensión y la flexibilidad, y mantener los recursos humanos en niveles adecuados.

Resultados/conclusiones: Enfermería en su práctica diaria de la ciencia de los cuidados debe prevenir la ausencia de cuidados que son necesarios o la prestación inadecuada de estos. Debe tener conocimiento de los efectos adversos que pueden ser evitados y colaborar en la realización de protocolos y guías que pueden llevar a evitar un número importante de efectos adversos.

Laringología

PONENCIA: FONACIÓN DESPUÉS DE UNA LARINGUECTOMÍA

G. Castañeda Fernández

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. España.

Introducción: La voz es el elemento más importante en la comunicación, no sólo porque es el vehículo del lenguaje sino porque refleja el yo más intimo, individual e irrepetible. Como bien sabemos, la laringuectomía consiste en la extirpación de la laringe debido a la presencia de un cáncer laríngeo, en ocasiones la extirpación es total por lo que se anula la función respiratoria de la vía aérea superior y la función fonatoria. La respiración se realizara por el traqueostoma que deberá portar de modo permanente, y para la recuperación de la fonación existen diversas alternativas: voz erigmofónica, fistuloplastia esofágica, mecanismos artificiales. La decisión del método a utilizar depende de las características y deseos del paciente. Lo más importante es que elija el método que le sea más confortable y de acuerdo al estilo futuro de vida que piense llevar en caso de que retorne a su trabajo o no.

Objetivos: El objetivo de dicha ponencia es exponer las diferentes técnicas de fonación tras una laringuectomía, describiendo sus características y peculiaridades.

Material y métodos: En esta ponencia se ha utilizado la compilación de datos obtenidos de una bibliografía amplia y de la experiencia descrita por los médicos y enfermeras que componen la unidad de ORL-CMF de nuestro hospital. Además he contado con la colaboración de pacientes, pertenecientes a la Asociación de Laringuectomizados de Barcelona, que han mostrado su experiencia.

Discusión/conclusiones: Es importante que nosotros como profesionales de la salud conozcamos los diferentes tipos de fonación, así como sus características y requisitos, para poder ofrecerles la mayor información posible, y de esta manera contribuir a disminuir su aislamiento, depresión e incluso infelicidad que les provoca la pérdida de voz tras la laringuectomía. Como conclusión, se obtiene que los laringuectomizados pueden usar varios métodos para comunicarse, teniendo en cuenta que se estima que aproximadamente la mitad usan la voz esofágica; sobre un tercio usan aparatos electrónicos diversos (muchos emplean una combinación de éstos); y existe un número creciente que emplean las fístulas traqueoesofágicas. No obstante, todavía existen algunos pacientes que no hablan en absoluto.

COMUNICACIÓN: PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES LARINGECTOMIZADOS

A. Anguas-Gracia[a], C. Carriquiri-Milián[a], F. Martínez-Lozano[a], M.P. Gómez del Pulgar-Escudero[a] y J.C. Fraca-Cardiel[b]

[a]*Servicio de ORL. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.*
[b]*Mutua de Accidentes de Zaragoza. Zaragoza. España.*

Introducción: Los pacientes que se someten a una laringectomía radical ven amenazada su calidad de vida debido al proceso de amputación que sufren con la intervención quirúrgica, generándoles angustia llegando muchas veces a la depresión, inquietud, estrés, miedo y desconocimiento tanto a ellos como a la familia y demandando tantas necesidades psicológicas como físicas.

Objetivos: Realizar un programa de EPS, creado por el personal de enfermería de la planta, para la disminución del temor y la ansiedad ante la pérdida de calidad de vida en los pacientes laringectomizados.

Material y métodos: Los pacientes recibirán EPS en la planta, serán visitados por miembros de la asociación de laringectomizados de Aragón y estarán apoyadas por sesiones de metodología individual dependiente de un psicoterapeuta. Para determinar el nivel de temor y de ansiedad del paciente se utilizarán escalas validadas, heteroadministradas que se le entregarán a los pacientes antes y después de la EPS: Escala de Depresión de Hamilton (HAM-A) e Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Tras la finalización del programa de EPS, se entregará de nuevo a todos los sujetos incluidos en el estudio, los dos cuestionarios.

Resultados/conclusiones: La enseñanza y motivación del paciente es muy importante para aceptar y superar sus limitaciones y donde la intervención principal será el apoyo psicológico al paciente y a la familia del paciente laringectomizado. Es de vital importancia realizar programas de salud dirigidos a una Educación para la Salud (EPS) de estos pacientes.

COMUNICACIÓN: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA DE LAS GLÁNDULAS TIROIDES/ PARATIROIDES

M. Díaz López, C. Fernández González, M.P. Lázaro Arroyo, I. Martín Pérez, I. Medina Marrón, S. Pajares Mata, E. González, A.E. Rodríguez Villán y R. Soria Delgado

Unidad de Hospitalización de ORL. Hospital Universitario de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: La cirugía de las glándulas tiroides/paratiroides, es una constante en nuestra actividad diaria. A través de la revisión bibliográfica y de nuestra propia experiencia, se exponen los diagnósticos enfermeros, los criterios de resultado, las intervenciones enfermeras y las complicaciones potenciales a vigilar, que determinan una alta calidad de los cuidados ofertados.

Objetivos: Recordar y fijar los conocimientos sobre patología tiroidea y su cirugía. Elaborar un plan de cuidados estándar para pacientes sometidos a cirugía de la glándula tiroides y/o paratiroides que contemple los diagnósticos enfermeros sobre los que más se interviene.

Material y métodos: Revisión bibliográfica y experiencia de trabajo.

Resultados: La vigilancia de las posibles complicaciones en el postoperatorio de estos pacientes, minimiza los riesgos a los que se exponen a causa de la cirugía.

Discusión/conclusiones: La planificación de los cuidados enfermeros garantiza la calidad y seguridad del trabajo de los profesionales.

COMUNICACIÓN: PRIMERA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PACIENTES TRAQUEO-LARINGUECTOMIZADOS. RESULTADOS EN EL PERÍODO 2005-2008

R. Clavel Cerón, M.D. Calvo Torres, J.M. García Murcia y M. Sánchez Clavel

Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. España.

Introducción: La Consulta de Enfermería para los pacientes Laringuectomizados y Traqueotomizados (CELT) fue inaugurada en 2006 en el ámbito de las Consultas externas del Servicio de ORL del Hospital Universitario Sta. Mª del Rosell de Cartagena. Se constituyo para proporcionar cuidados enfermeros a los pacientes operados de cáncer de laringe desde el mismo momento en que son diagnosticados, durante su periodo de hospitalización y hasta que son dados de alta por el especialista a los cinco años. Con este objetivo de atención integral al paciente antes, durante y después de la intervención quirúrgica, la CELT es la Primera Consulta de Enfermería en España con estas características.

Objetivos: 1. Implantar el proceso completo de cuidados que necesitan estos pacientes y sus familiares parar mejorar su calidad de vida. 2. Incluir a la CELT dentro de la cartera de servicios del Hospital. 3. Evaluar los resultados del período 2005-2008.

Material y métodos: Se crearon las vías clínicas de la CELT y una para cada patología: laringuectomía total, supraglótica y cordectomía. Se creó un equipo multidisciplinar formado por diferentes servicios del hospital y otros miembros del exterior para desarrollar el circuito operativo de la CELT y poder atender las necesidades de estos pacientes. Al mismo tiempo se organizó el taller de familiares para la atención a los cuidados principales. Se apoyo la fundación de la Asociación de Traqueo-Laringuectomizados de Cartagena.

Resultados: Se presentan los Resultados obtenidos en el periodo 2005-2008 pudiendo afirmar que desde la implantación de la Consulta: ha bajado la estancia media en todas las patologías; se han identificado los efectos adversos habiendo controlado algunos y estando otros aun pendientes; ha descendido el coste por patología, y la satisfacción entre pacientes y familiares es calificada entre excelente y buena.

Conclusiones: El trabajo aquí presentado ha demostrado ser muy bueno para los pacientes, familiares y profesionales. Hemos identificado los puntos de mejora y estamos en disposición de poner los medios necesarios para desarrollarlos. Estamos convencidos de que desde las Consultas Externas, donde se inicia el proceso, es donde se debe realizar la coordinación de todo el Equipo Multidisciplinar para aunar esfuerzos, evitar duplicidades y reducir costes.

COMUNICACIÓN: GESTIÓN DE CUIDADOS EN EL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO

M. García Huete, O. Martín Velasco, I. Luciáñez Díez y T. Castro Cabado

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción: El carcinoma epidermoide de laringe es la neoplasia más frecuente en los tumores cérvico-faciales. El abordaje quirúrgico en las personas afectadas puede suponer un dramático impacto a nivel físico, psíquico y funcional. Los cuidados y la educación sanitaria en estos pacientes, supone un gran reto para el personal de enfermería. Con este trabajo perseguimos mejorar la calidad de los cuidados al paciente laringuectomizado, así como la estandarización de los mismos.

Material y métodos: Presentamos la planificación de los cuidados que llevamos a cabo en nuestra unidad, desde que el paciente ingresa hasta que es dado de alta hospitalaria: 1°) Identificación del paciente, 2°) Recopilación de datos básicos, 3°) Primera evaluación de enfermería y detección de alteraciones en los diferentes patrones establecidos, 4°) Aplicación de protocolos pre y post-quirúrgicos, 5°) Educación sanitaria, 6°) Informe de enfermería al alta

y entrega del tríptico con cuidados básicos. La planificación de nuestras actividades Irán encaminadas a preservar las necesidades de oxigenación, estabilidad hemodinámica, nutrición, higiene, comunicación y fortalecimiento de la autonomía del paciente

Discusión/conclusiones: La atención integra al paciente laringuectomizado implica una serie de conocimientos, habilidades, aplicación de cuidados y educación sanitaria por parte del personal de enfermería. El papel de la enfermera es fundamental tanto a nivel preventivo como asistencial

COMUNICACIÓN: INFLUENCIA DE LA DIETA EN EL POSTOPERATORIO DE AMIGDALECTOMÍA

J. Rodríguez Berlana

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. España.

Introducción: Este estudio examina la hemorragia secundaria tras amigdalectomía, enfocado a la dieta, dolor y otros factores relacionados con el resultado final y su aplicación en la práctica.

Objetivo: Mejora en la calidad de los cuidados de enfermería.

Material y métodos: Análisis exhaustivo de la literatura relacionada con la dieta tras la amigdalectomía, observación y aplicación en la práctica, el método es descriptivo y observacional.

Discusión/conclusiones: Debate en cuanto a los distintos tipos de dietas. Beneficio de la introducción de información a los pacientes en proceso de gestión. Más investigación es necesaria. Los estudios llevados a cabo hasta ahora pueden no ser concluyentes y la información que se da puede ser un tanto ambigua, pero la promoción de la salud y el manejo del dolor, náuseas y vómitos son resultados clave del buen análisis de los factores incluidos en este estudio.

Acta Otorrinolaringol Esp. 2009;60(Espec Congr):192-196

ELSEVIER DOYMA

Acta Otorrinolaringológica Española

www.elsevier.es/otorrino

VIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Madrid, 13-17 de noviembre de 2009

PÓSTERES

Rinología

TRAYECTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA NASAL

E. Bassa, T. Fernández, M. García y M. Hernández

Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell. España.

Introducción: Las trayectoria clínicas (TC), son planes de cuidados estructurados y multidisciplinares, diseñados basándose en la evidencia científica, para gestionar y mejorar la calidad de los procesos asistenciales. Esta trayectoria es una herramienta para facilitar el manejo del paciente, sin patología asociada, que ingresa para cirugía nasal (septoplastia, turbinectomía, rinoplastia o cirugía endoscópica nasal).

Objetivos: Mejorar la calidad y coordinación de los cuidados. Facilitar decisiones y ayudar a detectar situaciones de riesgo. Disminución de la variabilidad clínica. Aumento de la satisfacción y seguridad del paciente. Optimización de la utilización de los recursos sanitarios.

Material y métodos: Desarrollo de un documento que describe todas las actividades de los profesionales que intervienen en la atención al paciente sometido a cirugía nasal, dividido en tres apartados: actuación durante el ingreso del paciente, manejo del paciente en quirófano y sala de reanimación. Seguimiento del paciente: confort y control del paciente, detección de situaciones de riesgo y alta hospitalaria. Se ha utilizado la documentación clínica y revisión bibliográfica para realizar esta guía, valorando el curso clínico predecible de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía nasal.

Resultados: La elaboración de la TC para cirugía nasal mejora la interrelación de los profesionales y la coordinación asistencial, disminuyendo gastos hospitalarios respecto a la utilización de recursos y disminución de ingreso hospitalario.

Conclusiones: La TC es una herramienta indispensable que estandariza los cuidados y garantiza una buena atención en todo el proceso del paciente sometido a cirugía nasal.

EL GRIFO GOTEA

M. Rustarazo Márquez, A. Moreno Huertas, J.P. García Martínez y M.L. Núñez Marín

Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. España.

Introducción: El termino epistaxis procede del griego que significa "fluir gota a gota". Es la pérdida de sangre de las membranas mucosas que recubren la nariz y generalmente se presentan en una sola fosa nasal. Entre los factores de riesgo se encuentran: enfermedades infecciosas febriles, enfermedades cardiovasculares y renales (HTA, arterioesclerosis, etc.), uso de ciertos medicamentos.

Objetivos: 1. Disminuir la ansiedad del paciente y la familia con información sobre el proceso durante las primeras 24/48 horas. 2. Identificar signos y síntomas de alarma. 3. Asegurar la continuidad de los cuidados.

Material y métodos: Revisiones bibliográficas y documentación clínica.

Resultados: El paciente y la familia son capaces de controlar la ansiedad, situaciones de alarma y conocer signos y síntomas que indiquen riesgo.

Conclusiones: El plan asistencial en la epistaxis describe objetivos y actividades que se llevaran a cabo en el proceso a aplicar a personas con esta determinada patologia. Nuestra finalidad debe mejorar las relaciones interprofesionales, así como la relación paciente-enfermera, aumentando la cooperación, coordinación y aprovechamiento de los recursos.

Otología

EXPLORACIÓN AUDIOLÓGICA BÁSICA EN LA CONSULTA ORL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO MANCHA CENTRO

A. Pérez Orihuela

Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. España.

Introducción: La hipoacusia representa uno de los problemas de salud más frecuentes dentro de la consulta de ORL. Enfermería

0001-6519/$ - see front matter © 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

desempeña un papel fundamental en su diagnostico, ya que se encarga de realizar la exploración audiológica. Existe una amplia gama de pruebas audiométricas que van desde tests sencillos a otros que precisan un aparataje sofisticado. Cada una de ellas aporta distinta información y presenta unas ventajas y unos inconvenientes. De ahí la importancia de utilizar de forma sistemática una batería de pruebas básica, que permita cuantificar la audición y orientamos en la localización de la lesión que produce la hipoacusia adaptándonos al paciente y el espacio físico-temporal de la consulta ordinaria.

Objetivos: Estandarizar la exploración audiológica que se realiza a todos los pacientes con sospecha de hipoacusia que acuden a la consulta de ORL, disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica y unificando criterios para establecer cuidados de enfermería. Reducir los tiempos de espera en la asistencia sanitaria, acortando los periodos entre decisión del tipo de prueba a utilizar en cada paciente y la exploración propiamente dicha. Aumentar la satisfacción del paciente que se marcha de la consulta al agilizar y optimizar la evaluación audiológica que realiza enfermería.

Material y métodos: Habitación aislada, cabina insonorizada, diapasones, audiómetro, impedanciómetro. Utilización de una guía para la evaluación audiológica, basada en la evidencia clínica y consensuada dentro del servicio de ORL.

Resultados: Disminución de la variabilidad entre exploradores. Reducción de las revisiones dentro de la consulta de ORL. Mejora en la calidad de la atención al paciente.

Conclusiones: El enfermero de la consulta de ORL, juega un papel decisivo en la exploración audiológica de los pacientes con sospecha de hipoacusia. El uso de un algoritmo de decisión clínica para hacer dicha evaluación permite unificar el trabajo entre distintos exploradores, un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, un aumento de la satisfacción del paciente y de la calidad de la atención que se le presta.

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LA CIRUGÍA "PIE DE PERKINS"

A. Rubio San Pedro[a], F. Faus Gabandé[b], I. Mallea Cañizares[a] y J. Marco Algarra[a]

[a]Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.
[b]Departamento de Enfermería. Universidad de Valencia. Valencia. España.

Introducción: Las infecciones del oído medio, conllevan perforaciones de la membrana timpánica y destrucción de parte de la cadena osicular. La reconstrucción quirúrgica de la membrana timpánica con fascia procedente del mismo paciente formolada y moldeada según la técnica de Perkins, constituye una alternativa quirúrgica. La enfermera, desarrolla un papel fundamental en este procedimiento, ella realiza el proceso de adaptación, de la fascia desde que se extrae del paciente hasta que se vuelve a reconstruir.

Objetivos: Definir las intervenciones enfermera en base NIC para este procedimiento quirúrgico. Describir el proceso de transformación de la fascia del músculo temporal.

Material y métodos: Basamos nuestro trabajo en la experiencia acumulada en este procedimiento por parte del equipo quirúrgico del Servicio de ORL de nuestro Hospital. Las secuencias de imágenes han sido obtenidas en diferentes momentos y pacientes.

Resultados: La habilidad adquirida en este procedimiento nos permite, unido a la coordinación con el resto del equipo, obtener unos resultados altamente satisfactorios que repercuten directamente en la calidad de la intervención y con ello en los pacientes afectados de perforaciones timpánicas.

Conclusiones: La enfermera instrumentista del quirófano de esta especialidad quirúrgica, debe implementar su destreza junto con el conocimiento integral de este problema en su desarrollo y evolución.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CIRUGÍA DE ESTAPEDECTOMÍA CON LÁSER DE DIODO

L. Moreno Oliveras, Y. Córdoba Ladrón de Guevara, C.M. Girbés Izquierdo y F.J. Gisbert Aguilar

Hospital de la Ribera. Departamento 11 de Salud. Alzira. España.

Introducción: En la actualidad el láser de diodo se utiliza para múltiples técnicas en medicina, ya que es hemostático, mínimamente invasivo y es más preciso que el bisturí. Todas las maniobras que se realizan sobre la cadena osicular, especialmente sobre el estribo y su platina, requieren un cuidado muy especial. En la estapedectomía y revisión de estapedectomía, lo utilizamos para hemostasia y vaporización del tejido fibrótico, entre otras funciones.

Objetivos: Conseguir que el personal de enfermería del quirófano de ORL, tenga un plan de actuación enfermera para garantizar una asistencia sanitaria óptima, en las cirugías de estapedectomía y revisión de estapedectomía.

Material y métodos: Elaboraremos un protocolo de actuaciones enfermeras para conocer el procedimiento quirúrgico, incluso mostraremos imágenes de la cirugía, con el objetivo de que se conozca la preparación del instrumental necesario para la cirugía con el láser de diodo.

Resultados/conclusiones: Como la cirugía de estapedectomía es una cirugía muy reglada, describiremos nuestra experiencia con el fin de proporcionar una comprensión del procedimiento, así como de la preparación del instrumental y aparataje quirúrgico. El conocimiento de esta cirugía es de interés para la enfermería del área quirúrgica, para la actualización y mejora en la técnica de esta intervención.

UTILIDADES DEL NEURONAVEGADOR EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

L. Alonso Pérez y E. Arribas Muñoz

Unidad de Neurocirugía RGS. Madrid. España.

Introducción: El novedoso empleo del neuronavegador en las intervenciones quirúrgicas supone un gran avance tecnológico con respecto a las cirugías tradicionales, así como un gran progreso en la localización anatómica de las patologías, reduciendo de este modo el tiempo intraoperatorio. Ante este desarrollo tecnológico, la enfermería debe trabajar desde una base sistematizada y protocolarizada.

Objetivos: Descripción de las intervenciones de enfermaría relacionadas con la preparación, la utilización y el proceso de esterilización del neuronavegador.

Material y métodos: Basándonos en el caso de la cirugía del neurinoma, desarrollaremos los procesos y técnicas de enfermería empleados en dicha cirugía, desde el preoperatorio (momento entendido como la preparación del quirófano), el intraoperatorio (abarcando tanto la vertiente anestésica, referente a la posición quirúrgica de la cirugía) y el postoperatorio (recogida y esterilización del neuronavegador).

Resultados/conclusiones: El uso del neuronavegador como herramienta principal en la cirugía actual, permite: elegir una adecuada ruta de abordaje quirúrgico, lo que permite cuidar el rasurado del cabello, adaptándolo a la craneotomía, y mejorando las expectativas del paciente en cuanto a la atención de calidad. Aumentar la satisfacción profesional gracias al control de la extirpación radical de lesiones, debido a su gran precisión, aportando seguridad quirúrgica y mejores resultados. Potenciar el desarrollo del profesional en el empleo de nuevas tecnologías.

Laringología

EDUCACIÓN AL LARINGUECTOMIZADO. VOZ TRAQUEOESOFÁGICA (PRÓTESIS FONATORIA)

A.I. Corbal Obelleiro, M.L. González Antón, M.D. García Riestra y M.B. Crespo Fontán

Consulta de ORL. Complejo Hospitalario Pontevedra. Pontevedra. España.

Introducción: La laringectomía total es una intervención en la que se extirpa la Laringe y supone la pérdida de voz. El método en auge para recuperar el habla se conoce como voz traqueoesofágica. En este método el cirujano práctica una apertura en el tejido muscular que separa la tráquea del esófago, dónde se coloca una prótesis o dispositivo de silicona. Permite una rápida recuperación de la voz siendo similar a la natural. La prótesis utilizada en nuestro hospital es la tipo Provox de Atos Medical.

Objetivos: Facilitar la calidad de cuidados, disminuir las complicaciones y lograr un mayor éxito en la restauración fonatoria.

Material y métodos: Nuestra experiencia en seguimiento durante revisiones periódicas d 20 pacientes (19 varones). Edades comprendidas 46-85 años a los que se le implantó prótesis fonatoria de forma primaria 20% o secundaria 80%. Se valoran complicaciones más frecuentes (enterramiento 50%, granulaciones 30%, fuga 25%, colonización de cándida 25%, migración 5%), uso de cánula 40% y uso de casete HME (45%). La calidad de función fonatoria y el proceso educativo posterior fue calificada de buena en 75% pacientes. Durante las revisiones se instruye al paciente y se entrega hoja explicativa de cuidados y signos de alarma.

Conclusiones: El paciente y/o cuidador principal adquieren los conocimientos y habilidades necesarias para conseguir una mejor reinserción social y calidad de vida. Enfermería juega un papel importante para alcanzar su propósito.

PROTOCOLO DE CURAS AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO

O. Martín Velasco, M. García Huete, S. Codino García y B. Gonzalo Lozano

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Introducción: Complicación más frecuente en la cirugía oncológica de laringe. Se define el faringostoma como la fístula faringocutánea que se objetiva por la aparición de saliva coincidiendo o no con la deglución.

Objetivos: Realizar un protocolo de actuación en el tratamiento del faringostoma con curas locales sistematizadas.

Material y métodos: Paciente de 56 años intervenido de laringuectomía total con vaciamiento cervical derecho funcional. En el post-operatorio aparece fístula faringocutánea que se trata con curas locales sin mejoría inmediata por lo que se le realiza limpieza del faringostoma y faringoplastia mediante reconstrucción con colgajo de pectoral mayor izquierdo.

Conclusiones: Aplicamos el procedimiento de curas locales en pacientes intervenidos de laringuectomía. En este paciente se realizan curas con colágeno según el protocolo establecido. Hay una mejoría significativa consiguiendo cicatrización y reducción de la fístula.

Discusión: Seguir un método protocolizado e individualizado para cada paciente mejora la actuación de los profesionales sobre el proceso curativo del paciente y disminución de la variabilidad clínica.

DEGLUCIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE LARINGUECTOMÍA PARCIAL

R. Burgos Peláez, R. del Baño Llorca y N. Lacosta Gracia

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: Los problemas de deglución y broncoaspiración en laringuectomizados parciales son habituales. Según el tipo de intervención y conociendo la anatomía cervical, debemos enseñar al paciente aquellas posiciones que le ayudaran a facilitar la deglución y evitar broncoaspiraciones, así como las diferentes texturas de alimentos, pueden ayudar en la deglución.

Objetivos: La correcta alimentación y nutrición del paciente es una parte muy importante para una evolución satisfactoria. El debe conocer el tipo de intervención realizada, los ejercicios y posiciones que le ayudaran en la deglución y los alimentos y texturas que le aportarán todos los nutrientes necesarios.

Material y métodos: Durante 24 meses hemos recopilado complicaciones en pacientes sometidos a laringuectomía parcial en el servicio. Los parámetros que hemos recogido son: tipo de intervención, fiebre coincidiendo con el inicio de la deglución, cambio de peso, tos originada por la broncoaspiración o la microbroncoaspiración.

Resultados: Las broncoaspiraciones (algunas neumonías) y pérdida de peso son complicaciones habituales en las laringuectomías. La malnutrición, hipoproteinemia e hipoalbuminemia que muchas veces arrastran desde antes de la intervención, puede ser causa de problemas postquirúrgicos. La correcta nutrición es imprescindible para una correcta evolución.

Discusión/conclusiones: El equipo de enfermería debe ser conocedor del tipo de intervención quirúrgica, la anatomía cervical y las distintas posiciones y ejercicios que pueden ayudar en la deglución así como las distintas texturas de alimentos para poder prevenir complicaciones debidas al inicio de la ingesta y que se pueden alargar durante semanas.

ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN EL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO

A. Jiménez Cuesta, L. Vílchez Jiménez, A.M. Braza Cabrera y M.C. Raya Granados

Unidad de Hospitalización. Hospital Neurotraumatológico. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. España.

Introducción: El cáncer de laringe y en concreto su abordaje quirúrgico (laringuectomía) provocan en el individuo alteraciones no solo físicas, sino también de tipo psicológico y social; que van a determinar su calidad de vida, pudiendo llegar a incidir sobre su tratamiento y posterior rehabilitación.

Objetivos: 1. Verificar la existencia o no de registros enfermeros que reflejen estas cuestiones en nuestra unidad y si éstos se han realizado adecuadamente. 2. Concienciar al colectivo enfermero de la presencia de este grupo de diagnósticos enfermeros en estos pacientes. 3. Identificar los principales diagnósticos enfermeros en relación con los problemas psicológicos más frecuentes. 4. Disminuir a largo plazo la incidencia de los mismos.

Material y métodos: Se revisaran retrospectivamente historias clínicas de pacientes intervenidos de laringuectomía total en nuestra unidad de hospitalización en los últimos años, además de una revisión de la taxonomía para desarrollar los diagnósticos enfermeros más relevantes.

Resultados: Los resultados esperados son la presencia de este tipo de problemas en un elevado porcentaje, así como la escasez de registros enfermeros o presencia de registros inadecuados en este sentido. Por tanto es un campo de intervención importante al que prestar atención.

Conclusiones: La repercusión psicosocial del paciente laringuectomizado es uno de los pilares fundamentales del abordaje desde

el punto de vista enfermero para ayudar a la pronta y satisfactoria recuperación del paciente, así como su adaptación a la nueva situación y a la de su entorno. Se hace por tanto primordial dejar constancia escrita de nuestras actuaciones en dicho ámbito durante la estancia hospitalaria

UTILIZACIÓN DE LAS VÍAS CLÍNICAS PARA MEJORAR Y CONTROLAR LOS CUIDADOS EN LOS PACIENTES TRÁQUEO-LARINGECTOMIZADOS DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA

J.M. García Murcia, M.D. Calvo Torres, R. Clavel Cerón y M. Sánchez Clavel

Consulta externa de ORL. Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. España.

Introducción: Crear unas Vías Clínicas (V.C.) para cada una de las patologías más frecuentes que atendemos en nuestra consulta (laringuectomía total, laringectomía supraglótica y cordectomía) para servir de guía desde que llegan los pacientes a la consulta, antes de ser intervenido, durante la hospitalización, siguiendo sus controles por el ORL, hasta su alta definitiva a los cinco años donde pasan a ser atendidos por Atención Primaria, fomentar la mejora continua de los cuidados, conocer los efectos adversos y actuar sobre ellos, mejorar la satisfacción Paciente/Familia, y adecuar la utilización de los recursos a las necesidades.

Material y métodos: Se creó un grupo de trabajo donde estaban representados todos los profesionales que intervienen en las V.C. creando un compromiso de trabajo para validar y aprobar los protocolos de las distintas patologías. Presentación de los documentos que conlleva una V.C. Elección de los coordinares de las V.C. Implantación, evaluación y modificación o adaptación dependiendo de las diferentes patologías.

Resultados: Presentamos una valoración comparativa desde que empezamos en el año 2006 hasta el 2008 y podemos demostrar que ha habido un descenso en la estancia media de estos pacientes. Conocemos los efectos adversos y podemos actuar sobre ellos. Ha mejorado la satisfacción del paciente y hemos conocido los costes asociados a la hospitalización.

Conclusiones: Las vías clínicas son herramientas educativas que mejoran la relación entre los profesionales, informan a los pacientes y familiares, definen los pasos a seguir ante un proceso, proporcionan seguridad legal, reducen los costes y , sobre todo, el paciente se siente guiado y atendido en todo momento.

RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y SU FAMILIA AL ALTA HOSPITALARIA

M. Díaz López, C. Fernández González, M.I. Lázaro Arroyo, I. Martín Pérez, L. Medina Marrón, S. Pajares Mata, E. Prendes González, A.E. Rodríguez Villán y R. Soria Delgado

Unidad de Hospitalización de ORL. Hospital Universitario de Asturias. Oviedo. España.

Introducción: Tras la cirugía laríngea, el paciente laringuectomizado puede presentar una serie de problemas tanto físicos como psicoemocionales en relación con su autocuidado y autoimagen.

Objetivos: Elaborar un documento informativo en forma de tríptico con una serie de recomendaciones para el paciente en el momento del alta, respecto a las dificultades que pueden surgirle en su vida cotidiana en relación con los cuidados de la traqueotomía.

Material y métodos: Gracias a la formación de un grupo de profesionales que trabaja actualmente con estos pacientes en el medio hospitalario, se da forma a la idea original diseñando las ilustraciones, recopilando artículos bibliográficos y experiencias que apoyan los comentarios. Todo ello sigue un esquema en relación con los dominios NANDA.

Resultados: Elaboración de un formato en soporte papel, agradable a la vista, con lenguaje sencillo y cercano al paciente.

Discusión/conclusiones: Con la educación sanitaria dada al paciente previa al alta, así como con el documento entregado con las recomendaciones para su autocuidado, se intenta aumentar la seguridad del paciente y con ello que sea capaz de realizar las actividades diarias de su vida cotidiana.

Otros

CUIDADOS DE ENFERMERÍA E INFORMÁTICA EN PACIENTES DE ORL

C. Campo, I. Arce, R. Beltrán de Heredia, M.J. Gallego, M. López de Subijana, B. Marquínez y R. Ochoa de Eguileor

Vitoria-Gasteiz. España.

Introducción: Los cuidados de los pacientes de ORL tienen un perfil específico, representando una carga importante para el cuidado. Ante las necesidades de cada proceso se han elaborado diferentes planes de cuidados estandarizados. Los planes de cuidados estandarizados de los procesos de ORL se encuentran en la intranet del Hospital, permitiendo ser utilizados en cualquier unidad de enfermería en todo momento.

Objetivos: 1. Cuantificar el número de pacientes de ORL ingresados fuera de la unidad referente. 2. Conocer qué tipo de planes de cuidados (individualizado o estandarizado) se pauta al enfermo de ORL cuando éste se encuentra ingresado fuera de la unidad de referencia de la especialidad.

Material y métodos: Programa informático Zaineri. Muestra: pacientes de ORL ingresados fuera de la unidad de referencia de la especialidad en el año 2008. Estadística: dados el número de la muestra, números absolutos y porcentajes.

Resultados: Se han estudiado 50 pacientes. El 91,6% tiene pautado un plan de cuidados estandarizados específico de un proceso de ORL. El 6,6% tiene pautado un plan de cuidados individualizado.

Conclusiones: A los pacientes de ORL ingresados fuera de la unidad de referencia, las enfermeras les aplican los planes de cuidados estandarizados para el proceso específico de ORL por el que ingresan. Que los planes de cuidados estandarizados se encuentren en la intranet del Hospital mejora la práctica enfermera y facilita la comunicación de todos los miembros del equipo.

CIRUGÍA LÁSER EN ORL. RIESGOS Y NORMAS DE SEGURIDAD

S. García Ramírez y M.E. Guzmán Aceituno

Hospital Infanta Cristina. Badajoz. España.

Introducción: La tecnología láser es una herramienta cada vez más frecuente en quirófano, aunque ha sido un gran avance para la medicina también ha supuesto la aparición de nuevos riesgos tanto para el paciente como para el personal de quirófano, ya que puede provocar daños irreparables.

Objetivos: Conocer los riesgos y complicaciones de la cirugía láser en ORL. Conocer las normas de seguridad necesarias en cirugía con láser. Prevenir accidentes y complicaciones durante la utilización del láser en quirófano.

Material y métodos: Recopilación de datos publicados por entidades como el CDRH , la AORN, sobre medidas de seguridad en cirugía láser, otras bibliografías y artículos recientes.

Resultados:

Riesgo	Medidas de protección		
	Paciente	Personal	Generales
Lesión piel	Paños ignífugos Compresas con suero fisiológico	No objetos metálicos	Indicador en puerta
Lesión ojos	Gafas protección Pomada epitelizante Oclusión parpados con gasas y suero salino	Gafas de protección	Restricción o acces
Ignición	Tubo endotraqueal láser Neumotaponamiento con suero y azul de metileno Lentina con suero fisiológico	Suero fisiológico abierto Material quirúrgico específico	Extintor de incendios
Inhalación de gases tóxicos o patógenos		Mascarillas Gran filtración	

Conclusiones: Todo el personal que trabaja en una intervención con cirugía con láser, debe conocer los riesgos así como las medidas de protección. La realización de un protocolo y un cuadro de visualización con medidas-riesgos, es la medida más efectiva para informar a todo el personal.

PROTOCOLIZACIÓN DEL ROL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS CON COLGAJOS LIBRES MICROVASCULARIZADOS

A. Mascaraque Guerrero y M.M. Ruiz Berbis

Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. España.

Introducción: Las intervenciones quirúrgicas de reconstrucciones mandibulares con colgajos libres microvascularizados requieren un gran despliegue de medios técnicos y profesionales. Como parte del equipo quirúrgico multidisciplinar nuevas competencias y responsabilidades comprenden el conocimiento, preparación, manejo y correcto funcionamiento del aparataje e instrumental quirúrgicos, así como la anticipación necesaria para saber cuál es el siguiente elemento que va a entrar en acción.

Objetivos: 1. Crear hoja de ruta para la enfermera involucrada en este acto quirúrgico. 2. Debe ser esquemática, clara y completa, que siguiendo el camino marcado, lleve a su observador a conocer en qué tiempo quirúrgico se encuentra y de que material e instrumental quirúrgico debe disponer.

Material y métodos: El diseño de la hoja de ruta se basara en experiencias propias previas.

Resultados: El resultado debe ser y no otro, haber facilitado todas las circunstancias para que nuestro paciente consiga alcanzar sus expectativas quirúrgicas.

Conclusiones: Este protocolo contribuye a una buena praxis antes, durante y después de la cirugía, minimizando imprevistos, descartando el azar. Un cuidado exquisito, profesional y siempre humano del paciente.

Acta Otorrinolaringol Esp. 2009;60(Espec Congr):197-204

ELSEVIER DOYMA

Acta Otorrinolaringológica Española

www.elsevier.es/otorrino

Índice de autores

Abad Casado, D., 4, 28, 54, 70, 92, 116, 163, 169
Abdulghani Martínez, F., 140
Abella, F., 108
Abrante Jiménez, A., 135
Abreu, P., 5
Abril, A., 101
Abrunhosa, J., 142
Acebal Lucía, M., 154, 170
Acevedo, N., 2, 28
Achiques, M.T., 8, 20, 93, 102, 148
Achiques Martínez, M.T., 5, 6, 10, 14, 22, 34, 38, 45, 50, 73, 82, 92, 106, 128
Achiques Martínez, T., 80
Achleitner, G., 19
Ademà, J.M., 22, 84
Ademà Alcover, J.M., 177
Agra Pujol, C., 163
Agreda, B., 26, 53, 91, 105, 125, 131, 164, 170
Ágreda Moreno, B., 104, 105, 122, 141, 148
Aguadero García, M.I., 71, 91, 96
Aguadero Garcí, I., 117
Aguilà, A.F., 27
Aguilar, F., 9, 63, 75
Aguilar Cantador, J., 99, 145, 169
Aguilar Vera, F., 91
Aguilar Vera, F.J., 82
Agulles, M.J., 172
Agut, M.A., 172
Alamar Velázquez, A., 42
Alarcón Linares, E., 99, 145, 169
Alba, J., 60, 72, 87
Alba, J.R., 2, 39
Alba García, J.R., 182
Alba Mesquida, J., 106, 121, 129, 145
Alba Rodríguez, M., 186
Albertí Casas, A., 136
Albiol Varella, L., 62
Alcalá Fernández, A., 131, 151
Aldama Barahona, P., 117, 183
Aldasoro Martí, J., 155
Aldasoro Martín, J., 58, 62, 66, 109
Alemán López, O., 130
Alemán Moreno, M., 186
Alfonso, C., 2, 174
Alfonso, J.I., 53, 91, 125, 131, 170
Alfonso Collado, J.I., 105, 122
Algaba, J., 61, 62, 64
Alguacil Palomares, M.D., 81, 84, 103, 156
Aliaga Montilla, J.R., 183
Allely Teruel, D., 86, 89
Allely Teruel, M.D., 115
Almeida Sousa, C., 142
Almela Rojo, M.T., 67, 99, 144
Almela Rojo, T., 69
Almodóvar Álvarez, C., 14, 53, 117, 135, 136, 159
Alobid, I., 9, 24
Alonso, C., 11, 12, 170
Alonso, I., 41
Alonso Blanco, A.B., 187
Alonso Blanco, M.A., 187
Alonso Castañeira, I., 79, 99, 120, 133, 144
Alonso Gómez, C., 168
Alonso González, C., 50, 149
Alonso Mallo, E., 120
Alonso Martínez, C., 3, 29, 30, 41
Alonso Mesonero, M., 89, 171
Alonso Párraga, D., 59, 62, 79, 127
Alonso Pérez, L., 193
Alonso Seco, A., 74, 153
Alonso Treceño, J.L., 79, 99, 120, 133, 144
Alós, Ll., 18, 135
Aloso Guervós, M., 47
Altuna, X., 61, 62
Álvarez, O., 150
Álvarez Buylla Blanco, M., 1, 25, 97, 120, 142, 165
Álvarez Domínguez, J., 167
Álvarez Escola, C., 2
Álvarez Marcos, C., 47
Álvarez Marcos, C.A., 47
Álvarez Montero, O., 121
Álvarez Morujo Sande, G., 37, 132
Álvarez Morujo Sande, M.G., 69, 85, 86, 107, 109, 110
Álvarez Morujo, G., 36
Álvarez Zapico, M.J., 117
Alves, E., 78
Alves, S., 28, 160
Amador, J.M., 40
Amat, M., 89
Amat Soley, M., 97, 144, 146
Ambel Albarrán, A., 37, 51
Amilibia, E., 178
Andreu Mencía, L., 104
Anguas Gracia, A., 189, 190
Anguita Sánchez, I., 51, 100, 122, 131, 148, 168
Anta Escuredo, J.A., 34
Antolí Candela Cano, F., 175, 177
Antúnez, P., 152
Aparicio, A., 55
Aparicio, J.M., 178
Aparicio, M., 43, 142, 160
Aparicio, M.S., 69, 118, 162
Aparicio Fernández, J.M., 178, 184
Aparicio Pérez, M., 119
Aparicio Pérez, M.S., 19, 162
Aramberri Arefti, J., 73
Arán, I., 48, 61, 80
Arán González, I., 3, 45
Arana Alonso, E., 147
Arana Ortega, M., 50, 168
Aranberri, J., 122, 123
Aranberri Aresti, J., 132, 155
Araujo, X., 11, 12, 170
Araujo Piedra, X., 3, 29, 30, 41
Araujo Quintero, J., 50
Arbizu, L., 122, 123, 147
Arbizu Ruiz, L., 49, 73, 129, 153
Arce, I., 195
Arce, R., 144
Arce Martínez, R., 45, 67, 69, 72, 99, 136
Arellano, B., 35, 64, 134
Arellano Rodríguez, B., 65
Arevalillo Le Moal, M., 188
Argüelles Tamargo, L., 47
Aristegui, M., 11
Aristegui Ruiz, M., 3, 30
Arístegui Ruiz, M.A., 29, 41, 174
Ariza Toledo, M.A., 185
Arizón, E., 150
Arjona Montilla, C., 65, 71, 117
Armengot, M., 33, 124, 151
Arribas, I., 16
Arribas Muñoz, E., 193
Arroyo Domingo, M., 102
Arruti González, I., 81, 129, 130, 131, 153
Artal, R., 26, 53, 91, 105, 125, 131, 164, 170
Artal Sánchez, R., 104, 105, 122, 141, 148
Artigas, C., 60, 72, 87
Artigas Sapiaín, C., 106, 121, 129, 145, 172
Asgharpour Talat, E., 119, 165
Ávila Espín, L., 151
Avilés, F.J., 54, 75, 139, 157, 159, 160
Avilés Jurado, F.J., 85, 94
Avilés Mañoso, P., 148
Aviñoa Arias, A., 71, 74, 164
Ayudarte Tapia, F., 43, 56, 57, 129, 152

Babarro Fernández, R., 123
Bachiller, C., 150
Bachiller Gallardo, A.C., 121
Bachir Kori, S., 151
Báez, I., 43
Baeza Peñuela, C., 188
Balaguer, R., 5, 45, 113
Balaguer García, R., 10, 20
Balderrama Caballero, D.H., 99, 121
Ballesteros, J.M., 40, 82
Baño Llorca, R., 194
Baptista Jardín, P., 23, 148
Barbarín, M.J., 40
Barber Castaño, L., 186
Barberá, R., 116
Barberá Durbán, R., 28, 70, 116, 163
Barnoya Sanchinelli, R., 3, 58, 154, 163
Barona Guzmán, R., 175
Barrutieta Baztán, G., 119, 165
Bartolomé Benito, M., 49, 176
Bartual Magro, J., 13, 185
Bartual Pastor, J., 13, 185
Bas Infante, E., 23
Báscones García, M., 38
Bassa, E., 192
Bastarrica, M., 41, 171
Basterra, J., 2, 4, 39, 66, 147
Basterra Alegría, J., 182
Batuecas, A., 31, 56, 60, 61
Batuecas Caletrío, A., 30, 57, 58, 59, 67, 68, 94, 108, 136
Bejarano, N., 60, 72, 87
Bejarano Panadés, N., 48, 106, 121, 129, 145
Belinchón Adalid, A., 123

0001-6519/$ - see front matter © 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Belinchón Diego, A., 101, 170
Bellera Vilar, P., 51, 70, 104
Beltrán Heredia, R., 195
Benaixa, P., 67
Benavente Bermudo, G., 76, 161
Benavides, M., 16, 68, 92, 93, 132
Benítez Rosario, J.J., 152
Benito, F., 18
Benito, J., 18, 27, 115, 150, 161
Benito González, F., 60, 94, 140
Benito González, J.J., 94
Benito Navarro, J.R., 86, 132
Benito Orejas, J.I., 98
Bernal, I., 114
Bernal Sprekelsen, M., 17, 27, 29, 130, 135, 165, 175, 181
Bernáldez, R., 3, 16, 133
Bernáldez Millán, R., 87
Bernardo Corte, M.J., 10
Berrocal Postigo, E., 82, 124, 131
Bidón Gómez, U., 50, 149
Blanch, E., 84
Blanch, J.L., 17, 18, 27, 138
Blanch Alejandro, J.L., 181
Blanco, P., 4, 56, 68, 182
Blanco Cabañero, A.G., 109, 154
Blanco Eguren, G., 124
Blanco Labrador, M., 163
Blanco Mateos, G., 171
Blanco Pérez, P., 57, 108, 118, 136, 141
Blay Gallaud, L., 73
Boemo, R., 21, 51, 71, 72
Boemo, R.L., 55, 88
Bohé Rovira, M., 76
Boleas, M.S., 86
Boleas Aguirre, M.S., 30, 44
Bolinaga, U., 61, 62, 64
Bolós, C., 25
Bonet, M., 2, 4, 33, 39, 66, 124, 147, 151
Bores, A., 95, 130, 138
Borrás, M., 96, 108
Borromeo, S., 178
Borràs Perera, M., 140
Bracero, F., 40
Bracero Robledo, F., 77, 146, 149
Braza Cabrera, A.M., 194
Breda, E., 28, 160, 177
Bucci, T., 39, 46, 115, 137, 171
Bueno, J., 29, 96, 102
Bueno Ríos, A., 85, 90, 93, 95, 137, 140, 143, 164
Bueno Yanes, J., 85, 94, 119
Bullido Gómez Heras, E., 89, 183
Bulnes Plano, M.D., 40
Burciaga, A., 61
Burciaga, D.A., 80
Burciaga Rivero, D.A., 3
Burgos Peláez, R., 194

Caballero, M., 18, 135, 138
Caballero Villena, J., 100, 131, 148, 168
Cabanas, E., 128
Cabrera Morín, P., 165
Cabrera Ramírez, M.S., 153
Calle, M., 66
Calle, M.I., 61, 67, 155
Calle Cabanillas, M.I., 59, 60, 68, 94, 115, 136, 141
Callejas, F.B., 24, 25
Callejo, A., 125
Callejo Castillo, A., 128
Calvo Moya, J., 37, 103
Calvo Navarro, C., 76
Calvo Torres, M.D., 190, 195
Camacho, T., 79
Camarero, G., 11
Campayo, M., 18
Campo, C., 195
Campo, J., 172
Campos, V., 31, 44
Campos Gutiérrez, J.M., 144
Campos Paradinas, V., 31, 32, 78, 156
Cantera Maortua, M.T., 84, 149
Cantillo Baños, E., 169
Cantón Bascuas, M., 146
Cantón Bascuas, P., 97
Caravaca García, A., 79, 89, 112, 115, 127, 151, 157
Cardier Suárez, M., 127, 154
Carmen, L., 26, 53, 91, 105, 164
Carmen Sampériz, L., 141, 148
Carmona, A., 82
Caro García, M., 110
Carrasco, N., 118
Carrasco Llatas, M., 10, 23
Carreto Sánchez, J., 99, 121
Carriquiri Milian, C., 189, 190
Casado Morente, J.C., 22
Casanova Barberà, C., 15
Casas Gómez, V., 123
Casas González, V., 122
Castañeda Fernández, G., 189
Castillo Serrano, E., 90, 113, 114, 160
Castrillo Tambay, M., 26, 39, 46, 115, 161, 171, 172
Castro, A., 3, 133
Castro, D., 67
Castro, M., 2
Castro, O., 6, 28, 119, 150
Castro Cabado, T., 190
Castro Forns, M., 136
Castro Gutiérrez, D., 138
Castro Gutiérrez Agüera, D., 55, 68, 80, 88, 127, 134, 135, 158, 159
Castro Macía, O., 54, 59, 62, 127
Castro Macías, O., 61, 79, 107, 110
Castro Serrano, A., 50
Castro Silva, J., 107
Cavallé, L., 123
Cavallé Garrido, L., 6, 15, 43
Cazorla Ramos, O., 122
Cazorla Ramos, O.E., 123
Ceballos, M., 63
Ceballos Cauto, M., 65, 71, 75, 76, 114, 147, 149, 151
Cediel, R., 11
Cegarra Navarro, M.F., 144
Cenjor, C., 16, 46, 68, 92, 93, 132, 172
Cerván Rubiales, F., 14, 112, 154
Cervera Escario, J., 49, 176
Cervera Paz, F.J., 80
Cervera Rodilla, J.L., 148
Chacón Martínez, J., 21, 101, 110, 139
Chao Vieites, J., 123
Ciaurriz, S., 40
Cinta Cinta, M.J., 188
Cisa, E., 125
Cisternas, M.J., 43, 69, 116, 118, 142, 160, 162
Cisternas Bittencourt, M.J., 112, 119, 162
Clavel Cerón, R., 190, 195
Clemente, A., 14
Clemente, I., 125
Cobeta, I., 116
Cobeta Marco, I., 183
Cobiella, R., 154
Cobiella Carnicer, R., 163
Coca Pelaz, A., 2, 5, 121
Codino García, S., 194
Coello, G., 150
Coello Casariego, G., 121, 133
Cogolludo, F.J., 68, 92, 93, 132
Collado Martín, D., 104
Collazo Lorduy, T., 117
Colmenero, M., 78
Colmenero Ruiz, M., 32, 156
Comas Juliá, J., 146
Conde Jiménez, M., 124
Condom Mundo, E., 38
Conejo Moreno, D., 14
Conill, N., 102, 148
Conill Tobías, N., 10, 14, 20, 22, 34, 38, 50, 80, 81, 92, 93, 128
Contreras, J., 11
Contreras Molina, P., 54, 55, 65, 101, 108, 147
Contreras Sánchez, D., 83
Contreras Sánchez, J.D., 14, 112, 154
Corbal Obelleiro, A.I., 194
Cordero, A., 153, 169
Cordero Devesa, A., 4, 54
Cordero Devesa, A.I., 106
Cordero Jiménez, A., 53, 54, 84, 90, 98, 101, 133
Córdoba Ladrón Guevara, Y., 188, 193
Cordoncillo Prieto, J.M., 50
Coromina, J., 167
Corral Juan, J.L., 145
Corrales, R., 63, 75
Corrales Millán, R., 65, 91, 105, 113, 151, 161, 162
Corrochano, E.O., 19
Cortés, L., 58
Cortés, R.F., 130
Cortés Sanchez, R., 52, 77
Cortés Sánchez, R.F., 77
Corzón Pereira, T., 159
Coscarón Blanco, E., 134
Costales, M., 8
Costales Marcos, M., 2, 5
Crego, F., 9
Crego Pablos, F., 35
Crespo Fontán, M.B., 194
Cristóbal García, F., 181
Cruellas Taschik, F., 128
Crusat Braña, S., 139, 170
Cruz, S., 78, 111
Cruz Piedad, E., 7, 19, 37, 42, 51, 77, 83, 167, 171
Cuenca, R., 23
Cuende, E., 16
Cuesta, M.T., 45, 166
Cuesta, T., 5
Cuesta Albalad, M.P., 117
Cuesta Albalad, P., 183
Cuesta Alonso, E., 186
Cuesta Gil, M., 26, 39, 137, 172
Cuesta González, M.T., 10, 20, 113
Culaciati, F., 60, 72, 87, 170
Culaciati Tapia, F., 106, 121, 129, 145
Cuyás Lazarich, J.M., 85
Cuyás Torres, J.M., 43, 56, 57, 129, 152, 153

Dalmau, J., 5, 45, 113, 176
Dalmau Galofré, J., 10, 20, 23, 28, 163
Deive Maggiolo, L., 163
Deola, M.D., 76
Devesa Ivorra, M., 135
di Vanna, S., 49, 180
Díaz, A., 3, 135, 159
Díaz, E., 160
Díaz, R., 139, 159, 160
Díaz Anadón, A., 6, 41, 133, 169, 171
Díaz Fernández, J., 109
Díaz López, M., 190, 195
Díaz Manzano, J.A., 144, 146
Díaz Molina, J.P., 1, 2, 8, 48
Díaz Rodríguez, D., 43, 56, 57, 129, 152, 153
Diego, B., 35, 64, 114, 134, 136
Diego, J.I., 16
Diego Muñoz, B., 65
Díez, L., 6, 28, 150
Díez Fernández, V., 188
Díez González, L., 54, 110
Dina, E., 141
Dionisio, A., 119
Doménech, I., 178
Domingo, C., 150
Domingo Carrasco, C., 121, 133, 143
Domínguez, E., 67, 68
Domínguez, M.J., 95, 137, 143, 164
Domínguez Durán, E., 55, 80, 87, 88, 134, 157
Domínguez González Rivera, M.J., 85, 90, 93, 95, 140
Domínguez Sosa, S., 43, 152, 153
Domènech, E., 54, 75, 94, 157
Domènech Vadillo, E., 7
Donderis Sala, J., 104
Dualde Beltrán, D., 81
Duarte, D., 111
Duarte Ruiz, B., 39, 46, 115, 137, 161, 171
Durio, E., 30

Durio Calero, E., 78, 120, 156
Duverge Montero, W., 135, 136

Echarri, R., 42
Echarri San Martín, R., 39
Echarri San Martín, R.M., 21
Echeverría, L., 30, 158
Ehlendi Halawa, W., 115
Eisenberg, G., 42, 180
El Bouaiadi, L., 166
Elhendi, W., 86, 112, 157
Elhendi Halawa, W., 79, 127, 151
Encinas, A., 16, 68, 92, 93, 132
Encinas Gaspar, B., 99, 120
Enjuanes, J., 27
Enterría González, A., 79, 99
Epprecht, P., 29
Epprecht González, P., 145, 176
Escamill, Y., 27
Escapa Garrachón, J.M., 79, 99, 120, 133, 144
Escobar, P.A., 21
Escobar Rincón, P., 3, 58, 154, 163
Escolar Castellón, J.D., 57
Espada Bordes, J.M., 187
Espinosa, F., 128
Esquía, G., 1, 120
Esquía Medina, G., 142, 165
Esteban, J., 30, 31
Esteban Ortega, F., 55, 67, 68, 80, 87, 88, 127, 134, 135, 138, 157, 158, 159
Esteban Sánchez, J., 36, 106, 125
Estéfano, J., 64
Esteller, E., 22, 84
Esteller Moré, E., 126
Estellés, E., 45
Estellés Ferriols, E., 179
Estévez, J.S., 60
Estévez, S., 4, 66, 155
Estévez Alonso, J.S., 59, 68, 115, 118, 136, 141
Estévez Alonso, S., 60
Estivill Bartolomé, F.J., 90, 147
Estrada Molina, F., 75
Estrada Molina, F.J., 149
Estrems, P., 5, 45, 113
Estrems Navas, P., 20
Eza Núñez, P., 8, 56, 111

Fanlo Mateo, P., 73
Faraldo García, A., 7
Fariña, J.L., 2, 6, 28, 150
Farré, A., 180
Faus Gabandé, F., 189, 193
Feliz Veras, A., 57, 83
Feliz Veras, J.A., 85
Fernandes, J., 107, 142, 160
Fernández, A., 143
Fernández, C., 11, 12, 170
Fernández, E., 102
Fernández, G., 69, 116, 118, 142, 160, 162
Fernández, M., 64
Fernández, N., 122, 123
Fernández, R., 108
Fernández, S.J., 48, 61
Fernández, T., 192
Fernández Agudelo, I., 139
Fernández Agudelo, I.M., 101, 110
Fernández Agudelo, M.I., 21
Fernández Arrechea, N., 49, 81, 129, 130, 131, 153
Fernández Carrión, J.M., 127
Fernández Castaño, C., 127, 154
Fernández González, C., 190, 195
Fernández González, S., 185
Fernández Guerrero, P., 149
Fernández Guerrero, P.A., 50
Fernández Jáñez, B.C., 30
Fernández Jañez, C., 3, 29, 41
Fernández Julián, E., 5, 8, 22, 38, 73, 106
Fernández Liesa, R., 57, 73, 129
Fernández Miranda López, P., 63, 70, 91, 164
Fernández Nogueras, F., 82
Fernández Nogueras Jiménez, F., 126
Fernández Pascual, E., 19, 74
Fernández Pérez, A., 114
Fernández Pérez, A.J., 165
Fernández Rodríguez, A., 171
Fernández Rodríguez, G., 19, 112, 119, 162
Fernández Sevilla, T., 101
Fernández Silva, J., 3, 45
Ferran Vilà, F., 15
Ferrer, A., 172
Ferrer Baixauli, F., 22
Figueroa Crespo, P., 99, 145
Figuerola, E., 54, 75, 157
Figuerola Massana, E., 94
Fito Martorell, L., 53, 135, 136, 159
Flores Carmona, E., 53, 54, 98, 101, 122, 123
Flores Corral, T., 59
Flores Martín, J.C., 94
Foglia, M., 18, 27, 115, 150, 161
Fontané, J., 89
Fontané Ventura, J., 97, 146
Fortuny, P., 25
Fortuny Llanses, J.C., 51, 104
Fraca Cardiel, J.C., 189, 190
Frade, C., 128
Frágola, C., 32, 125, 183
Frágola Arnau, C., 169
Fraile Rodrigo, J., 52
Franco, F., 60, 152
Franco Calvo, F., 59, 67, 68, 140, 164
Franco Gutiérrez, V., 47, 117
Franco Rodríguez, V., 183
Freijanes Otero, J., 120, 133, 144
Frías, S., 39, 41
Frías Berzosa, B., 32, 118
Fuente, R., 4, 31, 55, 56, 60, 61, 66, 67, 68, 137, 152, 155, 182
Fuente Arjona, L., 5, 38, 106
Fuente Cañibano, R., 57, 59, 67, 68, 94, 118, 140, 141, 164
Fuentes, M., 25
Fusté Clapés, J., 89, 97, 146

Galán Hernández, R., 26, 39, 161, 171, 172
Galera, C., 159
Galindo, J., 2, 3, 96, 108, 133, 159, 169
Galindo Ortego, J., 140
Gallardo Hernández, F., 144
Gallego, J.M., 33
Gallego, M.A., 11
Gallego, M.J., 195
Gálvez Pacheco, J., 59
Gamboa, J., 127
Gameiro dos Santos, J., 142
Gamero Día, C., 147
Gamero Díaz, C., 151
Gámiz Maroto, M.J., 114, 165
Gaona, J., 147
García, B., 96, 108
García, F., 20, 24, 33, 127
García, J., 18, 26
García, L., 16, 68, 92, 132
García, L.I., 93
García, M., 68, 116, 142, 162, 192
García, M.A., 67
García Alcántara, F., 11
García Arumí, A., 32, 70, 71, 72, 108
García Arumí, A.M., 88
García Arumí, E., 108
García Benayas, M.T., 119
García Berrocal, J.R., 36, 114, 134, 161
García Bragado, F., 49, 73
García Callejo, F.J., 5, 34, 38, 45, 73
García Carrasco, E., 65
García Dueñas González, J., 139
García Fernández, A., 117
García Fernández, E., 181, 185
García Fernández, S., 65, 91, 116, 117, 164
García Fernández Sevilla, T., 14, 83, 109, 112, 118, 139, 154
García García, F.J., 24
García Giralda Ruiz, M., 146
García González, B., 140
García Huete, M., 190, 194
García Iriarte, M.T., 22
García Jiménez, M., 112
García Llano, M., 188
García López, I., 16, 87
García López, M., 23, 25, 40, 71, 157
García Martín, A.I., 188
García Martínez, J.P., 192
García Martos, M., 119
García Murcia, J.M., 190, 195
García Navalón, C., 124
García Pedrero, J.M., 48
García Pedro, F., 121, 150
García Pérez, L.I., 141
García Polo, J., 2, 174, 179
García Purriños, F.J., 37, 100, 101, 103, 147
García Ramírez, S., 195
García Riestra, M.D., 194
García Rodríguez, M.A., 101
García Rodríguez, M.R., 14, 83, 109, 139, 170
García Teno, M., 150
García Torre, E., 88, 99
García Triguero, D., 119, 165
García Valdecasas, J., 40, 82
García Valdecasas Bernal, J., 19, 74
García Vaquero, C., 40, 70, 71, 157, 158
García Vicario, F., 78, 126
García Villarán, M.A., 55, 80, 87, 88, 127, 157, 158
García Zornoza, R., 8, 22, 38, 56, 109, 111
Garrido, L., 16, 46, 93, 132, 172
Garrido Iniesta, J., 73
Gascón Rubio, M.C., 49
Gavilán, J., 2, 3, 6, 12, 16, 19, 133, 159, 169, 171, 172
Gavilán, L., 41
Gavilán Bouzas, J., 16, 87
Genestar, E., 70, 71
Genestar, E.I., 74, 101
Genestar Bosch, E., 32, 158
Genestar Bosch, E.I., 111, 156
Gete, P., 150
Gete García, P., 121
Ghani, F., 96, 108
Gil, M., 55, 60, 61
Gil Calero, M., 31, 44, 156
Gil Carcedo García, L.M., 98, 144, 178, 183
Gil Carcedo Sañudo, E., 98, 144, 178, 183
Gil Carcedo, L.M., 98
Gil Melcón, M., 58, 59, 60, 140, 141, 164
Gimeno Hernández, J., 27
Gimeno Vilar, C., 11, 23, 41, 80, 148
Giner Bayarri, P., 23
Girbés Izquierdo, C.M., 188, 193
Girón Mairado, L., 181
Gisbert Aguilar, F.J., 188, 193
Gocea, A., 29
Gómez, A., 67, 68
Gómez, J.L., 55, 155
Gómez, J.M., 150
Gómez, L., 30, 158
Gómez, M.J., 4, 33, 66, 124, 147, 151
Gómez, T., 33
Gómez Aldaz, E., 83, 162
Gómez Ángel, D., 22
Gómez Calero, C., 178
Gómez Estancona, N., 155
Gómez Gabaldón, N., 109, 112, 154, 170
Gómez González, J.L., 4, 115, 141, 182
Gómez Latorre, P., 73, 143, 167
Gómez Martín Zarco, J.M., 121, 133
Gómez Martínez, J.R., 10

Gómez Pulgar Escudero, M.P., 189, 190
Gómez Serrano, M., 27
Gómez Suárez, J., 127, 154
Gómez Tapiador, M.P., 7, 12, 13, 50, 102, 185
Gómez Torres, A., 87, 88, 127, 134, 157, 158
Gómez Ullate, J., 21
Gómez Velasco, C., 124
Góngora Lencina, J.J., 63, 70
González, E., 190
González, I., 6
González, J., 159
González, M., 21, 25, 40, 71, 72, 101, 108
González, N., 20, 33, 127
González, X., 125
González Aguado, R., 8, 22, 38, 56, 109, 111
González Antón, M.L., 194
González Arias, V., 3, 58, 154, 163
González Doñate, M., 111, 156, 157
González García, J., 124
González Guijarro, I., 54, 61, 110
González Gutiérrez Solana, L., 90
González Martín Moro, J., 46, 115, 161, 171, 172
González Martínez, L., 52
González Martín, F.M., 136, 162
González Palomino, A., 100, 122, 131, 148, 168
González Pérez, M., 52, 81, 84, 103, 149, 156
González Poggioli, N., 1, 97, 120, 142, 165
González Sánchez, M., 134
González Vega, J.M., 149
Gonzalo Lozano, B., 194
Gonzàlez Compta, X., 38, 128
Górriz, C., 113, 114, 134
Gorriz Gil, C., 162
Gozalbo Navarro, J.M., 58, 62, 66, 109, 155
Gras, J.R., 9, 39, 58, 135, 180
Gras Albert, J.R., 13, 43, 69, 130
Gras Cabrerizo, J.R., 33, 34, 182
Graterol, D., 21, 64, 72, 88, 95
Graterol, D.J., 55
Graterol Torres, D., 32, 70, 71
Grau, J.J., 18, 138
Grijota Camino, A., 187
Guallar, F., 113
Guallart, F., 45
Guerra, F.J., 16, 46, 68, 92, 93, 132, 172
Guerrero, J., 127
Guerrero, J.A., 33
Guerrero Andrades, M.C., 187
Guilemany, J.M., 9, 24
Guilemany Toste, J.M., 175
Guillén Guerrero, V., 51, 100, 131, 168
Guirao Cano, M., 136
Gundín Rivas, G., 90, 113, 114, 160
Gutiérrez, C., 58, 135
Gutiérrez, R., 16, 46, 68, 92, 93, 132, 172
Gutiérrez Castillo, C., 13, 43, 69, 130
Gutiérrez Molina, C., 187
Gutiérrez Revilla, M.A., 98
Gutiérrez Rodríguez, J.M., 129
Guzmán Aceituno, M.E., 195
Guzmán Zapata, M., 103, 168

Hamdam, M., 6, 119, 150
Hamdan, M., 2, 28
Hamdan Zavarce, M., 54, 59, 61, 62, 79, 107, 110, 127
Harguindey Antolí Candela, A., 175, 177
Haro García, M., 7, 12, 13, 50, 74, 102, 124, 185
Hellín Meseguer, D., 45, 69, 72, 136
Heras Flórez, P., 79, 99
Hergueta Uribe, M., 187
Hermen, M., 47
Hermsen, M., 47
Hernández, A., 96, 108
Hernández, M., 192
Hernández, R., 124
Hernández Agelet Saracíbar, A., 140
Hernández Montero, E., 32, 118
Hernández Moñiz, F., 52
Hernández Rubiño, A., 124
Hernández Sánchez, C., 9
Hernández Tamames, J.A., 178
Hernando, M., 39
Hernando Cuñado, M., 21
Herráiz Puchol, C., 178, 184
Herranz García Botas, J., 1, 97, 120
Herranz González Botas, J., 25, 165
Herrera, M., 125
Herrera, S., 108
Herrera Tolosana, S., 42, 52, 57, 73, 92, 129
Herrero, C., 30, 44
Herrero, J., 116, 160
Herrero, M.T., 147
Herrero Fernández, C., 31, 32, 78, 106, 120, 125
Herrero Herrero, J., 112
Herrero Salado, T.F., 65, 82, 105
Hervás Núñez, M.J., 69, 84, 85, 86, 107, 109, 110, 132
Hidalgo Acera, F., 94
Hijano, R., 9
Hijano Esqué, R., 35
Homs, I., 9
Homs Moreno, I., 35
Horno López, J., 52, 77, 90, 126, 146, 149
Huarte, A., 10, 11
Huarte Irujo, A., 181
Huguet, P., 23, 40, 55

Ibáñez, A., 134
Ibáñez Mayayo, A., 65, 162
Ibáñez Rodríguez, J.A., 74, 124
Iglesias, C., 51, 70, 71, 72, 88, 95, 96, 108
Iglesias Moreno, M.C., 27, 57, 83, 85
Illera Martín, O., 185
Iniesta Alcázar, J., 144, 146
Iñesta Cabedo, J., 42
Isasa González Ubieta, I., 92
Izquierdo, M., 150
Izquierdo Cuenca, M., 121, 133, 143

Jácome, M., 107, 177
Jansà, S., 18
Jáñez, M., 31, 155
Jáñez Moral, M., 118, 152
Jaume, G., 170
Jaume Bauzá, G., 145, 176
Jiménez, M., 101
Jiménez Antolín, J., 101, 110
Jiménez Cortes, M.C., 165
Jiménez Cuesta, A., 194
Jiménez Fierro, R., 186
Jiménez García, J.D., 27
Jiménez García, M., 14, 83, 109, 112, 139, 154
Jiménez Huerta, I., 159
Jiménez Reyes, J., 114
Jiménez Roig, J.P., 118, 139
Jódar Moreno, R., 59, 88, 99
Jover Esplá, A., 102
Juan, J., 176
Juan Beltrán, J., 182
Juez, M., 147
Jurado Ramos, A., 99, 145

Kadiri, M., 49, 180
Katati, J.M., 126
Knäpper, J., 21, 51, 64, 71, 72
Knäpper, J.M., 55, 74, 101
Kolanczak, K., 9
Kolañczak, K., 182
Koptseva, I., 40
Krakowiak, R., 9
Krakowiak Gómez, R., 17, 26, 33, 34

Labatut, T., 153, 169
Labatut Pesce, T., 74, 153
Labatut Pesce, T.E., 106
Labella, T., 128
Labella Caballero, T., 7
Laccourreye, O., 18
Lacosta Gracia, N., 194
Ladrón, C.L., 83, 162
Laguna, D., 35
Laguna Ortega, D., 65
Laínez, J.M., 23
Landínez Cepeda, G., 89, 111
Lara, A., 16
Larrosa Díaz, F., 136
Lassaleta, L., 19, 172
Lassaletta, J., 6
Lassaletta, L., 2, 12, 41, 159, 169, 171
Lasso, O., 139
Lasso Luis, M.O., 21
Lasso Vega Zamora, M.M., 152
Latorre, E., 20, 41
Latorre Monteagudo, E., 10, 14, 92, 128
Laviana Muslera, T., 56, 111
Lavilla, M.J., 43, 160, 162
Lavilla Martín Valmaseda, M.J., 19, 112, 181
Lázaro Arroyo, M.I., 195
Lázaro Arroyo, M.P., 190
León, X., 18, 26
León Vintró, X., 17, 26
Lesmas Navarro, M., 13, 44, 80
Lesmas Navarro, M.J., 42, 56
Liern, M., 139, 159
Liras Muñoz, J., 94
Lisbona, M.P., 108
Lisbona Alquezar, M.P., 42, 52, 57, 73, 92, 129
Lisner, I., 29
Llópez, N., 102, 148
Llópez Carratalá, I., 5, 6, 8, 10, 14, 20, 22, 34, 38, 45, 50, 73, 80, 81, 82, 92, 93, 106
Llorente Pendás, J.L., 1, 2, 5, 8, 17, 47, 121, 177
Loayza Gamboa, G., 111
Lobato, M.R., 61, 62, 64
López, A., 53, 91, 125, 131, 170
López, C., 5
López, F., 8
López, M., 18, 26
López, M.A., 26, 164
López, R., 122, 123
López Álvarez, F., 10, 17, 47, 48, 121
López Amado, M., 75, 97
López Cortijo, C., 35, 64
López Diu, R., 49, 73, 81, 132, 155
López Huelva, E., 12, 74, 102, 124, 185
López Llames, A., 102
López Martínez, M.I., 186
López Martín, J., 57, 83, 85
López Meseguer, E., 72, 136
López Mollá, C., 5, 179
López Moya, J., 152
López Moya, J.J., 148
López Nevot, A., 77, 82, 90
López Pérez, C., 2
López Subijana, M., 195
López Vázquez, A., 53, 104, 105, 105
López Vázquez, M.A., 122, 141, 148
López Vilas, M., 17, 34, 141
Lorente, J., 23, 25, 71, 111
Lorente Muñoz, A., 52, 57, 92
Lorenzo Molina, F., 184
Lowy, A., 11, 12, 170
Lowy Benoliel, A., 3, 29, 30, 41
Lozano Ramírez, A., 103, 168
Luciáñez Díez, I., 190
Luqui Albisua, Í., 154

Macaya Martínez, A., 49
Macón Liquete, E., 3, 58, 154, 163
Madero, M.R., 12
Madrigal Revuelta, M., 98
Maeso Plaza, A., 3, 58, 163
Magalhães, F., 111

Maíz, J., 167
Maldonado, G., 118
Malet, A., 27
Mallea Cañizares, I., 38, 106, 193
Maltrana García, J.A., 52
Mancebo, G., 1
Mancebo Mata, G., 48
Mancheño, M., 150
Mancheño Losa, M., 121
Manrique, M., 10, 11, 41
Manrique, R., 10, 11, 41, 44, 80
Manrique Huarte, R., 23, 148
Manrique Lipa, R.D., 111
Manrique Nebreda, M.S., 165
Manrique Rodríguez, M., 181, 184
Mansilla González, M., 114, 160
Mansilla González, M.T., 90, 113
Mañós, M., 125, 180
Mañós Pujol, M., 38, 128, 178
Maranillo, E., 36
Maraví Aznar, E., 49, 147, 153
Marco, J., 41, 102, 148
Marco Algarra, J., 5, 6, 8, 10, 14, 20, 22, 23, 34, 38, 45, 50, 73, 80, 81, 82, 92, 93, 106, 128, 189, 193
Marcos, J., 43, 116, 118, 160
Marcos, M., 143
Marcos Calle, J., 112
Marcos Ordoñez, M., 111
Margalejo, C., 89
Margalejo Muro, C., 97, 146
Marín López, C., 151
Mariño, F., 130
Mariño, F.S., 9
Márquez Dorsch, F., 184
Márquez Moyano, J.A., 73, 143, 167
Marquínez, B., 195
Martí, L., 123
Martí, M., 118, 142, 160, 162
Martí, R., 49, 180
Martí Gomar, L., 6
Martín, C., 11, 134
Martín Andorrá, M., 35
Martín Arregui, F.J., 34
Martín García, M.A., 50
Martín González, C., 35, 64, 65, 113, 161, 162
Martín Martín, C., 103, 168
Martín Mateos, A., 36, 37, 69, 84, 85, 86, 107, 132
Martín Mateos, A.J., 109, 110
Martín Miguel, M., 183
Martín Oviedo, C., 3, 12, 29, 30, 41, 170
Martín Pérez, I., 190, 195
Martín Romero, A., 36
Martín Sanz, E., 31, 32, 36, 44, 175, 179
Martín Serradilla, J., 120
Martín Serradilla, J.I., 144
Martín Velasco, O., 190, 194
Martínez, A., 24, 25, 134
Martínez, B., 18, 130, 138
Martínez, Z., 61, 62, 64
Martínez Alcaraz, A., 101
Martínez Berganza Asensio, R., 42
Martínez Cañavate, A.M., 77
Martínez Capoccioni, G., 103, 168
Martínez Garrido, R., 88, 134
Martínez Guisado, P., 99, 121
Martínez Gutiérrez, E., 109, 157
Martínez León, J., 147
Martínez Lozano, F., 189, 190
Martínez Martínez, M.J., 151
Martínez Monge, N., 178
Martínez Novoa, M.D., 94
Martínez Ruiz Coello, A., 35, 64, 113, 114, 136, 161, 162
Martínez Salazar, J.M., 119, 165
Martínez Sempere, M., 100
Martínez Soriano, F., 23
Martínez Vidal, B., 29, 165
Martínez Vidal, J., 1, 97, 120, 142, 165
Martorell, M., 147
Mas, F., 181
Mas, S., 72
Mas Mercant, S., 121
Mascaraque Guerrero, A., 196
Masegosa Zapata, P., 83, 109, 112, 118, 139, 154
Masgoret, E., 29, 96, 102
Masgoret Palau, E., 85, 94, 119
Massegur, H., 9, 167, 168, 180
Massegur Solench, H., 33, 177, 182
Mata, M., 82, 130
Mata Castro, N., 185
Mata Ferón, M., 52
Mata Ferrón, M., 52, 77, 146
Mata López, E., 67, 68, 138
Mata López, E.A., 55, 80, 88, 127, 134, 135, 158, 159
Mateos, M., 181
Mateos Fernández, M., 56, 57
Mateu, F., 25
Matiñó, E., 22
Matiñó Soler, E., 84, 126
Maza Solano, J., 63, 66, 75, 90, 105, 159
Maza Solano, J.M., 75
Mazón Gutiérrez, A., 111
McHanwell, S., 36
Medina, M.M., 153, 169
Medina González, M., 70, 163
Medina González, M.M., 4, 54, 106
Medina Marrón, I., 190
Medina Marrón, L., 195
Medina Sola, J., 49
Medinilla Vallejo, A., 158
Megía López, R., 8, 22
Melchor, M., 136
Meléndez Guerrero, B., 150
Melgarejo, P., 96, 108
Melgarejo Moreno, P.J., 140
Meliá Casado, B., 58, 62, 66, 109, 155
Mena Viveros, N., 67, 69, 72, 99, 144
Mena Viveros, N.A., 45, 136
Mendes Leal, L., 142
Méndez, E., 24
Méndez Colunga, J.C., 117
Menéndez Colino, L.M., 21, 175
Menéndez Loras, L.M., 21
Merán, J., 102
Merán, J.L., 29, 96
Merán Gil, J., 94, 119
Merán Gil, J.L., 85, 94
Meric, A., 166
Mesa Marrero, M., 32, 118
Micó, A., 128
Mier Morales, M., 36, 37, 69
Miguel, F., 57, 108
Miguel García, F., 52, 73
Millás Gómez, T., 89
Mingo Fernández, E., 149
Mingo Fernández, E.J., 114
Mingo Sánchez, E., 139
Mingo Sánchez, E.M., 21, 101, 110
Minoves, M., 32
Miragall, L., 50
Mochón Martín, A., 55, 80, 88, 127, 134, 159
Modolell, I., 22
Molina Quirós, C., 32, 78, 156
Mompó Romero, L., 10
Moncho, D., 32
Mondéjar, J.M., 45
Monedero, G., 125
Monedero Rodrigo, G., 106
Monjas Cánovas, I., 130
Monroy, M.V., 102, 148
Monrroy Parada, M.V., 14, 34, 45, 92
Monrroy Parada, V., 5, 6, 8, 10, 20, 22, 38, 50, 73, 80, 81, 82, 93, 106
Montecinos Oyarzun, P., 74
Monteiro, E., 28, 107, 142, 160, 177
Montero García, C., 99, 121
Montes Jovellar, L., 7, 10, 11, 30, 41, 80, 86
Montes Jovellar González, L., 23, 148
Montes Oca, L., 20, 127
Montiel, E., 30
Montiel Díez, E., 31, 32, 44, 78
Montojo, J., 180
Montojo Woodeson, J., 21
Montoro Elena, M.J., 5, 34, 38
Montserrat, J.R., 9, 180, 182
Montserrat Gili, J.R., 33, 34
Monzó, M., 18
Mora, E., 153
Mora, F., 35
Mora Rivas, E., 116
Mora Santos, M.E., 7, 42, 77, 171
Morais Pérez, D., 89, 98, 171
Moralejo Martín, J., 120, 133
Morant, A., 41
Morant Ventura, A., 10, 14, 20, 38, 82, 92, 189
Moreno, C., 1
Moreno, D., 30
Moreno, H., 16, 46, 68, 93, 132, 172
Moreno, P.M., 130
Moreno Cabezas, D., 186
Moreno Galindo, C., 2, 5
Moreno Huertas, A., 192
Moreno Jiménez, D., 78, 120, 166
Moreno Oliveras, L., 188, 193
Moreno Pardo, H., 92
Morente, V., 115, 161
Morera, C., 123, 181
Morera, E., 60, 87, 170
Morera Faet, H., 42
Morera Pérez, C., 6, 13, 15, 42, 43, 44, 56, 80, 104
Morera Serna, E., 179
Mosquera, N., 4, 33, 66, 124, 147, 151
Moura, R., 78
Moya, R., 67, 68
Moya Martínez, R., 55, 80, 87, 88, 127, 157, 158
Mozota Núñez, J.R., 76, 86, 87
Mozota Núñez, M., 76, 86, 87
Mozota Núñez, M.L., 76, 86, 87
Mozota Ortiz, J.R., 76, 86, 87
Mullol, J., 9, 24, 25
Municio, A., 154
Municio Martín, J.A., 127
Munoz Herrera, A., 4, 68
Muñoz, G., 108
Muñoz, N., 102, 148
Muñoz Fernández, N., 5, 6, 8, 10, 14, 20, 22, 34, 38, 45, 50, 73, 80, 81, 82, 92, 93, 106
Muñoz Herrera, A., 59, 182
Muñoz Herrera, A.M., 57, 58, 72, 131, 141
Muñoz Herrrera, A., 140
Muñoz Palza, C., 55, 98, 108, 151
Muñoz Sánchez, M., 183
Muñoz Villanueva, F., 68
Muñoz Villanueva, J., 67, 88, 158
Muñoz Villanueva, J.F., 55, 80, 127, 134, 135, 138, 159
Mur, E., 27
Murcia, V., 176
Murcia Puchades, V., 28, 163
Murillo Cuesta, S., 11

Naches, S., 156
Navarrete, M.L., 21, 51, 55
Navarrete, P., 18, 135
Navarro, J.J., 62
Navarro Paule, P., 117, 137
Navazo, A.I., 14
Navazo Eguía, A.I., 78, 126
Nehme, A., 61
Nehme, A.R., 80
Nehme Paz, A.R., 3
Neira, E., 67, 69
Neira Guerrero, E., 72, 99
Neira Guerrero, E.O., 45, 136
Nemeckova, I., 63
Nemeckova Sukova, I., 113
Nevado Blanco, J., 36
Neves, M., 78, 107
Nieto Almeida, B., 78, 120
Nogueira, A., 33
Nogués, J., 178, 180
Núñez Marín, M.L., 192

O Corrochano, E., 69, 112, 116, 118, 119, 142, 160, 162
Obando, A., 9
Ocampos Gübler, D.A., 159
Ochoa Eguileor, R., 195

Oconnor Reina, C., 22
Ojeda Rodríguez, M.A., 152
Olarieta, F.J., 20, 127
Oliva, T., 76
Oliva Domínguez, M., 7, 12, 13, 50, 74, 102, 124, 185
Oliveira, N., 78, 111
Oliver, B., 167, 168, 180
Oliver, M., 27, 150
Oliver, M.L., 18, 115, 161
Oliver Vila, I., 35
Olivo Cruz, A., 109, 110
Olivo Cruz, A.A., 69, 84, 85, 86, 107
Olóriz Marín, J., 137
Olóriz Sáez, J., 137
Ondiviela Gracia, R., 56
Onrubia, T., 42, 180
Oña, A., 40, 82, 130
Oña Navarrete, A., 52, 77, 126, 146, 149
Ordóñez Sanz, M.E., 188
Ortega, P., 21
Ortega Álamo, P., 3, 58, 154, 163
Ortega Fernández, C., 3
Ortiz, A., 108
Ortiz, M.R., 160
Ortiz, N., 25, 51, 70
Ortiz Bish, F., 50, 168
Ortiz García, A., 42, 52, 57, 73, 92, 129
Ortiz Laredo, N., 32, 111, 158
Ortiz Rivas, L.A., 109
Ortiz Salto, A., 59, 88, 99
Orts Alborch, M., 38, 82, 93
Orús, C., 176
Orús Dotú, C., 182
Osorio, A., 29, 96
Osorio Acosta, A., 94
Oviedo Santos, A.M., 43, 56, 57, 129, 152, 153

Padín Seara, A., 1, 75, 103, 120, 142, 165
Pajares Mata, S., 190, 195
Palacio, A., 3, 133
Palacio, A.J., 16
Palla, E., 28
Pallas, E., 2, 6, 150
Pallas Pallas, E., 79, 107
Palomar Asenjo, V., 51, 70, 104
Palomar García, V., 51, 70, 104
Palomino, A., 43
Palomino Meneses, L., 38, 128
Pando Pinto, J., 37
Pantoja Hernández, C., 83
Pantoja Hernández, C.G., 37
Panuschka, C., 29
Pardo, G., 43, 116, 160
Pardo Romero, G., 19, 119, 162
Pareja Martínez, A., 122, 123
Parente Arias, P., 1, 142
Pasamontes Pingarrón, J.A., 119, 165
Pastor, G., 5, 45, 113
Pastor Canicio, G., 20, 28, 163, 179
Pastor Pons, E., 77
Patel, N., 36
Patiño Castiñeira, B., 163
Pato Cour, E., 185
Patrón, M., 12
Paula, C., 123
Paula Vernetta, C., 6
Paulino Herrera, A., 100, 122, 148
Paulos, M., 61
Paulos Novoa, M., 3, 45
Pavón Gómez, M., 50, 149
Pedemonte Sarrias, G., 26, 33, 34
Pedra, G., 108
Pedroza, F., 21
Peinado, V.I., 135
Pellicer, M., 64, 95, 96
Peñarrocha Terés, J., 16
Pereda Tamayo, J.M., 37, 51
Perelló, E., 25, 71, 88, 156, 157
Pérez, A., 39, 174
Pérez, C., 174
Pérez, D., 32
Pérez, L., 108
Pérez, M., 24, 150
Pérez, N., 61, 62, 64
Pérez Algaba, C., 188
Pérez Arcos, J., 55, 90
Pérez Arcos, J.A., 53
Pérez Delgado, L., 42, 52, 57, 73, 92, 129
Pérez Fernández, C.A., 14, 118, 139, 154
Pérez Fernández, F., 68
Pérez Fernández, N., 7, 30, 44, 86
Pérez Garrigues, H., 6, 13, 44, 56, 80, 123
Pérez Garrigues, T.E., 158
Pérez Hernández, I., 51, 70, 104
Pérez López, L., 14, 118, 139
Pérez Mora, R., 171
Pérez Mora, R.M., 41
Pérez Orihuela, A., 192
Pérez Orribo, A.M., 43, 56, 57, 129, 152, 153
Pérez Ortín, M., 121, 133, 143
Pérez Pedro, I., 149
Pérez Pérez, D., 92, 169
Pérez Pérez, D.R., 116
Pérez Piñero, B., 176
Pérez Sáez, J., 98
Pérez Samitier, E., 64
Pérez Sánchez, A., 68
Pérez Torres, C., 65, 96, 116, 117
Pérez Vázquez, P., 117, 183
Pérez Zamarrón, A., 2
Perolada Valmaña, J.M., 104
Petreñas Tamayo, E., 127
Pey, A., 76
Picado, C., 9, 24, 25, 35
Piédrola Maroto, D., 124
Piles Galdón, A., 158
Pinilla, M., 113
Pinilla Urraca, M., 136
Pinós, T., 108
Piñeiro, Z., 22, 84
Piñeiro Aguín, Z., 126
Piñas, J., 74, 101
Pires, J., 78
Pitarch, I., 41
Pitarch Riba, M.I., 14
Pitarch Ribas, M.I., 10, 20, 92, 128
Planas, K., 157
Planellas, M., 23
Plata Sánchez, C., 50, 185
Plaza, G., 33, 42, 180
Plaza, J., 39
Plaza Mayor, G., 21, 22
Pobo, A., 157
Poch Broto, J., 27, 57, 83, 85
Poletti, D., 11, 12, 170
Poletti Serafini, D., 3, 29, 30, 41
Polo, R., 153, 169
Polo López, R., 74, 153
Poncela Blanco, M., 89
Pons Rocher, F., 28, 163
Pont Colomer, E., 58, 62, 66, 109, 155
Porras Alonso, E., 84, 107
Porras Alonso, E.C., 69, 85, 110
Portell Soriano, M., 148, 152
Porto, G.I., 48
Postigo Madueño, A., 66, 105
Povedano Fernández, C., 135
Poyato Zamorano, C., 73, 143, 167
Pozo, J.C., 4, 31, 55, 56, 60, 61, 66, 67, 68, 155, 182
Pozo Dios, J.C., 59, 67, 72, 94, 108, 115, 118, 131, 141, 164
Prado, F., 63
Prado Mediano, F., 71
Prado San José, M., 134
Prendes González, E., 195
Prieto, L.M., 166
Prim, M.P., 16
Puig Garcés, P., 158
Pujol, A., 22, 26, 84
Pujol Olmo, A., 17
Pujols, L., 24, 25
Pulido, M.V., 76
Pumarola, F., 64, 95, 96

Queijada, C., 89
Quer, M., 9, 18, 26
Quer Agustí, M., 26, 141
Quer Canut, S., 129
Quesada, J.L., 74, 101
Quintana, A., 2, 6, 28, 119, 150
Quintana Moreno, M.J., 188
Quintana Sanjuas, A., 54, 59, 61, 62, 79, 110, 127
Quintana Sanjuas, A.D., 107

Raif Aksoy, I., 166
Rama, J., 170
Rama López, J., 38
Rama Quintela, J., 38
Rama Quintela, J.A., 8
Ramírez Camacho, R., 36, 114, 161
Ramírez García, M., 93
Ramos, A., 29, 96, 102
Ramos, F., 43, 69, 118, 142, 160
Ramos, M.J., 172
Ramos Gómez, M.J., 99, 145
Ramos Macías, A., 85, 94, 119, 184
Ramos Puerto, F., 19, 119
Raposo, A., 37, 101
Raya Granados, M.C., 194
Reboll, R., 2, 4, 33, 66, 124, 151
Reboll Ferrer, R., 39, 147
Rejas Ugena, E., 7, 19, 37, 42, 51, 77, 83, 167, 171
Revelles Suárez, H., 65
Rey, F., 4, 66, 67, 182
Rey, F.J., 31, 137, 152
Rey, J.A., 12
Rey, M.H., 80
Rey García, M., 58, 154, 163
Rey Martínez, H., 45
Rey Martínez, M.H., 3, 48, 61
Rey Tomás Biosca, F., 59, 164
Rey Tomás Biosca, F.J., 67, 72, 115, 131, 140, 141
Riba García, F., 26, 115, 137, 172
Río, L., 12, 41, 133, 159
Rioja, E., 130
Rioja, G., 138
Rivas Lacarte, P., 32, 118
Rivas Salas, A., 78, 126
Rivera, T., 11, 16, 20, 30, 33, 127, 128, 158
Rivera García, M., 150, 185
Roan Roan, J., 27, 57, 83, 85
Robledo Aguayo, D.C., 128
Roca Ferrer, J., 24, 25
Roda, J.M., 6, 169
Roda Aceituno, M., 77
Rodrigo Sanbartolomé, A., 23
Rodrigo Tapia, J.P., 1, 8, 17, 48
Rodrigues, M., 78, 111
Rodríguez, A., 54, 75
Rodríguez, M., 20, 30, 40, 158
Rodríguez, M.A., 150
Rodríguez, N., 119, 150
Rodríguez, P., 153
Rodríguez, R., 33
Rodríguez, V., 32, 123
Rodríguez Acevedo, N., 54, 107, 110
Rodríguez Baró, G., 53, 54, 98
Rodríguez Berlana, J., 191
Rodríguez Briceño, M., 52, 77
Rodríguez Castejón, M.A., 121, 143
Rodríguez Contreras, D., 12, 50, 102, 124, 185
Rodríguez Crespo, R., 134
Rodríguez Díaz, A., 22
Rodríguez Fernández, J.L., 111
Rodríguez Fernández Freire, A., 79, 86, 89, 112, 127, 151, 157
Rodríguez Francos, M.I., 118, 139
Rodríguez García, P., 81, 129, 130, 131
Rodríguez Iglesias, J., 22
Rodríguez Pampliega, J., 120
Rodríguez Rivera, V., 13, 15, 42, 44, 56, 80
Rodríguez Rivero, A., 106, 125
Rodríguez Valiente, A., 65, 113, 114, 136, 161, 162
Rodríguez Verdugo, M., 50, 149, 168
Rodríguez Villán, A.E., 190, 195

Roldán Romero, E., 73
Romagosa, V., 125
Romera Aibar, J., 45
Romero Panadero, M.D., 37, 40, 100, 101, 103, 147
Romero Sánchez, I., 6, 13, 15, 42, 56
Ropero Romero, F., 99, 145, 169
Rosa, S., 54
Rosa Astacio, F., 70, 92, 163, 169
Rosa Astacio, F.M., 116
Rosell, R., 27
Rosell Cervilla, A., 37, 100, 101, 103, 147
Rosique Arias, M., 143
Rosique López, L., 67, 99, 143, 144
Rossi, M., 128
Rossi Izquierdo, M., 175
Roura Moreno, J., 88, 99
Royo López, J., 104
Rubio, A., 6
Rubio San Pedro, A., 189, 193
Rubio Suárez, A., 56, 109, 111
Ruiz, C., 33
Ruiz Berbis, M.M., 196
Ruiz Erenchun, I., 40
Ruiz Fito, J., 86
Ruiz Fito, J.R., 115
Ruiz Fito, R., 112, 127, 157
Ruiz Fornells Noreña, A., 148, 152
Ruiz Giner, A., 70, 104
Ruíz Gómez, J.M., 96, 117
Ruiz Mondéjar, A., 79, 112, 115, 151
Ruiz Morales, J., 133
Ruiz Rico Ruiz Morón, R., 90, 108
Rusiecka, M., 130
Rusieska, M., 165
Rustarazo Márquez, M., 192

Saa, M.R., 69, 142, 162
Saa Álvarez, M.R., 162
Sabater, F., 130
Saborido Álvarez, F.J., 187
Sainz, M., 40, 82
Sainz Quevedo, M., 19, 74
Saiz, J.M., 27
Saiz Calleja, M., 49
Salazar, C., 69, 118, 160
Salazar Cabrera, C., 119, 162
Salinas Martín, M.V., 149
Salinero, H.J., 77
Salinero, J., 82, 130
Salinero Hernández, J., 52, 77, 90, 126, 146, 149
Salvadó, E., 75
Samaniego Regalado, B., 7, 37, 42, 51, 77, 83, 167, 171
Samarà Piñol, L., 38, 128
Sambola, I., 139, 159
Sanabria, J., 16, 93, 132
Sánchez, F., 55, 61, 137
Sánchez, I., 3, 159
Sánchez Barrueco, A., 14, 53, 117
Sánchez Camón, I., 133
Sánchez Camón, M.I., 19, 172
Sánchez Clavel, M., 190, 195
Sánchez Cuadrado, I., 3, 87, 133, 159, 169
Sánchez Fernández, F., 184
Sánchez Gómez, S., 65, 66, 71, 90, 91, 105, 114, 124, 131, 161
Sánchez González, F., 57, 58, 60, 72, 93, 94, 100, 108, 131, 140, 148, 164, 168
Sánchez Herrero, C., 98
Sánchez Legaza, E., 79, 86, 89, 112, 115, 157
Sánchez López, F., 102
Sánchez Palma, P., 54, 55, 84, 90, 101
Sánchez Palomero, J.M., 139, 159, 160
Sánchez Rodríguez, C., 36
Sánchez Segura, A., 150
Sánchez Terradillos, E., 98
Sánchez Torices, M., 59
Sánchez Torices, M.S., 88, 93, 99
Sancho, M., 39, 58, 135
Sancho Martín, I., 89, 183
Sancho Mestre, M., 13, 43, 69
Sancho Zapatero, J.L., 73
Sanhueza, I., 41
Sanhueza Torres, I., 10, 23, 44, 80, 148
Sanjuán Moreta, G., 170, 175
Sanmartín Anaya, A., 79, 112, 115, 127
Sansano, I., 25
Santa Cruz Ruiz, S., 67, 108, 136
Santa Cruz, S., 31, 56, 137
Santaella Sáez, J., 77
Santaella Sáez, J.I., 77, 146
Santaolalla Montoya, F., 34
Santiago, F., 40
Santiago Sánchez, J.M., 186
Santidrián Hidalgo, C., 111
Santigo Moreno, F., 52
Santos, G., 32, 125
Santos, P., 137, 152
Santos, S., 137
Santos Acosta, P., 66, 71, 76, 83, 90, 91, 105, 113, 114, 147, 161
Santos Briz Terrón, A., 58
Santos Gorjón, P., 57, 58, 59, 60, 72, 94, 108, 115, 131, 136, 140, 141
Santos Granados, G., 169, 183
Santos Pérez, J., 89, 171
Santos Pérez, S., 7
Santos Santos, S., 85, 90, 93, 95, 140, 143, 164
Santoyo Marrero, C., 52, 81, 156
Sanz, B., 39, 58
Sanz, L., 16, 128
Sanz, R., 30, 31, 44
Sanz Fernández, R., 31, 32, 36, 78, 106, 120, 125, 156, 166, 179
Sanz Romero, B., 13, 43, 69, 130, 135
Sañudo, J.R., 36
Sarandeses García, A., 103
Sarría, P., 60, 72, 170
Sarría Echegaray, P., 48, 121, 129, 145
Sarroca Capell, E., 104
Scola, B., 11, 12, 36
Scola Pliego, E., 174
Scola Yurrita, B., 3, 41
Sebastián, J.M., 26, 53, 91, 105, 164
Sebastián Cortés, J.M., 122, 141, 148
Sebio, A., 128
Segarra, F., 22
Segarra Cortés, P., 50, 80, 81
Seguí, M.A., 27
Seguí Moya, P., 14, 83, 109, 112, 139, 154
Seijas Rodríguez, M., 186
Semide, M.E., 55
Sempere, T., 54
Senao Fernández, S., 36, 37, 69, 84, 85, 86, 107, 109, 110, 132
Seneldir, S., 166
Sepúlveda Rojas, C., 100, 122, 131, 148, 168
Serra, J., 9
Serra Carreras, J., 35
Serradilla López, J.M., 134
Serrano, E., 26, 53, 91, 105, 125, 131, 164, 170
Serrano Añón, E., 104, 105, 122, 141, 148
Serrano Badía, E., 158
Serrano Berrocal, M.A., 19
Sgambatti, L., 4, 56, 66, 67, 68, 85, 95, 137, 182
Sgambatti Celis, L., 67, 68, 72, 118, 140, 141
Sgambatti Celis, L.J., 131
Sianes Fernández, M., 118
Sierra Grañón, C., 92
Sistiaga, J.A., 11, 128
Skufca, J., 96
Skufca Vieitez, J., 38
Sofía Aparicio Pérez, M., 112
Solano Romero, J., 65, 133
Soler Lluc, E., 113
Soler Lluch, E., 90, 114, 160
Solera Arroyo, J.C., 134
Solís Vázquez, R., 7, 37, 42, 51, 77, 83, 167, 171
Soria Checa, C., 58, 62, 66, 109
Soria Checa, C.E., 155
Soria Delgado, R., 190, 195
Soteras Ollé, J., 104
Soto Varela, A., 7, 175
Sousa Castro, S., 142
Souvirón, R., 36, 116
Souviron Encabo, R., 4, 54
Suárez Calvo, A., 85, 90, 93, 95, 137, 140, 143, 164
Suárez Nieto, C., 1, 2, 5, 8, 10, 17, 47, 48, 121
Subirana, F.X., 9

Taha, M., 39, 42
Tamarit, J.M., 176
Tamarit Conejeros, J.M., 28, 163
Teba Luque, J.M., 90, 113, 114, 160
Tejero Garcés Galve, G., 42, 52, 57, 73, 92, 129
Tejero Garcés, G., 108
Tenor Serrano, R., 65, 84, 90, 133
Tenor Serrano, R.L., 147
Terré, R., 180
Terré Falcón, R., 51, 100, 122, 131, 148, 168
Tobed, M., 75, 139, 157, 159, 160
Tobed Secall, M., 94
Tobías Gómez, S., 51, 70, 104
Toledano, A., 184
Toledano Muñoz, A., 178
Tomás, M., 60, 170
Tomás Barberán, M., 48, 145, 172, 179
Tornero, J., 178, 180
Tornero Salto, J., 38
Torres, J.J., 40
Torres, R., 35
Torres Atencio, I., 35
Torres Morientes, L.M., 98
Trapero Domínguez, M.C., 52, 81, 84, 103
Trelles, H., 122, 123
Trelles Vargas, H., 73, 132, 155
Tresserras, P., 180
Trigueiros, N., 111
Trinidad, A., 64, 113, 134
Trinidad Ramos, G., 19
Trinidad Ruiz, G., 7, 19, 37, 42, 77, 83, 171
Trobat, F., 87
Trobat Company, F., 106, 145, 172, 176
Trujillo Trujillo, J., 26, 46, 137, 161, 171, 172
Trujillo Vargas, M.C., 52, 81, 103, 149, 156

Uceda Carrascosa, M.L., 50
Uehara Benites, M., 43, 57
Ulla, J.L., 48
Urbano Urbano, J., 51, 100
Urbano Urbano, J.J., 131, 148, 168
Urpegui, A., 125, 131, 170
Urpegui García, A., 104, 105
Uslu Coskun, B., 166
Uzcanga, M., 147
Uzcanga Lacabe, M., 37, 49, 100, 101, 103, 129, 147

Vaca González, M., 4, 28, 54, 70, 106, 163
Vacas, E., 11
Vadillo, A.B., 39, 58, 135
Vadillo Díez, A.B., 13, 43, 69, 130
Valdivieso, A., 10, 11
Valenzuela, A., 52
Valero, A., 9, 24
Valero Santacruz, J., 101
Valido Quintana, M., 43, 56, 57, 129, 152, 153
Valle Zapico, C., 109
Vallejo Valdezate, L.A., 98, 144, 178, 183

Vallés, H., 53, 91, 105, 125, 131, 170
Vallés Varela, H., 104, 105, 122, 141, 148
Varela Nieto, I., 11
Vargas Fernández, J.L., 63, 70, 116
Vasallo, G., 16
Vasallo, J.R., 102
Vasallo, V., 46, 68, 92, 93, 132, 172
Vasallo Morillas, J.R., 119
Vázquez, E., 96
Vázquez, T., 36
Vázquez Muñoz, I., 79, 112, 115, 151, 157
Vázquez Muñoz, M.I., 89
Vedia García, J.M., 70, 91
Velarde, R., 23
Velasco Pelayo, L., 94
Venegas, M.P., 176
Venegas Pizarro, M.P., 182
Ventín Palacín, R., 70
Ventura Pérez, C., 183
Ventura Pérez, C.A., 89
Verdaguer, J.M., 16
Vergas Gutiérrez, J., 188
Verge González, J., 53, 133, 151
Viana, M., 78
Vicente González, E.A., 42
Vicente Herrero, J., 136, 161
Viciana Martínez Lage, M.J., 114
Vida López, J.M., 73
Vieira, J., 28, 78, 111
Viel, J.M., 172
Vielva, B., 111
Vila Martín, J., 158
Vilaseca, I., 17, 27
Vilaseca González, I., 181
Vílchez Jiménez, L., 194
Villacampa, J.M., 16, 93, 132
Villafruela Sanz, M.A., 14, 159
Villanueva García, A., 65, 108, 147
Villanueva Martí, R., 57
Villar, J., 49, 180
Villarreal Salcedo, M., 118
Villatoro Sologaistoa, J.C., 26, 34
Viña, C., 180
Viñoles Pérez, J., 23
Virós, D., 26
Virós Porcuna, D., 17, 26, 33
Vivanco Allende, B., 5
Vivancos, J., 27
Vives Rodríguez, E., 123
Viviente Rodríguez, E., 144

Wegmann, R., 23, 25, 40, 64, 71, 88, 96, 108
Wegmann Vicuña, R., 32, 158

Yasemin Korkut, A., 166

Zabala López Maturana, J.A., 34
Zaballos, M., 102
Zaballos, M.L., 96
Zaballos González, M.L., 119
Zapater, E., 2, 4, 39, 66, 147
Zapater Latorre, E., 182
Zaragosí Castelló, F., 104
Zaragosí Castelló, I., 56
Zaragoza, P., 33
Zaragoza Contreras, L., 81, 156
Zarraonandia, I., 9
Zarraonandía Andraca, I., 17, 26, 34
Zayas Pavón, G., 14, 53, 117, 136
Zorita, C., 49, 180
Zubicaray, J., 122, 123
Zubicaray Ugarteche, J., 81, 129, 130, 131, 153
Zubimendi, C., 122, 123
Zubimendi Eguiguren, C., 73
Zubimendi Eguiguren, K., 132, 155
Zurita Jiménez, S., 124

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 períodos 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 glucocorticoides 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 período 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 17ß-carboxílico (GW694301X). La principal ruta metabólica es la hidrólisis del grupo S-fluorometil carbotioato para dar lugar al metabolito ácido 17ß-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 vía 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:**

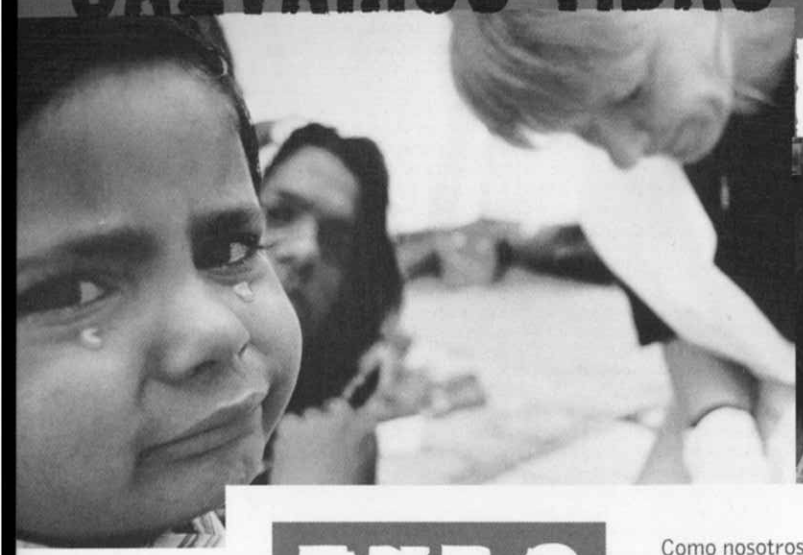
Avamys 27,5 microgramos/pulverización, suspensión para pulverización nasal. (1 Frasco – 120 pulverizaciones)	PVP: 15,42 €	PVP IVA: 16,03 €

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. 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. **2.** Fokkens WJ, Jogi R, Reinartz S *et al.* Once daily fluticasona furoate nasal spray is effective in seasonal allergic rhinitis caused by grass pollen. Allergy 2007; 62: 1078-1084. **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.

MSF

SALVAMOS VIDAS IGUAL QUE TÚ



PERO SIN TU AYUDA, NUESTROS PACIENTES TIENEN MENOS OPORTUNIDADES

Como nosotros, cada día te enfrentas al sufrimiento humano. Y como nosotros, utilizas tus conocimientos y los medios técnicos y sanitarios que tienes a tu alcance para aliviarlo. La única diferencia entre tu trabajo y el nuestro es que nosotros casi nunca disponemos de los recursos suficientes para proporcionar asistencia médica urgente a las víctimas de epidemias, desastres de origen natural o humano, hambrunas o conflictos armados en cualquier parte del mundo. Por eso, para seguir salvando vidas como tú, para poder seguir asistiendo a quien más lo necesita, necesitamos tu ayuda.

Hazte socio ahora de Médicos Sin Fronteras llamando al 902 250 902 o conectando con www.msf.es

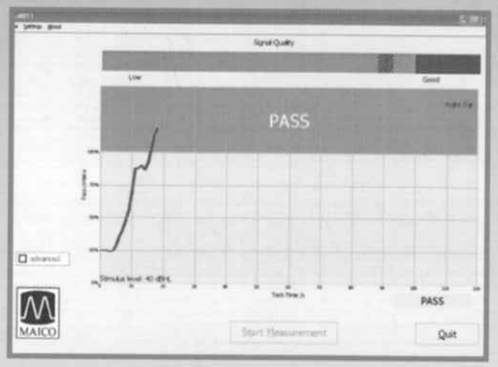
MEDICOS SIN FRONTERAS

Equipo de "SCREENING" MAICO MB-11 con **BERAphone®** para una detección auditiva precoz, rápida y fiable

Permite el "SCREENING" de los neonatos mediante Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEATC) automáticos, en pocos segundos y sin electrodos adhesivos.

CE 0124

- Equipo ligero y portátil.
- Auricular y electrodos integrados en el BERAphone®
- **No se requieren elementos desechables** gracias a los electrodos de acero inoxidable incorporados en el BERAphone®
- Permite una detección rápida en 30-60 segundos.
- Alta especificidad y sensibilidad.
- Uso fácil y sin irritación de la piel.
- Control contínuo de la señal gracias a la luz indicadora del registro e impedancia correcta.
- Conexión USB al ordenador para mayor seguridad. No es preciso conectar el BERAphone® a la red eléctrica.
- Caso de no pasar el "screening" (REFER) es posible la exploración con PEATC a distintas intensidades del click y también verificar de forma automática la presencia de la onda V a diversas intensidades.



Diseñado y fabricado por la Compañía

MAICO

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

28001 MADRID
Gral. Díaz Porlier,16
Tel. 91 521 78 79*
Fax 91 523 15 93

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

No todo el mundo disfruta igual de la primavera

Avamys es un nuevo corticoide intranasal que alivia los síntomas nasales y oculares en la rinitis alérgica estacional[1-3]

△Avamys
Furoato de Fluticasona

gsk GlaxoSmithKline