



Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN: en trámite

e-mail: envios@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

SUMARIO

XVIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD OTORRINOLARINGOLÓGICA DE CASTILLA Y LEÓN, CANTABRIA Y LA RIOJA Zamora 28 y 29 de mayo de 2010	
COMUNICACIONES ORALES	
01	SCHWANNOMA DEL NERVIIO FACIAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR PAROTÍDEO Ibáñez Muñoz c., Tejero Cavero M., Díaz de Cerio P., Lacosta Nicolás J.L.
02	LÁSER CO2 EN CARCINOMA DE LARINGE Ibáñez Muñoz, C., Zulueta Lizaur A, Lobato Pérez R, Bolinaza Zubizarreta u., Pérez Martín N.
03	OPCIONES TERAPÉUTICAS EN EL LINFANGIOMA QUÍSTICO Luciano Sgambatti Celis, Juan Luis Gómez González, Ángel Muñoz Herrera, Pedro Blanco, Francisco del Rey, Rebeca de La Fuente
04	ESTUDIO DEL SÍNDROME VESTIBULAR DEFICITARIO UNILATERAL Rebeca de la Fuente, Juan Carlos del Pozo, Francisco del Rey, Mateo Jáñez, Santiago Santa Cruz y Ángel Batuecas
05	TUMOR SUBGLÓTICO: ¿CONDROMA CONDROSARCOMA Suárez Muñiz, E; Huelga Ruiz, M; Navazo Eguía, Al; Ruiz de la Parte, A y Echevarría Iturbe, C.
06	TROMBOFLEBITIS DEL SENO CAVERNOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO I. Navazo Eguía, Alicia Clemente García, Fernando García Vicario, Enrique Suárez Muñiz, Esther Riñones Mena, M ^a Jesús Rubio Sanz
07	PATOLOGÍA VOCAL VALORADA EN LA UNIDAD DE FONIATRÍA DEL HOSPITAL M ^a Elvira Santos Pérez
08	SÍNDROME DE HORNER SECUNDARIO A CIRUGÍA CERVICAL Rocio González Aguado, Carmelo Morales Angulo, Yolanda Longarela Herrero, Roberto García Zornoza, Leticia Acle Cervera
09	DISNEA LARÍNGEA PARADÓGICA: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y ACTUACIÓN Enrique Coscarón Blanco, Soledad Suárez Ortega, Cruz Pérez Liedo, Eva Purificación Martín Garrido
10	HEMATEMESIS Y HEMOPTISIS DE ORIGEN LARÍNGEO Enrique Coscarón Blanco, Eva Purificación Martín; Garrido, José Serradilla López, José Luis Blanco García
11	OSTEODISTROFIAS NO OTOSCLERÓTICAS DE HUESO TEMPORAL Enrique Coscarón Blanco, Juan José Blanco Sanchón, Eva Purificación Martín Garrido, Miriam

Comunicaciones libres del XVIII Congreso. Zamora 28 y 29 de mayo de 2010

	González Sánchez, M ^a Cruz Pérez Liedo, José Luis Blanco García
12	PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE VPPB EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CLÍNICO DE SALAMANCA Del Pozo de Dios, JC; de la Fuente Cañibano, R; Calle Cabanillas, MI; Batuecas Caletrio, A
13	COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE LOS CARCINOMAS SUPRAGLÓTICOS MEDIANTE ABORDAJE TRANSORAL CON LÁSER CARBÓNICO. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EJ. del Rey Tomás-Biosca, J.L. Gómez González, AM. Muñoz Herrera, P. Blanco Pérez, L. Sgambatti Celis, R de la Fuente Cañibano, J.C. del Pozo de Dios

COMUNICACIONES PÓSTER

14	MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ABSCESO PERIFARÍNGEO Gascón Rubio MC, Díaz de Cerio Canduela P, Calzada Uriondo G.
15	ENFERMEDAD DE GORHAM Y SARCOMA FIBROMIXOIDE: CASO CLÍNICO Castro Macía, O.; Alonso Párraga, D.; Hamdan Zavarce, M.; Meléndez García, J.M; Rodríguez Acevedo, N.
16	¿EPISODIO PROLONGADO DE VÉRTIGO: PERIFÉRICO Ó CENTRAL? Rebeca de la Fuente, Juan Carlos del Pozo, Francisco del Rey, Mateo Jáñez, Santiago Santa Cruz y Ángel Batuecas.
17	MENINGOCELE TRANSETMOIDAL y MENINGITIS RECURRENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO Ana I. Navazo Eguía. Fernando Garcia Vicario. Enrique Suárez Muñiz. José Manuel Castilla Diez
18	SIALOMETAPLASIA NECROTIZANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO Ana I Navazo Eguía. Fernando Garcia Vicario. Enrique Suárez Muñiz. M ^a Cruz Gutiérrez Ortega
19	COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE UNA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL Rosa Rodríguez Crespo, Enrique Coscarón Blanco, Eva Purificación Martín Garrido, José Luis González
20	INUSUAL CASO DE TUMORACIÓN CERVICAL Enrique Coscarón Blanco, Eva Purificación Martín Garrido, Soledad Suárez Ortega, Mar de Prado San José, Inmaculada Ursúa Sarmiento
21	DISNEA SECUNDARIA A MEMBRANA LARÍNGEA IDIOPÁTICA NO CONOCIDA Enrique Coscarón Blanco, Eva Purificación Martín Garrido, M ^a Elvira Santos Pérez, Miriam González Sánchez, José Luis Blanco García
22	¿PRODUCE VÉRTIGO LA ENSEÑANZA? Del Pozo de Dios, JC; Estévez Alonso, B; Batuecas Caletrio, A
23	PRESENTACIÓN DE UN AMIGDALAR COMO TUMOR QUÍSTICO YUGULODIGÁSTRICO Roberto García Zornoza, Leticia Acle Cervera, Paloma Eza Nuñez, Rocío González Aguado, Carmelo Morales Angulo
24	GRANULOMA A CUERPO EXTRAÑO EN MÚSCULO MASETERO Tejero Cavero, M; Ibáñez Muñoz, C; Díaz de Cerio Canduela, P; Gascón Rubio C; Preciado López, J.
25	HAMARTOMA CONDROMESENUIMAL NASAL (NCMH) EN PACIENTE DE 27 AÑOS Acle Cervera L., Eza Núñez p., González Aguado R, García Zornoza R, Rodríguez Iglesias J., Ondiviela Gracia R., Rama Quintela J.A.
26	LEIOMIOSARCOMA DE LARINGE Acle Cervera L., Eza Núñez p., González Aguado R., García Zornoza R, Rubio Suárez A, Mayorga M., Rama Quintela J.A

COMUNICACIONES ORALES



01	SCHWANNOMA DEL NERVIOS FACIAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR PAROTÍDEO Ibáñez Muñoz c., Tejero Cavero M., Díaz de Cerio P., Lacosta Nicolás J.L.
	Hospital San Pedro. Logroño

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los Schwannomas son tumores benignos originados en las células de Schwann, de etiología desconocida.

La mayoría son intratemporales, y sólo el 9% se ubican en la porción intraparotídea, lo que obliga al diagnóstico diferencial con otros tumores parotídeos, como el adenoma pleomorfo o el tumor de Whartin.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 75 años con neurilemoma del nervio facial izquierdo, intraparotídeo, con parálisis facial de grado V.

Las pruebas realizadas fueron una Eco-PAAF que era compatible con un quiste sin células malignas, una TAC Cerviño-facial que informaba de masa mixta de 3x4cm, encapsulada, con ganglios submaxilares bilaterales menores de un centímetro.

Se realiza una parotidectomía superficial.

La anatomía patológica es informada como neurilemoma del nervio facial.

Actualmente, la paciente presenta una parálisis facial completa izquierda.

DISCUSIÓN: Los Schwannomas intraparotídeos son infrecuentes.

Se presentan como masas móviles, de crecimiento lento, asintomáticas.

La parálisis facial como síntoma inicial aparece entre el 20 y 27% de los casos.

Es fundamental un diagnóstico preoperatorio mediante ecografía, PAAF y TAC/RMN, antes de planificar la cirugía.

Existe controversia sobre el manejo terapéutico, si exéresis o actitud conservadora. En caso de parálisis facial está indicado el procedimiento quirúrgico.

02	LÁSER CO2 EN CARCINOMA DE LARINGE Ibáñez Muñoz, C., Zulueta Lizaur A, Lobato Pérez R, Bolinaza Zubizarreta u., Pérez Martín N.
	Hospital San Pedro. Logroño

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El cáncer de laringe ocupa el sexto lugar en la mortalidad por cáncer en España. Es frecuente en la Europa mediterránea, donde representa el 3% de los cánceres en el varón y el 0,2% en las mujeres. Es el más frecuente dentro de los tumores de cabeza y cuello, representando de un 30-40% de éstos.

Existe un predominio en el sexo masculino y en relación con el consumo de tabaco.

El tratamiento puede ser quirúrgico (cirugía externa o endoscópica láser), radioterápico o mixto, según la localización del tumor.

MATERIAL Y MÉTODOS: Pacientes con carcinomas epidermoides de laringe, intervenidos de laringectomía supraglótica con láser y cordectomías según la clasificación de la SEL.

A todos ellos se les realiza una exploración del área ORL (nasofibroendoscopia y palpación cervical), una TAC cervical, y una PAAF en caso de adenopatías sin primario conocido.

A los tumores glóticos T1, T2 y T3 y a los tumores supraglóticos T1 y T2 se les realiza la exéresis tumoral mediante cirugía láser transoral.

DISCUSIÓN: Toda patología tumoral maligna, permite el empleo de láser, ahora bien, existen unos protocolos para su utilización donde se determinan varios factores, como son el TNM, las características del paciente, y otras.

Se debe realizar un examen diagnóstico exhaustivo antes de tomar una actitud terapéutica.

03	OPCIONES TERAPÉUTICAS EN EL LINFANGIOMA QUÍSTICO Luciano Sgambatti Celis, Juan Luis Gómez González, Ángel Muñoz Herrera, Pedro Blanco, Francisco del Rey, Rebeca de La Fuente
	Hospital Clínico. Salamanca

RESUMEN

INTRODUCCION:

Los linfangiomas están considerados como una enfermedad rara, benigna, que comprende afectaciones congénitas y adquiridas de los vasos linfáticos la cual es muy poco frecuente en adultos y más frecuente en niños. El 90 % de los linfangiomas quísticos se localizan en la región cérvico facial, presentándose clínicamente como una masa de crecimiento progresivo, fluctuante, multilocular, blanda, compresible e indolora aunque en ocasiones el crecimiento es súbito. El diagnóstico se realiza mediante la exploración clínica, pruebas de imagen (RM, TAC) y el diagnóstico definitivo lo aporta la anatomía patológica.

Varios métodos se han usado para el tratamiento como drenaje simple, aspiración, radiación, láser terapia, la inyección de agentes esclerosantes como el OK-432 Y la observación

MATERIALES Y METODOS: Presentamos y discutimos diferentes casos en adultos y niños, las opciones terapéuticas en los pacientes con linfangioma quístico de acuerdo a su edad, localización, e infiltración a estructuras vecinas (Cirugía, Láser terapia, Inyección de OK-432 y la observación), Nuestros resultados a corto y a largo plazo.

CONCLUSIONES: La escisión quirúrgica ha sido considerada por muchos cirujanos como la primera opción terapéutica. Si la escisión es completa, las recurrencias no son frecuentes. El tratamiento del linfangioma quístico no está bien estandarizado Sin embargo, cuando el linfangioma infiltra importantes estructuras vasculares y nerviosas su escisión completa es difícil, y con altas posibilidades de lesión, motivo por el cual se puede plantear en algunos casos la observación, es de mencionar que los resultados con el Ok-432 en niños son buenos y seguros siendo esta una buena opción terapéutica en el tratamiento de los mismos. Debemos hacer mención al hecho que cada caso debe ser estudiado de forma independiente para ofrecer la mejor opción terapéutica.

04	ESTUDIO DEL SÍNDROME VESTIBULAR DEFICITARIO UNILATERAL Rebeca de la Fuente, Juan Carlos del Pozo, Francisco del Rey, Mateo Jáñez, Santiago Santa Cruz y Ángel Batuecas
	Hospital Clínico. Salamanca

RESUMEN

Introducción: La neuritis vestibular es la segunda alteración más frecuente tras el VPPB. La incidencia es de aproximadamente 3,5/100000 casos. Recibe otros nombres: 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 con 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 deambulaci3n, pruebas complementarias (ATL,VNG, vertical subjetiva, Analítica y RMN) y aparici3n de un VPPB posterior.

Resultados: El total de pacientes estudiados fueron 67 de los cuales 39 fueron hombres y 27 mujeres desde el año 2003 hasta el 2008. La estaci3n en la que se produjeron m3s casos fue la primavera. S3lo en 5 casos presentaron antecedente catarral previo. El tiempo hasta acudir a urgencias oscil3 entre 1 hora y 7 d3as. En cuanto a la sintomatolog3a un peque1o porcentaje presentaron inestabilidad sin sensaci3n de giro de los objetos. El nistagmo al ingreso fue en la mayor parte de los pacientes de 3º grado. La mejor3a subjetiva sufri3 una variaci3n seg3n el tratamiento aplicado, ya que desde el mes de junio de 2008 comenz3 a utilizarse corticoide intravenoso. S3lo en 2 casos hubo un VPPB posterior.

Conclusiones: El uso de los corticoides intravenosos favorece una m3s r3pida normalizaci3n de las pruebas complementarias y una mejor3a subjetiva m3s temprana.

Comunicaciones libres del XVIII Congreso. Zamora 28 y 29 de mayo de 2010

05	TUMOR SUBGLÓTICO: ¿CONDROMA CONDROSARCOMA Suárez Muñiz, E; Huelga Ruiz, M; Navazo Eguía, Al; Ruiz de la Parte, A y EchevarríaTurbe, C.
----	---

RESUMEN No disponible



06	TROMBOFLEBITIS DEL SENO CAVERNOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO I. Navazo Eguía, Alicia Clemente García, Fernando García Vicario, Enrique Suárez Muñiz, Esther Riñones Mena, M ^a Jesús Rubio Sanz
	Complejo Hospitalario de Burgos

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La trombosis del seno cavernoso (TSC) es una entidad rara pero grave. Puede estar causada por procesos infecciosos o no infecciosos. En la trombosis séptica, el foco infeccioso primario frecuentemente es la sinusitis, superando a las infecciones faciales.

CASO CLÍNICO: Mujer de 23 años, en tratamiento con anticonceptivos orales. Presentó cefalea, fiebre, congestión conjuntival derecha, diplopía, edema palpebral bilateral y disminución del nivel de conciencia. Exploración neurológica: paresia del VI par derecho. Punción lumbar normal. TAC: rotura e hipodensidad en primer molar superior derecho, ocupación de senos paranasales, con disrupción de la pared posterior del seno esfenoidal derecho. Angio-RNM: ocupación de senos derechos y alteración de la señal del clivus con hipointensidad en T1, aumento de señal y mala definición de senos cavernosos. Estudio hematológico: Hipercoagulabilidad. Hemocultivo: *Fusobacterium nucleatum*. Tratamiento: anticoagulación, cefalosporinas de tercera generación, metronidazol y penicilinas antiestafilococicas. Revisión: mínima limitación de abducción ojo derecho.

DISCUSIÓN: La incidencia de trombosis venosas cerebrales sépticas ha disminuido notablemente, puede presentarse en infecciones en cara y cuello y típicamente afectan el seno cavernoso. Entre las causas no infecciosas, las trombofilias congénitas suelen ser las más comunes, pero en mujeres jóvenes el embarazo, puerperio o los anticonceptivos orales desempeñan un papel determinante. Se recomienda tratamiento antitrombótico y antibiótico prolongado. El tratamiento quirúrgico está indicado para el drenaje de los focos primarios. La mortalidad es del 30% con morbilidad residual en el 50%.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de TSC implica una alta sospecha clínica. El pronóstico dependerá del tiempo de demora en el tratamiento.

07	PATOLOGÍA VOCAL VALORADA EN LA UNIDAD DE FONIATRÍA DEL HOSPITAL M ^a Elvira Santos Pérez
	Complejo Asistencial de Zamora

RESUMEN

La Unidad de Foniatria del Hospital Virgen de la concha lleva en funcionamiento desde 1992- 93. Está integrada por una médico foniatra, una logopeda y una auxiliar de consultas. La relación con el Servicio de ORL es estrecha y muy fluida, en el año 2009 en dicha Unidad se atendieron un total de 1563 pacientes, de ellos 776 fueron remitidos por diversos servicios como ORL, Neurología, Atención Primaria, Pediatría etc... para valoración ty 787 fueron revisiones de pacientes previamente diagnosticados en la consulta de Foniatria. El número total de pacientes afectados de problemas vocales (nuevos + revisiones) ascendió a un total de 852, siendo el número de pacientes afectados de otras patologías como afasias, alteraciones en el desarrollo del lenguaje, disfemias, hipoacusias etc de 711. Los pacientes que iniciaron rhabilitación logopédica en dicho alo fueron 224 (14, 33 % de las consultas atendidas en foniatria). Las altas otorgadas de la actividad logopédica fueron de 228 pacientes de los que 50 la abandonaron voluntariamente por diversas causas de índole personal. Se presenta en esta comunicación un desglose del tipo de patologías de la voz que se han remitido para valorar y los profesionales y Servicios que han solicitado dicha prestación a la Unidad de Foniatria del CAZA.

08	SÍNDROME DE HORNER SECUNDARIO A CIRUGÍA CERVICAL Rocio González Aguado, Carmelo Morales Angulo, Yolanda Longarela Herrero, Roberto García Zornoza, Leticia Acle Cervera
	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Horner u oculosipatoparesis, consiste en la clásica triada de ptosis palpebral, miosis pupilar y anhidrosis facial ipsilateral. El síndrome resulta de la interrupción de la inervación simpática del ojo y de los anexos oculares a diferentes niveles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes que presentaron síndrome de Horner secundario a cirugía cervical en el servicio de ORL de nuestro hospital en los últimos 5 años para posteriormente revisar la literatura de los diferentes procedimientos cervicales que producen dicha entidad.

RESULTADOS

Se presentan los 5 casos de los pacientes.

DISCUSIÓN

Son múltiples los tipos de cirugía otorrinolaringológica cervical que pueden desencadenar la aparición de un síndrome de Horner. Las causas más frecuentes de Horner secundarias a cirugía de cabeza y cuello descritas en la literatura son la extirpación de neurilemomas o schwannomas derivados del simpático cervical.

CONCLUSIONES

1. La posibilidad de síndrome de Horner siempre tenemos que tenerla en cuenta cuando realizamos una cirugía cervical
2. Debemos de conocer las intervenciones quirúrgicas que más riesgo tienen de causarlo
3. Es muy importante conocer la anatomía del simpático cervical para evitar su lesión

09	DISNEA LARÍNGEA PARADÓJICA: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y ACTUACIÓN Enrique Coscarón Blanco, Soledad Suárez Ortega, Cruz Pérez Liedo, Eva Purificación Martín Garrido
	Complejo Asistencial de Zamora

RESUMEN

Introducción: La disnea paradójica laríngea es una entidad clínica de reciente descripción y que ha recibido diversas denominaciones terminológicas en la literatura médica. Inicialmente descrita por Patterson en 1974, presenta no obstante diversas dificultades tanto diagnósticas como terapéuticas que merecen ser consideradas a la hora de abordarla y que motivan la presente comunicación

Material métodos y resultados: Se presentan los casos diagnosticados en nuestro Servicio, junto con los registros iconográficos obtenidos para ilustrar tanto el cuadro clínico como los criterios de manejo y tratamiento de esta entidad.

Discusión: La disnea paradójica laríngea es una enfermedad clínicamente aparatosa que históricamente se ha asociado al síndrome de Munchausen o a trastornos conversivos dentro del contexto de la histeria o un trastorno de renta o ganancia. Debuta como disnea con adducción paradójica en inspiración con manifiesto y violento estridor inequívocamente laríngeo, pudiendo asociar otros síntomas menores que son objeto de confusión, pero invariablemente sin desaturación en la oximetría ni signos de hipoxia. Se caracterizan además estos pacientes (y sus familias) por unos rasgos de personalidad típicos y un alto grado de demanda de atenciones y actuaciones por el personal sanitario que puede condicionar su actuación profesional. Por estas razones, y dado lo llamativo y expresivo del cuadro, en algunos casos se han llevado a cabo actuaciones intempestivas sobre la vía aérea para resolver una emergencia que no es tal. No obstante, y siendo cierto todo lo anterior, debemos conocer que también puede ser secundaria a otros trastornos y enfermedades que deben ser investigadas y descartadas para un correcto tratamiento ya que el tratamiento etiológico es resolutivo. Con esta comunicación pretendemos llamar la atención sobre esta rara enfermedad y fomentar su conocimiento.

10	HEMATEMESIS Y HEMOPTISIS DE ORIGEN LARÍNGEO Enrique Coscarón Blanco, Eva Purificación Martín; Garrido, José Serradilla López, José Luis Blanco García
	Complejo Asistencial de Zamora

RESUMEN

Introducción: Una de las urgencias más dramáticas dentro de las vías aerodigestivas a las que el otorrinolaringólogo puede verse abocado, tras la disnea, es la hemorragia, bien procedente propiamente de la vía aerodigestiva superior o bien de árbol traqueobronquial o aparato digestivo. En ausencia de antecedentes de interés, y cuando el sangrado se presenta asociada a la tos o a vómito, es poco probable que el origen sea en áreas ORL y, por tanto recaiga en nosotros su valoración y manejo. No obstante, a veces la realidad nos lleva a reconsiderar estos supuestos

Material métodos y resultados: Se presenta un caso de paciente que presenta violenta hematemesis y hemoptisis sin causa que lo justifique. La exploración demuestra que el origen es una tumoración con asiento en cara laríngea de epiglotis. Se logra controlar el sangrado pero realizando una epiglotectomía parcial con bisturí láser de CO2, transcurriendo el postoperatorio sin incidencias ni secuelas.

Discusión: El origen ORL de los sangrados de vías aerodigestivas, en ausencia de antecedentes previos de interés, y con la salvedad de la epistaxis, es una circunstancia rara en relación a otros posibles orígenes. Con mucho el origen más frecuente es la hemorragia digestiva alta procedente de esófago o estómago, en relación con ulcus gástricos o duodenales sangrantes, esofagitis o varices esofágicas. Más rara es la hemoptisis masiva. En muchos centros sin embargo, suele ser el otorrinolaringólogo el primer especialista que valora a estos pacientes, ahorrándoles con ello otras exploraciones con más morbimortalidad y molestas para el paciente. Creemos que en estos pacientes el papel del otorrinolaringólogo es de suma importancia para aclarar el origen del sangrado, especialmente cuando proviene de localizaciones difícilmente explorables o valorables por otros especialistas, y para tratar aquellos casos, como el presente, que son susceptibles de ello.

11	OSTEODISTROFIAS NO OTOSCLERÓTICAS DE HUESO TEMPORAL Enrique Coscarón Blanco, Juan José Blanco Sanchón, Eva Purificación Martín Garrido, Miriam González Sánchez, M ^a Cruz Pérez Liedo, José Luis Blanco García
	Complejo Asistencial de Zamora

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades osteodistróficas del hueso temporal son enfermedades caracterizadas por un recambio óseo extremadamente incrementado, con gran reabsorción y exagerada producción del mismo aunque a expensas de un hueso pobremente laminado y desmineralizado. Pueden ser monostóticas o poliestóticas.

Ocasionalmente, puede afectar al hueso temporal produciéndose un aumento en su tamaño y arquitectura, que puede abocar a trastornos audiovestibulares

Material métodos y resultados: Se presentan los casos diagnosticados en nuestro Servicio, recogiendo las manifestaciones clínicas y la iconografía correspondiente y presentando el manejo clínico y evolución.

Discusión: Las síntomas más frecuentes a nivel del hueso temporal son la hipoacusia, que aparece en un 20% de los pacientes, siendo paradójicamente más comunmente neurosensorial, por compresión de estructuras neurosensoriales o por ototoxicidad por productos enzimáticos metabólicos fruto del recambio óseo, o por la aparición de shunts vasculares que condicionen robo e isquemia al oído interno. Acúfenos, vértigo y otros síntomas del pedículo audivestibulofacial son posibles. La exploración suele ser anodina. El diagnóstico, bajo sospecha, es radiológico. Dicho estudio nos confirma la topología de los hallazgos clínicos. El tratamiento es esencialmente médico, reservándose la cirugía para casos especiales. Otro problema a considerar es la intervención auditiva a realizar.

12	PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE VPPB EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CLÍNICO DE SALAMANCA Del Pozo de Dios, JC; de la Fuente Cañibano, R; Calle Cabanillas, MI; Batuecas Caletrio, A
	Hospital Clínico. Salamanca

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.

- El VPPB es el trastorno vestibular periférico más frecuente con una prevalencia aproximada del 2.4% de la población. Las etiologías son múltiples, siendo la más frecuente la idiopática. Presenta una mayor incidencia en mujeres, con una edad de inicio a 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.

- En Enero del año 2009 se estableció un Protocolo de actuación para los pacientes diagnosticados de VPPB procedentes del servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Salamanca. El mismo consistía en una anamnesis completa, exploración vestibular y maniobras de provocación, pruebas inicialmente suficientes para llevar a cabo un diagnóstico del mismo con una alta fiabilidad.

RESULTADOS.

- Hasta el momento actual se han diagnosticado unos 70 pacientes procedentes del servicio de Urgencias (no se contabilizan los procedentes de Consulta externa). A todos ellos se les determina el canal semicircular afecto, se realiza la maniobra de recolocación adecuada (Epley, Lempert modificada, etc.), y se lleva a cabo un seguimiento mínimo de un año desde el momento del diagnóstico, con diagnóstico y tratamiento de las recidivas. En los casos que así proceda se solicitan pruebas complementarias necesarias.

CONCLUSIONES.

- El objetivo de este Protocolo es el tratamiento precoz de estos pacientes, evitando así tratamientos médicos y consultas innecesarias que retrasan el diagnóstico y el tratamiento del mismo.

13	COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE LOS CARCINOMAS SUPRAGLÓTICOS MEDIANTE ABORDAJE TRANSORAL CON LÁSER CARBÓNICO. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EJ. del Rey Tomás-Biosca, J.L. Gómez González, AM. Muñoz Herrera, P. Blanco Pérez, L. Sgambatti Celis, R de la Fuente Cañibano, J.C. del Pozo de Dios
	Hospital Clínico. Salamanca

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La cirugía de resección de los carcinomas supraglóticos con láser carbónico por vía transoral representa una opción de abordaje terapéutico oncológico con gran desarrollo en los últimos años.

El objetivo de este trabajo es investigar la incidencia de complicaciones y sus características en este tipo de cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se estudiaron 22 pacientes con carcinomas de localización única en región supraglótica, 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, necesidad de vaciamiento cervical, tratamiento complementario con quimioterapia y/o radioterapia y complicaciones tras la cirugía.

RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 22 pacientes, con una edad media de 65 años, y la distribución por sexo fue de 21 varones (95,45%) y 1 mujer (4,55%). La estadificación TNM dividió a las neoplasias de la siguiente manera: 45,45% de T2N0M0, 22,73% de T2N2M0, 18,18% de T1N0M0, 9,09% de T3N0M0, 4,54% de TisN0M0. En cuanto a la necesidad de una reintervención, 16 pacientes requirieron una única resección (72,73%) y 6 pacientes necesitaron una segunda intervención (27,27%). En base a la estadificación se realizó vaciamiento cervical en 18 pacientes (81,82%). Se realizó tratamiento complementario a 3 pacientes con quimioterapia de inducción y radioterapia (13,64%) y a 6 sólo con radioterapia (27,27%). Las principales complicaciones asociadas a la cirugía 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 moderada tasa de complicaciones de la cirugía transoral con láser carbónico en los carcinomas supraglóticos, permite considerar esta técnica quirúrgica como una alternativa efectiva frente a la cirugía abierta clásica para este tipo de tumores.

COMUNICACIONES PÓSTER



14	MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ABSCESO PERIFARÍNGEO Gascón Rubio MC, Díaz de Cerio Canduela P, Calzada Uriondo G.
	Hospital San Pedro. Logroño

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La Mediastinitis Necrotizante Descendente (MND) es una grave infección de la fascia cervical con compromiso mediastínico. Puede originarse como complicación a partir de infecciones supurativas de los espacios perifaríngeos. Clínicamente presenta afectación del estado general, fiebre, dolor y disnea entre otros. El retraso en el diagnóstico y su drenaje incompleto son las principales causas de su elevada letalidad. El diagnóstico se confirma con pruebas de imagen siendo la TC el gold estándar. El germen más frecuentemente aislado es el *Streptococcus Pyogenes* (Betahemolítico grupo A), requiriendo para su tratamiento una doble dimensión, médica y quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 55 años que acude a urgencias por presentar mal estado general, discreta odinofagia e intenso dolor torácico de 48 horas de evolución. En su exploración destaca fiebre elevada y leucocitosis. Una vez descartada la patología coronaria aguda se realiza un TC cervico-torácico donde se valora un absceso en región paralaríngea e hipofaríngea con afectación de pliegue aritenopiglotico y de cartílago hioides con extensión por continuidad a mediastino.

El paciente requirió drenaje quirúrgico así como antibioterapia intravenosa.

RESULTADOS

La evolución del paciente fue buena pudiendo ser dado de alta asintomático y sin secuelas.

CONCLUSIÓN:

Las infecciones profundas del cuello debido a su potencial letalidad requieren de un diagnóstico rápido y protocolización de su manejo. La correcta evolución dependerá de la combinación de tratamiento médico y abordaje quirúrgico intraoral precoces.

15	ENFERMEDAD DE GORHAM Y SARCOMA FIBROMIXOIDE: CASO CLÍNICO Castro Macía, O.; Alonso Párraga, D.; Hamdan Zavarce, M.; Meléndez García, J.M; Rodríguez Acevedo,N.
	Complejo Hospitalario Universitario Vigo

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El sarcoma fibromixoide es una neoplasia maligna de origen mesodérmico muy poco frecuente. Se caracteriza por tener rasgos anatomopatológicos benignos, pero un comportamiento clínico agresivo, en donde las recidivas locales y metástasis no son raras . Describimos el caso clínico desarrollado en un paciente que padecía un Síndrome de Gorham.

CASO CLÍNICO: Varón de 66 años diagnosticado de Síndrome de Gorham (Osteolisis craneal inespecífica) tras un traumatismo facial. Seguía revisiones en el Servicio de ORL por vértigo asociado a acúfeno e hipoacusia izquierda. Acude urgente por presentar tumoración en fosa nasal izquierda de crecimiento rápido que aflora por narina acompañado de insuficiencia respiratoria nasal y dolor ipsilateral. No refiere epistaxis ni cefalea. En la exploración se visualiza gran tumoración que ocupa toda la fosa nasal izquierda, de consistencia fibrosa y de coloración negruzca y no dolorosa a la palpación. Ante los hallazgos se decide realizar biopsia y angio-RMN. Los resultados nos informan de la presencia de una tumoración de origen mesenquimal que afecta a toda la fosa nasal y seno maxilar izquierdo, extendiéndose hacia órbita y etmoides, probablemente sarcoma mixoide. El paciente es intervenido, previa embolización de la maxilar interna y bajo anestesia general, y se procede a la exéresis de la tumoración (degloving y endoscopia) que ocupa toda la fosa nasal izquierda, etmoides anterior, sobresaliendo por coana hacia orofaringe y hacia el exterior por la ventana nasal 4 cm, ocupa todo el seno maxilar extendiéndose hacia fosa infratemporal. Se confirma el diagnóstico de sarcoma fibromixoide de alto grado. Posteriormente se realiza tratamiento radioterápico complementario completando un total de 27 sesiones a 2,48 Gy cada una.

16	¿EPISODIO PROLONGADO DE VÉRTIGO: PERIFÉRICO Ó CENTRAL? Rebeca de la Fuente, Juan Carlos del Pozo, Francisco del Rey, Mateo Jáñez, Santiago Santa Cruz y Ángel Batuecas.
	Hospital Clínico. Salamanca

RESUMEN

Introducción:

La Neuronitis Vestibular consiste en un ataque único de vértigo, de gran intensidad, con una sintomatología concomitante muy llamativa con náuseas y vómitos y una intensa sensación de giro de objetos. La duración del proceso va desde horas a varios días. La etiología suele ser desconocida, aunque es unánime la opinión de que en muchos casos es una infección por virus Herpes simple la causante del proceso.

Puede enmascarar otros procesos de gran importancia, por lo que es fundamental un correcto diagnóstico diferencial.

Caso Clínico:

Varón de 60 años, hipertenso como único antecedente de interés, que acude a urgencias por presentar mareo de 3 días de evolución, con clara sensación de giro de objetos y cortejo vegetativo concomitante. El paciente refiere una gran inestabilidad, con dificultad para la deambulación, llegando incluso a caerse en una ocasión, sin pérdida de conocimiento. Estuvo tomando Sulpirida sin mejoría. Presentó cefalea desde el inicio. Refiere una ligera molestia de carácter inespecífico en ambos oídos.

En la exploración presenta un nistagmo derecho de segundo grado con y sin fijación de la mirada. La prueba de los índices y de Romberg ponen de manifiesto una desviación segmentaria izquierda con ampliación de la base de sustentación en el Romberg. Las pruebas cerebelosas y de pares craneales son normales.

La exploración otológica es normal.

Se decide el ingreso del paciente con el diagnóstico de: Síndrome vestibular periférico deficitario izquierdo compatible con Neuronitis vestibular izquierda. Se administra medicación intravenosa.

El día siguiente al ingreso el paciente presenta una mejoría subjetiva evidente y en la exploración se aprecia un nistagmo de segundo grado pero de dirección izquierda en esta ocasión. Ante el cambio de dirección del nistagmo y pensando en una afectación central se solicita TAC urgente (Fig. 2) en el que se objetiva un infarto cerebeloso en hemisferio derecho de características agudas.

El paciente pasa a ser controlado por Servicio de Neurología y se administra nueva medicación: Ácido Acetilsalicílico.

Se completa estudio de imagen con RMN (Fig.3) que confirma el diagnóstico y con eco-doppler carotídeo que informa de la existencia de múltiples placas de ateroma en ambas carótidas comunes así como arteria vertebral derecha con obstrucción de flujo total.

17	MENINGOCELE TRANSETMOIDAL y MENINGITIS RECURRENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO Ana I. Navazo Eguía. Fernando Garcia Vicario. Enrique Suárez Muñiz. José Manuel Castilla Diez
	Complejo Hospitalario de Burgos

RESUMEN

Introducción: Los meningoceles transetmoidales son raros. El diagnóstico suele ser tardío y se suele realizar por la presencia de meningitis recurrente.

Caso Clínico: Paciente de 10 años con antecedentes de meningitis neumocócica en dos ocasiones. Endoscopia nasal: tumoración en fosa nasal derecha entre cornete medio y septum. TAC: lesión con densidad de partes blandas con disrupción de la cortical adyacente a la "crista gali" derecha. RNM: lesión de componente quístico, con pedículo en fosa craneal anterior. Se realiza craneotomía frontal derecha, extirpando meningocele con orificio de salida en lámina cribosa, posterior cierre con duramadre, hueso propio y pericráneo. Estudio anatomopatológico: tejido fibrovascular a modo de membranas y tejido de aspecto glial.

Discusión: El meningocele intranasal es una malformación rara caracterizada por una herniación de las meninges, a través de un defecto en la lámina cribiforme, hacia la cavidad nasal, debido generalmente a una anomalía congénita, pero que también secundario a traumatismos o hipertensión crónica intracraneal. Más frecuente en determinadas áreas geográficas, sobre todo en el sudeste asiático. Clínicamente, lo más frecuente es obstrucción o masa nasal con o sin meningitis de repetición. En el caso de localización etmoidal debe hacerse diagnóstico diferencial con quiste dermoide, hemangioma, glioma y pólipo nasal. La TC y la RM son fundamentales en el diagnóstico y deben preceder a la biopsia. El tratamiento es quirúrgico con abordaje intracraneal o endoscópico nasal.

Conclusiones:

Ante todo caso de meningitis aguda recidivante, deberían descartarse malformaciones ocultas de la base de cráneo.

18	SIALOMETAPLASIA NECROTIZANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO Ana I Navazo Eguía. Fernando García Vicario. Enrique Suárez Muñiz. M ^l Cruz Gutiérrez Ortega
	Complejo Hospitalario de Burgos

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La sialometaplasia necrotizante (SMN), es una lesión benigna que afecta a las glándulas salivares fundamentalmente en el paladar duro. Se presenta como una úlcera de bordes irregulares, ligeramente elevados y lecho necrótico. El diagnóstico diferencial debe incluir neoplasias malignas.

CASO CLÍNICO: Mujer de 26 años de edad portadora de piercing en la lengua, fumadora, antecedentes de bulimia nerviosa. Presenta úlcera de 2 cm en región posterior del paladar duro de 2 meses de evolución. Estudio analítico normal (incluida serología VIH y sífilis). Estudio histopatológico: glándula accesoria con metaplasia escamosa ductal, hiperplasia pseudoepiteliomatosa y conservación de la arquitectura lobular. Se resolvió espontáneamente en 2 meses.

DISCUSIÓN: La SMN es un proceso inflamatorio necrotizante. Se presenta generalmente como una úlcera localizada en la porción posterior del paladar duro o la unión entre el paladar blando y duro. Se ha asociado a situaciones de isquemia local como traumatismos quirúrgicos, tromboangitis obliterante, prótesis dentales, alcohol, tabaco, consumo de cocaína, y ciertas neoplasias como linfomas, rhabdomyosarcomas o tumor de Warthin. Actualmente se relaciona con la bulimia, debiéndose sospechar en mujeres jóvenes. Es importante descartar neoplasias y procesos infecciosos (tuberculosis o sífilis). También se debe considerar la sialoadenitis necrótica subaguda, proceso inflamatorio agudo inespecífico de causa desconocida, con necrosis focal, sin metaplasia ductal ni hiperplasia pseudoepiteliomatosa. El tratamiento es sintomático y generalmente se resuelve en 2-3 meses.

CONCLUSIÓN: La SMN es una lesión benigna que puede simular una neoplasia. La evolución es hacia la resolución. Debe reconocerse para evitar cirugías innecesarias.

19	COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE UNA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL Rosa Rodríguez Crespo, Enrique Coscarón Blanco, Eva Purificación Martín Garrido, José Luis González
	Complejo Asistencial de Zamora

RESUMEN

Es una realidad desgraciadamente conocida por todos aquellos que nos dedicamos a la medicina y en especial a la actividad quirúrgica, que el catálogo de posibles complicaciones que pueden acaecer es extenso e imprevisible en su variedad y gravedad.

Estas complicaciones pueden tener lugar en cualquier momento de la actividad y en cualquier eslabón de la cadena, siendo necesaria a menudo la perspicacia y colaboración del conjunto de profesionales tanto para su detección como para su tratamiento.

Presentamos un caso de un paciente asintomático sometido a cirugía endoscópica nasosinusal por poliposis en el contexto de un síndrome de Ferdinand-Widal-Felix en las horas previas, con despertar sumamente violento y agitado, achacado a su patología de base, que refiere desaparición de un implante dental. El estudio radiográfico demuestra su ubicación esofágica media.

Sus características morfológicas condicionan que no sea susceptible de extracción por el Endoscopista de guardia, siendo requerida la actuación del Servicio de ORL.

Comunicaciones libres del XVIII Congreso. Zamora 28 y 29 de mayo de 2010

20	INUSUAL CASO DE TUMORACIÓN CERVICAL Enrique Coscarón Blanco, Eva Purificación Martín Garrido, Soledad Suárez Ortega, Mar de Prado San José, Inmaculada Ursúa Sarmiento
	Complejo Asistencial de Zamora

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente que acude a Urgencias en diversas ocasiones por cuadro de dolor y tumoración submental dolorosa dura y firmemente adherida a piel, de varios meses de evolución, de crecimiento progresivo sin fiebre ni odinodisfagia. Ha recibido diversos tratamientos sin resultado satisfactorio y es remitido a Urgencias ORL para estudio y tratamiento con la sospecha de posible tularemia – neoplasia sobreinfectada dado que trabaja en el campo . No refería antecedente traumático. La realidad demostró una sorprendente etiología: cuerpo extraño de entrada no conocida.



21	DISNEA SECUNDARIA A MEMBRANA LARÍNGEA IDIOPÁTICA NO CONOCIDA Enrique Coscarón Blanco, Eva Purificación Martín Garrido, M" Elvira Santos Pérez, Miriam González Sánchez, José Luis Blanco García
	Complejo Asistencial de Zamora

RESUMEN

La presencia de membranas en vías aerodigestivas puede tener diversas explicaciones. Cuando se diagnostican en la infancia, su origen suele ser congénito, manifestándose por disnea más o menos acentuada y solucionándose quirúrgicamente en etapas precoces de la vida. Históricamente, cuando aparecían en adultos, solía identificarse una etiología diftérica. Otras veces en la anamnesis se referían antecedentes de traumatismos, cirugía o exploraciones realizadas intempestivamente. Es excepcional la presencia de una membrana en un paciente sin antecedentes de este tipo y con disnea de esfuerzos conocida desde siempre y con un timbre de voz "peculiar". Presentamos el caso clínico de un varón joven afecto de disnea de esfuerzo, al que se le objetivó una membrana laríngea y su tratamiento mediante bisturí laser de CO₂ que si bien no modificó su voz, si le permitió una mayor complianza dinámica en su actividad física y deportiva



22	¿PRODUCE VÉRTIGO LA ENSEÑANZA? Del Pozo de Dios, JC; Estévez Alonso, B; Batuecas Caletrio, A
	Hospital Clínico. Salamanca

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.

- La dehiscencia de conducto semicircular superior se define como la ausencia de cobertura ósea sobre dicho conducto en la zona más próxima a la duramadre de la fosa cerebral media. Su presentación clínica más frecuente son los episodios de vértigo u oscilopsia secundarios a sonidos intensos, cambios de presión en el CAE transmitidos al oído medio o maniobras de Valsalva.

MATERIAL Y MÉTODOS.

- Se presenta el caso de una mujer de 46 años, profesora de Educación Física, que refiere presentar episodios de vértigo de corta duración en relación con sonidos intensos (al hacer sonar el silbato durante las clases). Refiere además leve pérdida auditiva bilateral de años de evolución. No refiere episodios de otalgia ni otorrea, ni tampoco acúfenos ni plenitud ótica.

RESULTADOS.

- Se realiza ATL apreciándose normoacusia bilateral, pero durante la realización de la misma se aprecian episodios de vértigo con nistagmo en frecuencias de 1000-3000 Hz a partir de 100 db de intensidad. La impedanciometría refleja curvas tipo A bilaterales con reflejos. La videonistagmografía no muestra alteraciones de interés, pero se aprecia un nistagmo rotatorio izquierdo al estimular con el silbato que aportaba la paciente. El TC de peñascos objetiva dehiscencia distal bilateral de canales semicirculares superiores.

CONCLUSIONES.

- El diagnóstico de la DCSS se basa en la historia clínica, los hallazgos de la exploración física y la confirmación radiológica. El tratamiento definitivo de estos pacientes es quirúrgico, y estará indicado cuando el cuadro clínico sea incapacitante para el paciente.

23	PRESENTACIÓN DE UN LINFOEPITELIOMA AMIGDALAR COMO TUMOR QUÍSTICO YUGULODIGÁSTRICO Roberto García Zornoza, Leticia Acle Cervera, Paloma Eza Nuñez, Rocío González Aguado, Carmelo Morales Angulo
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander	

RESUMEN

Introducción :

Paciente de 52 años como antecedentes de interés destaca hábito tabaquico, Hipertensión Arterial. Acude a consultas por presentar una tumoración a nivel yugulodigástrica derecha, no adherida a planos profundos. El estudio ORL mediante fibroendoscopia fue normal. Se realizó estudio radiológico informado de masa hipodensa de contornos bien definidos de 2x2x3 cm sugestiva de quiste branquial. Se realiza extirpación quirúrgica objetivándose la lesión quística y con resección completa. El resultado anatómo-patológico fue metástasis quística por carcinoma indiferenciado. Se realizan biopsias a ciegas de cavum, seno piriforme y amígdala, siendo la biopsia amigdalare informada como linfopitelioma .

Conclusión

El quiste branquial se suele localizar profundamente al músculo esternocleidomastoideo, tienen su origen en el desarrollo embrionario a partir de restos de arcos branquiales, pero en pacientes de edad avanzada y con factores de riesgo como tabaco y alcohol, pueden ocultar un proceso carcinógeno.

24	GRANULOMA A CUERPO EXTRAÑO EN MÚSCULO MASETERO Tejero Cavero, M; Ibáñez Muñoz, C; Díaz de Cerio Canduela, P; Gascón Rubio C; Preciado López, J.
	Hospital San Pedro – Logroño

RESUMEN

INTRODUCCION

La incidencia de los granulomas a cuerpo extraño faciales ha aumentado en los últimos años por la aplicación local de cosméticos e inyección de sustancias exógenas. En este caso se trata de un granuloma a cuerpo extraño por un fruto seco cuya incidencia es escasa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un varón de 71 años que acude a urgencias por presentar una tumoración en región parotídea derecha de 2 días de evolución, indurada y dolorosa a la palpación. Análíticamente destaca una leucocitosis con desviación a la izquierda y una PCR de 268. Ingresa en nuestro servicio con sospecha de parotiditis aguda. En las pruebas de imagen (TAC, RNM) nos informan que existe un aumento del músculo masetero derecho con captación heterogénea en su interior sugiriendo necrosis o focos quísticos, bordes bien delimitados y sin infiltración de estructuras adyacentes. Se decide toma de biopsia y cultivo de músculo masetero bajo anestesia general. El resultado anatomopatológico fue: "inflamación aguda y crónica con histiocitos y células gigantes a cuerpo extraño, con ausencia de células malignas". El paciente admite abrir nueces utilizando los molares. Se decide como actitud terapéutica, exéresis de la lesión quedando el paciente asintomático.

RESULTADOS

El paciente tras la exéresis quirúrgica de la lesión tuvo una evolución favorable y actualmente permanece asintomático.

CONCLUSIÓN

La aparición de tumoraciones a nivel del músculo masetero puede atribuirse a la reacción granulomatosa por cuerpo extraño exógeno (en este caso un fruto seco) y tras realizar un diagnóstico diferencial entre distintas patologías, la mejor opción terapéutica a seguir es la exéresis quirúrgica de la lesión.

25	HAMARTOMA CONDROMESENUIMAL NASAL (NCMH) EN PACIENTE DE 27 AÑOS Acle Cervera L., Eza Núñez p., González Aguado R, García Zornoza R, Rodríguez Iglesias J., Ondiviela Gracia R., Rama Quintela J.A.
	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

RESUMEN

El Hamartoma condromesenquimal nasal es una lesión benigna muy inusual y predominantemente pediátrica. Su patogenia se desconoce, Su clínica más habitual es la obstrucción nasal, presentando con frecuencia una extensión a los senos paranasales y base de cráneo. Generalmente no recidiva a diferencia del pólipos nasosinusal. Es importante un diagnóstico precoz para evitar su expansión así como un diagnóstico patológico inequívoco para evitar ser confundido con una tumoración maligna evitando tratamientos más agresivos. Se desconocen casos de transformación maligna. Se presenta un caso con el diagnóstico más tardío hasta ahora conocido para este tipo de lesión en el área nasal.



26	LEIOMIOSARCOMA DE LARINGE Acle Cervera L., Eza Núñez p., González Aguado R., García Zornoza R, Rubio Suárez A, Mayorga M., Rama Quintela J.A
	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

RESUMEN

El Leiomioma es un tumor maligno localizado normalmente en el tracto gastrointestinal, útero y retroperitoneo, pero raramente involucrado en región de cabeza y cuello. El leiomioma de laringe es extremadamente raro y se desarrolla del músculo liso de los vasos.

Leiomioma de laringe es un tumor raro cuyo principal tratamiento es la extirpación local. El pronóstico de supervivencia es prácticamente desconocido por los pocos casos publicados a día de hoy. Se presenta un caso de un paciente con la lesión descrita cuya resección ha supuesto la supervivencia después de 6 años.

