



Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios

Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
revistaorl@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Javier Martínez Subías (Soria)

Pablo Casas Rodera (León)

Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)

María Jesús Velasco García (Ávila)

Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)

José Luis Alonso Treceño (Palencia)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)

Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)

Luis Lassaleta Atienza (Madrid)

Francisco García Purriños (Murcia)

José Luis Llorente Pendás (Asturias)

Constantino Morera Pérez (Valencia)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Resúmenes de comunicaciones

Comunicaciones libres del XX Congreso. Logroño (La Rioja), 25 y 26 de Mayo de 2012

Free papers of the XX Congress. Logroño (La Rioja), 2012 25th and 26th May

Publicado:
17/06/2012

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Referencia del artículo:

Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja. Comunicaciones libres del XX Congreso. Logroño (La Rioja), 25 y 26 de Mayo de 2012. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012; 3.Supl.3:1-32

Comunicaciones libres del XX Congreso. Logroño (La Rioja), 25 y 26 de Mayo de 2012

Resumen

Resúmenes de las comunicaciones orales y pósters presentados en el XX Congreso regional de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja celebrado los días 25 y 26 de mayo de 2012 en Logroño (La Rioja), España.

Palabras clave: CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA; AMÍGDALA; ESTAPEDECTOMÍA; HIPOACUSIA; BAHA; IMPLANTES COCLEARES; TIROIDES; PARATIROIDES; VOZ; HIPOACUSIA; FISTULA LCR; CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL; SENOS PARANASALES ; COLESTEATOMA; PLASMOCITOMA; ESTILOIDES ELONGADA; PAROTIDITIS; LINFOMA; TIROPLASTIA; POLIPOSIS NASOSINUSAL; ANEURISMA; RADIOFRECUENCIA; FÍSTULA ARTERIOVENOSA; OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA

Free papers of the XX Congress. Logroño (La Rioja, Spain), 25 and 26 May 2012

Summary

Abstracts of oral communications and posters submitted in the XX Regional Congress of the ENT Society of Castilla y León, Cantabria and La Rioja celebrated on 25 and 26 May 2012 in Logroño (La Rioja), Spain.

Keywords: RECONSTRUCTIVE SURGERY; AMYGDALA; STAPEDECTOMY; HEARING LOSS; BAHA; COCHLEAR IMPLANTS; THYROID; PARATHYROID; VOICE; HEARING LOSS; CSF FISTULA; ENDOSCOPIC SINUS SURGERY; SINUS; CHOLESTEATOMA; PLASMOCYTOMA; ELONGATED STYLOID; MUMPS; LYMPHOMA; THYROPLASTY; SINONASAL POLYPOSIS; ANEURYSM; RADIOFREQUENCY; ARTERIOVENOUS FISTULA; OSTEOGENESIS IMPERFECTA

Índice

página

| | |
|---|--------------|
| Resúmenes de las comunicaciones orales | 4-16 |
| <ul style="list-style-type: none"> • COMPENSACIÓN VESTIBULAR Y NORMALIZACIÓN DEL REFLEJO VESTIBULO-OCULOMOTOR TRAS LA CIRUGÍA DEL SCHWANOMA VESTIBULAR. • ANESTESIA EN ORL. ACTUALIZACIÓN Y REVISIÓN. • ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA VALORADA EN LA UNIDAD DE FONIATRÍA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2012. • CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EN CABEZA Y CUELLO CON COLGAJOS LIBRES. • TONSILOLITO PALATINO GIGANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO. • AUSENCIA CONGENITA BILATERAL DEL ESTRIBO. A PROPÓSITO DE UN CASO • REHABILITACIÓN AUDITIVA CON IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS (BAHA) EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID, NUESTRA EXPERIENCIA • IMPLANTES COCLEARES BILATERALES EN POBLACIÓN INFANTIL: ADQUISICIÓN DE LA BINAURALIDAD. • ANÁLISIS DE VOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A TIROIDECTOMÍA. • CIERRE ENDOSCÓPICO DE FISTULAS LCR. Nuestra experiencia • COLESTEATOMA PRIMARIO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO • CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PEDIÁTRICA (PRESS) PARA LA RINOSINUSITIS • INESTABILIDAD Y FLUCTUACIÓN CÓCLEOVESIBULAR SECUNDARIO A UNA HIDROCEFALIA • BARBARISMOS Y TÉRMINOS ERRÓNEOS EN EL LENGUAJE MÉDICO | |
| Resúmenes de los pósters | 17-32 |
| <ul style="list-style-type: none"> • PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR EN BASE DE LENGUA • SÍNDROME DE EAGLE. A PROPÓSITO DE UN CASO • PAROTIDITIS RECURRENTE JUVENIL. SERIE DE CASOS • LINFOMA PRIMARIO BILATERAL DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA • TIROPLASTIA TIPO I DE ISSHIKI MODIFICADA. COMO LO HACEMOS. • DISNEA SEVERA POR PÓLIPO GIGANTE ANTROCOANAL • PARÁLISIS RECURRENCIAL IZQUIERDA SECUNDARIA A ANEURISMA DEL CAYADO AÓRTICO • HALLAZGO CASUAL DE GRAN TUMORACION PARAFARÍNGEA EN PACIENTE CON ADENOMA PARATIROIDEO. • EVALUACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE CORNETES CON RADIOFRECUENCIA. • PROPTOSIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LINFOMA NO HODKING EN EL MARCO DE INMUNOSUPRESIÓN POST-TRASPLANTE • FÍSTULA AV EPICRANEAL POSTRAUMÁTICA Y TRATAMIENTO ESCLEROSANTE LOCAL. CASO CLÍNICO • HIPOACUSIA Y MALFORMACIÓN DE OÍDO INTERNO • HIPOACUSIA SÚBITA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE • HETEROGENEIDAD EN LA CLÍNICA AUDITIVA EN PACIENTES CON MUTACIÓN EN EL GEN COL 1A1 (OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA) • BOCIO ENDOTORÁCICO: ¿TRAQUEOTOMÍA? • ESPACIO PTERIGOIDEO: CURIOSA LOCALIZACIÓN DE ADENOMA PLEOMORFO • CILINDROMA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. ABORDAJE QUIRÚRGICO • SIALOADENITIS CRÓNICA ESCLEROSANTE (TUMOR DE KÜTTNER). A PROPÓSITO DE UN CASO | |



Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

CONGRESO 2012. LOGROÑO 25-26 de mayo.



Comunicaciones orales

COMPENSACIÓN VESTIBULAR Y NORMALIZACIÓN DEL REFLEJO VESTIBULO-OCULOMOTOR TRAS LA CIRUGÍA DEL SCHWANOMA VESTIBULAR.*ANGEL BATUECAS CALETRÍO(*), ANGEL MUÑOZ HERRERA(*), SANTIAGO SANTA CRUZ RUIZ(*), ANGEL MAILLO(**), PABLO SOUSA(**), ALVARO OTERO(**)*

(*) Unidad de Base de Cráneo. Servicio de ORL y PCF. Hospital Universitario de Salamanca

(**) Unidad de Base de Cráneo. Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario de Salamanca

abatuc@yahoo.es**Resumen**

Introducción-objetivos: La cirugía del Schwannoma vestibular conlleva una serie de secuelas. La más frecuente y más incapacitante desde el punto de vista de los pacientes es el desequilibrio. Pero no todos los pacientes refieren el mismo grado de desequilibrio tras la cirugía. Con el presente estudio se pretende analizar cuáles son los factores preoperatorios que influyen de una forma más directa en una mejor o mas lenta compensación vestibular tras la cirugía del Schwannoma vestibular, así como certificar mediante el registro del reflejo vestibulo-oculomotor cómo se produce ese proceso.

Material y métodos: Se estudian 24 pacientes intervenidos de Schwannoma vestibular entre 2008 y 2010. Se realiza estudio otoneurológico completo preoperatoriamente y se registra la vertical subjetiva y el DHI al alta, al mes, a los tres meses y a los seis meses. Asimismo se realiza estudio del reflejo vestibulo-oculomotor mediante vHIT pasado más de un año y se compara con estudios semejantes en pacientes recién operados.

Resultados: La edad, el sexo o el tamaño tumoral no se relacionan con el proceso de compensación vestibular ($P>0.05$). Un mayor déficit vestibular en la prueba calórica preoperatorio implica una más pronta compensación vestibular del desequilibrio postoperatorio tanto de forma objetiva (Vertical subjetiva) ($P<0.05$) como de forma subjetiva (DHI) ($P<0.05$). En el vHIT se aprecia una desaparición de sacadas intermedias en el proceso de compensación vestibular.

Discusión: De acuerdo a literatura previa, una mayor afectación de la vía vestibular, puesta de manifiesto a través de la prueba calórica es un buen factor predictor del desequilibrio posterior a la cirugía. Así los pacientes con poca afectación de la prueba calórica preoperatoriamente tardarán más tiempo en compensar el déficit vestibular. Este dato se pueda monitorizar con la respuesta del paciente ante la maniobra oculocefálica durante el postoperatorio.

Conclusiones: La paresia canalicular previa a la cirugía del Schwannoma vestibular se relaciona de forma directa con la velocidad de compensación vestibular tras la cirugía y este proceso se puede monitorizar a través de la prueba del vHIT

Palabras clave: Schwannoma vestibular, compensación vestibular, vng, DHI, Vertical subjetiva, vHIT

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

ANESTESIA EN ORL. ACTUALIZACIÓN Y REVISIÓN.*Ignacio Armendáriz Buil; María Cristina Gascón Rubio; Félix Lobato Solares*

F.E.A. Anestesiología y Reanimación. Hospital General San Jorge. Huesca.

nachoarm80@hotmail.com**Resumen**

Introducción y objetivos: La anestesia en ORL tiene particularidades que el anestesiólogo debe conocer y dominar. El objetivo de esta comunicación es actualizar los conocimientos acerca de las particularidades de la anestesia en ORL y transmitir al otorrinolaringólogo en qué medida su participación puede ayudar al éxito de la anestesia.

Material y Métodos: Análisis y síntesis de la información encontrada tras buscar en las bibliotecas medline, embase y Cochrane, dónde están indexadas las revistas más importantes de anestesiología y ORL.

Resultados: La permeabilidad de las vías respiratorias es la principal preocupación del anestesiólogo en ORL. El anestesiólogo debe dominar las distintas técnicas de vía aérea difícil. La intubación con fibroendoscopio es el gold estándar en vía aérea difícil conocida. El 76% de las hemorragias tras amigdalectomía son antes de la 4ª hora. Una PAM < 70 mmHg no ha demostrado disminución de la hemorragia en cirugía del oído. El sugammadex es un nuevo fármaco de gran utilidad en la anestesia para microcirugía endolaríngea. En cirugía mayor de las vías respiratorias superiores debe valorarse la extubación conjuntamente.

Discusión: clásicamente, el quirófano de ORL no gusta a los anestesiólogos al tener que compartir el campo de trabajo con los otorrinolaringólogos. Una valoración conjunta y una buena comunicación minimizan riesgos y establecen una relación de confianza mutua.

Conclusiones: La permeabilidad de las vías aéreas y el momento de la extubación deben valorarse conjuntamente. La comunicación anestesiólogo-ORL minimiza riesgos y optimiza la técnica anestésica y quirúrgica.

Palabras clave: vía aérea difícil; nasofibroendoscopia; hemorragia; hipotensión controlada; extubación

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA VALORADA EN LA UNIDAD DE FONIATRÍA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2012.*Maria Elvira Santos y Pérez*

Médico Foniatra. Hospital Virgen Concha del CAZA, Zamora.

esantosp@saludcastillayleon.es**Resumen**

Introducción: Presentamos este estudio de la actividad del primer trimestre del año de la consulta de Foniatría del Hospital Virgen de la Concha de Zamora

Material y Métodos: Se elabora un estudio estadístico.

Resultados: Número total de pacientes valorados: 244, siendo 137 (56,15%) los que acudían por vez primera y 107 (43,85%) los evaluados previamente. De ellos, 139 (56,97%) presentaron patología vocal y 105 (43,3%) patología del lenguaje. 38 pacientes (15,57%) fueron remitidos desde Foniatría para recibir tratamiento logopédico en el hospital. La patología vocal ocupa el 86,84% (de los 38 remitidos), siendo 32 el número de disfonías, 19 (59,37%) orgánicas, (de éstas 10,52% correspondían a profesionales de la voz); 9 fueron microcirugías laríngeas (28,13%) y 4 disfonías funcionales (12,5%).

De la patología del Lenguaje valorada médicamente en Foniatría, sólo el 4,76% es remitida a Logopedia hospitalaria, el 95,24% restante es enviado a los Centros Escolares, siendo los Maestros especialistas en A-L. los responsables de su rehabilitación (según orden de NEE de 1992).

Conclusiones: 1.- La cantidad de pacientes valorados por vez primera en al consulta médico foniatrica es superior al de revisiones.

2.- Predomina el porcentaje de patología Vocal evaluada, pero la diferencia con la del Lenguaje se va acortando a medida que los Pediatras tienen conocimiento de esta actividad médica.

3.- El número de pacientes incluidos en rehabilitación logopédica es significativamente inferior a los estudiados foníatricamente.

4.- La terapéutica Vocal predomina a nivel hospitalario y la del Lenguaje en Centros escolares.

Palabras clave: Foniatría; Disfonía; Alteraciones desarrollo del lenguaje; Disfemia; Afasia; Laringectomía

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EN CABEZA Y CUELLO CON COLGAJOS LIBRES.

TERESA COLLAZO LORDUY

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

tcollazolorduy@gmail.com**Resumen**

Introducción: Las técnicas reconstructivas en la cirugía de cabeza y cuello han ido evolucionando ligadas a las técnicas de exéresis y a los problemas funcionales y estéticos que de ellas se derivaban. En el momento actual la reconstrucción microquirúrgica se acepta como el *gold standard* en la reconstrucción de cabeza y cuello después de las extirpaciones tumorales.

Los colgajos libres permiten una mayor funcionalidad, con mejores resultados estéticos y se asocian a una menor comorbilidad de la zona donante.

Material y métodos: En este trabajo vamos a revisar las principales indicaciones y los tipos de colgajos más frecuentemente utilizados siguiendo los pasos que se indican a continuación:

- Valorar las características del defecto.
- Preparación de los vasos receptores.
- Seleccionar el tipo de colgajo que vamos a usar y su disección.
- Microsutura.
- Cuidados postoperatorios.

Conclusiones: Los avances en la cirugía reconstructiva han dado a los cirujanos la posibilidad de mejorar las exéresis quirúrgicas aumentando las posibilidades de supervivencia. Además, al obtener mayor funcionalidad y mejores resultados estéticos, ha aumentado también la calidad de vida de los pacientes. Ante cualquier exéresis oncológica debe intentarse siempre dar la máxima funcionalidad y los mejores resultados estéticos.

Palabras clave: Cirugía reconstructiva; colgajos libres; anastomosis microquirúrgica; colgajo radial; colgajo anterolateral de muslo; colgajo de peroné.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

TONSILOLITO PALATINO GIGANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Francisco Javier del Rey Tomás-Biosca, Mahfoud El Uali Abeida, José Javier Martínez Subías, María Dolores Hernández Caballero, Ricardo Heras Domínguez, José Ángel Garzón Calles.

Licenciado Especialista en ORL.

Hospital Santa Bárbara, Complejo Hospitalario de Soria (Soria, España)

reyfj@hotmail.com

Resumen

INTRODUCCIÓN: Los tonsilolitos son concreciones o cálculos de sales calcificadas alojadas en las criptas amigdalinas. Su origen se asocia a la retención de material en las criptas favorecido por colonización bacteriana, a la estasis salivar en glándulas salivares menores y a la calcificación de colecciones abscesificadas. Se presenta habitualmente en adultos jóvenes y el cuadro clínico puede ser inespecífico o caracterizarse por halitosis, odinofagia y sensación de cuerpo extraño, orientando de esta manera el diagnóstico las pruebas de imagen como la radiografía simple o la TC. Será conveniente realizar un diagnóstico diferencial con la hipertrofia amigdalina o con procesos como amigdalitis agudas y crónicas, abscesos, neoplasias y enfermedades granulomatosas y el tratamiento de elección será siempre quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 66 años que consulta por clínica de odinofagia y otalgia refleja derecha de intensidad progresiva de meses de evolución. El examen físico puso de manifiesto una hipertrofia discretamente asimétrica de la amígdala palatina derecha con la presencia en una cripta amigdalina de una masa dura de tonalidad grisácea de consistencia dura a la palpación. Se solicitó una TC convencional y una reconstrucción tridimensional, cuyas imágenes mostraron una imagen calcificada de 3,5 x 2 cm alojada en la amígdala palatina derecha. El tratamiento que se decidió llevar a cabo fue la amigdalectomía derecha.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Los tonsilolitos de gran tamaño no son hallazgos habituales en la práctica diaria pero su presentación clínica, en ocasiones inespecífica, nos obliga a establecer un correcto diagnóstico diferencial para realizar una abordaje terapéutico adecuado.

Palabras clave: tonsilolito; amígdala; cálculo

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

AUSENCIA CONGENITA BILATERAL DEL ESTRIBO. A PROPÓSITO DE UN CASO*Ibáñez Muñoz, C.; Pérez Sáez, J.; Navazo Eguía, A.I.; Arroyo Vecilla, A.*

Hospital General Yagüe de Burgos

crisibi82@hotmail.com**Resumen**

INTRODUCCIÓN: Las malformaciones congénitas del oído medio se clasifican en mayores y menores. Las menores incluyen anomalías en las estructuras del oído medio, mientras que las mayores engloban alteraciones en el oído medio, externo y pabellón auditivo.

Las alteraciones osiculares pueden ocurrir con una membrana timpánica y CAE normales debido a que derivan de diferente origen embriológico.

Una hipoacusia transmisiva no progresiva, con tímpano normal, sin antecedentes de traumatismo o infecciones, es sugestiva de malformaciones osiculares.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 27 años en seguimiento en consultas externas por hipoacusia de transmisión moderada-severa bilateral desde los 5 años, confirmada mediante audiometría, impedanciometría y PEATC.

A los 17 años se completa el estudio con una TC que informa de otosclerosis bilateral y se realiza estapedectomía OD, y diez años más tarde en OI, observando en ambos una ausencia del estribo y ventana oval, con la porción timpánica del nervio facial tapando la zona que correspondería a la ventana oval.

RESULTADOS: Tras la intervención quirúrgica, la recuperación auditiva es completa con una GAP de 10 en ambos oídos.

DISCUSIÓN: Las anomalías congénitas osiculares sin malformaciones del oído externo son inusuales. La más frecuente de ellas es la fijación del estribo. Nuestro caso se trata de una malformación tipo 5c según la clasificación de Teunissen and Cremers (1993) con ausencia de estribo y ventana oval, con una posición anómala del nervio facial.

Palabras clave: Estapedectomía, hipoacusia, nervio facial, estribo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

REHABILITACIÓN AUDITIVA CON IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS (BAHA) EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID, NUESTRA EXPERIENCIA

Tavárez Rodríguez JJ, Morais Pérez D. Benito Orejas JI, Millas Gómez T, Mena Domínguez EA, Bauer M.

Servicio ORL-PCF Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

jtavarez98@yahoo.es**Resumen**

INTRODUCCIÓN: En 1977 Tjellstrom y Granstrom introdujeron una ayuda auditiva adaptada en un implante de titanio en el hueso temporal, Bone-Anchore Hearing Aid (BAHA), y con esto se inicio el uso de un dispositivo para amplificación y restauración de la audición en ciertas condiciones donde la amplificación convencional tenía problemas o no era la adecuada.

El BAHA está indicado en pacientes con hipoacusias transmisivas, mixtas o neurosensoriales unilaterales, que no puedan ser corregidas quirúrgicamente o no toleren la adaptación de audífonos tradicionales, en tales casos como: atresias aurales, otosclerosis, cavidades húmedas o grandes, otitis externas crónicas, canales estrechos y oídos únicos. Los procesadores Compact y Divino, llamados hoy día BP100 y BP 110 respectivamente. Están indicados en pérdidas auditivas con umbral tonal puro por vía ósea de hasta 45 dBs; para el modelo Cordelle II, las pérdidas pueden ser hasta de 70 dBs con una discriminación bisilábica > 60 % en el mejor oído³.

MATERIAL Y METODO: Se trata de un estudio retrospectivo, de los pacientes implantados con el dispositivo osteointegrado BAHA en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESULTADOS: El 58% de la muestra son mujeres, la edad media de implantación fue de 63 años, el 68% de los pacientes están afectados por hipoacusias mixtas con cavidades quirúrgicas, el 26% hipoacusia mixta con OMC bilateral, y un 6% hipoacusia NS por neurectomía vestibular por Enfermedad de Meniere. Los umbrales tonales liminares medios preoperatorios vía aérea de nuestros pacientes fueron 74, 74, 71, 81dBs para las frecuencias de 500, 1.000, 2.000 y 4.000 Hz respectivamente y de 33, 35, 49, 52dB para la vía ósea. Los umbrales tonales liminares medios postoperatorios vía aérea en campo libre de nuestros pacientes fueron de 45, 36, 39, 67dBs a las frecuencias de 500, 1.000, 2.000 y 4.000 Hz, respectivamente. El porcentaje de pérdida auditiva media para muestra fue de un 77% basándonos en los criterios de pérdida auditiva American Medical Association (AMA). La ganancia promedio en la audiometría de campo libre con el implante se obtuvo mediante la diferencia del porcentaje de pérdida auditiva previa al implante y con el implante; siendo para todas las frecuencias de 29 dBs y desglosado por frecuencias conversacionales (0,5 a 4 kHz) fue de 29, 38, 30, 20 dBs. En la logaudiometría se consiguió un porcentaje medio de discriminación del 80% a una media de 49dBs

DISCUSIÓN: Los pacientes implantados con un dispositivo BAHA suelen ser pacientes con cavidades quirúrgicas abiertas, o bien afectados de OMC benignas con otorreas incoercibles, o por último, enfermedades del oído externo, que no toleran el audífono convencional. Suelen estar afectados de hipoacusias transmisivas o mixtas con buena reserva coclear. Resultados ya muy contrastados en los últimos años^{1,2} demostrando que estos dispositivos conducen a una mejor adaptación al medio sonoro y una clara mejora de la calidad de vida. En definitiva, la mayoría de estudios, así como nuestra experiencia, indican que el BAHA es una opción terapéutica muy aconsejable y a considerar en este perfil de pérdida auditiva⁷.

Palabras clave: Hipoacusia, BAHA, osteointegrado**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses

IMPLANTES COCLEARES BILATERALES EN POBLACIÓN INFANTIL: ADQUISICIÓN DE LA BINAURALIDAD.

Ángel Ramos-Macías, Leopoldo Deive-Maggiolo, Ovidio Artilles-Cabrera, Rocío González-Aguado (ponente), Silvia A Borkoski-Barreiro, Elizabeth Masgoret-Palau, Juan C Falcón-González, Jorge Bueno-Yanes

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria
rocigonzagua@gmail.com

Trabajo realizado en la estancia becada por la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León Cantabria y La Rioja

Resumen

Introducción y objetivos: Numerosos estudios han señalado el beneficio de los implantes cocleares bilaterales en la adquisición de la binauralidad y la bilateralidad. En los niños portadores de un implante coclear ¿se conseguiría adquirir la binauralidad tras un segundo implante? ¿Cuándo sería el momento ideal para implantarlos? El objetivo del estudio es analizar el efecto binaural en niños con implantes bilaterales y analizar las diferencias entre sujetos implantados de manera simultánea y de manera secuencial con un intervalo corto y otro largo.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 90 pacientes implantados con una edad de entre 1 y 2 años (la primera cirugía), entre 2000 y 2008. 25 niños eran usuarios unilaterales y 65 bilaterales, 17 implantados simultáneamente, 29 implantados de forma secuencial, realizándose el segundo implante antes del año (corto periodo interimplante) y 19 secuenciales en los que el segundo implante se realizó posteriormente al año de la primera cirugía (largo periodo interimplante). A todos se les realizó test de percepción verbal en silencio, en ruido y una audiometría tonal liminar.

Resultados: El test de percepción en silencio mostró una discriminación del 88,24% en los simultáneos, los secuenciales de corto periodo de 82,59% y los de largo periodo de 80,00%. ($p>0,05$). En el test con ruido los simultáneos un 82,53%, los de corto periodo de 74,14% y los de largo periodo 70,79%, ($p<0,05$).

Conclusiones: Los implantados simultáneamente y los secuenciales de corto periodo adquirieron las ventajas de la binauralidad.

Palabras clave: Implantes cocleares; bilateral; binaural; simultánea; secuencial.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

ANÁLISIS DE VOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A TIROIDECTOMÍA.

Teresa Millás Gómez, Eduardo Mena Domínguez, Juan José Tavárez Rodríguez, Jose Antonio Cámara Arnaz, Jaime Santos Pérez, Dario Morais Pérez.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

teresita_00@hotmail.com

Resumen

INTRODUCCIÓN: Durante la cirugía del tiroides se visualizan e intentan preservar los nervios que dan motilidad a las cuerdas vocales: el nervio laríngeo superior (músculo cricotiroideo) y nervio laríngeo recurrente (resto de musculatura intrínseca de la laringe).

El objetivo de este estudio es valorar el impacto de la cirugía tiroidea en la voz del paciente a corto y medio plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se lleva a cabo un estudio con 20 pacientes elegidos al azar que van a ser sometidos a tiroidectomía (hemitiroidectomía o tiroidectomía total) y que no hubieran sido intervenidos previamente del tiroides.

Se realizará un estudio de voz antes de la cirugía, entre los días tercero y quinto postquirúrgicos y a los 3 meses de ésta.

Dicho estudio consistirá en una valoración subjetiva por parte del paciente (Voice Handicap Index), subjetivo por parte del explorador (escala GRABS), videolaringoestroboscopia y análisis acústico.

RESULTADOS: El análisis de voz en nuestra muestra, refleja que las diferencias entre la exploración antes y después de la cirugía son puntuales, y la mayoría han desaparecido en la exploración a los 3 meses. Además, la gran parte de las alteraciones que persisten, lo son en la valoración subjetiva VHI.

CONCLUSIÓN: En nuestra casuística, a pesar de tener una muestra limitada, la tiroidectomía no tiene un impacto significativo en la voz del paciente cuando son preservados los nervios laríngeos superior y recurrente.

Palabras clave: Tiroidectomía; análisis de voz; análisis acústico

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

CIERRE ENDOSCOPICO DE FISTULAS LCR. Nuestra experiencia

Eduardo Mena Domínguez, Jaime Santos Pérez, Michael Bauer, María Consolación Martín Pascual, Teresa Millás Gómez, Juan José Tavárez Rodríguez, Darío Morais Pérez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

jsp002@gamil.com

Resumen

INTRODUCCION: Las fístulas de líquido cefalorraquídeo (LCR) son el resultado de una solución de continuidad entre la duramadre y La aracnoides. Si la fuga de LCR se produce a través de las fosas nasales, ésta se denomina rinolicuorrea.

MATERIAL Y METODOS: Se presenta un estudio retrospectivo de las fístulas LCR nasales intervenidas mediante cirugía endoscópica nasosinusal en nuestro servicio. Se analiza los resultados obtenidos, clínica, etiología, diagnóstico, tipo de cierre realizado y complicaciones.

RESULTADOS: El número de fístulas LCR intervenidas fue de 33, siendo el abordaje endoscópico en 31 y combinado en 2. En 5 pacientes se detectó, además de rinolicuorrea, neumoencéfalo en el momento del diagnóstico y otros 5 debutaron con meningitis. La etiología fue iatrogénica en 24 casos, en 4 traumática y en 5 espontánea. El tipo de cierre fue overlay en 9 casos, underlay-overlay en 22 y con triple capa en 2 casos. El material utilizado fue muy diverso y no se empleó en ningún caso fluoresceína intratecal intraoperatoria. Se consiguió el cierre de 31 fístulas (93,9%). Se produjeron 2 meningitis tras cirugía hipofisaria y una celulitis orbitaria recidivante en un paciente con fístula frontal postraumática.

CONCLUSION/DISCUSSION: El tratamiento de las fístulas LCR es su cierre quirúrgico. El abordaje endoscópico nasal consigue una tasa de éxito muy elevado. El tipo de cierre y el material empleado no parecen ser determinantes en el éxito quirúrgico. El uso de fluoresceína puede reservarse a casos en que no sea posible la localización del defecto dural.

Palabras clave: Rinolicuorrea; LCR; Cirugía endoscópica nasosinusal

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

COLESTEATOMA PRIMARIO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO*Enrique Coscarón Blanco, Eva Purificación Martín Garrido, José Luis Blanco García*

SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA- HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA DE ZAMORA

kikekoska@yahoo.es**Resumen**

INTRODUCCIÓN: El colesteatoma de conducto auditivo externo es una rara entidad con una incidencia de 0,1-0,5%, de causa primaria desconocida, en cuya base está un fallo en la eliminación de epitelio queratinizado del CAE. Este epitelio atrapado causa erosión y destrucción de estructuras adyacentes por presión, desmineralización, metabolismo o sobreinfecciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Serie de 7 casos de colesteatoma primario y las circunstancias de su diagnóstico y el tratamiento proporcionado así como el resultado funcional. Aportamos la serie en orden de estadiaje para ilustrar su potencial evolutivo. Se excluyen colesteatomas secundarios(RT, cirugía previa, traumatismo,otitis crónicas,etc... y las denominadas perlas colesteatomatosas.

RESULTADOS: Ausencia de secuelas mayores. Pérdida parcial de función auditiva del CAE (presente prequirúrgicamente por la enfermedad) Ausencia de recidiva.

DISCUSIÓN: Varias consideraciones: Su rareza así como la diferente presentación en función del estadio de evolución, posibilitan diferentes circunstancias. Primero, debemos diferenciarlos de la queratosis obturante, en la que no hay erosión de CAE ni destrucción de estructuras ni, por tanto, potencial evolutivo. Segundo, debemos estadiarlos según severidad (proponemos un estadiaje sencillo: I- Erosión simple de suelo CAE óseo, II- Erosión de múltiples paredes, III- Erosión con ruptura de alguna pared, IV- Extensión a oído medio, mastoides o ATM.) En tercer lugar, tratamiento según estadio: canaloplastia según daño y extendida a estructuras afectadas, ampliándose según precise.

CONCLUSIONES: Reconocer el colesteatoma de oído externo precozmente es esencial para limitar el daño y minimizar secuelas funcionales y anatómicas. Múltiples tratamientos y pocas series homogéneas no permiten extraer conclusiones definitivas en estadios más avanzados.

Palabras clave: colesteatoma, oído externo, conducto auditivo, queratosis.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

| |
|---|
| CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PEDIÁTRICA (PRESS) PARA LA RINOSINUSITIS |
|---|

| |
|------------------------------|
| <i>Pablo Crespo Escudero</i> |
|------------------------------|

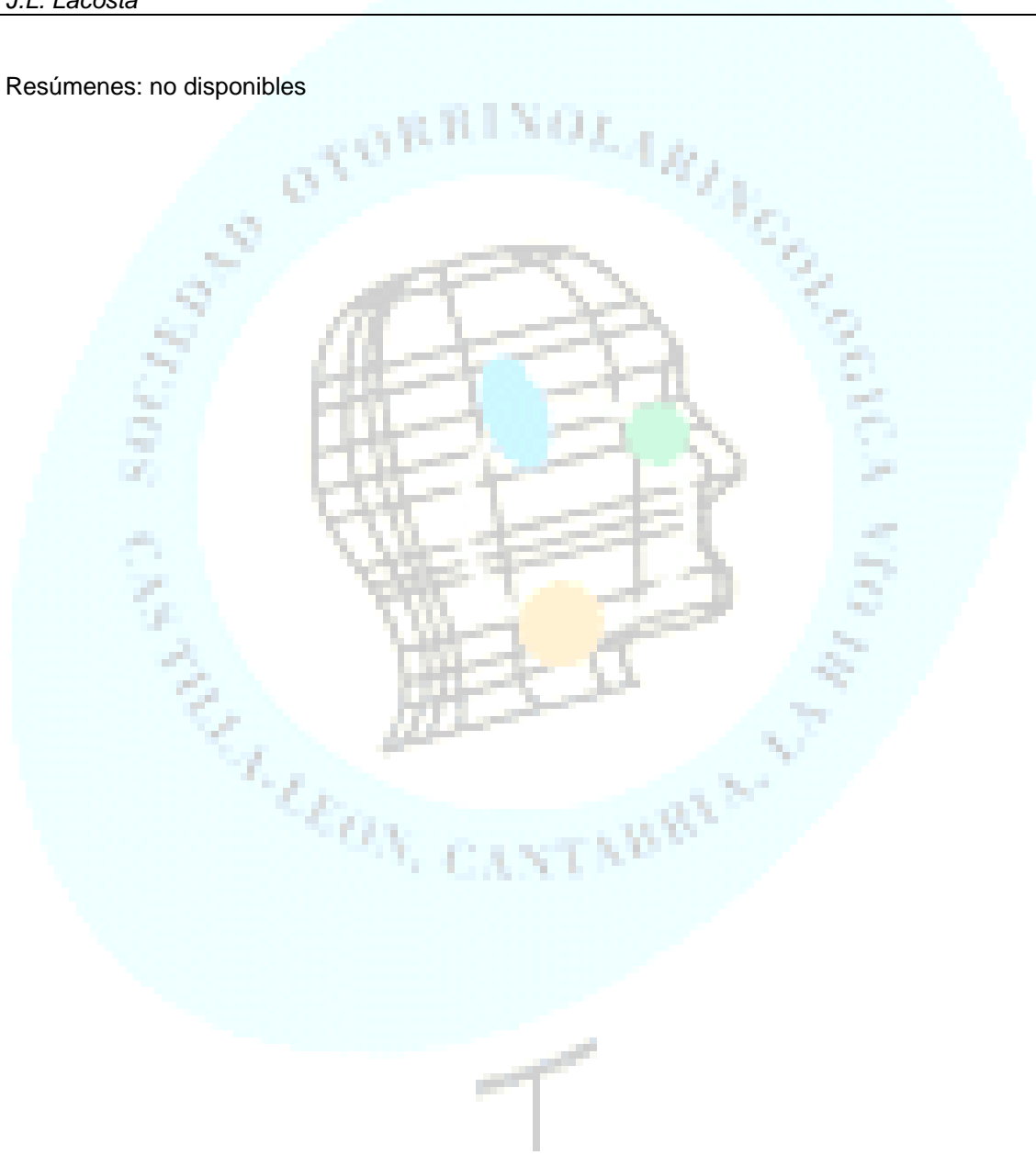
| |
|--|
| INESTABILIDAD Y FLUCTUACIÓN CÓCLEOVESIBULAR SECUNDARIO A UNA HIDROCEFALIA |
|--|

| |
|-------------------------------|
| <i>E. Martín, C. Zschaeck</i> |
|-------------------------------|

| |
|--|
| BARBARISMOS Y TÉRMINOS ERRÓNEOS EN EL LENGUAJE MÉDICO |
|--|

| |
|---------------------|
| <i>J.L. Lacosta</i> |
|---------------------|

Resúmenes: no disponibles





Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

CONGRESO 2012. LOGROÑO 25-26 de mayo.



Comunicaciones pósters

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR EN BASE DE LENGUA

Martín Batista, Susana.; Álvarez Otero, Rafael.; Coloma Milano, Milagros.; Vallejo Valdezate, Luis Ángel.; Gil-Carcedo García, Luis María.

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

susanamedicina@gmail.com

Resumen

Introducción: El plasmocitoma extramedular es un tumor de células plasmáticas monoclonales que ocurre fuera de la médula o del hueso. La localización más frecuente en otorrinolaringología asienta en las fosas nasales y senos paranasales, presentándose en el 80% de los casos como una masa solitaria de tejido blando.

Paciente/método: Varón de 80 años, HTA, con IRC, cardiopatía isquémica. Acude a urgencias por cuerpo extraño faríngeo (espina de pescado), localizado en hemibase de lengua derecha y extraído. Se aprecia en línea media tumoración rojiza de 2 cm. La nasofibroscofia muestra tumoración limitada a base de lengua, no ulcerada. **RMN:** Tumoración en base de lengua de 2,5cm con intensa captación de gadolinio. Se establece diagnóstico diferencial con tiroides lingual y rhabdomioma, descartándose patología tiroidea tras gammagrafía.

El paciente, informado de la necesidad de biopsia/exéresis, rechaza actitud quirúrgica y seguimiento. Tras 1 año y 2 meses, ingresa en MI por dolores óseos erráticos. En pruebas radiológicas se objetivan múltiples lesiones óseas junto a lesión nodular en axila derecha con PAAF compatible con proceso linfoproliferativo. Biopsia de médula ósea sin evidencia de infiltración neoplásica. Se realiza adenectomía axilar derecha con diagnóstico anatomopatológico de plasmocitoma extramedular.

Resultado: La enfermedad local evolucionó a mieloma múltiple sin infiltración medular. Se establece quimioterapia con VMP. Tras 2 ciclos, el paciente decide la suspensión.

Discusión/Conclusión: El plasmocitoma extramedular faríngeo es poco frecuente manifestándose en el 5% de los casos.

La toma de biopsia es fundamental para el diagnóstico debiendo realizarse tomas profundas ya que el plasmocitoma asienta en la submucosa.

Palabras clave: plasmocitoma extramedular; base de lengua; faríngeo; submucosa

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

SÍNDROME DE EAGLE. A PROPÓSITO DE UN CASO*Ibáñez Muñoz, C.; Pérez Sáez, J.; Navazo Eguía, A.I.; Suárez Muñoz, E.*

Hospital General Yagüe- Burgos

crisibi82@hotmail.com**Resumen**

INTRODUCCIÓN: La elongación del proceso estiloides es una patología raramente diagnosticada, que puede causar dolor faríngeo, sensación de cuerpo extraño durante la deglución y otalgia por estimulación de los nervios faríngeos y cervicales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 77 años de edad remitida por dolor faríngeo, fundamentalmente durante la deglución, irradiado a ambos oídos, sin otra sintomatología. Antecedentes personales de dislipidemia, hipotiroidismo, hipertensión arterial y amigdalectomía a los 26 años. La exploración ORL, incluida nasofaringoscopia, no mostró alteraciones salvo dolor a la palpación en ambas fosas amigdalinas.

RESULTADOS: TAC cervical: alargamiento y calcificación bilateral del proceso estiloideo. Se propuso estiloidectomía, rechazada por la paciente.

DISCUSIÓN: La incidencia del proceso estiloideo alargado es de 4-18%. Se presenta frecuentemente en mujeres mayores de 50 años.

Se han descrito dos formas: El síndrome clásico, generalmente tras amigdalectomía, se manifiesta con dolor constante faríngeo, en ocasiones referido al oído y sensación de cuerpo extraño. Estos síntomas son debidos a la afectación de los nervios craneales VII, IX, o X, en proximidad con el proceso estiloideo alargado y la osificación del ligamento estiloideo. El síndrome de la arteria carótida, con dolor en el territorio de la arteria afectada causado por irritación de los nervios del plexo simpático periarterial, pudiéndose desarrollar síntomas neurológicos transitorios.

CONCLUSIONES: El síndrome de Eagle es difícil de diagnosticar porque sus síntomas son similares a los de otras patologías faríngeas. El examen clínico con la palpación de la fosa amigdalina y la radiología son necesarios para excluir otras entidades.

Palabras clave: Estiloides, Eagle, dolor faríngeo, osificación, TAC.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

PAROTIDITIS RECURRENTE JUVENIL. SERIE DE CASOS*Pérez Sáez, J.; Ibáñez Muñoz, C.; Navazo Eguía, A.I.*

HOSPITAL GENERAL YAGÜE DE BURGOS

jpersa@hotmail.com**Resumen**

INTRODUCCIÓN: La parotiditis recurrente juvenil es la segunda causa, tras la parotiditis infecciosa, de inflamación de las glándulas salivares en la infancia. El diagnóstico se basa en la historia de tumefacción parotídea recurrente y la demostración de sialectasias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos revisado 3 casos de parotiditis con edades comprendidas entre los 8 y 12 años. Presentaban episodios recurrentes de tumefacción parotídea, con dolor y febrícula acompañados de leucocitosis con neutrofilia e hiperamilasemia.

RESULTADOS: Las serologías (VEB, citomegalovirus, adenovirus y VIH) fueron negativas, así como cuantificación de inmunoglobulinas, del factor reumatoide y anticuerpos antinucleares (ANA, anti-Ro y anti-La).

Las ecografías mostraban un aumento del tamaño de la glándula parotídea derecha con múltiples pequeñas imágenes nodulares hipoeoicas, con focos hiperecogénicos dispersos e hipervascularización glandular.

Se trataron con antiinflamatorios con respuesta completa.

DISCUSIÓN: La parotiditis recurrente se define por la inflamación recurrente de la glándula parotídea, generalmente asociada a sialectasias no obstructivas. De etiología incierta, suele iniciarse entre los 3-6 años de edad con cierto predominio en varones. La inflamación, de aparición brusca, se acompaña de leve sintomatología sistémica. Suele ser suficiente el tratamiento con antiinflamatorios, sialogogos para aumentar el flujo salival y antibióticos. Recientemente la sialoendoscopia se ha introducido en el diagnóstico y tratamiento. La evolución natural es hacia la remisión espontánea durante el período puberal.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de parotiditis recurrente es clínico. La ecografía es la prueba de elección para el diagnóstico y seguimiento.

Palabras clave: parotiditis, tumefacción, serología, tratamiento

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

LINFOMA PRIMARIO BILATERAL DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA

*Eduardo Mena Domínguez; Luis Torres Moriente; Darío Morais Pérez; Teresa Millás Gómez; Juan J Tavárez Rodríguez; María Alvarez-Quiñones**

Servicio ORL Hospital Clínico Universitario de Valladolid

* Servicio Anatomía Patológica Hospital Clínico Universitario de Valladolid

edumen2@gmail.com

Resumen

Introducción: Los linfomas malignos de las glándulas salivares son muy infrecuentes, representan el 1.7% al 3.1% de todas las neoplasias salivares y el 0.6% al 5% de todos los tumores de glándula parótida. Se presentan entre los 50 y 80 años, predominio en mujeres.

Material y método: Paciente con tumoración en región preauricular derecha de 2cm. Ecografía muestra tumoración en lóbulo superficial de parótida derecha de 2x1,5cm. Estudio citológico mediante punción aspiración (PAAF) sugestivo de proceso linfoproliferativo. Resonancia magnética (RM) tumoración de 1,6x1,7x1,5cm en parótida derecha, compatible resultados de PAAF y adenopatía en polo inferior de parótida izquierda.

Se realiza parotidectomía superficial derecha.

Resultados: Post-operatorio inmediato sin complicaciones. En transcurso del mes paciente presentó un seroma, tratado sin complicaciones.

Resultado anatomopatológico: linfoma B folicular grado 2 multifocal.

A los 2 meses post-quirúrgico presenta tumoración en región parotídea izquierda, PAAF compatible con proceso linfoproliferativo. Pruebas complementarias no enfermedades autoinmunes.

Estudio de extensión por el servicio de hematología, no afectación a otros órganos del cuerpo, estadio Ia, se decide tratamiento con radioterapia.

Conclusiones: El linfoma de parótida se presenta como una tumoración de crecimiento lento, no dolorosa, consistencia blanda. La PAAF y estudios de imagen no son concluyentes, por lo que prefiere el abordaje quirúrgico. Se ha descrito afectación bilateral de las parótidas en un 4% a 21% de pacientes.

La mayor afectación es por un linfoma no hodgkin y al momento del diagnóstico, la mayoría están en un estadio I o II. Siempre es conveniente descartar patologías autoinmunes. El grado histológico es lo que mejor pronóstico da.

Palabras clave: Linfoma; Parótida

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

TIROPLASTIA TIPO I DE ISSHIKI MODIFICADA. COMO LO HACEMOS.

Madrigal Revuelta, M. ; Martín Batista, S.; Herrero Calvo, D.; Zegarra Molina, O.M.; Vallejo Valdezate, L.A.; Gil-Carcedo García, L.M.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

machezegarra@hotmail.com

Resumen

INTRODUCCIÓN: La tiroplastia tipo I de Isshiki consiste en medializar la porción membranosa de la cuerda vocal paralizada mediante una prótesis colocada por abordaje externo.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos el caso de una mujer, 38 años con parálisis vagal y déficit de glossofaríngeo derecho tras cirugía de un paraganglioma extra adrenal de nervio vago derecho.

VALORACIÓN UNIDAD VOZ Y DEGLUCIÓN: En el postoperatorio inmediato se detecta déficit sensitivo grave de pared faríngea y repliegue derechos.

FEES (Flexible endoscopic evaluation on swallowing): cuerda vocal derecha paralizada en posición intermedia. Aspiración de líquidos con penetración de sólidos y defensa ineficaz.

Se realiza la tiroplastia tipo I bajo anestesia general con la colocación de prótesis de titanio de KURZ de 13 mm (VFMI™ Titanium Vocal Fold Medializing Implant Friedrich design) sobre la que realizamos una modificación, añadimos dos codos a la pala larga de la prótesis ajustando al máximo sus dimensiones, de manera que queda encajada en los bordes de la ventana de cartílago, lo cual facilita la fijación y estabilidad de la prótesis.

RESULTADOS: Tras 9 meses de terapia indirecta y postural deglutoria la paciente tolera todo alimentos de cualquier consistencia.

La calidad de la voz es aceptable GRABS: 21201 y refiere episodios de disfonía paroxística en relación con abuso vocal.

NFS: Medialización de aritenoides y cuerda vocal derecha, buena adducción de la cuerda izquierda que consigue el cierre completo.

CONCLUSIONES: La mayoría de las modificaciones descritas sobre la tiroplastia tipo I son variaciones en la posición y/o tamaño de la ventana o de la prótesis; como ocurre en nuestro caso.

Creemos que nuestra modificación en el diseño de la prótesis de titanio permite facilitar su fijación y aumentar su estabilidad.

Palabras clave: tiroplastia, parálisis de cuerda vocal, prótesis de titanio.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

DISNEA SEVERA POR PÓLIPO GIGANTE ANTROCOANAL

Martín Batista, Susana.; Madrigal Revuelta, Marina.; Vallejo Valdezate, Luis Ángel.; Coloma Milano, Milagros.; Gil-Carcedo Sañudo, Elisa.; Gil-Carcedo García Luis María.

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

susanamedicina@gmail.com

Resumen

Introducción: El pólipo antrocoanal es una patología prevalente en adolescentes y adultos jóvenes, normalmente se presentan con sintomatología de obstrucción nasal.

Paciente y método: Describimos el caso de un paciente de 80 años con encefalopatía alcohólica, broncopatía crónica no filiada y rinosinusitis crónica polipoidea.

Acude a urgencias con disnea severa de características no laringeas y carácter posicional. A la exploración se aprecia masa polipoidea en fosa nasal izquierda que impide progresar el nasofibroscopio, observándose también gran tumoración en orofaringe que parece depender de rinofaringe y se extiende hacia cara laríngea de epiglotis. Se solicita TAC urgente.

Resultados: La TAC es informada de lesión de gran tamaño que ocupa celdas etmoidales izquierdas toda la fosa nasal y seno maxilar izquierdo y se extiende posteriormente a naso y orofaringe sobrepasando la línea media y condicionando estenosis de la vía aérea. Se decide exéresis quirúrgica mediante cirugía endoscópica nasosinusal urgente tras la que remite la clínica del paciente.

Discusión/conclusión: Ante un paciente con disnea severa debemos determinar la causa y localización de la misma para planificar el tratamiento adecuado. Las características de la disnea desestimaron el asiento laríngeo, las pruebas complementarias aportan datos referidos a la extensión del proceso. El pólipo antrocoanal es una causa rara de disnea pero debemos pensar en la misma, o en la posible presencia de formaciones faríngeas, ante una disnea dudosamente laringea que mejora con la extensión cervical.

Palabras clave: Pólipo antrocoanal; disnea severa

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

PARÁLISIS RECURRENCIAL IZQUIERDA SECUNDARIA A ANEURISMA DEL CAYADO AÓRTICO

Zegarra Molina, O.M.; Madrigal Revuelta, M.; Vallejo Valdezate, L.A.; Gil-Carcedo García, L.M.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

machezegarra@hotmail.com**Resumen**

INTRODUCCIÓN: La parálisis del nervio laríngeo recurrente izquierdo puede deberse a múltiples causas, siendo poco frecuentes las debidas a patología aórtica.

PACIENTE Y MÉTODO: Paciente varón de 73 años hipertenso, exfumador, EPOC en tratamiento afecto de cifoscoliosis severa. Refiere disfonía continua de 2 meses de evolución sin otras manifestaciones clínicas otorrinolaringológicas. Nasofibroscoopia flexible: Parálisis completa de cuerda vocal izquierda en adducción paramediana sin otros hallazgos patológicos mucosos. TAC cervicotorácico: Aneurisma sacular disecante en cayado aórtico con un trombo mural que afecta aorta descendente. En este estudio se excluyen las distintas causas orgánicas (traumática, tumoral, infecciosa) de parálisis recurrencial izquierda.

DISCUSIÓN: El origen aparente del nervio laríngeo inferior o recurrente izquierdo, surge del nervio vago homolateral cuando éste cruza el arco aórtico, lo rodea y asciende por detrás de la arteria aorta para alcanzar el canal entre la traquea y el esófago hasta la musculatura laríngea. Debido a su mayor recorrido, el recurrente izquierdo se lesiona con mayor frecuencia (en un 78%) que el contralateral.

La parálisis del nervio laríngeo recurrente puede producirse por múltiples causas, siendo poco frecuentes las de naturaleza vascular; dentro de ellas, la estenosis mitral es la más frecuente menos del 1%, y los aneurismas aórticos se presentan aún con menor incidencia

El mecanismo por el cual se lesiona el nervio en los aneurismas de la aorta torácica puede ser tanto por distensión como por compresión manifestándose clínicamente por una voz bitonal. La disfonía por parálisis no traumática de la cuerda vocal constituye un hallazgo infrecuente al ocasionar, frecuentemente, paresias cordales en aducción.

Palabras clave: aneurisma aórtico; parálisis recurrencial izquierda; disfonía.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

HALLAZGO CASUAL DE GRAN TUMORACION PARAFARÍNGEA EN PACIENTE CON ADENOMA PARATIROIDEO.

Tavárez Rodríguez, JJ. Torres Morientes, LM, Morais Pérez D. Millas Gómez, T. Mena Domínguez, EA. Bauer, M.

Servicio ORL-PCF Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

jtavarez98@yahoo.es**Resumen:**

INTRODUCCIÓN: El espacio parafaríngeo es un espacio virtual con forma de pirámide invertida localizado debajo de la base del cráneo y lateral a la parte superior de la faringe y la amígdala palatina. Está compuesto de tejido conectivo y contiene importantes estructuras como son la arteria carótida interna, los pares craneales IX-XII, el simpático cervical y el lóbulo profundo de la parótida. Los tumores del espacio parafaríngeo son extremadamente raros y solo representan aproximadamente el 0.5% de los tumores de cabeza y cuello; el 80% de estos son de naturaleza benigna. Los adenomas pleomorfos representan aproximadamente el 50% de todos los tumores del espacio parafaríngeo. Son tumores epiteliales, de morfología compleja porque contiene componentes epiteliales y mioepiteliales, que se entremezclan con mucosoide y mixoide. Son más frecuentes en mujeres y suelen ser masas de crecimiento lento e indoloras.

MATERIAL Y METODO: Presentamos el caso de una mujer de 39 años que en el estudio preoperatorio de un adenoma de paratiroides ectópico se descubre de forma incidental una tumoración parafaríngea derecha. Presenta antecedentes de hipertensión arterial durante el 2º trimestre de embarazo en 2003, con normalización de TA tras el parto. Intervenida de dos fibroadenomas mamarios en 2001. Cólicos renales no expulsivos. En estudio por hipercalcemia presenta en el SPECT-TC una imagen redondeada en mediastino superior localizada en la región antero-suprerior detrás del manubrio esternal. Paratiroides ectópica mediastínica (espacio prevascular). TAC cérvico-torácico: En espacio prevascular, imagen ovalada de 12 x 7 mm, que podría corresponder a una glándula paratiroides ectópica. En espacio parótideo derecho, masa con unas de 5,3 x 2,6 cm, de bordes aparentemente bien definidos, que parece desplazar la musculatura pterigoidea, con densidad interna heterogénea y realce también heterogéneo tras administración de CIV. Ocasiona desplazamiento de la grasa parafaríngea hacia la línea media; así, como de la carótida interna con la que está en contacto en más de 3 cm por lo que no podemos descartar su infiltración. Los hallazgos radiológicos indican como primera posibilidad que se trate de una masa en el lóbulo profundo de la glándula parótida. RMN: Tumoración sólida de 4,8 x 2,3 x 3,4 cm que ocupa parcialmente región parótidea profunda del lado derecho, que desplaza músculo pterigoideo, grasa parafaríngea y carótida interna.

RESULTADOS: La tumoración mediastínica se extirpa por el servicio de Cirugía Torácica mediante estereotomía media, con hallazgo de tumoración ovoide, de coloración grisácea y consistencia elástica, en espacio prevascular. Se realiza exéresis de la misma, así como de los restos tímicos. Tras una segunda intervención el servicio de ORL extirpa la tumoración parafaríngea mediante un abordaje retro-inframandibular, disecándose y preservándose las principales estructuras neurovasculares del cuello. Diagnostico anatomopatológico: Adenoma paratiroideo de células claras y adenoma pleomorfo de parótida respectivamente.

DISCUSIÓN: Los tumores parafaríngeos son extremadamente raros representando solo un 0.5% de los tumores de cabeza y cuello; y de estos los adenomas pleomorfos de la parótida representan aproximadamente el 50% de los casos. Los adenomas pleomorfos afectan más frecuentemente a personas con un rango de edad de 30-60 años con predominio en el sexo femenino. Por lo general son tumoraciones de crecimiento lento y con escasa sintomatología. El abordaje externo mediante cervicotomía retro-inframandibular permite una excelente disección de las estructuras neurovasculares del cuello y de la tumoración y por lo tanto una mínima morbilidad.

Palabras clave: espacio parafaríngeo; adenoma paratiroideo**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses

EVALUACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE CORNETES CON RADIOFRECUENCIA.

Teresa Millás Gómez, María Consolación Martín Pascual, Juan José Tavárez Rodríguez, Eduardo Mena Domínguez, Jaime Santos Pérez, Dario Morais Pérez.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

teresita_00@hotmail.com

Resumen

INTRODUCCIÓN: Más del 50 % de resistencias al flujo aéreo se encuentran en la nariz. De éstas el 30 % corresponden al cornete inferior. El cornete regula el paso de aire mediante fenómenos de congestión y descongestión vascular. Cuando no se contrae se genera la hipertrofia y de esta forma la obstrucción nasal.

El objetivo es evaluar el resultado de la cirugía de cornetes con radiofrecuencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una encuesta telefónica a 47 pacientes tratados con radiofrecuencia, en la que se plantean cuestiones acerca de la sintomatología antes y después de la cirugía, tiempo que tardaron en mejorar, tiempo que duró la mejoría, morbilidad que provocaron las costras y satisfacción general acerca de la intervención.

RESULTADOS: La sintomatología predominante fue la obstrucción nasal, seguida de rinorrea, faringe seca, hiposmia, rinorrea posterior, infecciones de repetición y cefalea. Todos los síntomas disminuyeron tras la cirugía.

El 78,7% notó mejoría clínica antes de 3 meses. El 85% obtuvo una mejoría que duró 6 ó más meses.

El 70 % de los pacientes calificó el resultado final como bueno o muy bueno.

CONCLUSIONES: La cirugía de cornetes con radiofrecuencia es una técnica segura eficaz y bien tolerada por los pacientes para la resolución de la obstrucción nasal.

Palabras clave: Hipertrofia de cornetes; radiofrecuencia

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

PROPTOSIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LINFOMA NO HODKING EN EL MARCO DE INMUNOSUPRESIÓN POST-TRASPLANTE

Sanchis Picó, C.*; García Zornoza, R.*; Acle Cervera, L.*; Cortizo Vázquez, E.*; Rodríguez Iglesias, J.*; Morales Angulo, C.*; Sánchez Bernal, S.**; Gallo Terán, J.**; Montes Moreno, S.***; Salcedo Mercado, W.***

*Servicio ORL del Hospital Universitario Marques de Valdecilla(HUMV). Santander

**Servicio de radiodiagnóstico del HUMV

***Servicio de anatomía patológica del HUMV

kiara_onil@hotmail.com

Resumen

Introducción:La incidencia global de PTLD está alrededor del 1% en la población trasplantada (de 30 a 50 veces más frecuente que en la población general)

Su desarrollo es el resultado del compromiso iatrogénico de la inmunosupresión. La infección primaria o la reactivación del virus del Epstein barr después del trasplante (comúnmente en el primer año tras el trasplante) confieren un elevado riesgo para el desarrollo de PTLD.

En senos paranasales(SP) el más frecuente es el LNH, con tendencia a la invasión del entorno. Mayormente son de estirpe B.

La tasa de supervivencia a los 5 años es aproximadamente de un 30%.

Caso Clínico:Paciente de 18 años con fibrosis quística a la que se le había realizado un trasplante bipulmonar hacía 4 meses, es remitida desde urgencias por proptosis y diplopía. Fibroendoscopia: bloqueo de fosa nasal dcha con abundante moco. TAC: proceso expansivo que ocupaba fosa nasal dcha, seno frontal, etmoidal y maxilar con destrucción de pared interna de la orbita. Con la sospecha de proceso infeccioso v/s tumoral con compromiso ocular se decide exploración quirúrgica mediante CENS. Se evidenció tumoración sólida de la cual se extrajeron múltiples muestras.Diagnóstico: LNH tipo B Difuso de Células Grandes post-trasplante, VEB+

Discusión:Los LNH de SP pueden ser difíciles de distinguir morfológicamente de una enfermedad no neoplásica de cabeza y cuello. Un alto grado de sospecha y una aproximación multidisciplinar es necesario para su diagnóstico y manejo.Es imprescindible biopsia quirúrgica para el diagnóstico ya que el tumor coexiste frecuentemente con necrosis e inflamación.

Palabras clave: LNH, Senos paranasales, inmunosupresión, post-trasplantados

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

FÍSTULA AV EPICRANEAL POSTRAUMÁTICA Y TRATAMIENTO ESCLEROSANTE LOCAL. CASO CLÍNICO

Bauer, Michael; Morais Pérez, Dario; Cámara Arnaz, José A.; Millás Gómez, Teresa; Tavárez Rodríguez, J.J.; Mena Domínguez, Eduardo

Servicio de Otorrinolaringología y Patología cervicofacial – Hospital Clínico Universitario de Valladolid

dr.michael_bauer@hotmail.com

Resumen

Introducción: Fístulas arteriovenosas del cuero cabelludo.

Son lesiones poco frecuentes incluidas dentro de las malformaciones AV, de origen congénito o traumático. Tienden a aumentar de tamaño con los años de evolución. De aparición típica en región temporal, frontal u occipital.

Su sintomatología suele ser un bulto descubierto casualmente en el cuero cabelludo, acúfeno pulsátil, cefaleas y dolores locales variados. Para la confirmación diagnóstica y de cara al procedimiento posterior, es fundamental la realización de una arteriografía.

Objetivos: Presentar el caso clínico de una fístula AV postraumática tratada localmente mediante esclerosis intralesional con etoxiesclerol al 2%.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino, de 72 años, que acude a la consulta por zumbido y sensación de latido en oído derecho de meses de evolución en progresivo aumento. Como antecedente refiere traumatismo en región craneal.

La exploración ótica es normal, apreciándose una tumoración epicraneal parietal derecha pulsátil.

Se realiza arteriografía selectiva: Fístula AV de localización epicraneal derecha, a nivel parietal, que presenta aporte de las arterias occipital derecha a través de rama mastoidea que genera aparentemente el mayor flujo, arteria temporal superficial derecha y meníngea accesoria; confluyendo en un ovillo que drenan hacia la vena mastoidea y finalmente en la vena yugular externa.

Se realizan punciones mensuales durante 4 meses, con etoxiesclerol intralesional, previa delimitación por presión alrededor de la lesión para evitar la difusión del material.

Resultado: se ha conseguido la desaparición de la lesión; así como una disminución de los síntomas auditivos. Quedando aun pendiente la realización de nueva arteriografía para evaluación de resultados.

Conclusión: Presentamos un nuevo método para el tratamiento de las fístulas AV extracraneales mediante inyecciones percutáneas de etoxiesclerol, que pueden ser útiles para, ya sea como única medida o combinados con cirugía.

Se necesitan todavía mayores ensayos y posteriores comparaciones con otros agentes actualmente usados para definir la eficacia a largo plazo.

Palabras clave: fístula arteriovenosa del cuero cabelludo; postraumática; etoxiesclerol; zumbidos de oído; polidocanol.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

HIPOACUSIA Y MALFORMACIÓN DE OÍDO INTERNO

Autores: Rey Marcos, Maria.; Calle Cabanillas, Maria Isabel.; Benito González, Fernando; Estévez Alonso, S.; Martín Sánchez V.; Cordeo Civantos C.

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

faragullar@hotmail.com

Resumen

INTRODUCCIÓN: Cuando las malformaciones involucran al oído externo constituyen una situación de gran angustia para los padres y familiares. Se debe incluir al paciente en un protocolo de estudio y seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un recién nacido a término sin antecedentes de riesgo para hipoacusia neonatal que no supera la fase de cribado auditivo.

A la exploración física presenta un pabellón auricular derecho de menor tamaño y malformado en raíz de hélix. CAE's y tímpanos normales

RESULTADOS: Se realizan Potenciales Evocados Auditivos detectando una audición normal en OD y una hipoacusia severa en OD.

Se realizan TAC y RMN objetivando hipoplasia de CAI derecho y ambos vestíbulos dilatados llegando a englobar a los canales semicirculares laterales.

CONCLUSIONES: Aproximadamente sólo el 20% de los pacientes que presentan hipoacusia neurosensorial congénita tiene manifestaciones en imágenes.

Palabras clave: hipoacusia, malformación, CAI.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

HIPOACUSIA SÚBITA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Acle Cervera L., García Zornoza R., Cortizo

Vázquez E., Sanchis Picó C., Mazón Gutiérrez A. García García A*.

Servicio de Otorrinolaringología.

*Servicio de Neurofisiología.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

leticia_acle@hotmail.com**Resumen**

INTRODUCCIÓN: La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante, neurodegenerativa y crónica del sistema nervioso central. Las formas más frecuentes de presentación son: cambios sensoriales en extremidades, pérdida visual, alteraciones motoras, diplopía, alteraciones de la marcha, alteraciones del equilibrio, signo de Lhermitte, fatiga, depresión...

La hipoacusia súbita se considera un modo de presentación muy poco común de la EM, pero es importante tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de enfermedades que pueden debutar con hipoacusia súbita.

CASO CLÍNICO: Mujer de 41 años que acude a urgencias por hipoacusia brusca izda y acúfenos de dos días de evolución. Como antecedentes familiares presentó un abuelo paterno con EM, y antecedentes personales sin interés. Exploración Física: Otoscopia: Normal. Weber derecho. Pruebas Complementarias: Timpanograma: Normal. Audiometría: Fig. 1 PEAT: Fig. 2. Hemograma, velocidad de sedimentación globular, serología luética y anticuerpos antinucleares: Normal. Se instaura tratamiento con Deflazacort en pauta descendente durante 30 días. No presenta mejoría auditiva, por lo que se decide solicitar RMN (Fig. 3) que sugiere EM. La paciente es enviada al S. Neurología tres meses más tarde desde el primer síntoma de hipoacusia súbita. Se añade clínica de agarrotamiento y calambre de manos en los últimas semanas, así como acorchamiento de muslo dcho transitorio y fluctuante. Dolor articular y cefalea hemicraneal con foto y sonofobia episódicas en el último año. LCR, perfil autoinmune, sd. antifosfolípido, PE Visuales y RM Medular normales. Es diagnosticada de EM recurrente-remitente y se inicia tratamiento con Gabapentina.

CONCLUSIÓN: La hipoacusia neurosensorial brusca sin otra sintomatología es la presentación inicial de la EM tan sólo en un 3%. En nuestro caso, la orientación diagnóstica partió del hallazgo de una hipoacusia perceptiva izda en la Audiometría, que los PEAT catalogaron de tipo retrococlear, siendo la RM compatible con EM.

Además, la audiometría, PEAT y RM pueden ayudar a la delimitación espacial de la lesión desmielinizante de la vía auditiva en esta enfermedad, así como su control evolutivo.

Palabras clave: Esclerosis Múltiple; primera manifestación; hipoacusia súbita

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

HETEROGENEIDAD EN LA CLÍNICA AUDITIVA EN PACIENTES CON MUTACIÓN EN EL GEN COL 1A1 (OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA)

Acle Cervera L., García Zornoza R., Cortizo Vázquez E., Sanchis Picó C., Morales Angulo C.

Servicio de Otorrinolaringología.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

leticia_acle@hotmail.com**Resumen**

INTRODUCCIÓN: La osteogénesis imperfecta (OI) es una enfermedad hereditaria de la formación de tejido conectivo que se caracteriza por osteopenia, fracturas recurrentes, deformidad ósea, baja estatura así como escleras azules, hiperlaxitud articular y dentinogénesis imperfecta. La mayoría de los casos el genotipo es una mutación en heterocigosis en el gen COL1A1 o COL1A2 de herencia autonómica dominante.

Los pacientes con osteogénesis imperfecta presentan con frecuencia hipoacusia, habitualmente, de transmisión de características similares a una otosclerosis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza el estudio clínico y genético de una familia con osteogénesis imperfecta, haciendo especial hincapié en los aspectos auditivos de la misma.

RESULTADOS: 5 miembros de la citada familia fueron incluidos en nuestro estudio. Tres de ellos cumplían criterio clínicos de osteogénesis imperfecta. Los tres tenían hipoacusia, siendo en un caso de transmisión unilateral, en otro de transmisión bilateral y en un caso neurosensorial para frecuencias altas. La paciente que presentó hipoacusia de transmisión unilateral fue intervenida de otosclerosis de o.izdo, previamente a la realización del diagnóstico de osteogénesis imperfecta, con mejoría auditiva.

En los tres casos se demostró la presencia de una mutación en el gen COLA1 no previamente descrita (c.804+1G>A), ausente en los miembros sanos, con un patrón de herencia autosómico dominante.

CONCLUSIONES: La mutación c.804+1G>A en heterocigosis en el intrón 11 del gen COL1A1 es una mutación no descrita previamente en las bases de datos ni en la bibliografía consultada en la enfermedad de la osteogénesis imperfecta. Cursa con una herencia autonómica dominante. Lo más probable y debido a su localización, es que afecte al correcto procesamiento del ARNm y por tanto este asociada a osteogénesis imperfecta.

Palabras clave: Osteogénesis imperfecta, heterogeneidad auditiva, mutación COL1A1

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

| |
|---|
| BOCIO ENDOTORÁCICO: ¿TRAQUEOTOMÍA? |
|---|

| |
|---|
| <i>P. Crespo, M. Tejero, W.J. Salcedo, J.C. Siscles, G. Calzada</i> |
|---|

| |
|---|
| ESPACIO PTERIGOIDEO: CURIOSA LOCALIZACIÓN DE ADENOMA PLEOMORFO |
|---|

| |
|---|
| <i>P. Crespo, M. Tejero, W.J. Salcedo, J.C. Siscles, J.L. Lacosta</i> |
|---|

| |
|---|
| CILINDROMA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. ABORDAJE QUIRÚRGICO |
|---|

| |
|---|
| <i>P. Crespo, M. Tejero, W.J. Salcedo, J.C. Siscles, J.L. Lacosta</i> |
|---|

| |
|---|
| SIALOADENITIS CRÓNICA ESCLEROSANTE (TUMOR DE KÜTTNER). A PROPÓSITO DE UN CASO |
|---|

| |
|---|
| <i>P. Crespo, M. Tejero, W.J. Salcedo, J.C. Siscles, J.L. Lacosta</i> |
|---|

Resúmenes: no disponibles

