

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

ISSN 2171-9381

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
 Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
 web: www.revistaorl.com

Resúmenes de comunicaciones



Comunicaciones libres del XXIII Congreso. Ponferrada 29 y 30 de mayo de 2015

Free papers of the XXIII Congress. Ponferrada, 2015 29th and 30th May

XXIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ORL DE CASTILLA Y LEÓN, CANTABRIA Y LA RIOJA	
COMITÉ ORGANIZADOR:	
<ul style="list-style-type: none"> • Manuel Robo Rodríguez (Presidente) • Cristina Martín Villares (Vice) • Jesús San Román Carbajo (Vice) • Nuria Pérez Barredo (Vice) • Nuria Rodríguez Prado (Vice) • José Prieto Rodríguez (Vice) 	
COMITÉ DE HONOR:	
<ul style="list-style-type: none"> • Samuel Fajó García • Antonio Ariza Barbo • Presidente del Consejo General del Biorra • Alfonso Rodríguez Huelva González • Consejo del Hospital 23 de Abril • Luis M. Gil Carvallo García • Presidente de la Sociedad Otorrinolaringológica de Orl de Castilla y León, Cantabria y La Rioja • Juan L. Gómez González • Presidente de la Sociedad Orl de Castilla y León, Cantabria y La Rioja 	
ORGANIZACIÓN POR LA SOCIEDAD ORL DE CASTILLA Y LEÓN, CANTABRIA Y LA RIOJA	
Junta Directiva:	
<ul style="list-style-type: none"> • Juan L. Gómez González (Presidente) • Emilio Aguado Tamayo (Vicepresidente) • Marta Balboa García (Secretaría) • Alicia Alonso Rubio (Vicesecretaría) • Pedro Díaz de Castro Castañeda (Tesorero) • José L. Pareda Retuya (Director revista) 	
Vocales:	
<ul style="list-style-type: none"> • Gerardo Martín Hernández Aulo • Ana Navas Espal Burgo • Mireia Aparisi Blanco Contreras • Antonio Sánchez del Hoyo La Plaza • Carlos Durán Díez Lepo • Ignacio Alonso Castañera Palencia • Enrique González Sánchez-Cabezas • Marta Alonso Mesonero Segura • María Inés Hernández Castellanos Sosa • Luis A. Román Roca Velasco • Soledad Suárez Ortega Gómez 	
VIERNES 29 DE MAYO	
8:30-9:30	Documentación
9:00-9:30	Investigaciones
9:30-9:50	Tuerculosis y otitis de la glándula parotídea
	L. Alamo
9:55-10:15	Métoprolol cloruro A. Babasica
10:20-10:40	Implante coclear en malformaciones de la oído interno F. Barrio
10:45-11:05	PT en tumores de cabeza y cuello F. Blanco
11:10-11:30	Efecto del ejercicio físico en el tratamiento del dolor de cabeza crónico F. Díaz de Cerro
11:35-11:55	Café
12:05-12:25	Reconocimiento de la palabra en implantado coclear con programación binaural R. González Aguayo
12:30-12:50	Tratamiento de la otitis en el paciente pediátrico G. Martín
12:55-13:15	Actualización sobre el bocio nodular D. Morán
13:20-13:40	Encefalopatías. Indicaciones de cirugía A. Muñoz
13:45-14:05	Observación de la voz patina en la infancia. Exploración y patología más frecuentes A. Navarro
14:10-14:30	Café
14:35-14:55	Comunicaciones
15:00-17:00	Asesoramiento para mejorar la seguridad del paciente en cirugía de oídos y vestiblos
17:00-17:20	L. Barrio
17:25-17:45	Oncología cutánea en Otorl. Tratamiento quirúrgico de la piel
17:50-18:10	Tratamiento de la enfermedad de Rendu Cister
18:15-18:35	Cirugía del seno frontal J. Santos
18:40-19:00	Estudio de la comunicación del paciente hospitalizado L. A. Vallego
19:05	Fin de las sesiones
SÁBADO 30 DE MAYO	
9:00-11:00	Comunicaciones
11:05-11:30	Café
11:30-11:50	Primeros pasos en otorrinolaringología en un servicio de Orl de un Hospital de Día
11:55-12:15	Tuberculosis con balón M. Gómez Soriano
12:20-12:40	Cirugía de oídos y nariz J. González
12:45-13:05	Cirugía del tímpano L. Llorca
13:10	Encuesta de prevalencia y conciencia
13:20	Asamblea de la Sociedad
14:00	Café

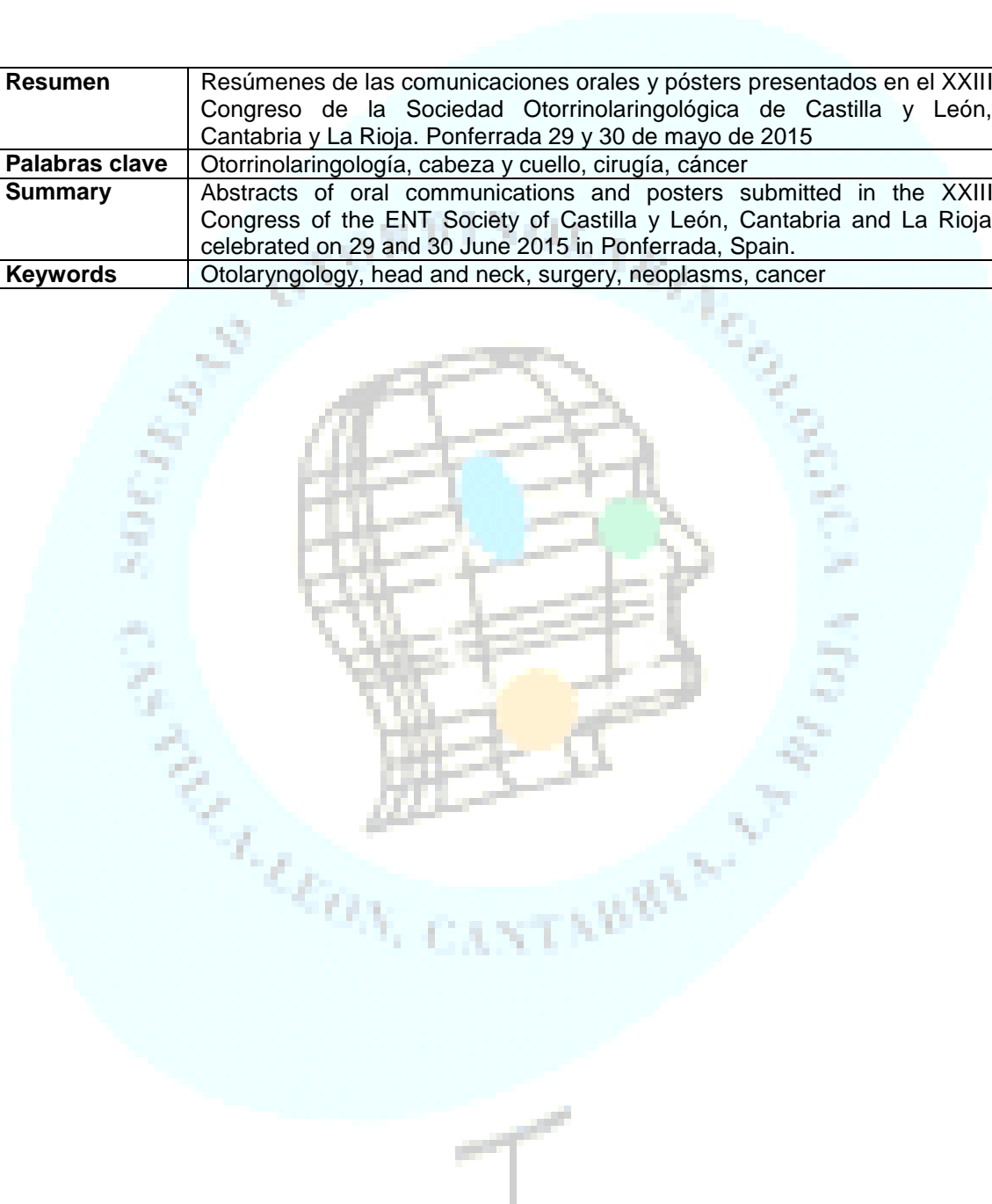
Publicado: 14/06/2015

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses
Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:
 Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja. Comunicaciones libres del XXIII Congreso. Ponferrada 29 y 30 de mayo de 2015. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2015 Jun. 6 (Supl.2): S1-S65.

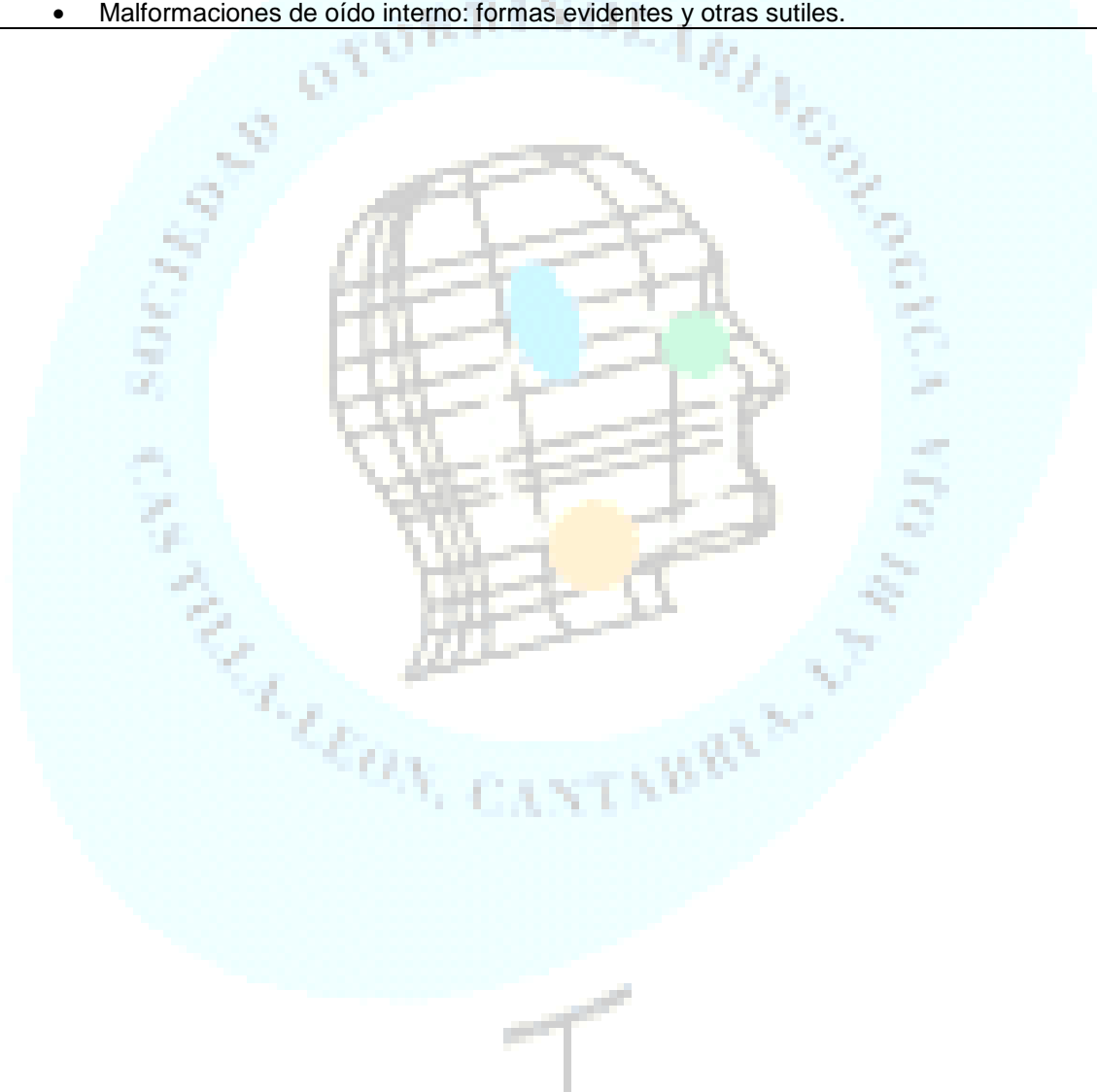
Comunicaciones libres del XXIII Congreso. Ponferrada 29 y 30 de mayo de 2015**Free papers of the XXIII Congress. Ponferrada, 2015 29th and 30th May**

Resumen	Resúmenes de las comunicaciones orales y pósters presentados en el XXIII Congreso de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja. Ponferrada 29 y 30 de mayo de 2015
Palabras clave	Otorrinolaringología, cabeza y cuello, cirugía, cáncer
Summary	Abstracts of oral communications and posters submitted in the XXIII Congress of the ENT Society of Castilla y León, Cantabria and La Rioja celebrated on 29 and 30 June 2015 in Ponferrada, Spain.
Keywords	Otolaryngology, head and neck, surgery, neoplasms, cancer



Comunicaciones orales. Títulos.	6-21
• Papiloma invertido nasosinusal: Nuestra serie de casos y revisión bibliográfica.	
• Indicaciones del colgajo nasoseptal ó de Hadad en nuestro medio.	
• Proyecto de mejora del diagnóstico y seguimiento de la otitis media serosa en Atención Primaria.	
• Correlación entre Rinomanometría y escala NOSE en pacientes con Rinitis Crónica y/o Desviación Septal y medición del éxito terapéutico.	
• El lado sano en el déficit vestibular unilateral.	
• 11 Años de detección precoz de la hipoacusia en el área sanitaria de Ponferrada.	
• Cribado auditivo neonatal en el Área de Salud de León. Nuestra experiencia.	
• Adenomas de paratiroides y Carcinoma Papilar como hallazgo quirúrgico.	
• Manifestaciones ORL de la Neurosarcoidosis	
• Protocolo de recogida de datos de Amigdaloadenoidectomía pediátrica.	
• BAHA CORDELL II: alternativa en la hipoacusia profunda.	
• Epiglotitis aguda, 23 años en el HUMV.	
• Hipoacusia prelingual secundaria a la mutación del gen de la otoferlina.	
• Estudio clínico descriptivo retrospectivo del carcinoma nasofaríngeo en la comunidad de la rioja entre los años 1994-2014.	
• Nuestros primeros pasos en la rehabilitación vestibular con posturografía dinámica computarizada.	
Comunicaciones en póster. Títulos	23-63
• Un paso más allá de la sensación de cuerpo extraño hipofaríngeo en consulta ORL.	
• Uso de Etoxiesclerol. Nuestros resultados.	
• Cirugía reconstructiva en cabeza y cuello. Colgajo libre de peroné.	
• Acondroplasia y SAHS. A propósito de un caso.	
• Hiperparatiroidismo Primario Asociado a Litio: ¿Enfermedad Multiglandular?.	
• Debut de amiloidosis en el área otorrinolaringológica.	
• Síncope por síndrome estiolohioideo, A propósito de un caso.	
• Plasmocitoma en seno maxilar.	
• Manifestación ORL de la disquinesia ciliar primaria.	
• Utilidades del Láser KTP en patología nasal: Nuestra experiencia.	
• Sospecha de tiroides ectópico: actuación diagnóstica y terapéutica.	
• Hematoma en suelo de boca secundario a colocación de implante dental osteointegrado: reporte de un caso.	
• Sialectasia crónica de los conductos de Stenon en paciente con Síndrome de Sjögren	
• Fibrobroncoscopia y diagnóstico de las enfermedades de la vía aérea en el niño.	
• Meningocele postraumático: abordaje endoscópico.	
• Traumatismo penetrante de cuello.	
• Quiste del Conducto Nasopalatino o del maxilar anterior mediano: Imagen radiológica	
• Miringoplastias: análisis retrospectivo de nuestros resultados.	
• Schwannoma de gran tamaño en menor de 20 años.	
• ¿Vértigo posicional paroxístico benigno de probable origen central? A propósito de un caso.	
• Malformación de oído interno en el síndrome CHARGE: a propósito de un caso.	
• Oncocitoma de glándula submaxilar. A propósito de un caso.	
• Parálisis facial como primera presentación de un quiste óseo aneurismático.	
• Quiste Valecular Laringeo : A propósito de un caso.	
• Síndrome de dehiscencia de canales semicirculares: Revisión.	
• Fractura traumática de hioides.	
• Tratamiento endovascular de fístula arteriovenosa parotídea.	
• Glomangioma de fosa nasal. A propósito de un caso.	

• Hemangioma subglótico congénito. A propósito de un caso.
• Síndrome de Lindsay Hemenway.
• Mioepitelioma de glándula salival, un tumor poco frecuente. A propósito de 2 casos.
• Tumores de glándula parótida: comparación entre la punción-aspiración con aguja fina y la biopsia postoperatoria en 112 pacientes.
• Síndrome de CANVAS. A propósito de un caso.
• Fractura de punta de mastoides por asta de toro. Tratamiento.
• Hematoma cervical tras colocación de vía central.
• Otitis externa maligna. A propósito de un caso.
• Síndrome vestibular bilateral idiopático.
• Cambiando mi diagnóstico de vértigo periférico.
• Síndrome de PRADER-WILLI y SAHS. A propósito de un caso.
• Diagnóstico de Síndrome de Miller Fisher (SMF) tras manifestaciones otorrinolaringológicas.
• Malformaciones de oído interno: formas evidentes y otras sutiles.



Comunicaciones ORALES



Título	Papiloma invertido nasosinusal: Nuestra serie de casos y revisión bibliográfica.
Autores	Álvarez Nuño, C; Callejo Pérez, P; Fernández Morais, R; Lara Sánchez, H; Álvarez Otero, R; Gil-Carcedo Sañudo, E; Vallejo Valdezate, L.A.
Centro de trabajo	Hospital Universitario Río Hortega. Servicio de Otorrinolaringología y PCF.
Persona de contacto	Candelas Álvarez Nuño
e-mail	calvareznuno@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: El papiloma invertido (PIN) es un tumor histológicamente benigno y poco frecuente, localizado preferentemente en la pared lateral nasal. Su característica tendencia a la recidiva y su potencial malignización hace que requiera un control clínico estrecho y una resección quirúrgica amplia.</p> <p>Material y Método: Presentamos 15 casos de PIN diagnosticados en el Hospital Universitario Río Hortega en los últimos 19 años (Enero 1996 - Diciembre 2014). Realizamos un estudio observacional y descriptivo con: recogida de los datos clínicos, epidemiológicos, patológicos y decisión terapéutica tomada con su seguimiento.</p> <p>Resultados: Comparamos nuestros resultados con los referidos en la literatura coincidiendo en todos los datos con ella. El PIN es más frecuente en varones; en nuestra serie 10 pacientes son hombres y 5 mujeres. La edad de los pacientes está comprendida entre los 51 y los 78 años. Los tumores se presentaron de forma unilateral, afectando a 10/15 a fosa nasal derecha. El 100% de los casos debutan como obstrucción nasal progresiva unilateral. Otros síntomas son: rinorrea, cefalea, epistaxis y epifora. En el examen endoscópico se observa en todos los casos una masa blanca de aspecto carnoso e irregular. La TC es inespecífica para el diagnóstico de PIN, pero, muy sugerente del mismo ya que el carácter unilateral hace sospecharlo. Hemos realizado: 4 exéresis por degloving, 5 abordajes por vía paralateronasal, 5 por cirugía endoscópica nasal y 1 resección simple endonasal. Sólo 1 de los 15 pacientes presenta en el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica focos de carcinoma escamoso in situ sobre PIN. Tras un seguimiento que oscila desde los 24 a los 108 meses solo hemos detectado una recidiva en un paciente.</p> <p>Conclusiones: 1. El PIN es una neoplasia rinosinusal que se presenta entre la quinta y la sexta década de la vida, con predominio en varones. 2. Realizar una biopsia preoperatoria es importante para descartar un papiloma invertido malignizado. 3. Entre los estudios preoperatorios es importante la realización de estudios de imagen, en especial TC con el fin de localizar las lesiones, evaluar su extensión y conocer si el seno frontal, la órbita o la fosa craneal anterior están afectos. 4. A día de hoy la cirugía endoscópica es el tratamiento de elección en el PIN con resultados equiparables a técnicas abiertas. 5. El seguimiento estricto de estos pacientes permite la detectar recidivas de forma precoz y el plantear tratamientos quirúrgicos de rescate.</p>
Palabras clave	Papiloma invertido, clasificación de Krause, recidiva, malignización

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

Título	Indicaciones del colgajo nasoseptal ó de Hadad en nuestro medio.
Autores	<i>Hernández De los Santos, ML; Santos Pérez, J; Martín Pascual, MC; Bauer, M; Ailagás De las Heras, JJ; Coca Martín, JM, Morais Pérez, D.</i>
Centro de trabajo	Hospital clínico universitario de Valladolid.
Persona de contacto	María de Lourdes Hernández
e-mail	lomahe65@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: Durante las últimas décadas los avances en la comprensión anatómica de abordajes endoscópicos transnasales, así como desarrollo de nuevos instrumentos y tecnologías de imagen han llevado a que las resecciones endonasales extendidas sean cada vez más amplias y complejas, siendo la reconstrucción el principal obstáculo para su realización principalmente en las lesiones de base de cráneo y lesiones intradurales, donde es necesario una reconstrucción de la barrera entre el espacio aracnoideo y sinonasal. En el año 2006 fue descrito el colgajo de Hadad-Bassagasteguy, un colgajo pediculado vascularizado de mucoperiostio y mucopericondrio del septum nasal con suplencia de la arteria nasoseptal. Desde su introducción este ha constituido un avance en las técnicas de reconstrucción, extendiéndose su uso a nivel mundial con excelentes resultados.</p> <p>Material y Método: Revisamos las indicaciones principales en las que hemos utilizado el colgajo de Hadad en nuestro servicio en los últimos años.</p> <p>Resultados: Las indicaciones en nuestro servicio del colgajo de Hadad son principalmente en reconstrucciones de defectos de base de cráneo anterior. En caso de fístulas o meningoceles como elemento de cierre principal. Sin embargo en los casos de resección endoscópica de base de cráneo, posterior a la exéresis de tumores como, adenocarcinomas, meningiomas etc. se utiliza como colgajo de apoyo, a nivel nasal, cubriendo otras capas intracraneales, generalmente de fascia lata. En patología hipofisaria utilizamos un minicolgajo septal que incluye la mucosa de la septectomía posterior. Finalmente es usado para el cierre de defectos creados, tras la resección de diversos tumores (angiofibromas, cordomas, adenocarcinomas...) a nivel parafaríngeo superior y de fosa media o posterior, aún sin existir defecto dural.</p> <p>Conclusiones: Según nuestra experiencia el colgado de Hadad es una técnica reconstructiva segura para amplios defectos de la base de cráneo anterior, media y áreas clival, paraselar y parafaríngea. En caso de defectos pequeños de base de cráneo se utilizan otras técnicas y materiales con buenos resultados.</p>
Palabras clave	Colgajo Hadad; abordaje endoscópico.

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

Título	Proyecto de mejora del diagnóstico y seguimiento de la otitis media serosa en Atención Primaria.
Autores	<i>José Ignacio Benito-Orejas, Beatriz Ramírez-Cano, Juan-Vicente Velasco-Vicente, Rosario Bachiller-Luque, Mercedes Garrido-Redondo, Miriam Mata-Jorge.</i>
Centro de trabajo	Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
Persona de contacto	José Ignacio Benito Orejas.
e-mail	jibenito@ono.com
Resumen	<p>Introducción y Objetivo: La frecuencia de la otitis media serosa (OMS) en la infancia, sus posibles secuelas, el gran número de derivaciones que genera y el ser una de las principales causas del mal uso de antibióticos, conlleva que tenga mucha importancia la realización de un diagnóstico correcto. Desde hace unos años, un grupo de otorrinolaringólogos (ORL) y pediatras de Atención Primaria (PAP), pertenecientes al mismo Área de Salud, nos propusimos mejorar el reconocimiento y seguimiento de este proceso.</p> <p>Material y Método: A través de seminarios teóricos y talleres prácticos en el Servicio de ORL, debatimos sobre la mejor manera de extraer la cera del oído, el manejo y utilidad de la otoscopia neumática y finalmente, la importancia de la timpanometría y clasificación de las curvas obtenidas en los niños. Con la metodología elegida, enriquecimos la evaluación de la OMS, aplicando para su seguimiento un protocolo asistencial integrado, entre PAP y ORL.</p> <p>Resultados: Esta experiencia ha permitido ampliar el campo de actuación y conocimiento, tanto de los pediatras como de los otorrinos, mejorando el control de la OMS, con la consecuente disminución de sus efectos secundarios. Esperamos que en un futuro cercano, se reduzca el número de derivaciones a Atención Especializada, lo que significaría un beneficio añadido hacia el Sistema Público de Salud.</p> <p>Conclusiones: El planteamiento y realización de un proyecto común entre Atención Primaria y Especializada ha sido posible, resultando en una mejora de la calidad asistencial, específicamente referido al diagnóstico y seguimiento de la OMS en la infancia.</p>
Palabras clave	Otitis media con derrame; niño; atención primaria de salud; cerumen; otoscopia; pruebas de impedancia acústica.

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

Título	Correlación entre Rinomanometría y escala NOSE en pacientes con Rinitis Crónica y/o Desviación Septal y medición del Éxito Terapéutico
Autores	<i>Lara-Sánchez Hugo*, Álvarez Nuño Candelas*, Mayo Iscar Agustín**, Gil-Carcedo Sañudo Elisa*, Menéndez Arguelles María Eugenia*, Vallejo Valdezate Luis Ángel*.</i>
Centro de trabajo	*Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Río Hortega, **Departamento de Investigación de la Universidad de Valladolid.
Persona de contacto	Hugo Lara Sánchez
e-mail	hugo_lara_s@hotmail.com
Resumen	<p>Introducción y objetivo: El grado de dificultad respiratoria nasal en el síndrome obstructivo nasal (SON) puede evaluarse mediante escalas de evaluación subjetivas (NOSE) o mediante métodos de evaluación objetivos (rinomanometría-RMM). Previa validación y adaptación transcultural al castellano de la escala NOSE, el objetivo del estudio fue medir el éxito terapéutico en pacientes con SON mediante la RMM y la escala NOSE. Establecer la correlación existente entre la RMM y la escala NOSE y entre la escala NOSE y la escala visual análoga (EVA).</p> <p>Material y Método: Utilizamos un estudio de cohorte en el que evaluamos la mejoría de la obstrucción nasal tras tratamiento médico (corticoide tópico nasal) o quirúrgico (septoplastia, turbinoplastia o septo-turbinoplastia). En ambas modalidades terapéuticas evaluamos de forma basal y posquirúrgica el síntoma obstructivo nasal mediante RMM y con escalas de medición subjetivas (NOSE y EVA).</p> <p>Resultados: Incluimos en el estudio 102 pacientes. La obstrucción nasal muestra una mejoría estadísticamente significativa - si empleamos como instrumento de evaluación métodos cuantitativos (RMM)- tras el tratamiento quirúrgico. Por el contrario, el tratamiento médico, mejora el flujo nasal medido rinomanométricamente pero sin que las diferencias observadas posean significación estadística ($p=.1363$). Encontramos correlación estadística positiva, quitando el efecto de la intervención, entre la escala NOSE y la escala analógica visual (EVA) ($r=0.83327$).</p> <p>Conclusiones: Los pacientes quirúrgicamente tratados por obstrucción nasal presentan tasas de éxito terapéutico mayores que los sometidos a tratamiento médico.</p> <p>No se ha encontrado una correlación estadística entre RMM y escalas de evaluación subjetivas (NOSE y EVA). Esto puede deberse a que ambas escalas miden aspectos diferentes del SON considerándose ambas como complementarias por lo que ambas deberían utilizarse conjuntamente en el diagnóstico y como método de evaluación del éxito terapéutico.</p>
Palabras clave	Obstrucción Nasal, Rinomanometría, Escala NOSE, Escala Visual Análoga.

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

Título	El lado sano en el déficit vestibular unilateral
Autores	<i>Gabriel Auilera Aguilera, Hortensia Sánchez Gómez, Carmen Sánchez Blanco, Raquel Yáñez González, Pedro Blanco Pérez, Ángel Batuecas Caletrío .</i>
Centro de trabajo	Hospital Clínico Universitario de Salamanca
Persona de contacto	Gabriel Aguilera Aguilera
e-mail	gaguileraa@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: En modelos experimentales se ha demostrado la influencia que ejerce un núcleo vestibular sobre el otro. En este sentido cuando aparece un déficit vestibular unilateral, lo habitual es que aparezcan modificaciones en el lado sano. Estudiamos lo que sucede en el lado sano en un grupo homogéneo de pacientes con un déficit vestibular unilateral.</p> <p>Material y Método: Se estudia 50 pacientes diagnosticados de schwannoma vestibular unilateral. Se realiza prueba calórica y video head impulse test de canal semicircular horizontal. Se estudian las variables de ganancia, sacadas covert, sacadas overt, velocidades de las sacadas y prueba calórica en ambos oídos.</p> <p>Resultados: Se evalúan los resultados de 50 pacientes. La respuesta calórica fue normal en 31 de 50. El vHIT fue anormal en 45 de 50 pacientes. En el lado afecto se objetivó una ganancia baja en 27 de 50, sacada covert en 37 de 50 y sacada overt en 26 de 50. En el lado sano, el vHIT fue anormal en 29/50 pacientes, con ganancia baja en 4/50, sacada covert en 7/50 y sacada overt en 23/50. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la ganancia de ambos lados, Así mismo la sacada overt en el lado sano está relacionada con una ganancia baja en el enfermo. No así la sacada covert en el lado sano.</p> <p>Conclusiones: Desde algunos estudios en la década de los 60, se conoce la relación existente entre los dos núcleos vestibulares. Ésta es de carácter inhibitorio. Perder la función vestibular de un lado hace que desaparezca un doble fenómeno de inhibición y por ello ante el déficit vestibular unilateral aparece una disfunción en el sistema vestibular del lado sano.</p>
Palabras clave	vHIT, Schwannoma vestibular, RVO, Lado sano del deficit vestibular

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

Título	11 años de detección precoz de la hipoacusia en el área sanitaria de ponferrada
Autores	<i>Jesús San Román Carbajo, Pilar Pomar Blanco, Laura Diez González, Cristina Martín Villares, Nuria Rodríguez Prado y Manuel Tapia Risueño</i>
Centro de trabajo	Hospital de El Bierzo
Persona de contacto	Jesús San Román Carbajo
e-mail	jsanroman@ono.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: En 1994 se aprueba en nuestra Comunidad Castellano-Leonesa la puesta en marcha de un protocolo de cribado auditivo universal. La coordinación de este programa en el Área de Salud de Ponferrada, nos ha permitido recopilar los datos obtenidos y presentarlos en esta comunicación para ser objeto de discusión.</p> <p>Material y Método: La prueba de cribado es realizada por el equipo de enfermería de obstetricia o pediatría, si el niño es ingresado en neonatología. En los casos de no pasar el cribado, hemos aplicado la estrategia de diagnóstico y tratamiento descrita en nuestro "Programa de detección precoz y atención integral de la Hipoacusia Infantil en Castilla y León".</p> <p>Resultados: De los recién nacidos (RN) en nuestro área de Salud (10.215), se realizaron las pruebas de cribado auditivo a 9.940 (97,3%). A 97 RN (0,97% de los cribados) les repetimos una 2ª prueba de cribado, de los que 32 no pasaron (0,32%) siendo remitidos a PEATC (fase de diagnóstico I). 4 RN no acudieron a esta fase de diagnóstico. Un total de 10 RN fueron remitidos al Hospital de Referencia (fase de diagnóstico II), sin que haya sido necesario ningún implante coclear. La falta de seguimiento se debe fundamentalmente a traslados a otros hospitales, a la negativa de los padres a realizar la prueba o a fallecimientos.</p> <p>Conclusiones: Los resultados presentados se encuentran dentro de los estándares establecidos en nuestro Programa. El principal inconveniente en nuestro trabajo se debe a la tardanza en la reposición del instrumental básico para la realización de estas pruebas.</p>
Palabras clave	cribado auditivo neonatal universal; potenciales evocados auditivos automatizados; hipoacusia.

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

Título	Cribado auditivo neonatal en el Área de Salud de León. Nuestra experiencia
<i>Autores</i>	<i>Gerardo Martín Sigüenza</i>
Centro de trabajo	Complejo Asistencial Universitario de León
Persona de contacto	Gerardo Martín Sigüenza
e-mail	gmarsig@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: Presentamos y analizamos los resultados obtenidos desde 2006 con la aplicación del "Programa de Cribado Auditivo Neonatal" en nuestro Área de Salud de León.</p> <p>Material y Método: Como hecho relevante exponemos el cambio que ha supuesto la adquisición por parte del Servicio de ORL de un equipo de instrumental diagnóstico : PEATC clínico y Potenciales de Estado Estable.</p> <p>Resultados: El número de niños susceptibles de cribado en estos 9 años ha sido 21173, siendo los resultados obtenidos los siguientes: NO PASA 1º cribado: 265 (1.25%); NO PASA 2º cribado: 31 (0.14%); Diagnóstico de Hipoacusia: 20 (0.94‰). Rechazan la prueba: 24</p> <p>Conclusiones: El diagnóstico precoz de éstos 20 lactantes y la instauración precoz del tratamiento, bien con audioprótesis o con implante coclear, justifica de una manera clara el establecimiento del un Programa de Cribado Auditivo Neonatal. La realización del estudio de la fase diagnóstica a cargo del Servicio de ORL ha supuesto un importante avance en la calidad asistencial ofrecida a nuestros pacientes.</p>
Palabras clave	Cribado auditivo universal; Potenciales Evocados Auditivos Automatizados; Pruebas auditivas diagnósticas

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

Título	Adenomas de paratiroides y Carcinoma Papilar como hallazgo quirúrgico.
Autores	<i>Michael Bauer; Luis Miguel Torres Morientes; Jaime Santos Pérez; Dario Morais Pérez; María Hernández de los Santos; Ana Sánchez.</i>
Centro de trabajo	Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Persona de contacto	Michael Bauer
e-mail	dr.michael_bauer@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: La relación entre patología tiroidea y paratiroidea fue descrita inicialmente en 1947, siendo de todas maneras la frecuencia de presentación en un adenoma de paratiroides y un carcinoma no medular de tiroides en un porcentaje en la mayoría de los estudios del 3%.</p> <p>Algunos autores lo consideran meramente una coincidencia pero persisten múltiples publicaciones al respecto que buscan establecer protocolos de actuación.</p> <p>Típicamente más frecuente en mujeres hasta 80%; en promedio de 50-60 años. El objetivo es la discusión de la necesidad de análisis detallado de todo el tiroides en un estudio clínico de adenoma de paratiroides.</p> <p>Material y Método: Estudio retrospectivo de las cirugías programadas de adenoma de paratiroides incluyendo los años 2011 al 2014 en nuestro servicio.</p> <p>Resultados: serie de 42 pacientes, con un aumento importante de casos respecto a los anteriores en el último año; se han realizado resecciones totales o parciales sobre la glándula tiroides en un 40%, de los cuales 28 % fueron benignos, y 14% tenían un carcinoma papilar de tiroides asociado al adenoma. 85% de los adenomas correspondían a mujeres y 67% a las mismas entre los hallazgos de carcinomas. El rango de edad 53 años en promedio.</p> <p>Conclusiones: Hiperparatiroidismo primario es la causa más común de hipercalcemia, afectando a 1 de cada 500 mujeres y 1 de cada 2000 hombres.</p> <p>En un estudio reciente se demuestra la presencia de nódulos tiroideos en dos tercios de pacientes estudiados por un adenoma, si nos adherimos al protocolo de la ATA, la mayoría de estos cumplirían criterio de PAAF.</p> <p>Actualmente la tiroidectomía simultánea ronda entre el 18 al 30% según las series.</p> <p>Se recomienda estrictamente el estudio ecográfico a modo de complemento en los pacientes estudiados por un hiperparatiroidismo primario, así como el tratamiento y estudio de los nódulos tiroideos para poder programar las cirugías y evitar aumento de la morbilidad y sobre todo retrasando el diagnóstico causado por los abordajes mínimos que no permiten una buena exploración de la glándula tiroides. :</p>
Palabras clave	Adenoma paratiroides; Carcinoma papilar; Ecografía tiroidea; hiperparatiroidismo.

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

Título **Manifestaciones ORL de la neurosarcoidosis**

Autores M. Cristina Gascón Rubio, Albino J. Alonso Alonso, Elvira Ubis Rodríguez, Laura Hurtado Carrill

Centro de trabajo Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro

Persona de contacto M. Cristina Gascón Rubio

e-mail mcgasconr@saludcastillayleon.es

Resumen	La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica granulomatosa de etiología desconocida que afecta con mayor frecuencia al pulmón. La presencia de afectación neurológica es infrecuente, constituyendo entre el 5 y 15% de los pacientes con sarcoidosis. Cualquier parte del sistema nervioso puede verse afectada, con síntomas muy diversos. Presentamos el caso de una paciente de 66 años que debutó con aumento de tamaño de parótida izquierda, asimetría del velo del paladar e inestabilidad. La biopsia confirmó que se trataba de granulomas necrotizantes. Descartada la Enfermedad de Wegener y debido a la respuesta al tratamiento esteroideo se confirmó el infrecuente diagnóstico de Neurosarcoidosis con síntomas principalmente de la esfera ORL.
Palabras clave	Neurosarcoidosis, Granulomas necrotizantes, parálisis facial

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

Título	Protocolo de recogida de datos de amigdaloadenoidectomía pediátrica
Autores	<i>Gil Aguilar M; Báscones García M; Rubio Suárez, A*; Sanchis Pico C; Vergara Pastrana S*; Castañeda Curto N*</i>
Centro de trabajo	Servicio de ORL. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander)
Persona de contacto	Maite Gil Aguilar
e-mail	mtegil@humv.es

Resumen	<p>Introducción. La amigdaloadenoidectomía (AAT) pediátrica es la intervención quirúrgica más frecuentemente realizada en niños. Su indicación principal es la presencia de trastornos respiratorios del sueño (TRS) cuya prevalencia está aumentando. La reaparición de la amigdalectomía parcial (AP) como procedimiento curativo y con menor morbi-mortalidad que la amigdalectomía total (AT), junto con los avances tecnológicos, hace que nos planteemos cuál es la mejor opción de tratamiento en estos pacientes.</p> <p>Material y métodos. Se presenta el protocolo de recogida de datos durante todo el proceso asistencial de los niños en los que se plantea la indicación de AAT. Consta de cinco hojas relativas a anamnesis y exploración, protocolo quirúrgico, evaluación durante ingreso, cuestionario de calidad de vida y revisión tras la cirugía.</p> <p>Resultados. En nuestro hospital, durante el año 2014, realizamos 450 intervenciones quirúrgicas. Con el protocolo que hemos comenzado a aplicar, los datos quedarán compilados en una base de datos de la que, mediante análisis estadísticos, podrán extraerse conclusiones que permitan profundizar en el estudio de los TRS y su tratamiento quirúrgico.</p> <p>Conclusión: Creemos que esta forma dirigida de recoger los datos de forma estandarizada puede ayudar a resolver incógnitas en cuanto a la AAT y a los TRS. Sugerimos que se valore esta propuesta y se plantee hacerla extensible a otros hospitales pertenecientes a nuestra sociedad.</p>
Palabras clave	Adenoamigdalectomía total, Adenoamigdalectomía parcial, trastornos respiratorios del sueño

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

Título	BAHA CORDELL II: alternativa en la hipoacusia profunda
<i>Autores</i>	<i>Hortensia Sánchez Gómez, Gabriel Aguilera Aguilera, Raquel Yáñez González, Carmen Sánchez Blanco, Santiago Santa Cruz Ruiz, Ángel Batuecas Caletrío.</i>
Centro de trabajo	Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
Persona de contacto	Hortensia Sánchez Gómez
e-mail	hortensiasanchez1@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: La hipoacusia profunda supone siempre un reto tanto desde el punto de vista diagnóstico como, sobre todo, terapéutico. En ocasiones se limitan las indicaciones en estos pacientes a la utilización del implante coclear. Sin embargo, hay un grupo de enfermos con hipoacusia profunda como secuela de una otitis media crónica o una gran hipoacusia mixta que se pueden beneficiar de la utilización de otros dispositivos. Estudiamos un grupo de enfermos con hipoacusia profunda implantados con un dispositivo BAHA modelo Cordelle II de los cuales a un grupo de esos pacientes se les había indicado la colocación de implante coclear.</p> <p>Material y Método: Se estudian 17 enfermos con hipoacusia profunda a los que se les implantó un BAHA Cordelle II en el Hospital Universitario de Salamanca. Analizamos el motivo de derivación, la pérdida auditiva media previa a la cirugía, la ganancia media en audiometría tonal liminar y la ganancia en logaudiometría.</p> <p>Resultados: El motivo de derivación fue la indicación de implante coclear en 8 de los 17 pacientes estudiados. La pérdida auditiva media de los enfermos previa a la cirugía fue 98,18 dB y la ganancia auditiva media en decibelios tras la cirugía fue de 49,5. El paciente en el que se obtuvo la menor ganancia auditiva fue de 23 dB y, en el de mayor, 71 dB. En cuanto a la logaudiometría el umbral de máxima inteligibilidad medio previo a la cirugía fue de 24,71% a 86,18 dB; y el postquirúrgico fue de 80% a 77,94 dB.</p> <p>Conclusiones: El BAHA Cordelle es una alternativa efectiva y sobre todo eficiente en el tratamiento de la hipoacusia profunda en pacientes que han sufrido otitis media crónica y conservan umbrales de vía ósea por encima de 55 db en frecuencias medias. Consideramos que en este tipo de pacientes la indicación del BAHA Cordelle debe ser tomada en cuenta y valorada incluso por delante del implante coclear.</p>
Palabras clave	BAHA Cordelle, hipoacusia profunda.

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

Título	Epiglotitis aguda, 23 años en el HUMV
<i>Autores</i>	Natalia Castañeda Curto, M ^a Teresa Gil Aguilar, Carmelo Morales Angulo, Carla Sanchís Pico, Sandra Patricia Vergara Pastrana
Centro de trabajo	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Persona de contacto	Natalia Castañeda Curto
e-mail	nataliauc@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: La epiglotitis aguda es una patología poco frecuente pero grave que afecta a vía aérea superior. Clásicamente se ha relacionado con pacientes pediátricos, cuya principal manifestación es la disnea y en los cuales el riesgo de complicación es mayor. Sin embargo, tras la introducción de la vacuna contra <i>Haemophilus Influenzae</i> (principal patógeno responsable), esto ha cambiado, siendo mucho más frecuente en adultos. El objetivo de nuestro estudio es describir las características de las epiglotitis en el área Sanitaria de nuestro hospital.</p> <p>Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de epiglotitis desde 1992 a 2015 registrados en el HUMV analizando diferentes variables: sexo, edad, clínica, diagnóstico, tratamiento, complicaciones y tiempo de estancia hospitalaria.</p> <p>Resultados: 50 pacientes con edades comprendidas entre 1 y 80 años fueron incluidos en nuestro estudio. 40 eran hombres y 10 eran mujeres y tan sólo uno de ellos era paciente pediátrico. El síntoma principal fue odinofagia (88%) seguido de disnea (56%), alteración en la voz (52%) y disfagia (44%). Todos fueron tratados con antibiótico intravenoso +/- corticoides. 9 pacientes requirieron ingreso en Cuidados Intensivos. 4 pacientes precisaron intubación orotraqueal; a 5 se les realizó una traqueotomía de urgencia. Ninguno de ellos murió a consecuencia de la epiglotitis. El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 8,42 días (mínimo 2, máximo 45).</p> <p>Conclusión: La epiglotitis aguda, aunque poco frecuente, es una patología que debe considerarse una urgencia ya que afecta a las vías aéreas superiores y, por tanto, precisa un manejo precoz para evitar complicaciones.</p> <p>Objetivamos un claro descenso de la afectación de pacientes pediátricos, lo que se explica por la introducción en el calendario vacunal de la inmunización contra el <i>Haemophilus Influenzae</i>.</p>
Palabras clave	Epiglotitis aguda, disnea, H.Influenzae, odinofagia.

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

Título	Hipoacusia prelingual secundaria a la mutación del gen de la otoferlina
Autores	<i>Natalia Castañeda Curto, Rocio González Aguado, Ángel Mazón Gutiérrez, Carmelo Morales Angulo.</i>
Centro de trabajo	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Persona de contacto	Natalia Castañeda Cur
e-mail	nataliauc@gmail.com

Resumen	<p>Introducción: Se han identificado varias mutaciones diferentes en el gen OTOF causantes de hipoacusia. De ellas, Q829X es la tercera mutación más frecuente responsable de hipoacusia prelocutiva en la población española, después de la mutación 35delG en el gen de la conexina 26 y de la delección Δ (GJB6-D13S1830), que trunca el gen de la conexina 30.</p> <p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar un estudio poblacional desde la implantación del Screening Neonatal en la comunidad de Cantabria para cuantificar el número de neuropatías auditivas secundarias a la mutación del gen OTOF. 2. Mostrar la importancia de la realización del screening neonatal con potenciales auditivos de tronco cerebral (PEATC) en su versión automática frente a las otoemisiones acústicas de estímulo transitorio (OEAt) <p>Material y método: En este trabajo presentamos un estudio retrospectivo desde Enero de 2001 a Diciembre de 2013 para cuantificar el número de neuropatías auditivas secundarias a la mutación Q829X del gen de la otoferlina en la comunidad de Cantabria. Se realiza una revisión bibliográfica de los casos publicados.</p> <p>Resultados: Siete pacientes fueron diagnosticados de neuropatía auditiva secundaria a la mutación Q829X del gen de la otoferlina. Cuatro de ellos forman parte de una familia consanguínea. Uno de ellos se diagnosticó en el screening neonatal por presentar factores de riesgo y pasar directamente a la fase diagnóstica (realización de PEATC). Dos fueron falsos negativos del programa de screening, es decir, se le dio de alta en el programa por pasar las otoemisiones ambos oídos y no presentar factores de riesgo, acudieron con posteridad para valoración por sospecha de hipoacusia.</p> <p>Conclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El estudio genético sistemático en los neonatos con neuropatía auditiva es de vital importancia, más aún si es secundaria a la mutación del gen OTOF ya que se manifiesta como una hipoacusia profunda prelingual subsidiaria a tratamiento con implante coclear con excelentes resultados. • El screening neonatal realizado con OEAt tiene el gran hándicap de los falsos negativos en los casos de neuropatía auditiva siempre que los pacientes no tengan factores de riesgo. Es por ello que en aquellas comunidades donde no se realicen debería cambiarse el protocolo de manera gradual para poder llegar a tener un diagnóstico y un tratamiento correcto en tiempo y forma para todos los neonatos.
Palabras clave	Neuropatía auditiva, OTOF, hipoacusia.

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

Título	Implante coclear como modalidad de rehabilitación de hipoacusia radioinducida
Autores	<i>Hortensia Sánchez Gómez, Gabriel Aguilera Aguilera, Raquel Yáñez González, Carmen Sánchez Blanco, Santiago Santa Cruz Ruiz, Ángel Batuecas Caletrío.</i>
Centro de trabajo	Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
Persona de contacto	Hortensia Sánchez Gómez
e-mail	hortensiasanchez1@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: La radioterapia es una modalidad terapéutica usada frecuentemente en tumores de cabeza y cuello debido a su alta efectividad; sin embargo no está exenta de efectos secundarios dada la existencia de estructuras vitales, como son el sistema nervioso central, vasos, articulaciones, huesos, piel y oído.</p> <p>Uno de los efectos que puede producir la radioterapia de cabeza y cuello es la hipoacusia, que puede ser de transmisión o neurosensorial. Ésta última como consecuencia del daño sobre las estructuras auditivas, periféricas o centrales.</p> <p>Material y Método: Se describe el caso clínico de una paciente mujer de 53 años con antecedentes personales de linfopitelioma de cavum (T2 N2 MO) tratada en 2003 con quimioterapia y radioterapia. Como consecuencia del tratamiento desarrolló en el oído izquierdo una laberintitis con secuela de cófosis y en el oído derecho una hipoacusia neurosensorial severa y otitis media crónica.</p> <p>En 2011 presentó una hipoacusia súbita del oído derecho pasando a tener una hipoacusia neurosensorial profunda. Se pautó tratamiento con corticoide oral y después corticoide transtimpánico, sin mejoría de la audición; por lo que se planteó realizar tratamiento quirúrgico para la colocación de un implante coclear en el oído derecho y tratamiento de la otitis media crónica.</p> <p>Se realizó una RMN donde se identificaron los fascículos del VIII par en el CAI derecho normales, cóclea anatómicamente normal, sin alteraciones del acueducto del vestíbulo. En el oído izquierdo se objetivaron hallazgos compatibles con fibrosis de oído interno.</p> <p>En abril de 2012 se realizó la colocación de un implante coclear en el oído derecho.</p> <p>En la actualidad tiene un buen rendimiento auditivo con una audiometría tonal liminar a 40-45 dB y logaudiometría con un umbral de percepción verbal de 60 dB, umbral de máxima inteligibilidad a 65 dB el 80% y porcentaje de máxima discriminación el 75 %.</p> <p>Resultados y conclusiones: En la actualidad, en la literatura hay pocos casos o series de casos que sugieran la implantación coclear como una forma de rehabilitación de la sordera en pacientes que recibieron radioterapia para tratamiento de tumores de cabeza y cuello. Sin embargo, puede ser muy útil si se realiza un buen estudio preoperatorio y se selecciona a los pacientes en los que esté indicado este tratamiento; siempre teniendo en cuenta que hay que realizar una buena planificación del acto quirúrgico considerando todos los factores derivados de la radioterapia que pueden influir en el mismo.</p>
Palabras clave	Implante coclear, hipoacusia, radioterapia.

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

Título	Estudio clínico descriptivo retrospectivo del carcinoma nasofaríngeo en la comunidad de la rioja entre los años 1994-2014.
Autores	<i>Ana Natali Ortiz-Rivera, Eder Danilo Terán-Muñoz, Juan Carlos Sicles-López, Azor Carreras-Alcaraz, Miguel Angel Escobar-Martínez.</i>
Centro de trabajo	Hospital San Pedro, Logroño. La Rioja
Persona de contacto	Ana Natali Ortiz Rivera
e-mail	anaortiz5r@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: El carcinoma de nasofaringe tiene baja incidencia en España, menos de 1/100.000 habitantes/año. Es de difícil diagnóstico debido al complejo acceso a esta región, excepto cuando éstas alcanzan mayor tamaño o cuando presentan síntomas y/o signos secundarios al compromiso de estructuras adyacentes o de diseminación. El objetivo de esta investigación fue analizar y describir la incidencia global, el debut clínico al diagnóstico, predominio del sexo, el estadiaje y tratamiento de pacientes con carcinoma de nasofaringe, con la finalidad de aportar nuevos antecedentes en un área en la cual existen pocos estudios publicados, dada su baja incidencia. Material y</p> <p>Método: Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo, de corte transversal de 25 casos clínicos de pacientes con carcinoma de nasofaringe en el periodo de 1994-2014 en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital San Pedro, de la ciudad Logroño, La Rioja.</p> <p>Resultados: De los casos analizados, se observó una mediana de edad de 52,24 años, con relación hombre/mujer en 1,7/1. La primera manifestación clínica más frecuente fueron las adenopatías cervicales unilaterales, seguida de la otitis media serosa unilateral. El tipo histopatológico más frecuente fue el carcinoma indiferenciado. El tratamiento habitual fue quimioradioterapia.</p> <p>Conclusiones: Dado la clínica inespecífica es fundamental un alto índice de sospecha. Todo paciente con adenopatía cervical, epistaxis recurrente, otitis media serosa unilateral, cefalea, debe incluirse el estudio del cavum. No debe demorar el diagnóstico manifestado como adenopatía única cervical en el paciente asintomático. El principal tratamiento consiste en radioterapia con/sin quimioterapia concomitante en la mayoría de los casos.</p>
Palabras clave	Carcinoma de nasofaringe; Estudio descriptivo; Sexo; Debut clínico; Histopatología.

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

Título	Nuestros primeros pasos en la rehabilitación vestibular con posturografía dinámica computarizada.
Autores	<i>Calle Cabanillas María Isabel, Ibáñez Muñoz Cristina, Pérez Sáez Judit, Cordero Civantos Cristina, Crespo Escudero Pablo, Valda Rodrigo José.</i>
Centro de trabajo	Hospital Universitario de Burgos
Persona de contacto	María Isabel Calle Cabanillas
e-mail	yaextoiaqui@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: La rehabilitación vestibular es fundamental en el tratamiento de la inestabilidad, actuando sobre la compensación se mejora el equilibrio y la calidad de vida del paciente.</p> <p>Durante el año 2014 se ha formado una unidad de rehabilitación vestibular en el Hospital Universitario de Burgos, constituida por un otoneurólogo y una enfermera-fisioterapeuta. Entre la terapéutica empleada se incluyen ejercicios domiciliarios, el estímulo optocinético repetido, la posturografía dinámica computarizada (CDP) y actividades de acondicionamiento del estado general.</p> <p>Material y Método: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de los primeros pacientes que han realizado rehabilitación con CDP en nuestro centro. Para cada individuo se diseña un tratamiento personalizado en función de su patología y de su estado general, que asocia ejercicios de suelo y domiciliarios. Se ha establecido un mínimo de 5 sesiones. Se ha realizado una evaluación pre y post-tratamiento: objetiva que incluye Test de organización sensorial y Límites de estabilidad y subjetiva con el cuestionario Dizziness Handicap Inventory.</p> <p>Resultados: De los 27 pacientes que iniciaron la rehabilitación, 5 abandonaron el tratamiento (3 por sensación de inestabilidad tras las primeras sesiones, 1 por lumbalgia y 1 por malestar general al iniciar tratamiento quimioterápico).</p> <p>De los 22 pacientes que finalizaron las sesiones, 12 (54%) presentaron una clara mejoría subjetiva con descenso de la puntuación en el DHI. En la evaluación objetiva, 13 (59%) presentaron mejoría en los parámetros de los límites de estabilidad (fundamentalmente en el punto final de excursión, excursión máxima y control direccional) y sin embargo, sólo 4 (18%) mejoraron significativamente en el valor Compuesto del equilibrio (considerando significativo un aumento ≥ 8 puntos).</p> <p>La mejoría subjetiva en función del diagnóstico adoptó la siguiente distribución: 9 /de 12 con diagnóstico de hipofunción vestibular unilateral (los 4 pacientes con incremento significativo del Compuesto forman parte de este grupo). 1/6 con hipofunción vestibular bilateral, 2/2 con inestabilidad post-vértigo posicional paroxístico benigno resuelto y 0/2 con inestabilidad de origen central.</p> <p>Conclusiones: Una mejoría subjetiva del 54 % del total de los pacientes tratados, es un valor inferior a los publicados en otras series, lo que puede deberse a la selección de los pacientes, que en todos los casos presentan procesos de muy larga evolución, la baja muestra y al proceso de aprendizaje de la terapia. Los grupos con mayor beneficio obtenido son la hipofunción vestibular unilateral y la inestabilidad post-VPPB.</p>
Palabras clave	rehabilitación vestibular, posturografía dinámica computarizada.

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

Comunicaciones PÓSTER



Título	Un paso más allá de la sensación de cuerpo extraño hipofaríngeo en consulta ORL
<i>Autores</i>	<i>Elena Sánchez Terradillos, Gisela Risson Pino, Eva María Mingo Sánchez, Pablo Santos Gorjón, Gonzalo Martín Hernández</i>
Centro de trabajo	HNSS Ávila
Persona de contacto	Elena Sánchez
e-mail	esterradillos@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: Uno de los motivos más frecuentes de consulta en ORL es la sintomatología asociada a patología faríngea, que habitualmente, a pesar de las molestias de mal control que produce, no asocia mayores alteraciones.</p> <p>Material y Método: Se presentan tres casos de pacientes que acuden en los últimos meses, refiriendo, como clínica común, sensación de cuerpo extraño hipofaríngeo, que son finalmente diagnosticados de diversas patologías causantes de la sintomatología de inicio.</p> <p>Conclusiones: Una anamnesis y exploración cuidadosas evitan pasar por alto patologías de cierta entidad que inicialmente pueden dar una sintomatología banal.</p>
Palabras clave	eagle. forestier. faringitis

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

Título	Uso de Etoxiesclerol. Nuestros resultados
<i>Autores</i>	<i>Elena Sánchez Terradillos, Pablo Santos Gorjón, Gisela Risson Pino, Eva María Mingo Sánchez, Juan Luis Sánchez-Jara, María Jesús Velasco, Gonzalo Martín Hernández</i>
Centro de trabajo	HNSS Ávila
Persona de contacto	Elena Sánchez
e-mail	esterradillos@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: Descrita a finales del S. XIX, la enfermedad Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria, es un desorden AD (1:5000) que conduce a la formación anormal de vasos sanguíneos en piel y mucosas, lo que produce hemorragias, generalmente epistaxis, de difícil control.</p> <p>Material y Método: Presentamos los casos de varios pacientes pertenecientes al área abulense, afectos de dicha enfermedad, y evolución de las epistaxis previa y posterior al tratamiento con polidocanol, agente esclerosante.</p> <p>Conclusiones: En nuestra experiencia, el uso de etoxiesclerol resulta una gran ayuda en el manejo de estos pacientes.</p>
Palabras clave	enfermedad rendu osler weber. etoxiesclerol. Epistaxis

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

Título	Cirugía reconstructiva en cabeza y cuello. colgajo libre de peroné
Autores)	<i>Elena Sánchez Terradillos, Eva María Mingo Sánchez, Pablo Santos Gorjón, Gisela Risson Pino, María Jesús Velasco, Juan Luis Sánchez-Jara, Gonzalo Martín Hernández</i>
Centro de trabajo	HNSS Ávila
Persona de contacto	Elena Sánchez
e-mail	esterradillos@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: La cirugía oncológica en pacientes con estadios avanzados nos obliga en ocasiones a resecciones amplias, con imposibilidad de cierre directo, que precisan reconstrucción.</p> <p>Material y Método: Presentamos a continuación el caso de un varón de edad media que presenta dolor a nivel mentoniano, en quien se objetiva lesión mandibular a nivel muscular y óseo. Se procede a cirugía con objetivo curativo y reconstrucción en mismo tiempo quirúrgico, ayudándonos de un colgajo de peroné.</p> <p>Conclusiones: El trabajo en equipo es fundamental para el desarrollo de una cirugía larga y compleja, con unos resultados estéticos y funcionales satisfactorios en un paciente joven.</p>
Palabras clave	oncología. reconstrucción. peroné

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

Título	Acondroplasia y SAHS. A propósito de un caso.
Autores	<i>Cristina Cordero Civantos, Pablo Crespo Escudero, Cristina Ibáñez Muñoz; María Isabel Calle Cabanillas; Judith Pérez Sáez; Ana Isabel Navazo Eguía</i>
Centro de trabajo	Hospital Universitario de Burgos.
Persona de contacto	Cristina Cordero Civantos
e-mail	cris.corciv@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: La Acondroplasia está causada por las mutaciones en el gen FGFR3, su incidencia es de 1/15000 a 1/40000 de los recién nacidos vivos. La prevalencia del SAHS en estos paciente varia de un 10 a un 85% y esta determina por una serie de factores anatómicos y funcionales que dan lugar a 3 fenotipos: el Fenotipo 1 caracterizado por una Hipertrofia adenoamigdalar relativa debida a la hipoplasia medio facial; el fenotipo 2 que presenta obstrucción muscular de la vía aérea e hidrocefalia progresiva por hipertensión venosa yugular por estenosis del foramen yugular, y el fenotipo 3 con una obstrucción muscular de la vía aérea y eventos centrales respiratorios sin hidrocefalia por estenosis del canal hipogloso con o sin compresión del foramen magnum y sin estenosis del foramen yugular. Las posibilidades terapéuticas del SAHS van a depender de los factores desencadenantes y del grado de severidad, y son la amigdalectomía, CPAP/BPAP y la descompresión cráneo-cervical en aquellos pacientes con estenosis del foramen magnum.</p> <p>Material y Método: Presentamos el caso de un varón diagnosticado de acondroplasia de 2 años y 2 meses de edad, remitido desde otro centro para valoración de SAHS y necesidad de ventilación. Refiere la presencia de ronquido nocturno con importante dificultad respiratoria con presencia de respiración fundamentalmente bucal y aumento de esfuerzo respiratorio, claras pausas de apneas nocturnas con buena situación diurna. En la exploración se objetiva un fenotipo acondroplásico con presencia de macrocefalia relativa, extremidades y tronco cortos. Se realiza nasofibroendoscopia en la que observa una rinofaringe estrecha en embudo con una hipertrofia adenoidea que ocluye más de un 75%, una hipertrofia amigdalar de que obstruye un 50% de la vía aérea, siendo la laringe y la hipofaringe normales.</p> <p>Se realiza estudio del sueño en el que se objetivan 322 apneas obstructivas y 265 hipopneas, con un Índice de Apnea/Hipopnea: 75,54 y un Índice IAR global: 81,83.</p> <p>Se realiza adenoamigdalectomía; y a los 4 meses se vuelve a realizar un estudio del sueño con una mejoría significativa, con un índice de apneas/hiponeas de 2,75.</p> <p>Conclusiones: Los pacientes con Acondroplasia y SAHS se benefician de manera significativa de la indicación de adenoamigdalectomía, ya que reduce las apneas de tipo obstructivo y también facilita la adaptación al tratamiento con BPAP y CPAP.</p>
Palabras clave	<i>Acondroplasia, SAHS, Índice apneas/hipopneas.</i>

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

Título	Hiperparatiroidismo Primario Asociado a Litio: ¿Enfermedad Multiglandular?
Autores	<i>Lara-Sánchez Hugo*, Fernández Morais Raquel*, Álvarez Nuño Candelas*, De Las Heras Florez Paula*, Zamora Martínez Tomas**, Vallejo Valdezate Luis Ángel</i>
Centro de trabajo	Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Río Hortega. **Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Río Hortega
Persona de contacto	Hugo Lara Sánchez
e-mail	hugo_lara_s@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: En el 10 al 20% de los pacientes que toman Carbonato de Litio se puede presentar un Hiperparatiroidismo Primario, este puede ser transitorio y ceder a las 4 semanas en promedio de suspender el tratamiento o puede convertirse en un Hiperparatiroidismo Primario Persistente. El objetivo es presentar un caso clínico y describir el Hiperparatiroidismo Primario Asociado a Carbonato de Litio y la alta prevalencia de Enfermedad Multiglandular en estos casos.</p> <p>Material y Método: Mujer de 55 años de edad con diagnóstico de Trastorno Bipolar de 15 años de evolución por tanto ha tomado Carbonato de Litio de forma crónica desde entonces. Ha tenido varios episodios de litiasis renal y en la analítica se ha comprobado un Hiperparatiroidismo Primario. Ante la sospecha de asociación con Carbonato de Litio se cambia el tratamiento antipsicótico. En el seguimiento a los 6 meses de cambiar el tratamiento persiste el Hiperparatiroidismo Primario. Se realiza Ecografía Cervical, TC Cervical y Gammagrafía Tc99-MIBI sin objetivar localización evidente de alteración paratiroidea. Se envía a ORL desde Endocrinología para tratamiento quirúrgico.</p> <p>Resultados: Ante la sospecha de un Hiperparatiroidismo Primario asociado a Litio sin pruebas de localización concluyentes el tratamiento quirúrgico de elección es la revisión cervical de las cuatro glándulas paratiroideas. Se realizó Paratiroidectomía Subtotal comprobando con biopsias intraoperatorias tejido paratiroideo y un descenso mayor del 70% de la PTHi con respecto a la basal. La anatomía patológica definitiva comprueba la presencia de Hiperplasia Paratiroidea. En el seguimiento a 6 meses la paciente tiene una buena evolución clínica con calcio sérico y urinario normal, además tiene buen control del trastorno bipolar con los antipsicóticos actuales.</p> <p>Conclusiones: El Carbonato de Litio disminuye la sensibilidad de la glándula paratiroidea al calcio. Se considera que actúa a nivel del receptor sensor de calcio (CaSR) lo cual interfiere en la señalización y en el consecuente Hiperparatiroidismo Primario. En diferentes estudios se ha comprobado que en la mayoría de los casos de Hiperparatiroidismo Primario asociado a Litio existe Enfermedad Multiglandular con más del 60% en promedio, siendo la Hiperplasia Paratiroidea lo más frecuente. Por tanto ante casos similares como este hay que realizar una exhaustiva revisión cervical aunque se tengan pruebas de localización evidentes.</p>
Palabras clave	Hiperparatiroidismo Primario, Carbonato de Litio, Trastorno Bipolar, Paratiroidectomía Subtotal

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

Título	Debut de amiloidosis en área otorrinolaringológica.
Autores	<i>Eva M^a Mingo Sánchez, Elena Sánchez Terradillos, Pablo Santos Gorjón, Juan Luis Sánchez-Jara Sánchez, Gisela Risson, M^a Jesús Velasco García, Gonzalo Martín Hernández.</i>
Centro de trabajo	Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila.
Persona de contacto	Eva M ^a Mingo Sánchez
e-mail	evamingo10@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: la amiloidosis es una entidad poco frecuente en el área de cabeza y cuello, con excepción de la lengua. Se trata del órgano diana de la amiloidosis sistémica primaria o la amiloidosis relacionada con el mieloma múltiple.</p> <p>Material y Método: Se presentará un caso clínico de una paciente de 59 años, que debutó con induración difusa de la lengua móvil y aumento de las glándulas submaxilares. Se realizó varias biopsias, obteniendo el resultado anatomopatológico de amiloidosis AL kappa.</p> <p>Resultados: Tras el estudio por el servicio de Medicina Interna y Hematología para el despistaje de mieloma múltiple y/o afectación sistémica, la paciente presenta afectación intestinal, cardiaca y muscular. Actualmente sigue un tratamiento con: bortezomib, corticoides sistémicos y ciclofosfamida.</p> <p>Conclusiones: Se trata de una entidad poco frecuente en nuestra especialidad, que dadas sus características macroscópicas, el carcinoma epidermoide debe ser su principal diagnóstico diferencial. La amiloidosis es una enfermedad que puede afectar a diversos órganos y sistemas, en cuyo caso el pronóstico es peor que en las formas localizadas.</p>
Palabras clave	Amiloidosis lingual, tratamiento amiloideo, diagnóstico de amiloidosis.

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

Título	Síncope por síndrome estilohioideo, A propósito de un caso.
<i>Autores</i>	Macías Rodríguez Diego Hernando, Martín Hernández Rubén, Sánchez Blanco Carmen, Yáñez González Raquel, Sánchez Gómez Hortensia, Blanco Pérez Pedro
Centro de trabajo	Hospital Clínico Universitario de Salamanca
Persona de contacto	Diego Hernando Macías Rodríguez
e-mail	didak133@hotmail.com

Resumen	<p>RESUMEN</p> <p>El Complejo Estilohioideo comprende diferentes entidades clínicas relacionadas con dolor y/o molestias en área estilohioidea como síntoma principal y en algunas ocasiones manifestaciones infrecuentes que pueden amenazar la vida del paciente. El síndrome estilohioideo además condiciona una apófisis estiloides elongada. Describimos el caso de un paciente de 31 años que presentaba dolor cervical inespecífico asociado a síncope, su proceso diagnóstico y manejo.</p>
Palabras clave	Syncope, Elongated styloid process syndrome, Eagle syndrome, Styloid-stylohyoid syndrome

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

Título	Plasmocitoma en seno maxilar.
Autores	<i>Eva M^a Mingo Sánchez, Marta Abengózar Muela, Pablo Santos Gorjón, Elena Sánchez Terradillos, Gisela Risson, Juan Luis Sánchez-Jara Sánchez, M^a Jesús Velasco García, Gonzalo Martín Hernández.</i>
Centro de trabajo	Hospital Nuestra Señora de los Sonsoles de Ávila
Persona de contacto	Eva M ^a Mingo Sánchez.
e-mail	evamingo10@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: Las neoplasias de las células plasmáticas son infrecuentes en el área ORL y suelen darse en edades avanzadas. Pueden presentarse como tumoraciones solitarias o como parte de un mieloma múltiple. Los plasmocitomas localizados, a su vez, pueden ser extramedulares o lesiones óseas.</p> <p>Material y Método: Se presentará un caso clínico de una paciente de 45 años, que acudió a nuestra consulta por tumefacción en región malar izquierda, con pérdida del surco nasogeniano ipsilateral y síntomas de insuficiencia respiratoria nasal izquierda. Se objetivó, mediante nasofibroscoopia, neoformación en fosa nasal izquierda procedente del seno maxilar de dicho lado. Tras biopsia y RM, se confirma plasmocitoma solitario extramedular.</p> <p>Resultados: Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento por el servicio de hematología y en tratamiento con radioterapia.</p> <p>Conclusiones: Los plasmocitomas extramedulares suponen menos del 1% de los tumores de cabeza y cuello, siendo la región ORL más frecuentemente afectada, los senos paranasales. Este tipo de neoplasias, son altamente radiosensibles, por lo que la radioterapia sería el tratamiento de elección.</p>
Palabras clave	plasmocitoma nasales, diagnóstico, tratamiento y radioterapia.

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

Título	Manifestación ORL de la disquinesia ciliar primaria
Autores	<i>Eva M^a Mingo Sánchez, Pablo Santos Gorjón, Juan Luis Sánchez-Jara Sánchez, Elena Sánchez Terradillos, Gisela Gabriela Risson, M^a Jesús Velasco García, Gonzalo Martín Hernández</i>
Centro de trabajo	Hospital Nuestra Señora de los Sonsoles de Ávila
Persona de contacto	Eva M ^a Mingo Sánchez
e-mail	evamingo10@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: la disquinesia ciliar primaria se trata de una enfermedad genética autosómica recesiva, caracterizada por una alteración de la motilidad ciliar, por lo que está asociada a patología pulmonar, rinosinusitis, pérdida auditiva e infertilidad.</p> <p>Material y Método: se presentará un caso clínico de una paciente de origen árabe, de 22 años, vista en consultas ORL por sinusitis crónica no asociada a poliposis, recidivante. Como antecedentes personales, presentaba bronquiectasias y situs inverso. Tras ser estudiada por el servicio de Medicina Interna, se le diagnosticó de disquinesia ciliar primaria.</p> <p>Resultados: la mayoría de estos pacientes presentan rinitis persistente y los síntomas de sinusitis a menudo se desarrollan en la adolescencia. La otitis seromucosa también está asociada, causando una hipoacusia conductiva fluctuante.</p> <p>Conclusiones: genéticamente, la disquinesia ciliar primaria, está asociada actualmente, con 27 mutaciones. Tanto el diagnóstico como el tratamiento es multidisciplinar. A nivel ORL, existe una alta incidencia de otitis media aguda supurativa (46-86% de los pacientes), pérdida auditiva (25-36%) y síntomas nasales (76-88%).</p>
Palabras clave	disquinesia ciliar primaria, diagnóstico, clínica ORL

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

Título	Utilidades del Láser KTP. En patología nasal: Nuestra experiencia.
---------------	---

<i>Autores</i>	<i>Crespo Escudero, Pablo; Cordero Civantos, Cristina; Escorihuela García, Vicente; Ibañez Muñoz, Cristina; Pérez Sáez, Judit; Calle Cabanillas, María Isabel.</i>
Centro de trabajo	Hospital Universitario de Burgos
Persona de contacto	Pablo Crespo
e-mail	pablocrespoescudero@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: el láser KTP (potassium-titanyl-phosphate) tiene una longitud de onda 532-nm. Es un instrumento de trabajo de gran y renovada utilidad en patología ótica (otoesclerosis, timpanoplastias, neurinomas...), en patología de laringe (exéresis lesiones benignas y malignas), en patología faríngea (amigdalectomías, adenoidectomías) y en patología nasal.</p> <p>En nuestra experiencia dentro de ésta última, destacamos las hipertrofias turbinales, las teleangiectasias nasales en enfermos de rendu-osler-weber y los tumores nasosinusales. A continuación presentamos 3 ejemplos que consideramos representativos de nuestra casuística.</p> <p>Material, Método y Resultados:</p> <p>Caso 1: paciente mujer de 33 años, con enfermedad de Rendu-Osler-Weber, que presenta sangrados nasales diarios (media de 50 ml diarios). Se realizó el procedimiento con anestesia local submucosa (mepivacaína con adrenalina en jeringa unijet), previa limpieza de costras y controlando la hemostasia con surgicell; Se dejó el campo exangüe y se realizó la técnica con vaporización (8 watss, 20 mseg, 2 pps, fibra de 0,6 mm, distancia 2-3 mm).</p> <p>Caso 2: paciente varón de 55 años, con clínica de insuficiencia respiratoria nasal y epistaxis frecuentes. En la fibroscopia se observa masa en cornete inferior; se realiza biopsia con local = hemangioma cavernoso. El Angio-TC negativo para MAV. No se realizó embolización selectiva previa la cirugía. Se infiltró anestesia local (aguja retrobulbar con bupivacaína al 0,5% con vasoconstrictor). Se realizó técnica de corte y vaporización (10 watss, 3 pps, distancia de 1-3 mm, fibra de 0,6 mm).</p> <p>Caso 3: paciente mujer de 42 años que presenta insuficiencia respiratoria nasal. Cornetes hipertróficos (prueba de vasoconstricción positiva), septum centrado, cavum normal. Tras terapia farmacológica ineficaz, se programa para turbinoreducción por KTP (técnica "isla" en ambas fosas, distancia 2 mm, 8 watss modo continuo).</p> <p>Resultados:</p> <p>Caso 1: la paciente ha acudido semanalmente a controles y lleva 2 meses sin sangrar. Misma respiración nasal pretratamiento.</p> <p>Caso 2: el paciente presenta buena respiración nasal, sin signos de recidiva.</p> <p>Caso 3: la paciente muestra una mejora en su respiración nasal pasando de 2 a 8 puntos en la escala VAS.</p> <p>Conclusiones: aunque se requiere más casuística, el láser KTP a priori parece un buen arma para el tratamiento funcional y ablativo de la patología nasosinusal.</p>
Palabras clave	laser, KTP, nasal, utilidades.

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

Título	Sospecha de tiroides ectópico: actuación diagnóstica y terapéutica.
Autores	<i>Crespo Escudero, Pablo; Escorihuela García, Vicente; Ibañez Muñoz, Cristina; Calle Cabanillas, María Isabel; Cordero Civantos, Cristina; Clemente García, Alicia; Grijalba Uche, Miguel.</i>
Centro de trabajo	Hospital Universitario de Burgos
Persona de contacto	Pablo Crespo
e-mail	pablocrespoescudero@gmail.com
Resumen	<p>Introducción y objetivo: Se denomina tiroides ectópico (TE) a la existencia de tejido tiroideo funcionando en una localización no habitual (pretraqueal); se puede localizar a lo largo del conducto tirogloso por un fallo en la embriogénesis. La localización más común es la base de la lengua (tiroides lingual). Su prevalencia en la población general es de 1/200.000 con una relación mujeres-hombres de 4/1. El TE es la más común de las disgenesias tiroideas (70-80%). Le sigue en frecuencia la athyreosis (10-20%). La mayoría de los casos es asintomático ya que el TE es el único tejido funcionando en el 75% de las ocasiones y segrega una cantidad de hormona insuficiente para situaciones de necesidad metabólica aumentada (embarazo, pubertad...) generando un hipotiroidismo subclínico o clínico.</p> <p>Material y Método: presentamos una mujer de 24 años, sin antecedentes de interés, con única clínica de disfagia ocasional y ronquido nocturno cada más acentuado; peso 47 kgrs, analítica básica normal. En la nasofibroscoopia evidenciamos una masa de 3 x 3 cm en la base de la lengua, sin adenopatías cervicales y resto de exploración normal.</p> <p>¿qué PRUEBAS pido?: como primer paso, repetir analítica con hormonas tiroideas. Ante una tumoración cervical, la ECO es la primera prueba que debemos pedir para visualizar si la glándula tiroides está normoposicionada. Aunque en la patología cervical el TAC se ha postulado como el más utilizado, ante la sospecha de tiroides lingual está más indicada la RMN por su capacidad de discernir el tejido tiroideo de los músculos suprahioides circundantes, de cara a una posible acto quirúrgico futuro; la Gammagrafía también es de uso obligatorio (la más sensible y específica) de cara a conocer el tejido tiroideo funcionando. La PAAF es el último paso diagnóstico y prequirúrgico. Si el paciente tiene clínica (ver cuadro*) se optará por la cirugía. Tras IQ y esperar resultados de anatomía patológica se debe controlar/corregir parámetros tiroideos con farmacología.</p> <p>Resultados: PASOS A SEGUIR ANTE LA SOSPECHA DE TIROIDES ECTÓPICO: •Analítica con hormonas TSH, T4 Y T3. Pruebas de imagen: ECO RESONANCIA Gammagrafia PAAF *CIRUGÍA SI PRODUCE: 1) un hipotiroidismo progresivo 2) disfagia 3) sangrado oral 4) obstrucción de la vía aérea</p> <p>Conclusiones: el diagnóstico y tratamiento de esta patología requiere una serie de pasos concretos para no cometer errores, con consecuencias metabólicas, digestivas y quirúrgicas.</p>
Palabras clave	tiroides, ectopico, diagnostico, tratamiento.

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

Título	Hematoma en suelo de boca secundario a colocación de implante dental osteointegrado: reporte de un caso.
<i>Autores</i>	<i>Terán Muñoz ED, Sicles López JC, Ortiz Rivera AN, Carreras Alcaráz A, Delso Gil E, Díaz de Cerio P.</i>
Centro de trabajo	Hospital San Pedro
Persona de contacto	Danilo Terán Muñoz
e-mail	eteran@riojasalud.es

Resumen	<p>Introducción y objetivo: Presentamos el caso de un paciente que tras realizarse un procedimiento de colocación de implante dental osteointegrado presentó un hematoma en suelo de boca.</p> <p>Material y Método: Paciente de 54 años de edad, que acude a urgencias por presentar sensación de ocupación en suelo de boca y faringe acompañado de disfagia para sólidos y líquidos, además de sensación disneica tras colocación de implantes dentales en mandíbula. A la exploración física presenta hematoma en suelo de boca que desplaza la lengua. El resto de la exploración física no presentó alteraciones. Análítica sanguínea que incluía hemograma, bioquímica y estudio de coagulación resultaron normales.</p> <p>Se realiza tomografía cérvico-torácica, en el que se objetiva colección hemática por debajo de musculatura de suelo de boca, que no progresa hacia el resto de espacios cervicales y no condiciona compromiso de la vía aérea. El paciente es llevado a quirófano para drenaje bajo anestesia general. Se realiza disección por planos en línea media de suelo de boca, encontrándose un hematoma por sobre el músculo milohioideo. Se aspira hematoma y se irriga lecho quirúrgico, localizándose punto de sangrado activo correspondiente a arteria dental inferior. Se realiza cauterización del vaso sangrante, y se coloca drenaje tipo Penrose. Se traslada paciente a cuidados intensivos en donde permanece con intubación orotraqueal, bajo efecto de sedo-analgésia y corticoterapia, sin presentar datos de sangrado. Es extubado a las 24 horas de la intervención y dado de alta sin complicaciones a las 48 horas.</p> <p>Conclusiones y discusión: La colocación de implantes dentales osteointegrados es un procedimiento considerado de rutina, que por lo general no presenta complicaciones graves, pero en eventuales ocasiones de manera inadvertida se pueden lesionar estructuras vasculares adyacentes al introducir el implante en hueso. El hematoma resultante de dicha lesión puede ocasionar compromiso de la vía aérea y muerte del paciente por desplazamiento de estructuras circundantes hacia la vía respiratoria. El control del sangrado se debe realizar por extracción directa de hematoma y cauterización de vaso sangrante, ya sea por vía intraoral o vía externa. La principal prioridad del manejo es asegurar la vía aérea.</p>
Palabras clave	Suelo de boca, hematoma, implante dental.

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

Título	Sialectasia crónica de los conductos de Stenon en paciente con
---------------	---

Síndrome de Sjögren	
<i>Autores</i>	<i>Rey Marcos, María; Riva García, Bernardo; Alonso Mesonero, Marta; Sancho Calvo, Rosa María; Martín Sánchez, Víctor; Ibañez Laguna, Isabel</i>
Centro de trabajo	Hospital General de Segovia
Persona de contacto	María Rey Marcos
e-mail	faragullar@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: El conducto de Stenon es la principal vía de drenaje de la glándula parótida. En su trayecto discurre lateralmente al músculo masetero y sufre una angulación hacia medial, para luego introducirse en el espesor del músculo bucinador antes de su salida a la altura del segundo molar superior. Su diámetro se encuentra en un rango entre 1,4 mm y 0,5 mm. El conducto de Stenon, no obstante, tiene una gran capacidad de dilatación.</p> <p>La sialectasia se define como la dilatación de un conducto salival y su etiología incluye patología inflamatoria, traumática, neoplásica, cálculos o cuerpos extraños. Puede ocurrir a nivel parotídeo como consecuencia de obstrucciones ductales, siendo necesaria una interrupción parcial o intermitente del conducto para que se desencadene el problema. Este tipo de patologías obstructivas puede dar lugar a un conducto de Stenon dilatado, o bien estrecho y con zonas de estenosis. La estenosis del conducto de Stenon puede ser consecuencia de enfermedades inflamatorias crónicas de la glándula. Una vez que el conducto se obstruye, es la retención salival la causante de la dilatación del conducto. En raras ocasiones esta dilatación puede ser tan importante que dé lugar a tumefacción e inflamación extra o intraoral, de la que se han descrito escasos casos en la literatura.</p> <p>Material y Método: Presentamos el caso de una mujer de 54 años con antecedente de Síndrome de Sjögren de larga evolución con parotiditis de repetición y ectasia de ambos Stenon. Tras tratamientos médicos sin resultados positivos, se realiza, a sí misma punciones evacuativas para aliviar la molestia y la tumoración provocadas por el acúmulo de saliva a ese nivel. Presenta en imagen radiológica dilatación de los conductos secundarios de ambas glándulas parótidas y sobre todo de ambos conductos de Stenon, dicha dilatación alcanza más de 3 cm de diámetro.</p> <p>Resultados: Se decide tratamiento quirúrgico bajo anestesia general a través de cavidad oral canalizando el orificio de drenaje y disecando el conducto de Stenon hasta alcanzar una zona libre de estenosis y realizar una transposición del mismo a este nivel. Hecho esto se deja canalizado el conducto durante el postoperatorio para evitar sinequias. Tras comprobar el buen resultado se repite el mismo procedimiento contralateral.</p> <p>Conclusiones: Actualmente, la técnica definitiva para tratar una dilatación crónica del conducto en el contexto de una parotiditis de curso crónico es la extirpación de la glándula y del conducto. Las técnicas intraorales con marsupialización son más sencillas y han reportado buenos resultados, aunque están limitadas a dilataciones que no superen el ángulo mandibular. En técnicas que incluyen la creación de fístulas la tendencia a cerrar de éstas debe evitarse creando una amplia comunicación y suturando mucosa con mucosa en toda la circunferencia de la comunicación para crear una fístula que en un principio es de gran tamaño, pero que se estrechará a un tamaño menor, más fisiológico, espontáneamente.</p>
Palabras clave	Stenon, Sjögren

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

Título	Fibrobroncoscopia y diagnóstico de las enfermedades de la vía aérea en el niño.
Autores	<i>Judit Pérez Sáez*</i> ; <i>Vicente Escorihuela García*</i> ; <i>Fernando Gómez Sáez**</i> ; <i>Cristina Cordero Civantos*</i> ; <i>Ana Isabel Navazo Eguía*</i>
Centro de trabajo	Hospital Universitario de Burgos.*Servicio ORL. **UCI Pediátrica
Persona de contacto	Judit Pérez Sáez*
e-mail	jpersae@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: La exploración endoscópica de la vía aérea de la edad infantil ha experimentado un uso creciente como técnica diagnóstica y terapéutica, gracias a la facilidad con la que se puede realizar bajo sedación con escasos riegos para el paciente. Nuestro objetivo es analizar la contribución de la fibrobroncoscopia en el diagnóstico de enfermedades de la vía aérea superior y conocer la incidencia de estas alteraciones en la edad pediátrica.</p> <p>Material y Método: Presentamos un estudio retrospectivo de las fibrobroncoscopias realizadas en nuestro centro en un total de 71 niños, con ayuda de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, desde el año 2008 hasta el principios de 2014. Analizamos los motivos por los que fue realizada la exploración y todos los hallazgos encontrados.</p> <p>Resultados: Nuestra muestra está integrada por 71 niños de edades entre los 30 días y los 8 años. Fueron realizadas 47 fibrobroncoscopias por sospecha de alteración de la vía aérea superior, siendo la indicación más común el estridor. Otras indicaciones fueron bronquitis de repetición, fístula traqueo-esofágica o neumotórax. Se detectaron alteraciones en la vía aérea superior en un total de 58 niños, y la laringomalacia fue el hallazgo más frecuente. No hubo complicaciones graves derivadas de la prueba.</p> <p>Conclusiones: La fibrobroncoscopia se ha convertido en una técnica indispensable en el diagnóstico de enfermedades de la vía aérea superior e inferior en niños de todas las edades. Para ello es necesaria una estrecha colaboración interdisciplinar con el fin de obtener el máximo rendimiento de la exploración.</p>
Palabras clave	Fibrobroncoscopia; estridor; laringomalacia; vía aérea superior.

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

Título	Meningocele postraumático: abordaje endoscópico
Autores	<i>Ana Sánchez Martínez, Jaime Santos Pérez, Ana Fernández Rodríguez, Michael Bauer, M^a Lourdes Hernández de los Santos, Marleny Casasola Girón, Darío Morais Pérez</i>
Centro de trabajo	Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Persona de contacto	Ana Sánchez Martínez
e-mail	annisan_89@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: El término meningocele se utiliza para designar la protusión de las meninges a través de un defecto óseo en el cráneo o en la columna vertebral. Las fístulas de líquido cefalorraquídeo se producen por la ruptura de las barreras que separan la cavidad nasal y senos paranasales de los espacios subaracnoideos. Un elevado número de estas fístulas son secundarias a traumatismos craneofaciales con fracturas de base de cráneo.</p> <p>Material y Método: Paciente de 14 años con antecedentes de traumatismo craneoencefálico 2 años antes con fracturas de base de cráneo y Lefort III. Es derivada a consultas de ORL por padecer meningitis de repetición. En la exploración no existe evidencia clara de salida de LCR por las fosas nasales.</p> <p>TAC: múltiples defectos de la base de cráneo en esfenoides izquierdo y área frontoetmoidal. Dehiscencia completa de la duramadre en todo el esfenoides izquierdo.</p> <p>Resultados: La paciente es intervenida mediante abordaje endoscopia nasosinusal, previa inyección intratecal de fluoresceína. Se realiza etmoidectomía izquierda y apertura amplia de esfenoides bilateral, localizando meningocele etmoido-esfenoidal izquierdo, que se reseca, reconstruyendo el defecto con duragen, tissucol y colgajo nasoseptal. A los 6 meses postquirúrgicos, la paciente permanece asintomática, con buena cicatrización de defecto de base de cráneo.</p> <p>Conclusiones: ante meningitis de repetición en pacientes con antecedentes de traumatismos craneales, es importante tener en cuenta la posibilidad de formación de un meningocele postraumático. El uso de la cirugía endoscópica nasal en estos casos permite la reconstrucción de los defectos mediante un abordaje mínimamente invasivo con resultados satisfactorios.</p>
Palabras clave	Meningocele. Meningitis recurrente

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

Título	Traumatismo penetrante de cuello
<i>Autores (nombre completo)</i>	<i>Pilar Pomar Blanco, Jesús San Román Carbajo, Nuria Rodriguez Prado, Cristina Martín Villares y Manuel Tapia Risueño.</i>
Centro de trabajo	Hospital El Bierzo
Persona de contacto	Pilar Pomar Blanco
e-mail	pilipomar@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: Los traumatismos penetrantes de cuello corresponden al 5-10% de todos los traumatismos. Debido a la complejidad anatómica de la región cervical, con las múltiples estructuras vitales en riesgo, resulta decisiva la actitud terapéutica tomada por el especialista de cabeza y cuello.</p> <p>El objetivo consiste en analizar la clínica, decisiones y evolución de los traumatismos cervicales atendidos por el ORL de guardia de nuestro hospital (hospital de 2º nivel).</p> <p>Material y Método: Revisión de casos clínicos con diagnóstico de traumatismo penetrante cervical que sobrepasaron el músculo platisma colli.</p> <p>Resultados: Satisfactorios, con secuelas más o menos importantes (disfonías, enucleación de globo ocular). Todos ellos fueron decanulados en un tiempo corto salvo el que precisó prótesis laríngea de Montgomery.</p> <p>Conclusiones: Los traumatismos penetrantes de cuello son un desafío para el ORL/ cirujano de Cabeza y Cuello. En nuestra experiencia, la traqueotomía y la cervicotomía exploradora de urgencia son el "gold standard".</p>
Palabras clave	TPC.

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

Título **Quiste del Conducto Nasopalatino o del maxilar anterior mediano: Imagen radiológica**

Autores M. Cristina Gascón-Rubio, Albino J. Alonso Alonso, Elvira Ubis Rodríguez, José A. Merino-Bonilla

Centro de trabajo Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro
Persona de contacto M. Cristina Gascón Rubio
e-mail mcgasconr@saludcastillayleon.es

Resumen	<p>El quiste del conducto nasopalatino es un quiste no odontogénico que se desarrolla a partir de los restos embrionarios de los ductos nasopalatinos fusionados.</p> <p>Presenta una incidencia entre el 2 y el 12% siendo la mayor parte de ellos asintomáticos.</p> <p>El diagnóstico es fundamentalmente clínico y sus manifestaciones están causadas por la infección del quiste.</p> <p>Presentamos el caso de una paciente de 80 años que debutó con abombamiento del surco nasogeniano y del ala nasal izquierda que provocaban deformidad facial y dolor. Realizamos como prueba de imagen una tomografía donde se identifica en maxilar superior izquierdo una imagen lítica expansiva que remodela el hueso, ocupada por una masa con densidad de tejido blando de unos 3cm de diámetro.</p>
Palabras clave	Quiste del conducto nasopalatino, Quiste no odontogénico.

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

Título	Miringoplastias: análisis retrospectivo de nuestros resultados
<i>Autores (nombre completo)</i>	<i>Raquel Yáñez González, Carmen Sánchez Blanco, Hortensia Sánchez Gómez, Santiago Santa Cruz Ruíz, Ángel Batuecas Caletro</i>
Centro de trabajo	Hospital Clínico Universitario de Salamanca
Persona de contacto	Raquel Yáñez González
e-mail	raquelyg87@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: La miringoplastia es la técnica quirúrgica que se emplea para el tratamiento de la perforación timpánica simple ya sea ésta de origen traumático, infeccioso o de origen desconocido. Existen diversas técnicas e injertos utilizados para reconstruir la membrana timpánica. Las alteraciones anatómicas de la membrana y la caja timpánica, la aparición de infecciones postquirúrgicas o las dificultades técnicas que se presentan durante la intervención son factores que influyen en la aparición de reperforaciones tras la intervención.</p> <p>Material y Método: Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo. Se estudian 100 pacientes con perforación timpánica simple sin otras alteraciones anatómicas a nivel de oído medio intervenidos en los últimos 10 años en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Analizamos el número de reperforaciones que aparecen en los primeros tres meses tras la cirugía y los factores comunes que presentaban estos pacientes. Estudiamos además la ganancia auditiva de los pacientes reflejada en la mejoría del Rinne. Comparamos igualmente la efectividad del injerto de fascia frente al injerto de cartílago.</p> <p>Resultados: 85 pacientes adultos intervenidos. En el 77% de los enfermos se utilizó injerto de fascia de temporal y en el 23% un injerto de cartílago. La localización más frecuente fue la anterior. El índice de reperforaciones en los tres primeros meses fue del 16,5% y después de esos 3 meses fue del 21%. Los factores que influyeron en esas reperforaciones fueron la localización de la perforación (anterior), la presencia de placas de miringoesclerosis, el tipo de injerto utilizado (mayor con fascia sola) y la necesidad de fresado del CAE.</p> <p>Conclusiones: En un hospital con formación de residentes resulta del todo necesario intentar protocolizar determinadas técnicas quirúrgicas en base a conseguir minimizar los efectos de la curva de aprendizaje. Analizar los resultados de una técnica tan común como la miringoplastia y conocer en qué se falla es del todo necesario. En pacientes con perforaciones grandes, con placas de miringoesclerosis, con conductos auditivos externos estrechos hay que extremar los cuidados de la técnica. En nuestra opinión, aunque la ganancia auditiva sea menor, es preferible la utilización de cartílago para esta técnica.</p>
Palabras clave	Miringoplastia. Reperforación. Fascia. Cartílago. Miringoesclerosis

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

Título	Schwannoma de gran tamaño en menor de 20 años.
Autores	<i>Raquel Fernández Morais; Candelas Álvarez Nuño; Hugo Lara Sánchez; Rafael Álvarez Otero; Marina Madrigal Revuelta; Luis Angel Vallejo Valdezate</i>
Centro de trabajo	Hospital Universitario Rio Hortega
Persona de contacto	Raquel Fernández Morais
e-mail	raquel.fm89@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: El Schwannoma es el tumor más frecuente del ángulo ponto-cerebeloso. Aquellos que miden más de 3 cm son considerados de gran tamaño siendo su crecimiento variable e impredecible.</p> <p>Material y Método: Presentamos el caso de un paciente de 19 años de edad sin antecedentes de interés que padece una hipoacusia leve-moderada de oído derecho como síntoma único. Entre las pruebas complementarias se realiza una audiometría con resultado de hipoacusia neurosensorial en oído derecho en 40 dB y una resonancia magnética en la que aparece una masa en conducto auditivo interno y ángulo pontocerebeloso derecho de diámetro 29x35x27 mm en corte axial con componente intracanalicular con impronta moderada sobre troncoencéfalo de morfología bilobulada compatible radiológicamente con Schwannoma. Se realiza al paciente una craneotomía suboccipital retrosigmoidea con resección casi completa del tumor preservando anatómicamente nervio facial, trigémino y pares craneales bajos.</p> <p>Resultados: Tras la cirugía el paciente se mantiene hemodinámica y neurológicamente estable salvo por la aparición de una parálisis facial periférica de grado III en la escala de House Brackmann. Se realizó Tc de control presentando una evolución favorable.</p> <p>Conclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Schwannoma aparece más frecuentemente en la 4^o-6^o décadas de la vida siendo muy infrecuente su aparición en sujetos menores de 20 años. - La hipoacusia neurosensorial es el síntoma más frecuente de presentación. - Dada la incierta evolución de este tumor no existe consenso acerca de cual es su mejor manejo que va desde conducta expectante, resolución quirúrgica y/o radioterapia.
Palabras clave	Schwannoma

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

Título	¿Vértigo posicional paroxístico benigno de probable origen central? A propósito de un caso.
Autores	<i>Intraprendente Martini Jean Franco, Cháves Araujo Rosalyn, Sánchez Gómez Hortensia, Aguilera Aguilera Gabriel Alejandro, Batuecas Caletrio Angel.</i>
Centro de trabajo	Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
Persona de contacto	Intraprendente Martini, Jean Franco
e-mail	jefracima@yahoo.es

Resumen	<p>Introducción y objetivo: El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es una alteración vestibular periférica común en los ancianos y una de las causa más frecuentes de vértigo. Las teorías etiopatogénicas mayoritariamente aceptadas suponen la canalitiasis o la cupulolitiasis de los conductos semicirculares, la variedad más frecuente es el VPPB del canal posterior (VPPB-CP). Al realizar las maniobras posicionales clásicas se obtienen respuestas oculográficas que podrían ser diferenciadas en 2 grupos: repuesta nistágmica típica y respuesta nistágmica atípica. La respuesta típica es la que se obtiene con mayor frecuencia e incluiría las características dichas: un nistagmo horizonto-rotatorio, geotrópico, con latencia, agotamiento y fatiga. En los casos en los que falta alguno de los componentes de la respuesta típica diríamos que se trata de una respuesta nistágmica atípica; de los cuales el 11% son de origen central. Teniendo esto en cuenta se expone un caso clínico de paciente que acude por urgencias con clínica de VPPB atípico.</p> <p>Material y Método: Paciente de 85 años que acude a urgencias con cuadro compatible de VPPB, que en el examen físico se constata una otoscopia normal y en la exploración vestibular no presenta nistagmo espontáneo (con/sin fijación de la mirada), la maniobra oculocefálica es negativa y no hay alteración en los Índices de Barany, Romberg ni Unterberger. Las pruebas posicionales con la maniobra de Dix-Hallpike fueron positivas en el canal semicircular posterior derecho, siendo compatible con el diagnóstico de VPPB de dicho canal. Se trató con maniobras liberadoras de Epley en más de 10 ocasiones y Stugeron® (Cinarizina), no observando mejoría clínica y presentando comportamiento atípico en las revisiones posteriores, por lo que se planteó un posible origen central y se indicó la realización de una RMN cerebral, en donde se puso de manifiesto una lesión cerebelosa isquémica crónica. Ante estos hallazgos se decidió remitir al paciente al servicio de Neurología.</p> <p>Resultados: En la RMN cerebral se evidenció infarto cerebeloso derecho crónico en territorio de arteria cerebelosa posteroinferior derecha (PICA) y, por tanto, se corrobora que el VPPB atípico que presentaba el paciente era de origen central.</p> <p>Conclusiones: Un 11% de los VPPB atípicos son de origen central; por lo que ante un paciente con VPPB de comportamiento clínico inusual y que no mejora con tratamiento habitual, es necesario plantearse la realización de estudios de imágenes complementarios; como lo son la RMN y el TC cerebral, para descartar posible patología de origen central, que simule clínica de un VPPB típico.</p>
Palabras clave	VPPB atípico, VPPB de origen central, Infarto cerebeloso de la PICA.

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

Título	Malformación de oído interno en el síndrome CHARGE: a propósito de un caso.
Autores	<i>Hortensia Sánchez Gómez, Gabriel Aguilera Aguilera, Rosalyn Chaves Araujo, Jean Franco Intraprendente Martini, Fernando Benito González, Ángel Batuecas Caletrío.</i>
Centro de trabajo	Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
Persona de contacto	Hortensia Sánchez Gómez
e-mail	hortensiasanchez1@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: El síndrome CHARGE está caracterizado por la presencia de coloboma (C), malformaciones cardíacas (H), atresia de coanas (A), retraso psicomotor y/o en el crecimiento (R), hipoplasia de genitales (G), malformación auricular y /o hipoacusia (E); siendo las malformaciones más frecuentes las de oído.</p> <p>Material y Método: Se describe el caso clínico de una paciente de seis años diagnosticada al nacimiento de síndrome de CHARGE. Se incluyó en el Programa de detección precoz y atención integral de la Hipoacusia Infantil (en Castilla y León). No superó ninguna de las dos fases de cribado del programa realizadas mediante potenciales evocados auditivos de tronco cerebral automatizados (PEATC-A). Las otoemisiones acústicas (OEA) también fueron ausentes en ambos oídos.</p> <p>Al no superar las pruebas de cribado se comenzó con la fase de diagnóstico. Ésta se llevó a cabo mediante potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEATC) en dos ocasiones: en la primera se objetivó la presencia de onda V a 80 dB en oído derecho sin apreciarse respuesta en el oído izquierdo y, en la segunda, la presencia de onda V a 90 dB en oído derecho sin apreciarse respuesta en el oído izquierdo; y mediante potenciales evocados auditivos de estado estable multifrecuencia (PEAEE) finalmente fue diagnosticada de hipoacusia neurosensorial profunda bilateral.</p> <p>En cuanto a la afectación vestibular, se realizó un Video Head Impulse Test (VHIT) donde se objetivó un déficit vestibular bilateral severo con un reflejo vestibulo-oculomotor completamente anómalo.</p> <p>Después se le realizó una TC y una RM: ambos conductos auditivos internos presentan un tamaño simétrico y ligeramente disminuido, ausencia completa y bilateral de conductos semicirculares, apareciendo un rudimento de conducto superior en ambos peñascos y ausencia de visualización de giro apical en la cóclea derecha.</p> <p>Resultados y conclusiones: Es muy importante iniciar lo antes posible el tratamiento de la hipoacusia con el fin de que desarrollen las capacidades de lenguaje y de integración social. También se deben instaurar programas de rehabilitación precoces, que deben tener en cuenta el patrón específico del desarrollo motor inducido por el déficit vestibular y estimular precozmente la visión y propiocepción que ayudan a compensar los defectos vestibulares.</p>
Palabras clave	CHARGE, hipoacusia, video head impulse test (VHIT).

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

Título	Oncocitoma de glándula submaxilar. A propósito de un caso
<i>Autores</i>	<i>Carreras-Alcaraz A, Sicles-López J, Terán-Muñoz E, Ortiz-Rivera</i>
Centro de trabajo	Hospital San Pedro, Logroño
Persona de contacto	Azor Carreras Alcaraz
e-mail	acarreras@riojasalud.es

Resumen	<p>Caso Clínico: Hombre de 60 años que consulta por masa cervical izquierda de años de evolución.</p> <p>A la exploración se observa masa submandibular izquierda, en relación con la glándula submaxilar de consistencia elástica, no adherida a planos profundos y que no presenta dolor ni otra sintomatología acompañante.</p> <p>La TC muestra tumoración dependiente de la glándula submandibular izquierda que se encuentra encapsulada, de naturaleza mixta, con un componente graso inhomogéneo en su interior y áreas sólidas hipercaptantes. Contornos bien definidos, no infiltrativa, con impronta sobre la musculatura del suelo de la boca y sobre la porción anterior del esternocleidomastoideo. También presenta adenopatías latero-cervicales bilaterales, las de mayor tamaño situadas a nivel de la cadena yugulo-digástrica, de hasta 13mm de diámetro en el lado izquierdo, de características inespecíficas.</p> <p>Se realiza exéresis de la lesión descrita y se deriva la muestra para ser analizada por el servicio de anatomía patológica con el resultado de lipoadenoma oncocítico de glándula salival.</p> <p>Conclusiones: El 20% de los tumores de glándulas salivales se desarrollan en las glándulas submaxilares y de estos el 50% són benignos. El oncocitoma es un tumor muy raro que representa menos del 1% de las neoplasias glándulas salivales. Se presenta habitualmente como una masa única no dolorosa siendo más frecuente en la sexta década de la vida. En las glándulas salivales mayores el tumor aparece bien encapsulado y muy raramente maligniza.</p> <p>Histologicamente se reconocen células con citoplasma lleno de mitocondrias llamadas oncocitos.</p> <p>El tratamiento es quirúrgico con la extirpación de la lesión.</p>
Palabras clave	Oncocitoma, Neoplasias de las glándulas salivales, Glándula Submaxilar.

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

Título	Parálisis facial como primera presentación de un quiste óseo aneurismático
<i>Autores</i>	<i>Carreras-Alcaraz A, Sicles-López J, Terán-Muñoz E, Ortiz-Rivera</i>
Centro de trabajo	Hospital San Pedro . Logroño
Persona de contacto	Carreras-Alcaraz A
e-mail	acarreras@riojasalud.e

Resumen	<p>Caso clínico: Hombre de 41 años que acude a la consulta con parálisis facial izquierda e hipoacusia que ha sido tratada con corticoterapia pero no presenta mejoría de su cuadro clínico. A la exploración se aprecia parálisis facial izquierda de origen periférico y el resto de exploración física normal. La audiometría muestra que la hipoacusia es de origen neurosensorial. Dada la evolución tórpida y los datos de la audiometría se decide la realización de una TC.</p> <p>La TC muestra una masa quística y expansiva de márgenes bien definidos en el interior del peñasco que ocasiona una solución de continuidad a nivel del Conducto Auditivo Interno.</p> <p>Tras la TC, el servicio de Radiología recomienda la realización de una Resonancia Magnética para completar el estudio:</p> <p>La RM muestra una lesión ocupante de espacio de aspecto quístico en topografía del peñasco izquierdo . Muestra una señal alta en secuencia T2 y en T1 es discretamente hiperintensa. Se aprecia un nivel liquido-liquido, lo que junto a las características de localización y señal descritas sugiere un quiste óseo aneurismático.</p> <p>Finalmente se deriva al paciente al Servicio de Neurocirugía que deciden tratamiento conservador.</p> <p>Conclusiones: En aquellos casos que la parálisis facial no evoluciona correctamente, se debe realizar una prueba de imagen.</p> <p>Debemos valorar los riesgos de un tratamiento quirúrgico y valorar el riesgo-beneficio de nuestra actuación.</p>
Palabras clave	Parálisis facial, Quistes Óseos Aneurismáticos.

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

Título	Quiste Valecular Laringeo : A propósito de un caso
Autores	Salvador Ramírez C.M., Mesuro Domínguez N., Tavarez Rodríguez J.J., Cuevas González J.
Centro de trabajo	Servicio ORL. Hospital Medina del Campo
Persona de contacto	Carlos Miguel Salvador Ramírez
e-mail	salvadorlent@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: Los quistes laríngeos son raros y generalmente benignos, aunque pueden cursar con clínica de obstrucción aérea aguda, por su ubicación. No existe una predominancia de sexo y se presentan con mayor prevalencia en la quinta y sexta décadas de vida. Los quistes ductales son los más frecuentes (75%) se forman por la distensión colectiva de los ductos glandulares obstruidos. Los quistes saculares (25%) surgen a partir del sáculo, una extensión del ventrículo, ellos pueden causar síntomas respiratorios y extenderse al RAE. La localización más común de quistes ductales es en los pliegues vocales verdaderos. La segunda localización en frecuencia es en las proximidades de la epiglotis, en la superficie de la lengua o en la propia valécula.</p> <p>Material y Método: Paciente mujer de 52 años de edad, con antecedentes de Dislipidemia , Síndrome ansioso-depresivo, Quiste coloide lóbulo tiroideo izquierdo y tabaquismo (1 paquete/día) . Valorada en C. externas ORL por episodio de Sialolitiasis Submaxilar izquierda y molestias faríngeas, hallazgo en consulta de quiste valecular derecho, que se punzó en Dic 2012, con mejoría de clínica ,acude a los 20 meses por URG por molestias faríngea derecha progresiva y los últimos días parcial intolerancia al decúbito. Exploración ORL : NFLC : Lesión ovoidea tipo quiste, color blanco amarillento, de aproximadamente 2 x 1 cm. localizada en valécula derecha que empuja hacia posterior zona ipsilateral de epiglotis, poco móvil con fonación y deglución. TC : Imagen nodular de 12 x 20 x 21 mm localizada en valécula derecha , sin realce con CIV , no infiltración de estructuras adyacentes. Tratamiento : MCL : Biopsia excisional</p> <p>Resultados: AP : Quiste linfoepitelial</p> <p>Conclusiones: En casos en los cuales el paciente sea asintomático , el hallazgo de quiste laríngeo durante la inducción anestesia podría provocar dificultades durante la intubación , en cuyo caso la punción-aspiración es un método seguro de solución. En casos sintomáticos la cirugía programada es lo indicado, el estudio de imagen nos ayuda a valorar limites. La exéresis se realiza mediante laringoscopia directa, procurando exponer al máximo el quiste. En caso de disnea importante, se realiza una punción previa del quiste con aguja de calibre grueso, con la posterior exéresis de la bolsa del quiste lo más completamente posible (para evitar recidivas) y, si no es imposible quitarla toda, se ha de hacer una marsupialización lo más amplia posible. En cuanto a su patogenia se han propuesto varias teorías entre ellas origen branquial (como el de nuestro paciente), blastomérico, o del apéndice de Morgani. En el caso descrito se trataba de un quiste de implantación sésil en cara lingual de epiglotis y realizamos la exéresis completa con coagulación, disección roma y tijeras, en controles sucesivos la paciente cursa asintomática y sin signos de recidiva.</p>
Palabras clave	Quiste Laringeo, quistes ductales, quistes saculares, valécula, quiste linfoepitelial

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

Título	Síndrome de dehiscencia de canales semicirculares: Revisión.
<i>Autores</i>	<i>Pablo Santos Gorjón, Eva María Mingo Sánchez, Elena Sánchez Terradillos, Juan Luis Sánchez-Jara Sánchez, Gonzalo Martín Hernández</i>
Centro de trabajo	Complejo Hospitalario de Ávila
Persona de contacto	Pablo Santos Gorjón
e-mail	pabmaransantos@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivos: En el síndrome de dehiscencia de canales semicirculares (CS) se produce vértigo y nistagmus inducido por presión y se objetiva un adelgazamiento de la pared del canal semicircular afecto mediante TC. El tratamiento es quirúrgico en casos muy sintomáticos. Debemos tener en cuenta esta sintomatología porque es un tipo de vértigo tratable. El objetivo de esta revisión es realizar una revisión bibliográfica sobre el estado del tema. El segundo objetivo es remarcar que la TC de cortes finos y los VEMP con umbral disminuido.</p> <p>Material y métodos: Presentamos dos casos clínicos de pacientes jóvenes con dehiscencia de canales semicirculares, vestibulopatía recurrente muy sintomática; Uno presentaba dehiscencia de CS superior y otro posterior.</p> <p>Resultados: El estudio de imagen mediante TC se realizó en ambos pacientes ante la sospecha clínica de fístula de canal semicircular. En ambos se confirma radiológicamente el hallazgo clínico, pero no siempre es así. Con el diagnóstico de fístula de canales y control de síntomas con tratamiento médico ninguno de los pacientes ha tenido que ser intervenido para sellado-taponamiento de la fístula ó laberintectomía.</p> <p>Discusión: La presencia de dehiscencia del CSS no necesariamente significa que el paciente padezca un "fenómeno de Tullio". El diagnóstico es cada vez más frecuente gracias a la generalización e importantes importantes avances radiológicos en TC. Debemos solicitar al radiólogo específicamente la sospecha diagnóstica, que obligue a buscar específicamente esta alteración. Existen hallazgos incidentales de fístulas radiológicas que no cursan con la clínica florida de estos pacientes porque podrían presentar indemnidad de la parte membranosa del canal con erosión de la ósea. El diagnóstico es importante para explicar la clínica del paciente y para decidir el tratamiento a efectuar. En pacientes con bulbo de la yugular prominente y una hipoacusia NS mayor de la esperada debe descartarse fístula del CS posterior. Presentan un umbral menor para los VEMP que la población.</p> <p>Conclusión: No en todos los pacientes con vértigo se debe realizar en primer lugar una RMN. El uso de VEMP pueden ser un complemento para confirmar el diagnóstico.</p>
Palabras clave	Dehiscencia conducto semicircular, vértigo, nistagmus, TC peñascos cortes finos, VEMP

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

Título	Fractura traumática de hioides
Autores	<i>Pablo Santos Gorjón, Eva María Mingo Sánchez, Elena Sánchez Terradillos, Juan Luis Sánchez-Jara Sánchez, Gonzalo Martín Hernández</i>
Centro de trabajo	Complejo Hospitalario de Ávila
Persona de contacto	Pablo Santos Gorjón
e-mail	pabmaransantos@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivos: La fractura de hioides es una entidad rara. El tratamiento suele ser conservador salvo que asocie complicaciones. El objetivo de este poster es poner de manifiesto que los traumatismos cervicales son entidades que, por sus potenciales consecuencias, han de ser cuidadosamente valorados por el ORL si presentan disfonía, disfagia o disnea.</p> <p>Material y método: Presentamos el caso de una paciente que tras sufrir una caída con la bicicleta fue remitido a nuestro centro para valoración por intenso dolor mediocervical y disfonía leve. A la exploración se descarta un enfisema subcutáneo y se evidencia una leve disfonía antiálgica sin falsas vías y sin disnea. La fibroscopia descartó obstrucción de las vías altas por edema. Se realiza radiografía simple y se evidencia una línea de fractura a nivel medio del hioides.</p> <p>Resultados: El TC descarta enfisema subcutáneo, neumomediastino o enfisema mediastínico y confirma la existencia de una fractura de hioides. Se mantuvo actitud expectante y tratamiento corticoideo sin evidenciarse complicaciones</p> <p>Discusión: Está descrita la fractura de hioides en traumatismos de alta energía como accidentes de tráfico, ahorcamientos, y heridas por arma blanca. También se describen en hiperextensión cervical violenta, degluciones bruscas del bolo alimenticio o incluso vómitos incoercibles, maniobras intempestivas de intubación orotraqueal o reanimación cardiopulmonar.</p> <p>La radiografía simple mostrará una elevación del hioides como signo de disrupción cricotraqueal. La porción afectada más frecuentemente es el cuerpo del hioides. Se han descrito laceraciones faríngeas o incluso avulsión epiglótica, o luxación aritenoidea que hay que descartar con una fibroscopia. La disfagia puede ser motivada por una afectación del glossofaríngeo y la disnea si se produce hematoma retrofaríngeo o laringoceles.</p> <p>El diagnóstico precoz (radiología simple, TC y endoscopia) nos da idea de su magnitud. Si existen signos de alarma precisan reparación inmediata (cervicotomía suprasternal, traqueotomía en las obstrucciones altas de la vía aérea, toracotomía urgente en casos de rotura traqueobronquial), condicionará el pronóstico inmediato.</p> <p>La mayoría evolucionan bien con actitud expectante como en nuestro caso pero puede ser necesaria una traqueostomía. El pronóstico lo determina la coexistencia de lesiones del SNC y pulmones y las aspiraciones, la presencia de parálisis recurrenciales y la rotura de vía aérea.</p>
Palabras clave	Traumatismo laríngeo; fractura de hioides; Disfagia; Disfonía; Disnea.

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

Título	Tratamiento endovascular de fístula arteriovenosa parotídea
Autores	<i>Pablo Santos Gorjón, Elena Sánchez Terradillos, Eva María Mingo Sánchez, Juan Luis Sánchez-Jara Sánchez, Gonzalo Martín Hernández</i>
Centro de trabajo	Complejo Hospitalario de Ávila
Persona de contacto	Pablo Santos Gorjón
e-mail	pabmaransantos@hotmail.com

Resumen	<p>INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS Las fístulas arteriovenosas suelen tener un origen traumático, tras traumatismos faciales o heridas en la región parotídea. Existe poca casuística y el objetivo de esta presentación es remarcar la utilidad del eco-doppler como primer método diagnóstico en todo acufeno pulsátil.</p> <p>MATERIAL Y MÉTODOS Paciente de 40 años que acude a nuestra consulta para valorar acufeno derecho pulsátil de años de evolución, tras accidente de tráfico. La palpación parotídea revela una formación nodular intraparotídea, blanda depresible, rodadera y bien limitada. Tras la otoscopia sin hallazgos valorables, comprobamos una normoacusia y curvas impedanciométricas tipo A. Ante la sospecha de alteración vascular solicitamos Eco-Doppler, que confirma una fístula arteriovenosa y el mismo radiólogo sugiere realizar una angio-resonancia magnética confirma una masa que capta intensamente gadolínico y la existencia de un vaso aferente.</p> <p>RESULTADOS Con el estudio de imagen se llega al diagnóstico de Fístula Arteriovenosa de localización parotídea derecha dependiente de la Arteria Carótida Externa. Dada la edad de paciente y la escasa sintomatología que la fístula A-V produce, se decidió realizar un seguimiento evolutivo. Al año se incrementa la sintomatología y la paciente se deriva a radiología intervencionista, que proceden a embolizar el vaso causante y cesa la sintomatología.</p> <p>DISCUSIÓN Las fístulas arteriovenosas y los aneurismas traumáticos falsos son complicaciones de traumatismos vasculares. Su principal etiología se debe a heridas de armas y también cirugía vascular reciente. La sospecha diagnóstica es clínica. El diagnóstico diferencial incluye angiomas, tumores vasculares parotídeos o de origen neural y aneurismas vasculares. La confirmación diagnóstica y posible tratamiento endovascular se realiza por arteriografía en casos muy sintomáticos o gran tamaño de la lesión. También podría plantearse el tratamiento quirúrgico con la división de la fístula y la reconstrucción de la arteria y la vena, con ligadura de la vena.</p>
Palabras clave	Anomalia vascular, enfermedades parótida, fístula arteriovenosa, tratamiento endovascular.

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

Título	Glomangioma de fosa nasal. A propósito de un caso.
Autores	<i>Cristina Ibáñez Muñoz; María Isabel Calle Cabanillas; Vicente Escorihuela García; Cristina Cordero Civantos; Judith Pérez Sáez.</i>
Centro de trabajo	Hospital Universitario de Burgos.
Persona de contacto	Cristina Ibáñez Muñoz
e-mail	crisibi82@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: El glomangioma es un tumor raro que tiene su origen en las células de músculo liso localizadas en shunts arterio-venosos de regiones acrales. Su localización frecuente es cutánea o subcutánea, aunque también se han descrito en otras zonas como estómago, colon, tráquea, mediastino e incluso, como en nuestro caso, fosa nasal. Pueden aparecer a cualquier edad, con discreta mayor incidencia en mujeres.</p> <p>Material y Método: Presentamos el caso de un paciente varón de 51 años que acude por insuficiencia respiratoria nasal izquierda de varios meses de evolución. No asocia epistaxis, ni anosmia ni clínica alérgica. En la exploración nasofibros cópica se detecta una masa que ocupa el meato medio, de mucosa enrojecida y consistencia elástica. Se realiza topografía que describe dicha lesión con obstrucción de la luz y que parece depender del cornete medio. Se toma de biopsia bajo anestesia local, con importante sangrado.</p> <p>Resultados: El resultado de la biopsia informa de glomangioma, motivo por el cual se decide exéresis quirúrgica previa arteriografía y embolización para controlar posibles sangrados postquirúrgicos. Mediante cirugía endoscópica con láser KTP se extirpa la totalidad de la lesión sin incidencias. Tras varias revisiones, el paciente se muestra asintomático con un buen aspecto de fosa nasal, sin signos de recidiva.</p> <p>Conclusiones: Pese a su escasa frecuencia, debemos tener siempre en cuenta ante cualquier tumoración nasal unilateral diagnósticos como los tumores y las malformaciones vasculares, puesto que nuestro manejo en estos casos incluye pruebas de uso no rutinario como la arteriografía, y tratamientos con técnicas como el láser KTP que van más allá de la simple exégesis y que nos pueden ahorrar complicaciones intra y postoperatorias considerables.</p>
Palabras clave	<i>KTP; glomangioma; nasal;</i>

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

Título	Hemangioma subglótico congénito. A propósito de un caso.
Autores	<i>Pablo Crespo Escudero*</i> ; <i>Cristina Cordero Civantos*</i> ; <i>Fernando Gómez Sáez**</i> ; <i>Judit Pérez Sáez*</i> ; <i>Isabel Calle Cabanillas*</i> ; <i>Cristina Ibañez Muñoz*</i> ; <i>Ana I Navazo Eguía*</i> .
Centro de trabajo	Hospital Universitario de Burgos. Servicio ORL * y Unidad de Ciudadanos Intensivos Pediátricos**.
Persona de contacto	Ana I. Navazo Eguía.
e-mail	navazoegua@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: Los hemangiomas son los tumores de cabeza y cuello más frecuentes en la infancia. El hemangioma subglótico es raro (1,5% de las anomalías congénitas laríngeas), y puede comprometer la vía aérea. Son más frecuencia en niñas (2:1), prematuros y recién nacidos de bajo peso. El síntoma de presentación es el estridor bifásico que empeora con la agitación, el llanto o las infecciones respiratorias. El diagnóstico se realiza mediante la visualización de una masa submucosa, rosada o púrpura en la subglotis. No se recomienda la realización de biopsia debido al alto riesgo de sangrado. La historia natural de los hemangiomas es de un crecimiento importante durante los primeros meses de vida y una involución lenta y espontánea a partir de los doce meses de vida. Se han descrito numerosas modalidades de tratamiento como los corticoides, interferón, cirugía, y recientemente el propranolol. El propranolol ha desplazando a los corticoides y a la cirugía como primera línea de tratamiento por su rápida respuesta, escasos efectos secundarios y bajo coste. Material y Método: Presentamos el caso de una lactante 2 meses, prematura de 33 semanas de edad de gestación, procedente de un embarazo gemelar. Antecedentes de varios ingresos por dificultad respiratoria con diagnóstico de laringotraqueitis tratada con corticoides, O2 a alto flujo, Heliox y nebulizaciones de adrenalina. A su ingreso en la UCI pediátrica presentaba estridor bifásico con marcado tiraje subcostal, intercostal y supraesternal y marcado trabajo respiratorio. La Rx torax mostraba hiperinsuflación pulmonar. Resultados: Se realiza fibroendoscopia de la vía respiratoria mostrando una tumoración subglótica redondeada y rojiza posterior con obstrucción de 75% de la luz. No se objetivan otras lesiones vasculares. Se solicita RNM craneal y cervical que demuestra un hemangioma subglótico de 7,6x5x4 mm y descarta otras lesiones. Se instaura VNI con CPAP a 5 cm de H2O con interfase facial y Propranolol 1 mgr/kg/día con incremento progresivo hasta dosis de 3 mgr/kg/día. No alteraciones de tensiones, frecuencia cardiaca ni glucemias. Fibroendoscopia de control a los 15 días de iniciado el tratamiento con reducción de la tumoración de un 30% y mejoría clínica evidente. A los dos meses la paciente se encuentra asintomática y la fibroendoscopia muestra una pequeña tumoración en el pared posterior de la subglotis que reduce un 10% la luz de esta. El control endoscópico a los 12 meses de vida demuestra la remisión completa de la lesión por lo que se retira el tratamiento, encontrándose asintomática tras un periodo de 6 meses de seguimiento. Conclusiones: EL Propranolol es un tratamiento seguro y rápidamente efectivo en los hemangiomas subglóticos, la dosis y duración deben ser lo suficientemente prolongadas para evitar las recidivas.</p>
Palabras clave	Estridor. Hemangioma subglótico

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

Título	Síndrome de Lindsay Hemenway
Autores	<i>Eloy Cortizo Vázquez, Sandra Patricia Vergara Pastrana, Natalia Castañeda Curto, Maite Gil Aguilar, Hector Vidal Trueba, Vicente Teigeiro Núñez, Antonio Rubio Suarez.</i>
Centro de trabajo	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Persona de contacto	Eloy Cortizo Vázquez
e-mail	ecortizo@humv.es

Resumen	<p>Paciente con antecedente de AIT que acude a Urgencias por cuadro vertiginoso y diplopia, se realiza un TC craneal en el que se objetivan pequeños infartos lacunares en ganglios basales.</p> <p>En seguimiento presenta mejoría paulatina persistiendo cierta inestabilidad.</p> <p>Angio RM de troncos supraaórticos y RM craneal sin hallazgos.</p> <p>VNG arreflexia vestibular derecha.</p> <p>Dix Hallpike + hacia la derecha</p> <p>Se diagnostica de un posible Síndrome de Lindsay Hemenway (isquemia de la arteria vestibular anterior)</p>
Palabras clave	Lindsay Hemenway

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

Título	Mioepitelioma de glándula salival, un tumor poco frecuente. A propósito de 2 casos.
<i>Autores (nombre completo)</i>	<i>Calle Cabanillas María Isabel, Cordero Civantos Cristina, Pérez Sáez Judit, Crespo Escudero Pablo, Ibáñez Muñoz Cristina, Navazo Eguía Ana Isabel</i>
Centro de trabajo	Hospital Universitario de Burgos
Persona de contacto	María Isabel Calle Cabanillas
e-mail	yaextoyaqui@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: El adenoma mioepitelial o mioepitelioma es un tumor benigno poco frecuente de las glándulas salivales (menos del 1%), presenta mayor riesgo de malignización que el adenoma pleomorfo y las localizaciones más habituales son la glándula parótida y el paladar.</p> <p>Material y Método: Se presentan 2 casos clínicos:</p> <p>Mujer de 81 años que acude a consulta ORL por presentar una tumoración indolora en región parotídea derecha, que ha aumentado progresivamente en los últimos 2 años. En la exploración se detecta una masa de aproximadamente 2x2 cm, elástica y no adherida. Se solicitan pruebas de imagen, ecografía y RM, con imagen compatible con adenoma pleomorfo y PAAF, que resulta sospechosa para células malignas recomendando exéresis. Se realiza una parotidectomía extrafacial, con informe anatomopatológico de mioepitelioma de glándula salival que respeta márgenes quirúrgicos, con un índice de proliferación del 2%. Tras un seguimiento de 2 años, con ecografía semestral, se da de alta. A los 8 años, la paciente acude de nuevo a consulta por presentar nueva tumoración con la misma localización, de 2-3 meses de evolución. Sobre el ángulo mandibular, se palpa una masa móvil de 1cm. Se realiza TC, informándose una tumoración sólida bien definida con intensa captación; que se punciona, observándose proliferación epitelial. Se propone nueva intervención, que rechaza, por lo que se están realizando controles trimestrales.</p> <p>Varón de 58 años que acude a consulta por presentar una masa dolorosa en paladar, de 2 meses de evolución. En la exploración se detecta una tumoración submucosa de aproximadamente 2 cm, a nivel de unión de paladar blando y duro. Se solicitan TC y RM, informándose una lesión isointensa con el músculo en T1, que capta contraste y que es sospechosa de tumor mixto benigno de glándula salival menor. Se realiza punción, sin obtener muestra suficiente. Se decide realizar exéresis diagnóstica y terapéutica. El informe anatomopatológico es compatible con mioepitelioma de glándula salival menor con un índice de proliferación del 5%. Al año de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático sin signos clínicos ni radiológicos de recidiva.</p> <p>Conclusiones: La exéresis quirúrgica con márgenes de seguridad es la técnica diagnóstica y terapéutica de elección. Es necesario el estudio histológico e inmunohistoquímico de la pieza completa para establecer el diagnóstico. Ante la posibilidad de recurrencia y malignización, es preciso realizar un seguimiento exhaustivo del paciente</p>
Palabras clave	

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

Título	Tumores de glándula parótida: comparación entre la punción-aspiración con aguja fina y la biopsia postoperatoria en 112 pacientes
Autores	<i>Carmen Sánchez Blanco, Raquel Yáñez González, Pedro Blanco Pérez, José Manuel Serradilla López, Ángel Batuecas Caletro</i>
Centro de trabajo	Hospital Clínico Universitario de Salamanca
Persona de contacto	Carmen Sánchez Blanco
e-mail	carmensb1987@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: Los tumores de parótida suponen un reto no solo quirúrgico sino de diagnóstico tanto previo a la cirugía como tras ella. Con relativa frecuencia no coincidía el resultado anatomopatológico previo a la cirugía con el resultado del análisis anatomopatológico posterior a la misma. Esto se daba fundamentalmente en los tumores malignos. Estudiamos nuestra serie de pacientes intervenidos de parotidectomía y analizamos la características clínicas, radiológicas y anatomopatológicas pre y post-cirugía.</p> <p>Material y Método: Estudiamos 112 pacientes intervenidos en el servicio de ORL del Hospital Clínico Universitario de Salamanca en los últimos diez años. Comparamos el resultado anatomopatológico en la punción aspiración por aguja fina (PAAF) preoperatoria con la biopsia definitiva postoperatoria de la pieza quirúrgica. Describimos además la presencia o no de ganglios regionales positivos y la existencia o no de criterios de malignidad en las pruebas de imagen realizadas antes de la cirugía. Asimismo analizamos si la localización del tumor influye en el diagnóstico anatomopatológico.</p> <p>Resultados: De los 112 pacientes el 49% eran varones y el 51% eran mujeres. La localización mas frecuente de los tumores fue el lóbulo superficial de la parótida. El 25,9% de los enfermos tenían una PAAF sugestiva de tumoración maligna. Finalmente fueron el 30,3% los que eran tumores malignos. El diagnóstico más frecuente fue el de adenoma pleomorfo (41%). En el caso de los tumores benignos (69,6%) la correspondencia entre la PAAF previa y el diagnóstico anatomopatológico postoperatorio posterior fue del 98%. En 7 pacientes se produjo un fallo en el diagnóstico preoperatorio.</p> <p>Conclusiones: En nuestro medio objetivamos que existe un grado de correspondencia entre el diagnóstico pre y postoperatorio mejor que lo publicado hasta ahora. Consideramos que resulta de vital importancia realizar un buen diagnóstico clínico y radiológico previo a la cirugía. Desde nuestro punto de vista, aunque la tasa de metástasis cervicales en los tumores primarios de parótida es casi inexistente, consideramos que es necesario realizar adenectomía del nivel Ila en todos los enfermos.</p>
Palabras clave	Punción-aspiración con aguja fina. Tumor de parótida. Adenoma Pleomorfo. Diagnóstico anatomopatológico.

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

Título	Síndrome de CANVAS. A propósito de un caso.
Autores	<i>Cristina Ibáñez Muñoz; María Isabel Calle Cabanillas; Cristina Cordero Civantos; Judith Pérez Sáez; Pablo Crespo Escudero; Vicente Escorihuela García; José Valda Rodrigo; Jesús Luis Macarrón Vicente</i>
Centro de trabajo	Hospital Universitario de Burgos.
Persona de contacto	Cristina Ibáñez Muñoz
e-mail	crisibi82@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: El síndrome CANVAS ha sido recientemente descrito en la literatura (2004) y se caracteriza por ataxia cerebelosa, neuropatía y arreflexia vestibular bilateral, que cursa progresivamente. Las pruebas diagnósticas empleadas tales como la videonistagmografía y la resonancia magnética nos permiten confirmar la presencia de afectación del reflejo vestíbulo-ocular bilateral y la atrofia cerebelosa respectivamente.</p> <p>Material y Método: Se presenta a un varón 70 años sin antecedentes de interés remitido por Neurología por inestabilidad en la marcha de manera progresiva en los últimos 4 años. La exploración neurológica reveló ausencia de reflejos aquileos, una amplia base de sustentación, y una marcha atáxica. Hipopalestesia en miembros inferiores. Fallos en sensibilidad posicional en pies. Hipoestesia algésica en manos.</p> <p>Resultados: Ausencia del reflejo vestíbulo-ocular. En el test de impulso cefálico (e-HIT) las ganancias estaban reducidas con sacadas de refijación. La videonistagmografía demostró un nistagmus vertical en todos ejes de la mirada, y en la prueba calórica con estimulación con aire se registró ausencia completa de respuesta en ambos vestíbulos. La electroneurografía reveló ausencia de potenciales sensitivos. La resonancia magnética mostró una atrofia global del cerebelo. Tras descartar otras enfermedades y tras el resultado de todas las pruebas se llegó al diagnóstico de síndrome de CANVAS.</p> <p>Discusión: Este síndrome debiera sospecharse en todo paciente con una afectación severa del equilibrio y neuropatía sensorial asociada. Igualmente, se debe establecer un diagnóstico diferencial con otras entidades como la ataxia de Friedreich, SCAs o la atrofia multisistémica cerebelosa.</p>
Palabras clave	<i>Ataxia cerebelosa; reflejo vestíbulo-ocular</i>

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

Título	Fractura de punta de mastoides por asta de toro. Tratamiento
Autores	<i>Marta Alonso Mesonero. Bernardo de Riva García. M^a del Carmen Pérez Molina-Ramírez. María Rey Marcos. Rosa Sancho Calvo</i>
Centro de trabajo	Complejo Asistencia de Segovia
Persona de contacto	Marta Alonso Mesonero
e-mail	malonsomes@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: Las heridas por asta de toro son frecuentes en nuestro medio. Dadas las características del animal y el mecanismo de acción deben considerarse de forma distinta a otros traumas perforantes (trayecto múltiple, desgarros, discordancia entre trayecto interno y herida superficial).</p> <p>Material y Método: Paciente varón de 21 años con herida por asta de toro a nivel laterocervical derecho, con entrada a nivel anterior a musculo ECM, extendido a región parotídea y sección del CAE, hemodinamicamente estable, sin sangrado en el momento de la exploración. TC cervical: fractura conminuta de base de mastoides y suelo de CAE derechos. Hematoma y enfisema de planos musculares laterocervicales hasta espacio carotídeo y laceración de glándula parótida derecha.</p> <p>Resultados: Se realiza cervicotomía exploratoria derecha asociada a abordaje retroauricular, observándose disección de parótida derecha y del espacio vascular cervical sin afectación del mismo, sección del CAE con desgarró timpánico posterior y fractura de mastoides desde espina de Henle a lo largo de sutura timpanomastoidea, con exposición de celdas mastoideas. Se realiza cerclaje mastoideo con alambre de acero, reconstrucción del CAE y cierre por planos (TC posterior). La evolución clínica es favorable, siendo dado de alta a los 5 días sin secuelas.</p> <p>Conclusiones La cornada es la herida por asta de toro más frecuente (81%) con características específicas dentro de los traumas perforantes. La fractura de punta de mastoides es secundaria al trauma directo, que secciona a ésta a nivel de la base, El grado de desprendimiento va a ser determinado por el grado de porosidad o neumatización, con alto riesgo de lesión del nervio facial</p>
Palabras clave	Hueso temporal. Fractura

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

Título	Hematoma cervical tras colocación de vía central.
Autores	<i>Eloy Cortizo Vázquez, Sandra Patricia Vergara Pastrana, Natalia Castañeda Curto, Maite Gil Aguilar, Sergio Tapia Concha, Carmelo Morales Angulo, Antonio Rubio Suarez.</i>
Centro de trabajo	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Persona de contacto	Eloy Cortizo Vázquez
e-mail	ecortizo@humv.es

Resumen	<p>Paciente que tras colocación de vía central a nivel cervical comienza de forma progresiva con disfonía, disfagia y disnea, presentando a la exploración, presentando a la exploración un hematoma cervical, en la fibroendoscopia se objetiva hematoma faríngeo, en el TAC se objetiva fuga de contraste de la arteria carótida y un hematoma que desplaza la vía aérea.</p> <p>Preciso drenaje quirúrgico con sutura de arterial y colocación de drenajes con buena evolución postoperatoria.</p>
Palabras clave	Hematoma cervical, Complicaciones vía central

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

Título	Otitis externa maligna. A propósito de un caso
<i>Autores</i>	<i>Marta Alonso Mesonero. M^a del Carmen Pérez Molina-Ramirez. . Rosa M^a Sancho Calvo. Bernardo de Riva García</i>
Centro de trabajo	Complejo Asistencia de Segovia
Persona de contacto	Marta Alonso Mesonero
e-mail	malonsomes@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: La otitis externa maligna u otitis externa necrotizante progresiva es una infección grave, invasiva del CAE. El agente causal más frecuente(95%) es la Pseudomona Aeruginosa y se da en pacientes de edad avanzada e inmunodepresión.</p> <p>Material y Método: Paciente varón de 82 años con antecedente de cardiopatía isquémica e hipertensión arterial en tratamiento con antiagregante y betabloqueante que consulta por otalgia y otorrea derechas, observandose intensa inflamación de CAE y granulaciones en suelo y pared anterior de CAE. Se decide ingreso hospitalario tras una mala respuesta a tratamiento tópico antibiótico. La evolución clínica es favorable tras la administración de antibiótico sistémico y tópico. Los cultivos son negativos para bacterias y hongos.</p> <p>A los 2 meses acude por intenso dolor en región retro e intraauricular derechas. Ante una otoscopia normal se solicita RM cervical y cerebral. A los 5 días desarrolla parálisis facial periférica e hipogloso derechos. En la RM se observa ocupación de celdas mastoideas derechas con alteración en la señal en tejidos adyacentes, golfo de la yugular y seno sigmoide. TC: ocupación de celdas mastoideas derechas.</p> <p>Dado el antecedente de otorrea previa se califica de otitis externa maligna y es ingresado para tratamiento antibiótico parenteral.</p> <p>Resultados: Se instaura tratamiento antibiótico durante 6 semanas inicialmente con Ceftazidima y posteriormente Imipenem con resolución de la parálisis del hipogloso y parcialmente de la parálisis facial. La evolución clínica del proceso otológico es favorable con desaparición del dolor. La Gammagrafía con Ga67 a los dos meses no muestra actividad inflamatoria aguda y la RM a los 6 meses normal.</p> <p>Conclusiones La OEM constituye un proceso grave, potencialmente mortal por invasión de la base del cráneo a partir de una infección del CAE a través de las cisuras cartilaginosas de Santorini. El diagnóstico es clínico y radiológico en el que juegan un papel fundamental la RM, TC y la gammagrafía con Galio 67. En este caso es llamativa la ausencia de inmunodepresión y la no concomitancia de la fase de otitis externa con la afectación de la base craneal:</p>
Palabras clave	Otitis externa. Osteomielitis

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

Título	Síndrome vestibular bilateral idiopático
Autores	<i>Natalia Castañeda Curto, Ángel Mazón Gutiérrez, Roberto García Zornoza, Carla Sanchis Pico, Sandra Patricia Vergara Pastrana, M^aTeresa Gil Aguilar</i>
Centro de trabajo	HUMV
Persona de contacto	Natalia Castañeda Curto
e-mail	nataliauc@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: El fallo vestibular bilateral puede deberse a diversas causas, siendo las más destacadas la meningitis, secundaria a medicación y la idiopática. El objetivo es analizar un caso real y describir la exploración básica y el algoritmo diagnóstico a seguir en estos pacientes.</p> <p>Material y Método: Presentamos a un paciente: varón de 68 años que acude a nuestra consulta por un cuadro de 8 meses de evolución de inestabilidad (que se hace más marcada en la oscuridad) y oscilopsia.</p> <p>Resultados: La exploración física mostró todos los signos compatibles con un déficit vestibular bilateral: maniobra oculocefálica positiva bilateralmente; inestabilidad de la marcha así como en la exploración instrumental (pruebas calóricas con arreflexia bilateral, VNG rotatoria con ausencia de respuestas, VEMP ausentes y v-HIT ganancia del 0% en ambos oídos con presencia de sacadas overt y covert bilaterales)</p> <p>Conclusiones: Ante un paciente con inestabilidad y oscilopsia debemos realizar un diagnóstico diferencial detallado, siendo muy importante para ello la exploración otoneurológica (ausencia del reflejo vestibulo-ocular) y las pruebas complementarias.</p>
Palabras clave	Síndrome vestibular, oscilopsia, v-hit, maniobra oculocefálica

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

Título	Cambiando mi diagnóstico de vértigo periférico
Autores	<i>Gabriel Aguilera Aguilera, Hortensia Sánchez Gómez, Raquel Yañez Gonzalez, Carmen Sánchez Blanco, Pedro Blanco Pérez, Ángel Batuecas Caletrío</i>
Centro de trabajo	Hospital Clínico Universitario de Salamanca
Persona de contacto	Gabriel Aguilera Aguilera
e-mail	gaguileraa@gmail.com

Resumen	<p>Introducción: En ocasiones problemas centrales pueden manifestarse bajo la apariencia de un trastorno vestibular periférico. Por ello, el diagnóstico diferencial del vértigo agudo en el servicio de urgencias resulta de vital importancia</p> <p>Caso clínico: Paciente de 62 años con antecedentes de Leucemia Linfocítica Crónica ,HTA , fumador de 20 cigarrillos diarios, acude al servicio de urgencias por crisis vertiginosa aguda (prime episodio en su historia natural) de 3 horas de evolución, acompañada de importante cortejo vegetativo, en ausencia de sintomatología otológica.</p> <p>Paciente de 62 años con antecedentes de Leucemia Linfocítica Crónica ,HTA , fumador de 20 cigarrillos diarios, acude al servicio de urgencias por crisis vertiginosa aguda (prime episodio en su historia natural) de 3 horas de evolución, acompañada de importante cortejo vegetativo, en ausencia de sintomatología otológica.</p> <p>Exploración: Nistagmo espontáneo izquierdo grado 3 que aumentaba con la inhibición de la fijación, sigue ley de Alexander, vergencia ocular normal, seguimiento ocular sacádico, índices de Barany + a derecha, Romberg + a derecha, Unterberger + a derecha, test de Halmagyi + a derecha, test de Skew -</p> <p>Diagnostico presuntivo de neuritis vestibular derecha</p> <p>Se complementa estudio de urgencias con vHIT: con ganancias 0,52 derecho/0,74 izquierdo , presentando sacadas derechas AGRUPADAS. Se desestima el diagnóstico previo por el resultado de vHIT, y se sospecha vértigo de origen central</p> <p>RNM: Masa en hemisferio cerebeloso derecho</p> <p>Diagnóstico definitivo, metástasis cerebelosa de carcinoma pulmón.</p> <p>Resultado y Conclusiones: La patología central en algunas oportunidades simula un compromiso vestibular periférico, es por eso que el paciente debe ser evaluado en un contexto (antecedentes, exploración, y pruebas de apoyo diagnostico), ya que un error diagnostico en esta diferenciación tiene consecuencias catastróficas. El vHIT es considerado una herramienta complementaria fundamental en el diagnóstico diferencial del vértigo agudo, cada vez se tiende a utilizar más para la valoración complementaria del paciente con clínica vertiginosa en las Urgencias ORL .</p> <p>En este caso no es posible que un paciente en pleno proceso vestibular agudo presente sacadas agrupadas ya que este es un signo de compensación vestibular.</p>
Palabras clave	vertigo central, vértigo periférico, vHIT, Neuritis vestibular, Metástasis cerebelosa

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

Título	Síndrome de PRADER-WILLI y SAHS. A propósito de un caso.
<i>Autores (nombre completo)</i>	<i>Cristina Cordero Civantos, María Isabel Calle Cabanillas; Cristina Ibáñez Muñoz; Pablo Crespo Escudero, Judith Pérez Sáez; Ana Isabel Navazo Eguía</i>
Centro de trabajo	Hospital Universitario de Burgos.
Persona de contacto	Cristina Cordero Civantos
e-mail	cris.corciv@gmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivo: El síndrome de Prader Willi es un trastorno congénito no hereditario poco común, con una incidencia de 1 por cada 10000 nacidos vivos. Se debe a una pérdida o inactivación de los genes de la región q11-q13 del brazo largo del cromosoma 15. Estos pacientes van a presentar una serie de alteraciones anatómicas y funcionales como son: hipotonía, hipoplasia del maxilar, paladar estrecho, hipertrofia adenoamigdalar, obesidad y disfunción hipotalámica. Estas características van a favorecer que un 80% de los pacientes con este síndrome tengan trastornos del sueño.</p> <p>Material y Método: Presentamos el caso de una paciente mujer de 4 años de edad, diagnosticada en su hospital de origen de SAHS con hipertrofia adenoamigdalar, se indica cirugía de adenoamigdalectomía, presentando durante la inducción anestésica parada cardio respiratoria de la que se recupera y es trasladada a nuestro hospital. En la exploración otorrinolaringológica presenta una hipertrofia amígdalar grado IV y una hipertrofia adenoidea grado IV. Se realiza estudio del sueño preoperatorio con un Índice de apnea/hipopnea: 21,7 y nº se apneas obstructivas de 55. Se realiza adenoamigdalectomía sin incidencias y seguimiento postoperatorio en UCIP, precisando soporte ventilatorio únicamente la primera noche tras la cirugía. Meses después se confirma mediante estudio genético el síndrome de Prader Willi. Se realiza nuevo estudio del sueño a los 3 meses de la cirugía, en el que se aprecia una mejoría significativa (Índice apnea/hipopnea de 0,9, nº de paneas obstructivas 3)</p> <p>Conclusiones: El tratamiento del SAHS en pacientes con Síndrome de Prader Willi debe ser multidisciplinar, asociando la cirugía con el tratamiento CPAP/BPAP.</p>
Palabras clave	<i>Síndrome de Prader Willi, SAHS, Índice apnea/hipopnea. Adenoamidalectomía</i>

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

Título	Diagnóstico de Síndrome de Miller Fisher (SMF) tras manifestaciones otorrinolaringológicas
Autores	<i>Pablo Santos Gorjón, Elena Sánchez Terradillos, Eva María Mingo Sánchez, Juan Luis Sánchez-Jara Sánchez, Gonzalo Martín Hernández</i>
Centro de trabajo	Complejo Hospitalario de Ávila
Persona de contacto	Pablo Santos Gorjón
e-mail	pabmaransantos@hotmail.com

Resumen	<p>Introducción y objetivos: El Síndrome de Miller-Fisher (SMF) es la forma más frecuente entre las formas no clásicas (variantes) del síndrome de Guillain Barré. Se caracteriza por la tríada clásica de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia.</p> <p>Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 19 años que consulta porque tras una faringitis irritativa vírica, desarrolla una inestabilidad importante y aparece una disfagia importante incluso para secreciones basales. Se evidencia una marcha atáxica e hiporreflexia con paresia de pares craneales altos (Inicialmente el IX y el X PC derechos). Al explorar el nistagmus se evidencia la oftalmoplejía tanto externa como interna. La analítica y el TC cerebral no muestran hallazgos de interés. El paciente ingresa para estudio , y a las 3 horas empeora drásticamente su disfagia y se constata una parálisis velopalatina bilateral y una paresia de la cuerda vocal izquierda y tiene que ser intubado y trasladado a UVI.</p> <p>Resultados: La existencia en suero de títulos elevados de anticuerpos antigangliósidos antiGQ1b, analizados mediante ELISA, confirma el SMF y hace iniciar el tratamiento con inmunoglobulinas. A largo plazo el paciente recuperó todas sus funciones motoras pero la disfagia y la diplopía persistieron durante 3 meses.</p> <p>Discusión: El SMF se trata de una polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante aguda cuya etiología es aún incierta y en la que están involucrados mecanismos inmunológicos; se generan anticuerpos para la mielina y conlleva a una parálisis muscular que puede ser muy grave y de evolución fulminante. Suele tener un avance centripeto y axial-coronal, desde la periferia a la columna vertebral. En el período agudo puede poner en riesgo la vida de un paciente sin tratamiento y tiene un muy buen pronóstico a largo plazo.</p>
Palabras clave	Oftalmoplejía; ataxia; arreflexia; síndrome de Miller Fisher; Síndrome de Guillain-Barré.

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

Título **Malformaciones de oído interno: formas evidentes y otras sutiles.**

Autores
(nombre completo) *Chaves-Araujo, Rosalyn; Intraprendente-Martini, Jean Franco; Aguilera Aguilera, Gabriel Alejandro; Sánchez Gómez, Hortensia; Santa Cruz Ruiz, Santiago; Batuecas-Caletrío, Ángel.*

Centro de trabajo Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
Persona de contacto Rosalyn Chaves Araujo
e-mail rosaly104@gmail.com

Resumen	<p>Introducción: Las malformaciones congénitas del oído interno se caracterizan por cambios estructurales de diferentes grados, que se clasifican en dos grandes grupos, maior y minor, según el grado de malformación del oído interno, siendo la más común la partición incompleta (42%), seguido de la cavidad común (19.4%), dilatación de acueducto vestibular (17.3%), hipoplasia coclear (11.2%), dehiscencia de canal semicircular (7%), aplasia coclear (2%), aplasia completa de oído interno (1%). A su vez estas alteraciones pueden formar parte de un síndrome mayor, que suele evidenciarse desde el momento del nacimiento o cercano al mismo, o presentarse de manera aislada, siendo más sutiles y que pueden dar lugar a diagnósticos erróneos. A continuación se presentan cuatro casos</p> <p>Caso Clínico 1: Recién nacido pretérmino pequeño para edad gestacional (RNPT PEG) con síndrome de Goldenhar: dismorfias cráneo-faciales, agenesia renal izquierda, hidronefrosis derecha, defecto cardíaco septal ventricular, anomalías vertebrales, criptorquidia izquierda, pie cavo bilateral y dismorfia de ambos pabellones auriculares con agenesia de conducto auditivo externo izquierdo. Los PEACT en oído derecho muestran umbrales en 110dB y negativos en oído izquierdo. La TAC y RMN realizada a los 5 años de edad muestran una atresia de conducto auditivo externo, disgenesia de cadena osicular y cavidad común de oído, con hipoplasia del VIII par.</p> <p>Caso Clínico 2: Paciente RNAT PEG con agenesia de riñón derecho, hendidura palatina, malformación de pabellones auriculares, malformaciones costo-vertebrales. Posible síndrome de Goldenhar. Los PEATC están alterados desde el nacimiento, las audiometrías e impedanciometrías posteriores mostraron signos de hipoacusia de transmisión bilateral. Fue intervenida en otro centro de tubos de ventilación transtimpánica y adenoidectomía, sin beneficio auditivo. Se solicitó una TAC de peñasco observándose hipogenesia de pabellones</p> <p>2 auditivos, ocupación de caja timpánica, antro y ático mastoideos y eje longitudinal de ambos CAIS anormalmente verticalizado. La paciente fue tratada con implante auditivo osteointegrado, con buen rendimiento.</p> <p>Caso Clínico 3: Paciente con pérdida auditiva bilateral detectada a los 9 años, que acude con 24 años a consulta de ORL por una hipoacusia neurosensorial bilateral, mayor en el oído derecho. En la TAC y RMN se aprecia una dilatación de ambos acueductos y sacos endolinfáticos. Sigue tratamiento auditivo con audífonos.</p> <p>Caso Clínico 4: Paciente quien a los 37 años con hipoacusia mixta bilateral simétrica leve, con historia familiar de hipoacusia (Abuelo, tíos e hijo). La impedanciometría es tipo A con ausencia de reflejos estapediales. El paciente es diagnosticado de otosclerosis y se remite para intervención. Se indica TAC de peñasco prequirúrgico, que revela una dehiscencia congénita de canal semicircular superior en ambos lados. Los VEMPS mostraron un aumento de la amplitud de la onda P13N23 y disminución de los umbrales. Se decide realizar un Plugging de ventana redonda derecha y no intervenir de estapedectomía.</p> <p>Conclusiones: El correcto diagnóstico de las malformaciones congénitas de oído es fundamental para un adecuado tratamiento, que evite fracasos terapéuticos o iatrogenia.</p>
Palabras clave	Malformaciones oído interno. Síndrome de Goldenhar. Cavidad Común. Dehiscencia de canal semicircular. Dilatación de acueducto.

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

XXIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ORL DE CASTILLA Y LEÓN, CANTABRIA Y LA RIOJA

COMITÉ ORGANIZADOR:

- Manuel Tapia Risueño *Presidente*
- Cristina Martín Villares *Vocal*
- Jesús San Román Carbajo *Vocal*
- Pilar Pomar Blanco *Vocal*
- Núria Rodríguez Prado *Vocal*
- José Prieto Gutiérrez *Vocal*

COMITÉ DE HONOR:

- Samuel Folgueral Arias *Alcalde de Ponferrada*
- Alfonso Arias Balboa *Presidente del Consejo Comarcal del Bierzo*
- Alfonso Rodríguez-Hevia González *Gerente del Hospital El Bierzo*
- Luis M^a Gil-Carcedo García *Presidente de la Sociedad Española de ORL*
- Juan L. Gómez González *Presidente de la Sociedad ORL de Castilla y León, Cantabria y La Rioja*

ORGANIZADO POR LA SOCIEDAD ORL DE CASTILLA Y LEÓN, CANTABRIA Y LA RIOJA

Junta Directiva:

- Juan L. Gómez González *Presidente*
- Emilio Alarcos Tamayo *Vicepresidente*
- Marta Bascónes García *Secretaria*
- Albino Alonso Alonso *Vicesecretario*
- Pedro Díaz de Cerio Canduela *Tesorero*
- José L. Pardal Refoyo *Director revista*

Vocales:

- Gonzalo Martín Hernández *Ávila*
- Ana Navazo Eguía *Burgos*
- Nieves Azuara Blanco *Cantabria*
- Antonio Sánchez del Hoyo *La Rioja*
- Carlos Durán Díez *León*
- Ignacio Alonso Castañeira *Palencia*
- Enrique González Sánchez *Salamanca*
- Marta Alonso Mesonero *Segovia*
- María Dolores Hernández Caballero *Soria*
- Luis A. Román Rojo *Valladolid*
- Soledad Suárez Ortega *Zamora*

VIERNES 29 DE MAYO

8:30-9:00	Documentación
9:00-9:30	Inauguración
9:30-9:50	Tratamiento quirúrgico de la glándula parotida I. Alonso
9:55-10:15	Vértigo en el anciano A. Batuecas
10:20-10:40	Implantes cocleares en malformaciones del oído interno F. Benito
10:45-11:05	PET en tumores de cabeza y cuello P. Blanco
11:10-11:30	Estudio coste-efectividad en el tratamiento del cáncer de cuerda vocal P. Díaz de Cerio
11:35-12:05	Café
12:05-12:25	Reconocimiento de la palabra en implantados cocleares con programación frecuencial R. González Aguado
12:30-12:50	Tratamiento de la epistaxis en el paciente anticoagulado G. Martín
12:55-13:15	Actitud actual ante el bocio nodular D. Moráis
13:20-13:40	Circohidiodexia. Indicaciones y técnica A. Muñoz
13:45-14:05	Obstrucción de la vía aérea en la infancia. Exploración y patologías más frecuentes A. Navazo
14:10-16:00	Comida
16:00-17:00	Comunicaciones
17:00-17:20	Aspectos prácticos para mejora de la seguridad del paciente en cirugía de tiroides y paratiroides J. L. Pardal
17:25-17:45	Oncología cutánea en área ORL. Tratamiento quirúrgico B. de Riva
17:50-18:10	Tratamiento de la enfermedad de Rendu Osler J. Rodríguez
18:15-18:35	Cirugía del seno frontal J. Santos
18:40-19:00	Estapedectomía con conservación del tendón estapedial L.A. Vallejo
19:05	Final de sesiones

SÁBADO 30 DE MAYO

9:00-11:00	Comunicaciones
11:00-11:30	Café
11:30-11:50	Primeros pasos en septorinoplastia en un servicio de ORL M. Fernández Pello
11:55-12:15	Tuboplastia con balón M. Gómez Serrano
12:20-12:40	Cirugía robótica transoral J. Granell
12:45-13:05	Cirugía del etmoides J. L. Llorente
13:10	Entrega de premios y clausura
13:20	Asamblea de la Sociedad
14:00	Comida

SEDE DEL CONGRESO

Avda. del Castillo, s/n - 24400 - Ponferrada

TARIFAS DE INSCRIPCIÓN

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| Antes del 30 de abril | Después del 30 de abril |
| • Socio: 250€ | • Socio: 300€ |
| • No socio: 300€ | • No socio: 350€ |
| • Residente: 100€ | • Residente: 150€ |

Pago inscripciones

Nº c/c: ES 70 0049 3714 7728 1408 8590

BOLETÍN INSCRIPCIÓN

Nombre Apellidos

Dirección

Ciudad C.P.

Teléfono Email

Profesión

Lugar de trabajo

Empresa que gestiona inscripción

Enviar datos del boletín de inscripción a:
Meritxell Clavel mclavel@gaes.es

POSTERS

Iñaki Redondo redondo@gaes.es

www.orl.gaes.es

HOTELES RECOMENDADOS

- Celuisma Ponferrada Avda. Ronda Norte 5 - Tel. 987 40 71 02
- AC Ponferrada Avda. de Astorga, 2 - Tel. 987 40 99 73
- Aroi Ponferrada C/ Marcelo Macías, 4 - Tel. 987 40 94 27
- Aroi Bierzo Plaza Pl. Ayuntamiento, 4 - Tel. 987 40 90 01



**XXIII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ORL DE
CASTILLA Y LEÓN,
CANTABRIA Y LA RIOJA**

29 y 30 de mayo de 2015
Sede: Castillo templario de Ponferrada

