

Edición impresa:
ISSN 2341-1503
DL ZA 33-2014



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

ISSN 2171-9381

2012 • **AÑO 2012**
VOLUMEN 3

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

Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla León Cantab. La Rioja

ISSN 2171-9381

Director

José Luis Pardal Refoyo

Dirección electrónica

<http://www.revistaorl.com>

contacto: revistaorl@revistaorl.com

Editor

Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

Dirección postal

Facultad de Medicina de Valladolid

Av. Ramón y Cajal Nº 7

37001 Valladolid (España)

Año 2012

Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

JUNTA DIRECTIVA

Presidente de Honor: Prof. Casimiro del Cañizo Suárez †

Presidente: Ángel Sancho Álvarez (Valladolid. Facultad de Medicina)

Vicepresidente: Juan Luis Gómez González (Salamanca. Facultad de Medicina)

Secretario General: Enrique Suárez Muñiz (Burgos. SACYL¹)

Vicesecretario: Marta Báscones García (Cantabria. SCS²)

Tesorero: Emilio Alarcos Tamayo (Valladolid. SACYL)

Vocales:

Ávila: Gonzalo Martín Hernández (SACYL)

Burgos: Albino Alonso Alonso (SACYL)

Cantabria: Nieves Azuara Blanco (SCS)

León: Gerardo Martín Sigüenza (SACYL)

Palencia: Ignacio Alonso Castañeira (SACYL)

La Rioja: Pedro Díaz de Cerio Canduela (Rioja Salud)

Soria: Dolores Hernández Caballero (SACYL)

Salamanca: Luis Miguel Rincón Esteban (SACYL)

Segovia: Carlos Kaiser Ramos (SACYL)

Valladolid: Luis Antonio Román Rojo (SACYL)

Zamora: José Luis Blanco García (SACYL)

Revista: José Luis Pardal Refoyo (SACYL)

¹ SACYL: Sanidad de Castilla y León

² SCS: Servicio Cántabro de Salud

Año2012

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Hospital Virgen de la Concha. SACYL. Zamora. España)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Hospital Sierrallana. SCS. Cantabria. España)

Darío Morais Pérez (Hospital Clínico Universitario. SACYL. Valladolid. España)

Ángel Muñoz Herrera (Hospital Clínico Universitario. SACYL. Salamanca. España)

Manuel Tapia Risueño (Hospital del Bierzo. SACYL. Ponferrada. León. España)

Antonio Sánchez del Hoyo (Hospital San Millán. RS. Logroño. España)

Jaime Santos Pérez (Hospital Clínico Universitario. SACYL. Valladolid. España)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Hospital Río Hortega. SACYL. Valladolid. España)

Javier Martínez Subías (Hospital Santa Bárbara. SACYL. Soria. España)

Pablo Casas Rodera (Complejo Hospitalario de León. SACYL. León. España)

Enrique Coscarón Blanco (Hospital Virgen de la Concha. SACYL. Zamora. España)

José Granell Navarro (Complejo Asistencial de Ávila. SACYL. Ávila. España)

María Jesús Velasco García (Complejo Asistencial de Ávila. SACYL. Ávila. España)

Ana Isabel Navazo Eguía (Complejo Hospitalario de Burgos. SACYL. Burgos. España)

José Luis Alonso Treceño (Complejo Asistencial de Palencia. SACYL. Palencia. España)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. España)

Carlos Ochoa Sangrador (Sociedad Española de Pediatría. Revista Evidencias en Pediatría. España)

Luis Lassaleta Atienza (Hospital Universitario La Paz. Madrid. España)

Francisco García Purriños (Hospital del Mar Menor. Murcia. España)

José Luis Llorente Pendás (Hospital Central de Asturias. Universidad de Oviedo. España)

Constantino Morera Pérez (Hospital Universitario La Fe. Valencia. España)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Medicina Nuclear. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. España)

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

Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla León Cantab. La Rioja

ISSN 2171-9381

Año 2012. Volumen 3.

Índice

Nº1- Editorial: Una revista abierta <i>Pardal-Refoyo JL</i>	1-3
Nº2- Encuesta sobre el Programa de Hipoacusia Infantil tras 5 años de su aplicación universal en Castilla y León <i>Benito-Orejas JI ; Romero-Hergueta MC</i>	4-21
Nº3- Carcinoma adenoide quístico de seno esfenoidal <i>Fuente-Cañibano R ; Muñoz-Herrera AM</i>	22-31
Nº4- Quiste epidermoide de piso de boca. Reporte de un caso y revisión de literatura <i>Navas-Aparicio MC ; Rojas-Madrigal A ; Cubero-Brenes E</i>	32-47
Nº5- Tumoración cervical recurrente en el anciano <i>Fuente-Cañibano R ; Alañón-Fernández MA</i>	48-59
Nº6- Cordoma de columna cervical <i>Díez-González L ; Brañanova-López P ; Pomar-Blanco P ; Martín-Villares C ; Valérdiz-Casasola S ; San Román-Carbajo J</i>	60-69
Nº7- Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de región nasosinusal <i>Salazar-Guilarte JX ; Gras-Albert JR</i>	70-82
Nº8- Diplopia aguda postlaberintectomía química <i>Santos-Gorjón P ; Collazo-Lorduy T ; Sánchez-Terradillos E ; Sánchez-Jara-Sánchez J L ; Velasco-García MJ ; Martín-Hernández G</i>	83-94
Nº9- Editorial:Una sociedad científica dinámica <i>Sancho-Álvarez A</i>	95-98
Nº10- Síndrome de Gradenigo y trombosis de seno cavernoso secundaria a otitis media aguda <i>Pelegrín-Hernández JP ; Díaz-Manzano JA ; Menasalvas-Ruiz AI ; Hellín-Meseguer</i>	99-106
Nº11- Experiencia en la prevención y tratamiento de estenosis glóticas luego de microrresección quirúrgica transoral aplicando Mitomicina C <i>Salazar-Guilarte JX ; Sancho-Mestre M ; Severá-Ferrándiz G ; Gras Albert JR</i>	107-110
Nº12- ¿Cómo los tratamientos complementarios podrán prevenir una recidiva de cuello en los tumores de hipofaringe y laringe? <i>Ribeiro D ; Viana M ; Castro-Silva J ; Monteiro E</i>	111-114
Nº13- Leiomioma primario nasosinusal con origen en cornete medio. Caso clínico y revisión de la literatura <i>Coscarón-Blanco E ; Pardal-Refoyo JL ; Zamora-Martínez T</i>	115-129
Nº14- ¿Infección cervical profunda? <i>Bernardo T ; Oliveira P ; Ribeiro D ; Pereira da Silva A</i>	130-133
Nº15- La cricotirotomía de emergencia <i>Pardal-Refoyo JL ; Cuello-Azcárate JJ</i>	134-156
Nº16- Tiroplastia tipo I de Isshiki modificada. Cómo lo hacemos <i>Madrigal-Revuelta M ; Martín-Batista S ; Herrero-Calvo D ; Zegarra-Molina OM ; Vallejo-Valdezate LA ; Gil-Carcedo-García LM</i>	157-160
Nº17- Estudio de la patología valorada en la Unidad de Foniatría del Complejo Asistencial de Zamora en el primer trimestre de 2012 <i>Santos-Pérez ME ; Bajo-Santos C</i>	161-178
Nº18- Melanoma maligno de fosa nasal, a propósito de un caso <i>Santos-Gorjón P ; Gil-Melcón M ; Franco-Calvo F ; Guardado-Sánchez LA ; Rey-Marcos M ;</i>	179-185

Nº19- Disnea severa por pólipo gigante antrocoanal <i>Martín-Batista S ; Madrigal-Revuelta M ; Vallejo-Valdezate LA ; Coloma-Milano M ; Gil-Carcedo-Sañudo E ; Gil-Carcedo-García LM.</i>	186-189
Nº20- Metástasis quística papilar versus carcinoma tiroideo ectópico en un quiste branquial <i>Torres-Morientes LM, Tavárez-Rodríguez JJ, Mena-Domínguez E, Bauer M, Benito-Orejas JI, Morais-Pérez D</i>	190-193
Nº21- Plasmocitoma extramedular en base de lengua <i>Martín-Batista S, Álvarez-Otero R, Coloma-Milano M, Vallejo-Valdezate LA, Gil-Carcedo-García LM</i>	194-197
Nº22- Linfoma primario bilateral de la glándula parótida <i>Mena-Domínguez EA, Torres-Morientes LM, Millás-Gómez T , Tavárez-Rodríguez JJ, Bauer M, Morais-Perez D</i>	198-202
Nº23- Una causa infrecuente de tumor de glándula salival menor : Hiperplasia adenomatosa <i>Coscarón-Blanco E, Martín Garrido EP, Zamora-Martínez T</i>	203-208
Nº24- Parálisis facial periférica como complicación de otitis secretora de la infancia, a propósito de un caso <i>Macías-Rodríguez DH, Batuecas-Caletrío A, Martín-Hernández R, Cordero-Civantos C, Sánchez-Blanco C, Yáñez-González R.</i>	209-214
Nº25- Una publicación de acceso abierto: desarrollo, copyright, visibilidad e impacto <i>Pardal-Refoyo JL</i>	215-232
Nº26- Carta al director: Sobre el XX Congreso de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja celebrado en Logroño los días 25 y 26 de mayo de 2012 <i>Díaz de Cerio-Canduela P</i>	233-235
Nº27- Hallazgos otoneurológicos en la oftalmoplejia internuclear. Presentación de un caso <i>Sánchez-Blanco C, Yáñez-González R, Martín-Hernández R, Macías-Rodríguez DH, Gómez JC, Batuecas Caletrío A</i>	236-242
Nº28- Estudio de correlación entre TC y anatomía patológica en la valoración de adenopatías cervicales en pacientes laringectomizados con vaciamiento cervical <i>Pelegrín-Hernández JP, Hellín-Meseguer D, Abellán-Rivero D, Morales-Cano MD, Rodríguez-Sánchez D.</i>	243-246
Nº29- Linfoma laríngeo. Una entidad poco frecuente <i>Salazar-Guilarte JX, Sancho-Mestre M.</i>	247-250
Nº30- Melanoma primario en ganglio linfático cervical. A propósito de un caso <i>Torres-Morientes LM, Puente-López G, Keituaqwa-Yáñez T, Sánchez-González F, López-Ríos-Velasco J, Pérez-Holgado V, Pérez-Cidoncha P</i>	251-256
Nº31- Documento de interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre Atención Primaria y Otorrinolaringología <i>Pelegrín-Hernández JP, Hernández-Cervantes AE, Estevez-Monción A, Hellín-Meseguer D, Amorós-Rodríguez LM.</i>	257-265
Nº32- Importancia de la maniobra de impulso óculo-cefálico o head-impulse test en la consulta otorrinolaringológica general <i>Batuecas-Caletrío A, Muñoz Herrera A ; Bronstein AM</i>	266-270
Nº33- Tratamiento quirúrgico endoscópico de patología de vía aérea superior mediante microelectrodos. Nuestra experiencia <i>El-Uali Abeida M, Martínez Subías JJ, Del Rey Tomás-Biosca FJ, Hernández Caballero D, Heras Domínguez R, Garzón Calles JA.</i>	271-276
Nº34- Carcinoma fusocelular de orofaringe: una variante poco frecuente de carcinoma epidermoide <i>Fuente-Cañibano R, Alañón-Fernández MA, Murillo-Lázaro CR, Ruiz-González M, Crespo-Hierro J, Morales-Puebla M, García-Castillo E, Crespo-Serrano J.</i>	277-282
Nº35- Mixofibrosarcoma del seno maxilar: caso clínico <i>Castro-Macia O, Rodriguez-Acevedo N, Alonso-Párraga D, Pérez-Pedrosa A, Quintana-Sanjuas A, Hamdan-Zabarce M, Meléndez-García JM</i>	283-290
Nº36- Linfangioma quístico cervical en el adulto <i>Rey-Marcos M, Martín-Sánchez V, Cordero-Civantos C, Blanco-Pérez P, Batuecas-Caletrío A ; Tapia-Risueño M.</i>	291-296

Nº37- Hipoacusia neurosensorial bilateral de predominio en 2000Hz secundaria a la mutación del gen de la Conexina 26 297-302
Morales-Angulo C, Cortizo-Vázquez E, Acle-Cervera LM, Sanchís-Picó C, Vergara-Pastrana S.

Normas de publicación 303-310

Suplemento 3- Comunicaciones libres del XX Congreso. Logroño (La Rioja), 25 y 26 de Mayo de 2012 S1-32

Otros suplementos publicados en 2012 (no incluidos en este volumen)

Suplemento 1- Análisis coste-efectividad entre la cordectomía transoral con láser CO₂, la cordectomía por laringofisura y la radioterapia en el tratamiento del carcinoma glótico en estadios iniciales. Tesis doctoral

Suplemento 2- Revisión sobre la neuromonitorización en cirugía tiroidea

2012. Vol. 5

La Dirección de la revista agradece especialmente la colaboración de:

JJ Martínez Subías
Carmelo Morales
Ana Navazo Eguía
Ángel Batuecas
Pablo Casas
Francisco García Purriños
José Granell
Darío Morais
Gonzalo Martín
Jaime Santos Pérez
Juan Luis Gómez
Luis Angel Vallejo
María Jesús Velasco
Pedro Díaz de Cerio

2012. Vol. 3

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

Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla León Cantab. La Rioja

ISSN 2171-9381

Año 2012. Volumen 3.

Incluida en

DOAJ

DIALNET Universidad de La Rioja

e-Revist@s (CSIC)

Latindex

2012. Vol. 3



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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Editorial

**Una revista abierta
An open access journal**

José Luis Pardal-Refoyo

Complejo Asistencial de Zamora

Contacto: jpardal@saludcastillayleon.es

Publicado: 18/01/2012

A lo largo de este año y medio de actividad de nuestra revista son muchos los avances que hemos conseguido. No podemos olvidar que nació como instrumento facilitador de comunicación científica de acceso abierto que la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja pone a

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

revistaorl@revistaorl.com

web: www.revistaorl.com

Director: José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Santander), Darío Morais Pérez (Valladolid), Ángel Muñoz Herrera (Salamanca), Manuel Tapia Risueño (Ponferrada), Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño), Jaime Santos Pérez (Valladolid), Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid), Javier Martínez Subías (Soria), Pablo Casas Roderer (León), Enrique Coscarón Blanco (Zamora), Jose Granell Navarro (Ávila)

disposición de otorrinolaringólogos y especialistas de áreas relacionadas con la Otorrinolaringología para ayudar a la difusión e intercambio de conocimientos.

No puedo ocultar que el proceso desde el proyecto hasta la materialización de la revista ha sido apasionante.

Hemos de agradecer a instituciones como DOAJ, DIALNET, LATINDEX y a CSIC a través de su plataforma e-Revistas el apoyo que nos brindan al mejorar la visibilidad de la revista e incluso alojarla en su propio repositor institucional (DIALNET). La ayuda además es doble porque nos incitan a la mejora de la calidad cumpliendo unos criterios que acercan nuestra revista a las mejores.

Pero nada de esto es posible si no hay comunicación. Esta carta editorial se dirige a los autores, a quienes tienen inquietud permanente por comunicar lo que hacen. No juzgamos lo que se hace sino el aspecto positivo que supone comunicar. Desde la revista, en nombre del Consejo Editorial, agradezco el esfuerzo que supone redactar un artículo y animo a que así sea porque su supervivencia depende de esta inquietud.

A lo largo de este año que editorialmente comenzamos, vamos a introducir mejoras que nos ayuden a alcanzar los 36 criterios de calidad de LATINDEX para revistas electrónicas de los que ahora cumplimos 29 y que son una suma de esfuerzos entre nuestra Sociedad Científica, el Comité Editorial y los autores.

En este sentido hay algunos aspectos que quiero destacar:

- La mejora de las características formales visibles en cada número,
- La mejora en el proceso de revisión y publicación de los artículos incluyendo la revisión por evaluadores externos al Consejo Editorial y la revisión por pares,
- El proceso de apertura editorial al ir incorporando expertos ajenos a nuestra sociedad científica,
- El incremento de las colaboraciones con autores externos a nuestra sociedad
- El incremento de las colaboraciones con artículos originales y revisiones bibliográficas,
- La publicación de al menos dos cartas editoriales por año y
- La progresiva incorporación de la revista en los buscadores biomédicos especializados.

Cada paso orientado hacia la mejora de la calidad de la revista supone una mayor visibilidad de lo que publicamos, reflejo de lo que hacemos. Esta visibilidad traducida en la palabra impacto es la consecuencia de un largo trabajo, no nuestro objetivo último. Si la revista consigue destacar en ciertas áreas lo será gracias a sus autores en su devenir a lo largo de los años.

Hemos de agradecer a la empresa Google, poner a nuestra disposición su tecnología que nos permite hacer realidad la comunicación con una revista abierta y gratuita.

Por último recomiendo a quienes estén interesados, la lectura del artículo de Remedios Melero, "Acceso abierto a las publicaciones científicas: definición, recursos, copyright e impacto", disponible en el repositor de CSIC (digital.csic.es). Este y otros artículos nos ayudarán a entender el proyecto en el que nos encontramos y cuáles son nuestros objetivos.

Muchas gracias, especialmente a los autores, y que este año que comenzamos sea provechoso.

José Luis Pardal Refoyo
Director



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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Artículo original

Encuesta sobre el Programa de Hipoacusia Infantil tras 5 años de su aplicación universal en Castilla y León **Survey on the infant hearing program after 5 years of its implementation universal in Castilla y León, Spain**

José Ignacio Benito-Orejas*, María del Carmen Romero-Hergueta**

**Servicio de ORL y Patología Cérvico-Facial. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

***Servicio de Promoción de la Salud y Programas Preventivos. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.*

Contacto: jibenito@ono.com

Recibido: 20/12/2011

Aceptado: 12/01/2012

Publicado: 19/01/2012

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

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

revistaorl@revistaorl.com

web: www.revistaorl.com

Director: José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Santander), Darío Morais Pérez (Valladolid), Ángel Muñoz Herrera (Salamanca), Manuel Tapia Risueño (Ponferrada), Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño), Jaime Santos Pérez (Valladolid), Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid), Javier Martínez Subías (Soria), Pablo Casas Roderá (León), Enrique Coscarón Blanco (Zamora), Jose Granell Navarro (Ávila)

RESUMEN

Tras 5 años de desarrollo de un programa de cribado auditivo neonatal universal en la Comunidad de Castilla y León, mediante PEATC-A, presentamos las características particulares de su aplicación. A través de un cuestionario que respondieron los 14 coordinadores del Programa, hemos podido conocer las medidas adoptadas y las dificultades encontradas en cada centro hospitalario para llevar a cabo eficazmente los diferentes aspectos que corresponden al proceso de cribado, diagnóstico e intervención de la hipoacusia congénita.

Palabras clave: Hipoacusia; cribado auditivo neonatal; potenciales evocados auditivos del tronco cerebral.

Survey on the infant hearing program after 5 years of its implementation universal in Castilla y León, Spain**SUMMARY**

After a five-year development of a program for universal newborn hearing screening via AABR in the Community of Castilla y León, we present the specific characteristics of its application. By means of a questionnaire to which the 14 Program coordinators replied, we have been able to specify the measures adopted and the difficulties found in each hospital centre in carrying out with efficacy the various aspects of the process of screening, diagnosis and intervention in congenital hearing loss.

Keywords: Hearing loss; newborn hearing screening; auditory brainstem response.

Introducción

Antes de implementarse el cribado auditivo neonatal universal (cuya primera experiencia se planificó en Rhode Island en 1989) [1], se necesitaron 2 condiciones previas [2]. La primera, disponer de una prueba fisiológica, no invasiva y objetiva, para valorar la hipoacusia, que pudiera ser realizada por personal no profesional (Otoemisiones Acústicas (OEA) y/o Potenciales Evocados Auditivos del Tronco Cerebral Automáticos (PEATC-A). La segunda, más compleja, debía demostrar que la detección temprana de la hipoacusia neonatal mejoraría el desarrollo educativo de los niños afectados [3-10].

En 1993, el Instituto Nacional de la Salud (NIH) de EEUU [11] propuso una reunión de consenso para establecer la mejor manera de identificar la hipoacusia neonatal y al año siguiente el Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) apoyó también el objetivo de detección universal, para identificar al recién nacido con sordera antes de los 3 meses de vida y comenzar el tratamiento antes de los 6 meses [12]. En 1998 se firma en Milán, el "European Consensus Development Conference on Neonatal Hearing Screening" a favor del cribado universal [13] y en febrero de 1999 la Academia Americana de Pediatría (AAP) publica un informe, en el que se justifica la puesta en marcha de un programa neonatal de "cribado universal" de hipoacusia en todos los hospitales con partos, a fin de detectar a todos los niños con hipoacusia bilateral mayor o igual a 35 dB HL en el mejor oído [14]. En este documento se establecen las líneas básicas que deben regir el cribado, seguimiento, identificación e intervención de los casos detectados y la forma de evaluar el programa.

En nuestro país, el 26 de Marzo de 1999 se aprueba en el Congreso de los Diputados una Proposición no de Ley que insta al Gobierno a articular un Plan Nacional de Prevención de la Sordera Infantil (nº de expediente 162/000304). En junio de 1999, y a petición del Ministerio de Sanidad, la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEH) elabora una propuesta donde se refiere la conveniencia de que la detección se extienda a todos los recién nacidos (RN) [15]. En febrero de 2001 las Cortes de Castilla y León aprueban una Proposición No de Ley relativa a la creación de un "Programa de Detección Auditiva Universal" en los neonatos de las 9 provincias de la Comunidad. Tras una ardua y compleja labor multidisciplinar, se edita en abril del 2004 el documento que recoge el "*Programa de Detección Precoz y Atención Integral de la Hipoacusia Infantil en Castilla y León*" [16], que se inicia ese mismo año en los 14 hospitales públicos de nuestra Comunidad.

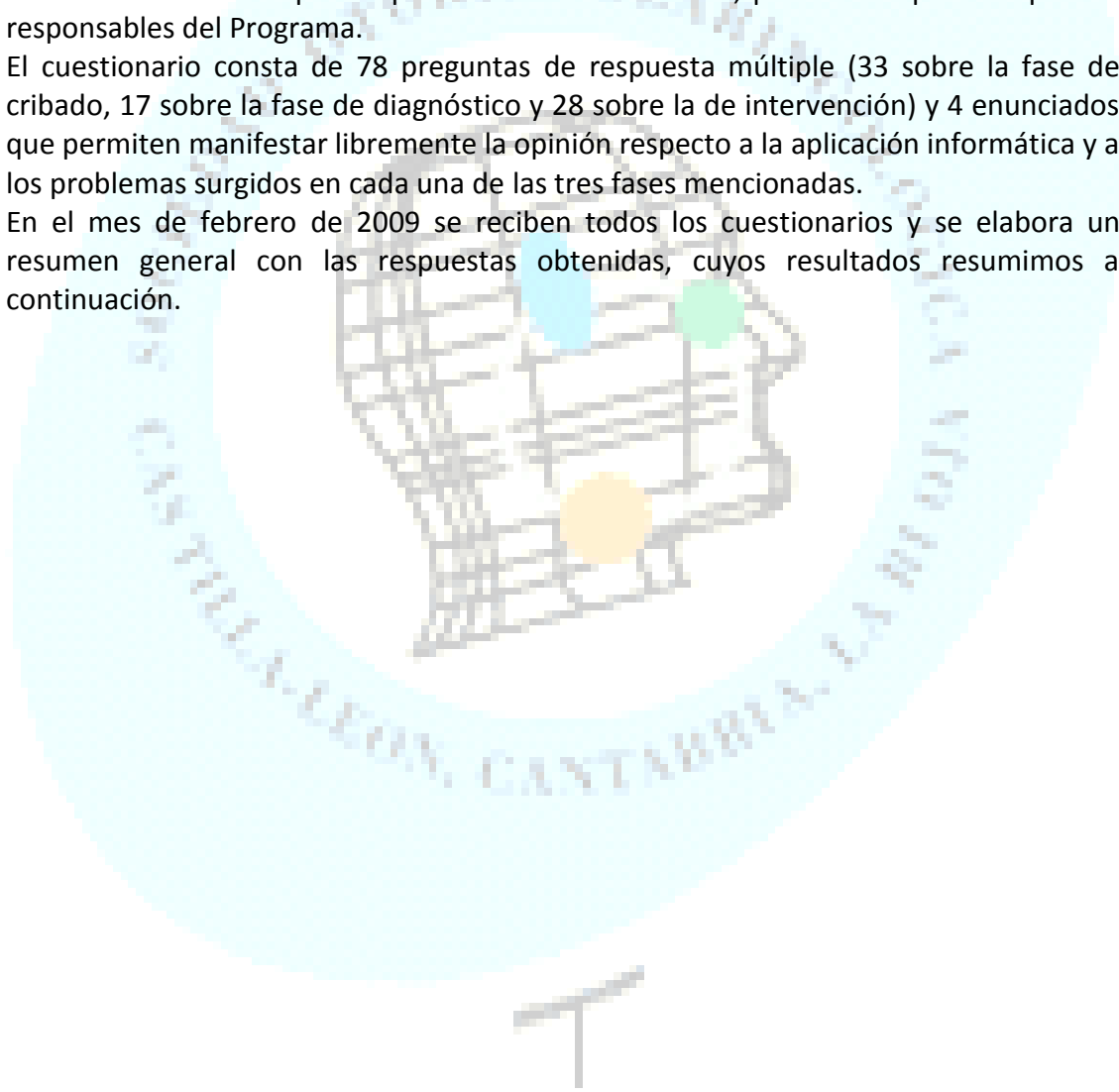
Transcurridos 5 años de la puesta en marcha de este Programa y dadas las diferentes características de los centros hospitalarios, hemos evaluado por medio de una encuesta, remitida a los coordinadores responsables del Programa en cada hospital, la organización y dificultades encontradas en su desarrollo.

Material y método

En colaboración con el Servicio de Promoción de la Salud y Programas Preventivos de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León se elaboró un cuestionario en el que participaron los coordinadores del Programa de cribado auditivo neonatal de los hospitales de Valladolid, Burgos y Salamanca. Su finalidad era, conocer la forma de llevar a cabo las fases de cribado, diagnóstico e intervención de la hipoacusia congénita, pudiendo también expresar las dificultades encontradas. En diciembre de 2008 la Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León distribuye esta encuesta a los 14 hospitales públicos de la Comunidad, para ser respondida por los responsables del Programa.

El cuestionario consta de 78 preguntas de respuesta múltiple (33 sobre la fase de cribado, 17 sobre la fase de diagnóstico y 28 sobre la de intervención) y 4 enunciados que permiten manifestar libremente la opinión respecto a la aplicación informática y a los problemas surgidos en cada una de las tres fases mencionadas.

En el mes de febrero de 2009 se reciben todos los cuestionarios y se elabora un resumen general con las respuestas obtenidas, cuyos resultados resumimos a continuación.



Resultados

En la Fig. 1 mostramos el resumen de los resultados obtenidos.

1. Fase de cribado:

El alta de los recién nacidos (RN) sanos en los hospitales públicos de la Comunidad Castellano-Leonesa, se produce entre las 24 y 72 horas (entre 24 y 48 horas en el 45% de hospitales y entre 48 y 72 horas (55%) en el resto). En todos los hospitales se dan altas en fin de semana.

¿Quién realiza la prueba de cribado?:

La 1ª prueba de cribado es realizada por una enfermera, que puede ser igualmente de obstetricia, pediatría u otorrinolaringología (ORL). En cada hospital, una media de 2 personas son las encargadas del cribado (variable entre 1 y 12).

¿Dónde se realiza la prueba de cribado?:

En el 80% de los hospitales esta primera prueba se efectúa en la sala de obstetricia (en un 15% en pediatría y en un 5% en ORL).

Al 70% de los RN sanos la prueba se les realiza en una habitación especialmente habilitada y al 30% restante al lado de la madre. En los ingresados en neonatología, la 1ª prueba se practica en la misma unidad, por la enfermera encargada del resto del cribado y en el 65% de los casos se lleva a cabo antes del alta hospitalaria.

¿Cuándo se realiza la prueba de cribado?:

En general por la mañana (excepcionalmente a cualquier hora, 7%, o de 15 a 20 horas, 7%).

La mitad de los hospitales no hace pruebas en fin de semana y el 65% no criba en festivo. Si se realizan las pruebas en fin de semana o festivo, se suele encargar una enfermera de pediatría (40%) u obstetricia (30%). En el 93% de los centros se criba en vacaciones, por una enfermera sustituta.

¿Cómo se realiza la prueba de cribado?:

En el 70% de hospitales se solicita un consentimiento oral, que generalmente se complementa con la información del tríptico editado por la Junta de Castilla y León. En el resto, o bien se pide un consentimiento escrito o no se expresa dicho consentimiento.

Como queda establecido en nuestro Programa, la prueba de cribado se realiza, en todos los hospitales, con Potenciales Evocados Auditivos del Tronco Cerebral Automáticos (PEATC-A). El equipo elegido es el Accu Screen Pro-A® (con programa informático Acculink®), fabricado por Fischer-Zoth (Alemania). Durante estos 5 años, el 85% de los equipos ha sufrido averías y en general se opina (80%) que la casa comercial distribuidora de los mismos no se ha preocupado ni del mantenimiento ni de la calibración.

En el 80% de los hospitales la prueba se efectúa con auriculares, usándose la sonda intraauricular en un 20%. La duración promedio de la prueba completa, desde el primer contacto con el neonato, es de unos 20' (variable de 10 a 40', según las condiciones). Si "NO PASA", en la mayoría de los hospitales se intenta repetir antes del alta.

Factores de riesgo (FR):

Los pediatras no suelen avisar de los RN con factores de riesgo (50% no avisan, 35% sí y 15% a veces). Y sólo la mitad de ellos registra los FR en el Documento de Salud Infantil (DSI), documento desconocido para el 22% de los coordinadores.

Resultados y Seguimiento:

Si "NO PASA" la 1ª prueba de cribado, es la enfermera (70%) la que suele informar del resultado (en un 10% es el ORL y en un 20% el pediatra) y por lo general (85%) los padres lo aceptan bien.

A los RN que se van sin la prueba de cribado o que "no la pasan", se les entrega (en el 65% de casos) una cita escrita y al resto se les cita por teléfono (en algunos casos se usan ambos procedimientos). La citación es entre 15 días y 1 mes y la prueba tiene lugar, junto a los que proceden de centros privados, en ORL (45%), en obstetricia (40%) o en pediatría (15%). La 2ª prueba la suele realizar la misma enfermera que hizo la primera (80%) y en el resto de los niños (centros privados y altas de fin de semana), la efectúa una enfermera de ORL.

Si "NO PASA" la 2ª prueba de cribado, la enfermera (50 %) o el médico especialista (ORL 35% y pediatra 15%) son los que informan a los padres del resultado y entregan una cita escrita para exploración ORL (un 15% de hospitales envía directamente al paciente a su centro de referencia).

2. Fase de diagnóstico:

En el 75% de los hospitales de nuestra Comunidad hay asignados determinados especialistas en ORL para el seguimiento de los niños que "NO PASAN" el cribado (de esta labor se encargan 1 ó 2 especialistas).

¿Dónde se realiza el diagnóstico audiológico de la hipoacusia?:

La prueba diagnóstica de Potenciales Evocados Auditivos del Tronco Cerebral (PEATC) se lleva a cabo en 8 hospitales (60%) y en el resto (6 hospitales) se deriva a los niños al centro hospitalario de referencia. De los hospitales que cuentan con PEATC diagnósticos, la mitad están ubicados y dependen del Servicio de ORL y la otra mitad del de Neurofisiología.

¿Cómo se efectúa la prueba de PEATC?:

En la mayoría de los niños el registro de PEATC se obtiene con sueño fisiológico; de no conseguirlo, se usa la sedación (con benzodiazepinas, hidrato de cloral...) y si es necesario se aplica la sedación anestésica, bien en el quirófano, en el propio Servicio de ORL o en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pediátrica.

¿Cuándo se realiza la prueba de PEATC?:

En los niños que "NO PASAN" el cribado, intentamos conseguir los primeros PEATC diagnósticos con ≤ 3 meses de edad corregida (60% de hospitales con menos de 3 meses y 40% a los 3 meses de edad corregida) y si los umbrales de onda V son mayores de 30 dB nHL (se considera normal 30 dB nHL o menos) se repiten antes de los 6 meses de edad corregida. Si en los 2º PEATC, los umbrales de onda V siguen siendo mayores de 30 dB nHL, el especialista ORL realiza un informe escrito que entrega a los padres, explicándoles verbalmente la posibilidad de una hipoacusia (en el 55% de hospitales esta misión corresponde al coordinador del Programa y en el otro 45% depende del ORL que haya realizado el diagnóstico).

Seguimiento:

Si a un RN se le diagnostica de hipoacusia con PEATC (umbral de onda V superior a 30 dB nHL), se le revisa en consulta cada 3-6 meses, completándosele el diagnóstico audiológico con otras pruebas (todos utilizan la impedanciometría, el 75% Potenciales de Estado Estable (PEE), el 50% OEAT y/o Productos de Distorsión (PD), el 37% audiometría de comportamiento condicionada y el 12% Potenciales de Latencia Media (PLM) de 40 Hz).

¿Cómo se realiza el diagnóstico etiológico de la hipoacusia?:

Respecto al diagnóstico etiológico de la hipoacusia, el 90% solicita, si lo considera, diagnóstico genético (aunque todos reconocen la dificultad de enviar y obtener resultados en los centros de referencia). Así mismo, en las hipoacusias congénitas no sindrómicas, el 90% solicita pruebas de imagen (sólo Resonancia Magnética Nuclear (RMN) o RMN y Tomografía Axial Computarizada (TAC), que se efectúan generalmente entre los 6 meses y 1 año de edad. La mayoría de los coordinadores considera que los radiólogos de su hospital interpretan con precisión la patología malformativa de oído medio e interno.

En caso de hipoacusia sindrómica, el pediatra es el encargado de enviar al paciente a algún centro especializado en dicha patología.

Según la evolución y si se considera necesario, el 75% de centros ORL diagnósticos pide una interconsulta a un Servicio de Foniatría.

3. Fase de intervención:

¿Quién informa de esta fase?:

Después de transmitir a los padres la noticia de la hipoacusia de su hijo (labor que como se ha dicho, en el 55% de los hospitales la realiza el coordinador del Programa y en el otro 45% el ORL que haya realizado el diagnóstico), la misma persona les informa del proceso de intervención. Sólo en un 10% de hospitales participa en las tareas informativas el trabajador/a social.

¿En qué consiste la fase de intervención?:

Tras el diagnóstico inicial de hipoacusia con PEATC, los niños son remitidos al Centro Base de Atención al Minusválido, donde se orienta a las familias, se valora el grado de minusvalía y se inicia un programa de intervención temprana.

Así mismo, todos los niños con umbrales de onda V en PEATC superiores o iguales a 50 dB nHL en ambos oídos, son remitidos a un centro de audioprótesis infantil, de carácter exclusivamente privado en nuestra Comunidad. Sólo el 35% de los hospitales cuenta en su área de referencia con uno de estos centros. Generalmente son los centros de referencia en diagnóstico audiológico los que remiten a los niños al centro auditivo.

En caso de necesidad y de manera general, es el ORL quien decide la conveniencia de implante coclear en un niño con hipoacusia. En un tercio de hospitales esta decisión se toma en colaboración con el logopeda y el audioprotesista. A los niños candidatos a implante coclear, se les suele enviar a uno de los dos hospitales de referencia, con menos de 1 año de edad (el 70% al Complejo Hospitalario de Salamanca y el 30% al Hospital Pío del Río Hortega).

Un tercio de los centros de diagnóstico han tenido algún caso en el que los padres se han negado a colocar audífonos o implante coclear a su hijo hipoacúsico.

Según los coordinadores, las poblaciones de riesgo social más importantes en nuestro entorno (en cuanto a fallo en el seguimiento de la fase de intervención) son los inmigrantes (en el 100% de hospitales), los pertenecientes a etnia gitana (en el 80% de hospitales) y otros varios (en el 20%).

En todas las provincias hay asociaciones de sordos y asociaciones de padres de sordos.

¿Cómo se controla desde ORL la fase de intervención?:

En general, el ORL desconoce en qué consiste la terapia en atención temprana. No sabe a qué edad se inicia el trabajo logopédico, el tiempo que se emplea, la suficiencia de ese tiempo...

Sólo la mitad de los hospitales “dedicados al diagnóstico” recibe informes evolutivos desde atención temprana (20% de forma habitual y 30% ocasionalmente). Sólo el 50% realiza reuniones periódicas con los terapeutas del Centro Base y sólo el 50% las realiza con los audioprotesistas. Y en general, se expresa que la relación entre el logopeda y el audioprotesista es escasa, así como también la existente entre los ORL de los diferentes centros de referencia.

Cuando el niño se escolariza, sólo el 30% de ORL recibe “a veces” informe de alta del Centro Base. Sólo el 70% de hospitales tiene en su área centros escolares especializados en hipoacusia (públicos o privados). Un 60% de coordinadores desconoce el beneficio y la posibilidad de indicación de sistemas FM en el medio escolar.

El 80% de los centros diagnósticos de hipoacusia infantil ha diagnosticado a algún niño del medio rural, pero menos del 40% conoce cómo se realiza la habilitación de estos niños. El 70% de estos centros ha diagnosticado hipoacusia y retraso psicomotor en el mismo paciente, pero sólo alguno conoce cómo se lleva a cabo la rehabilitación.

Finalmente, la mitad de los centros de diagnóstico reconocen haber encontrado algún caso de hipoacusia tardía (con “PASA” en el cribado auditivo).



FIG. 1: Resumen de los resultados de la encuesta sobre el Programa de Hipoacusia Infantil en Castilla y León (periodo 2004-2009). Póster presentado en el XVII Congreso de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja (Valladolid, Junio 2009).

Discusión

La calidad de un programa de cribado de la hipoacusia neonatal, va más allá de la propia detección y debe incluir y garantizar las fases de diagnóstico e intervención, porque lo contrario nos llevaría a situaciones fuera de toda lógica y ética [17]. Por estos motivos, nuestro "Programa de Hipoacusia Infantil en Castilla y León" no sólo contempla la detección precoz sino, como su nombre indica, la atención integral, es decir la aplicación de todos aquellos procedimientos diagnósticos y de intervención multidisciplinar que facilitan el acceso precoz y natural al lenguaje oral a través de la audición, aprovechando la plasticidad cerebral de los primeros años de vida [16]. Todos nuestros hospitales cuentan con un responsable médico del Programa (coordinador del mismo y del sistema de registro).

Cribado auditivo:

La finalidad del cribado auditivo universal consiste en identificar a todos los niños que nazcan con una afectación auditiva significativa, de la forma más rápida y económica [18]. Según las recomendaciones del JCIH (2007) [19] y de la CODEPEH (2010) [20], se deberían detectar todas las hipoacusias permanentes uni o bilaterales de cualquier grado y etiología, sean de tipo sensorial, conductivo o neural (neuropatía/disincronía auditiva); pero con los medios técnicos actuales sólo somos capaces de detectar las hipoacusias superiores a 35 dB.

La técnica de cribado perfecta sería aquella que tuviera un 100% de especificidad ("PASAN" todos los individuos sanos) y un 100% de sensibilidad ("NO PASA" ninguno de los que tienen hipoacusia). Pero al no existir esta prueba de cribado [21], se debe buscar un compromiso entre la sensibilidad y la especificidad.

Después de aplicar durante varios años un procedimiento de cribado auditivo neonatal con 2 fases de PEATC-A, hemos comprobado que, en nuestro medio, resulta ser el mejor sistema [22]. No produce un excesivo gasto en tiempo o en dinero respecto al cribado con OEAT y disminuyen los falsos positivos. Al disminuir los falsos positivos se reduce el número de niños que se pierden en el seguimiento y mejoran los costes intangibles referidos al transporte, tiempo de espera y ansiedad familiar. Pero además, la prueba con PEATC-A permite, frente a las OEAT, la detección de los desórdenes de conducción neural (neuropatía/disincronía auditiva).

Con la aprobación (3-4-2008) y desarrollo del "Registro de Recién Nacidos en Castilla y León" (fichero automatizado RENACyL) [23], tenemos un conocimiento real de todos los niños nacidos, tanto en el medio público como en el privado, dentro de la Comunidad Castellano-Leonesa. En base a este registro y según los datos del Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública, de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, hemos cribado al 99% de los RN (9% procedentes de hospitales privados), con un 0,2% de "NO PASA" en el 2º cribado.

El sistema de registro informático "HIPO" elaborado para la introducción de los resultados del cribado, diagnóstico e intervención de la hipoacusia congénita, se va renovando continuamente. Mediante la creación de un "sistema de alarmas", se avisa a los usuarios de los posibles retrasos en la ejecución de las fases sucesivas que

comprende el Programa.

La conjunción de ambos registros (HIPO y RENA) nos informa del 100% de los niños a cribar y de los errores que podamos cometer a lo largo del proceso, teniendo en cuenta que se debe cumplir el “plan 1-3-6” establecido como objetivo por todos los organismos internacionales y que consiste en el cribado de todos los RN antes del primer mes de edad (corregido para los prematuros), diagnóstico audiológico de los que “NO PASAN” el cribado a los 3 meses de edad corregida e inicio de la intervención en todos los casos de hipoacusia permanente, no más allá de los 6 meses de edad corregida [11, 14, 19, 20, 24].

En nuestro programa informático HIPO se incluyen los niños con factores de riesgo y se especifican los mismos para su posterior seguimiento. Es muy importante que el pediatra de atención primaria refleje estos factores en el Documento de Salud Infantil (DSI), o bien a partir del informe de alta del Servicio de Neonatología, del conocimiento de antecedentes familiares de hipoacusia, o de la detección de alteraciones físicas o estigmas que pudieran indicar la posibilidad de una hipoacusia de tipo sindrómico. Todos los niños dentro del “Programa del Niño Sano” en los centros de salud, seguirán controles semestrales, hasta los 3 años, del adecuado desarrollo comunicativo y del lenguaje. En aquellos con factores de riesgo asociado a la hipoacusia, el momento y el número de revaluaciones o el envío al ORL, deberá individualizarse dependiendo del factor identificado y de la evolución del niño. Aunque pasen el test neonatal deben ser reevaluados al menos una vez antes de los 24-30 meses [20].

Finalmente, asumimos las últimas recomendaciones establecidas con respecto al cribado auditivo [19, 20]:

-A los niños que necesitan una 2ª prueba de cribado, se les evalúa de forma bilateral aunque en la prueba inicial sólo fallara un oído.

-Se necesita repetir el cribado auditivo, a ser posible antes del alta, a los niños que reingresen durante el primer mes de vida, asociando un factor de riesgo.

El inicio del período escolar podría ser una nueva oportunidad para evaluar la capacidad comunicativa del niño a fin de garantizar que no quedarán sin detectar trastornos audiológicos de aparición tardía o adquirida [20].

Como propuestas operativas recomendadas por la CODEPEH para la fase de cribado [20], serían de interés en nuestro medio, de acuerdo al resultado obtenido en la encuesta, capacitar a un personal de enfermería específico para las pruebas de cribado, acotando en lo posible la provisionalidad tan frecuente en el medio hospitalario y asegurar que la fase de recribado sea realizada también por personal con experiencia y en una habitación adecuada, especialmente en lo relativo a su insonorización.

El programa de registro de recién nacidos nos ha permitido conocer, que los niños que nacen en hospitales privados, quizá porque deben desplazarse a los hospitales de la red sanitaria pública para efectuar la prueba de cribado auditivo, son los que presentan un mayor descontrol en la realización de esta prueba.

Una de las causas por las que puede fallar el cumplimiento de un programa de cribado auditivo universal es por la falta de medios de soporte suficientes, que permitan la sustitución inmediata del equipo técnico de cribado en caso de avería o necesidad de

calibración. Como expresan las estadísticas de otros programas [25], un porcentaje de niños a los que, por este u otro motivo (periodos de vacaciones o festivos), se les retrasa la realización de la prueba, se pierden para siempre. En este sentido, es muy importante adquirir compromisos con la empresa suministradora de los equipos o disponer de algunos de reserva.

Ante la posibilidad de falsos negativos es fundamental realizar un mantenimiento y calibración periódica de los equipos de cribado según las indicaciones del fabricante.

Diagnóstico audiológico:

La confirmación diagnóstica de hipoacusia en los niños que no superan las dos fases del cribado neonatal, debería quedar determinada en los 3 primeros meses de vida postnatal (corregida por prematuridad) [19, 20].

Para obtenerlo, nos basamos en la interpretación de un conjunto de pruebas audiológicas, que deben incluir siempre la timpanometría, los PEATC y las OEAT, repetidas al menos 2 veces, con una diferencia de 1 a 4 semanas [16, 20]. El registro informático HIPO tiene en cuenta estos plazos, respondiendo con una "alarma" en caso de que se superen. La finalidad es poder iniciar la intervención terapéutica antes de los 6 meses de edad corregida [19, 20].

Para conseguir que estas exploraciones se realicen en el menor tiempo posible y para evitar los inconvenientes que conllevan los repetidos desplazamientos, con frecuencia multiplicados por la presencia de patología añadida de oído medio, creemos que sería conveniente la implantación, en los servicios de ORL de todos los hospitales de referencia, de "Unidades de Diagnóstico de Hipoacusia Infantil", con personal capacitado y dotación adecuada [20], acelerándose así la obtención del diagnóstico precoz y disminuyendo los efectos que generan estos traslados.

A este diagnóstico audiológico precoz, que permite iniciar la intervención, se le debe complementar con otras exploraciones electrofisiológicas (Potenciales Evocados Auditivos de Estado Estable) y sobre todo con pruebas audiométricas de comportamiento, a partir de los 8 meses de edad corregida (en general audiometría condicionada por refuerzo visual) [16].

De acuerdo con las últimas recomendaciones de la CODEPEH (2010) [20], creemos que es fundamental potenciar el papel del pediatra de atención primaria en la evaluación y seguimiento del correcto desarrollo auditivo, de las habilidades comunicativas y del lenguaje oral en todos los niños; además de identificar y revisar con mayor regularidad a aquellos con factores de riesgo de hipoacusia. En este nivel de asistencia se debería tener capacidad para realizar un cribado auditivo estandarizado con una prueba validada y objetiva (por ej. OEAT) a los 9, 18, 24 y 30 meses de edad, o en cualquier otro momento si surgieran sospechas de hipoacusia.

Diagnóstico etiológico:

A todo niño diagnosticado de hipoacusia se le debe realizar, por lo menos, un examen oftalmológico, pues los niños que padecen sordera son especialmente dependientes del sentido de la vista para establecer habilidades comunicativas y explorar el mundo que les rodea. Pero además, ciertos procesos ocasionan ambos déficits: auditivo y visual [26].

Hasta la fecha no se ha llegado a un consenso que permita elaborar un protocolo de diagnóstico etiológico. En base a la historia clínica y a las exploraciones físico-

neurológicas y audiológicas, solicitaremos estudios genéticos, radiológicos, analíticos y otros complementarios (ECG, electroretinograma, electroforesis) [27]. Sería deseable que entre los coordinadores del Programa se pudiera aprobar un mínimo común de exploraciones, con el fin de unificar y rentabilizar este diagnóstico causal. Los niños con sordera severa/profunda deben ser evaluados genéticamente como primer paso [20], y por ello debemos intentar conseguir en nuestra Comunidad un sistema normalizado de solicitud de pruebas genéticas, pudiendo disponer de resultados precoces y de genetistas especializados para el consejo genético. Son muchas las razones por las que es importante el estudio genético de la hipoacusia, entre ellas porque es la única forma de diagnosticar por medios mínimamente invasivos una hipoacusia neurosensorial no sindrómica y porque puede identificar síndromes sin otras manifestaciones en edades tempranas; además de que una vez establecido el diagnóstico, los pacientes se pueden beneficiar del consejo genético [27].

Fase de intervención y seguimiento:

En cuanto se confirma la existencia de una hipoacusia, se debe proporcionar a los padres una atención especializada que les permita, por un lado, disponer de la información necesaria para la toma de decisiones respecto a la sordera de su hijo y, por otro, desempeñar el papel fundamental que les corresponde en su proceso de rehabilitación, ya que es en el seno de la familia donde nace y tiene lugar el desarrollo comunicativo y la adquisición del lenguaje oral en los niños [28]. La intervención, centrada en la familia, debe contar con el apoyo de un equipo multidisciplinar donde se lleve a cabo el tratamiento médico, quirúrgico, audioprotésico, logopédico y educativo, adecuado a la patología y edad [29]. Para ello, todos los profesionales que intervienen en el diagnóstico y el tratamiento habrán de coordinarse para el efectivo intercambio de información, el seguimiento más adecuado del desarrollo del niño y sus progresos, así como para el análisis y toma de decisiones en relación a las distintas estrategias de intervención. Debemos buscar los cauces necesarios para incrementar el intercambio de información y la relación entre ORL, logopeda, audioprotésista y educador (centros escolares).

Este objetivo se consigue con la adecuada y precoz adaptación audioprotésica, sin que pase más de un mes desde el diagnóstico audiológico inicial, en combinación con la Atención Temprana, eficazmente proporcionada por profesionales capacitados. Es imperativo que las administraciones públicas ofrezcan la suficiente cobertura económica, que permita a las familias disponer tanto de los profesionales como de las prestaciones audioprotésicas adecuadas con el fin de garantizar una atención adecuada, suficiente y especializada para el niño y su familia, independientemente de la capacidad económica y sociocultural de los progenitores. Es nuestro deber como coordinadores, plantear estas exigencias; y en este sentido, como la CODEPEH proclama [20], solicitar a los Organismos Administrativos Competentes que se adopten las medidas legales para que las prótesis auditivas (implantes y audífonos) sean costeados íntegramente por el Sistema Nacional de Salud e incorporados en la Cartera de Servicios Ortoprotésicos sin límite de edad; ofreciendo además, la cobertura suficiente para su mantenimiento y actualización.

Deben existir itinerarios de derivación establecidos, con objeto de evitar el

peregrinaje de las familias entre los distintos profesionales implicados en la atención de la sordera infantil y que aseguren la necesaria coordinación interprofesional para la adecuada atención integral del niño y su familia. Gran parte de esta labor podría ser desarrollada por el trabajador/a social del hospital y complementada a través de los programas de orientación a las familias existentes en algunas asociaciones de padres [30].

En aquellos casos en los que se compruebe que la adaptación audiotprotésica correcta y la atención temprana no consiguen los resultados esperados en un periodo de 3 a 6 meses, ha de considerarse la inclusión del niño en un programa de implante coclear [16].

Para pérdidas auditivas congénitas de aparición tardía o adquirida, el 95% de los afectados debería iniciar este tratamiento en el plazo de 45 días desde el diagnóstico [20].

Al menos el 90% de los niños con pérdida auditiva permanente debe haber tenido, antes del año de edad, un control del desarrollo cognitivo y lingüístico [16].

Control de calidad:

Es importante que el Programa de Detección Precoz y Atención Integral de la Hipoacusia Infantil sea sometido a un seguimiento que permita determinar el cumplimiento de los criterios de calidad adecuados [25]. Dichos criterios de calidad aplicados al cribado, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del mismo, son la garantía de nuestro propósito y su permanente vigilancia proporcionará la mejor atención, tanto médica como educativa y social.

A través de la Comisión Regional y de las Comisiones Provinciales de Evaluación y Seguimiento del Programa, se deben establecer los procedimientos y recursos necesarios para lograr este control de efectividad en los distintos ámbitos del Programa, adecuándolos a los estándares de calidad establecidos [16, 19, 20]; para promover la difusión e intercambio de resultados (siendo deseable iniciar un consenso a nivel nacional que permitiera unificar progresivamente las diferentes bases de datos utilizadas en este proceso); para plantear estudios de coste/beneficio y para facilitar y fomentar los cauces que permitan la investigación.

Finalmente, como manifiesta la CODEPEH (2010) [20], la designación de un responsable del Programa en cada Comunidad Autónoma, experto en las diferentes fases del proceso, podría servir de interlocutor y coordinador de los equipos multidisciplinares, facilitando el intercambio de resultados y experiencias con otras Comunidades y acelerando la transmisión de problemas a la administración.

Conclusión

Seguramente, conocer los problemas y limitaciones surgidos a lo largo de estos 5 años en los 14 Hospitales Públicos de la Comunidad Castellano-Leonesa, como resultado de la aplicación de un “Programa de Detección y Atención Integral de la Hipoacusia Infantil” que entre todos consensuamos, pueda ofrecer utilidad en la búsqueda de soluciones. Con la intención dirigida hacia el objetivo común de conseguir que los niños nacidos con sordera, desarrollen las máximas competencias comunicativas en lengua oral, seremos capaces entre todos de ir superando las dificultades y ofreciendo a nuestra población un programa más ambicioso y de mayor calidad.

Agradecimiento

Al Servicio de Promoción de la Salud y Programas Preventivos de la Junta de Castilla y León y a la entusiasta participación de todos los coordinadores del “Programa de Detección Precoz y Atención Integral de la Hipoacusia Infantil en Castilla y León”: Complejo Asistencial de Avila (Dr. D. José Granell Navarro), Complejo Asistencial de Burgos (Dr. D. Fernando García Vicario), Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero (Dra. Dña. Luisa Fernanda Lostau Ull), Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro (Dra. Dña. Ana Fátima Angulo García), Complejo Asistencial de León (Dr. D. José Antonio Martínez Sánchez), Hospital El Bierzo de Ponferrada (Dr. D. Jesús San Román Carbajo), Complejo Asistencial de Palencia (Dra. Dña. Paula de las Heras Flórez), Complejo Asistencial de Salamanca (Dr. D. Fernando Benito González), Complejo Asistencial de Segovia (Dr. D. Carlos Kaiser Ramos), Complejo Asistencial de Soria (Dr. D. Miguel Galpasoro Arrate), Hospital Clínico Universitario de Valladolid (Dra. Dña. Beatriz Ramírez Cano), Hospital Universitario Pío del Río Hortega de Valladolid (Dres. Dña. Elisa Gil-Carcedo y D. Manuel Acuña García), Hospital de Medina del Campo (Dra. Dña. M^a Consolación Martín Pascual), Complejo Asistencial de Zamora (Dr. D. José Luis Pardal Refoyo). Sin su colaboración, este trabajo no hubiera sido posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. White WR, Behrens TR. The Rhode Island Hearing Assessment Project: implication for universal newborn screening. *Semin Hear* 1993; 14: 18-29.
2. Morton CC, Nance WE. Newborn hearing screening. A silent revolution. *N Engl J Med* 2006; 354: 2151-2164.
3. Apuzzo ML, Yoshinaga-Itano C. Early identification of infants with significant hearing loss and the Minnesota child development inventory. *Semin Hear* 1995; 16: 124-139.
4. Yoshinaga-Itano C, Apuzzo ML. Identification of hearing loss after age 18 months is not early enough. *Am Ann Deaf* 1998; 143: 380-387.
5. Yoshinaga-Itano C, Apuzzo ML. The development of deaf and hard of hearing children identified early through the high-risk registry. *Am Ann Deaf* 1998; 143: 416-424.
6. Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Coulter DK, Mehl AL. Language of early-and later-identified children with hearing loss. *Pediatrics* 1998; 102: 1161-1171.
7. Yoshinaga-Itano C, Coulter DK, Thomson V. The Colorado Newborn Hearing Screening Project: effects on speech and language development for children with hearing loss. *J Perinatol* 2000; 20 (suppl 8): S132-S137.
8. Mayne AM, Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Carey A. Expressive vocabulary development of infants and toddlers who are deaf or hard of hearing. *Volta Rev* 2000; 100: 1-28.
9. Moeller MP. Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics* 2000; 106: E43.
10. Calderon R, Naidu S. Further support of the benefits of early identification and intervention with children with hearing loss. *Volta Rev* 2000; 100: 53-84.
11. National Institute of Health Consensus Statement. Early identification of hearing impairment in infants and young children. *NIH Consensus Statement* 1993 Mar 1-3; 11: 1-24.
12. Joint Committee on Infant Hearing. Position Statement. *ASHA* 1994; 36: 38-41.
13. Grandori F, Lutman M. The European Consensus Development Conference on Neonatal Hearing Screening (Milan, May 15-16, 1998). *Am J Audiol* 1999; 8: 19-20.
14. American Academy of Pediatrics. Task force on Newborn and Infant Hearing. Newborn and infant hearing loss: Detection and intervention. *Pediatrics* 1999; 103: 527-530.
15. Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia: Programa para la detección precoz, el tratamiento y la prevención de la hipoacusia infantil. 1999.

16. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Programa de detección precoz y atención integral de la hipoacusia infantil. 2004. 78 pp.
17. CODEPEH. Marco J, Almenar A, Alzina V, Bixquert V, Jaudenes MC, Ramos A. Control de calidad de un programa de detección, diagnóstico e intervención precoz de la hipoacusia en recién nacidos. Documento oficial de la Comisión para la Detección de la Hipoacusia en recién Nacidos. Acta Otorrinolaringol Esp 2004; 55: 103-106.
18. Watkin PM. Neonatal hearing screening: methods and outcome. Audiol Med 2003; 1: 165-174.
19. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. American Academy of Pediatrics. Pediatrics 2007; 120 (4): 898-921.
20. CODEPEH (Comisión para la detección precoz de la hipoacusia infantil). Trinidad-Ramos G, Alzina V, Jaudenes-Casabón C, Núñez Batalla F, Sequí-Canet JM. Recomendaciones de la CODEPEH para 2010. Acta Otorrinolaringol Esp 2010; 61(1): 69-77.
21. Jerger J. Universal newborn screening for hearing loss. J Am Acad Audiol 2009; 20(1): 1 p following table of contents.
22. Benito-Orejas JI, Ramírez B, Morais D, Almaraz A, Fernández-Calvo JL. Comparison of two-step transient evoked otoacoustic emissions (TEOAE) and automated auditory brainstem response (AABR) for universal newborn hearing screening programs. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2008; 72: 1193-1201.
23. BOCYL Nº 71, 14-4-2008. ORDEN SAN/553/2008. 6813.
24. Healthy People 2010. Available at: www.healthypeople.gov/document.
25. Shulman S, Besculides M, Saltzman A, Ireys H, White K. Evaluation of the universal newborn hearing screening and intervention program. Pediatrics 2010; 126: S19-S27.
26. Nikolopoulos TP, Lioumi D, Stamatakis S, O'Donoghue GM. Evidence-based overview of ophthalmic disorders in deaf children: A literature update. Otol Neurotol 2006; 27: S1-S24.
27. Núñez Batalla F. Diagnóstico etiológico. En: Trinidad G, Jáudenes C (coord.): Sordera infantil. Del diagnóstico precoz a la inclusión educativa. Guía práctica para el abordaje multidisciplinar. Confederación Española de Familias de Personas Sordas. FIAPAS. Madrid, 2011; 119-128.
28. Stredler-Brown A. The importance of early intervention for infants and children with hearing loss. En: Madell JR, Flexer C eds. New York: Thieme Medical Publishers, Inc., 2008; 232-239.

29. Trinidad G, Jáudenes C (coord.). Sordera infantil. Del diagnóstico precoz a la inclusión educativa. Guía práctica para el abordaje multidisciplinar. Confederación Española de Familias de Personas Sordas. FIAPAS. Madrid. 2011.
30. Benito-Orejas JI, Ramírez B, Morais D, Fernández-Calvo JL, Almaraz A. Resultados de aplicar durante 42 meses un protocolo universal de detección e intervención precoz de la hipoacusia en neonatos. Acta Otorrinolaringol Esp 2008; 59 (3): 96-101.





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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Caso clínico

Carcinoma adenoide quístico de seno esfenoidal **Cystic adenoid carcinoma of sphenoidal sinus**

Rebeca de la Fuente Cañibano y Angel María Muñoz Herrera

Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial del Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Contacto. rbkfue@yahoo.es

Recibido: 31/12/2011

Aceptado: 23/01/2012

Publicado: 28/01/2012

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

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

revistaorl@revistaorl.com

web: www.revistaorl.com

Director: José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Santander), Darío Morais Pérez (Valladolid), Ángel Muñoz Herrera (Salamanca), Manuel Tapia Risueño (Ponferrada), Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño), Jaime Santos Pérez (Valladolid), Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid), Javier Martínez Subías (Soria), Pablo Casas Rodera (León), Enrique Coscarón Blanco (Zamora), Jose Granell Navarro (Ávila)

Resumen

El carcinoma adenoideo quístico (CAQ) es un tumor epitelial maligno de glándulas salivales, que por lo general da metástasis tardíamente, pero es persistente y muy agresivo debido a su gran capacidad de infiltrar tejido adyacente y fibras nerviosas. El CAQ de senos paranasales puede diseminarse siguiendo el trayecto de los nervios craneales; su relación cercana con estructuras vitales, impide la resección completa del tumor quedando márgenes positivos hasta en un 80% de los pacientes, principalmente en la base del cráneo, con un alto índice de recidivas locales y metástasis tardías.

Palabras clave: carcinoma adenoide quístico| senos paranasales

Cystic adenoid carcinoma of sphenoidal sinus**Summary**

Adenoid cystic carcinoma (ACC) is a malignant epithelial tumor of the salivary glands, which usually gives metastases late, but his persistent and aggressive because of its ability to infiltrate surrounding tissue and nerve fibers. ACC of paranasals sinus may spread following the path of the cranial nerves. The close relationship with vital structures prevents complete tumor resection leaving positive margins up to 80 % of patients, mainly at the base of the skull with a high rate of local recurrences and late metastases, aggressive due to its ability to infiltrate surrounding tissue and nerve fibers.

Keywords: adenoid cystic carcinoma| paranasals sinus

Introducción

El carcinoma adenoideo quístico (CAQ) es un tumor epitelial maligno de glándulas salivales, que por lo general da metástasis tardíamente, pero es persistente y muy agresivo debido a su gran capacidad de infiltrar tejido adyacente y fibras nerviosas. Se presenta en todas las edades, predominando en los adultos. El paladar, la glándula submaxilar y la parótida son, en orden de frecuencia, los sitios de presentación más frecuentes. [1,2]

Las neoplasias malignas de la fosa nasal y senos paranasales son raras y representan aproximadamente el 3% de los tumores de las vías aerodigestivas superiores, y sólo el 0.2-0.8% de los carcinomas se localizan en la cavidad nasal y senos paranasales. [3]

El tumor más frecuente de fosa nasal y senos paranasales es el carcinoma epidermoide hasta en un 80%, seguido de los tumores de glándulas salivales menores en un 4 a 15%. De éstos los más frecuentes son el CAQ y el adenocarcinoma; en menor frecuencia los sarcomas (4%-6%), linfomas y esteseoneuroblastomas con el 4%, melanomas, tumores fibro-óseos, vasculares y meningiomas. [4]

Los senos maxilares son los más comúnmente afectados (55%-63%), seguidos de la pared lateral nasal (27%-35%), etmoides (9%-10%), frontal y esfenoides (1%-2%). [5]

En general, estos tumores tienden a ser asintomáticos. Los localizados en cavidad nasal y etmoides pueden dar manifestaciones más tempranamente, mientras que los que afectan seno maxilar lo hacen de forma tardía. Los signos iniciales, como obstrucción nasal y rinorrea, son inespecíficos; los tardíos incluyen epistaxis, disfunción de los nervios craneales del I al VI, proptosis, dolor y edema facial, ulceración del paladar, trismus y epífora. Las metástasis locoregionales suceden en 9-14% en el caso del carcinoma epidermoide y en 10 al 19% en el resto de las neoplasias malignas, excepto para linfomas y melanomas en los cuales la diseminación a distancia es más

común. [1,5,6]

Con relación a la etiología y factores de riesgo, más de 40% de las neoplasias de fosas nasales y senos paranasales se atribuyen de manera indirecta a exposiciones ocupacionales, incluyendo níquel, cromo, aceites que contienen isopropil, hidrocarburos volátiles y fibras orgánicas que son encontradas en la madera, industria textil y del zapato. El virus del papiloma humano puede ser un cofactor, sobre todo cuando existe antecedente de papiloma invertido. Se ha sugerido que la sinusitis crónica, alergenosis, alcohol y tabaco pueden ser contribuyentes al desarrollo de neoplasias en esta zona.

La frecuencia de CAQ es similar en ambos sexos y la edad promedio de diagnóstico es de 57 años con un rango de 26 a 82 años. [6]

El CAQ es una neoplasia epitelial maligna constituida por grupos de células pequeñas de bordes lisos, bien definidos y con pocas mitosis. Las células generalmente se disponen en tres patrones morfológicos: cribiforme, tubular y sólido. [7]

El patrón cribiforme se caracteriza histológicamente por presentar numerosas estructuras quísticas compuestas de pequeñas células poligonales y fusiformes. La porción central puede contener un material mucoso, en forma de panal de miel o de queso suizo. De manera característica el tejido estromal se hialiniza y rodea las células tumorales formando un patrón de cilindros. [2,7,8]

El patrón tubular presenta los dos tipos celulares que aparecen en el patrón cribiforme sin embargo en este caso las células se organizan en forma de nidos separados unas de otras. [3,5,6]

Finalmente el patrón sólido se caracteriza por presentar células de tamaño variable, redondeado o lobulado, formado por células tumorales entre las que los espacios quísticos son nulos. La población celular está dominada por células de tipo mioepitelioide. [4,5]

De acuerdo a los patrones predominantes, se clasifican en alto y bajo grado de malignidad.

Los de bajo grado están constituidos por una mezcla de formaciones tubulares y cribiformes que pueden tener áreas sólidas y anaplásicas que no conforman

más del 30% de la neoplasia. Los de alto grado de malignidad están conformados por una mezcla de formaciones tubulares y cribiformes pero las áreas sólidas y anaplásicas constituyen el patrón predominante (más del 30% de la neoplasia). Ambos patrones invaden y destruyen el tejido normal adyacente. [4,6,7]

La invasión perineural, perivascular y a hueso es frecuente en ambos tipos. La invasión vascular parece más frecuente en tumores de alto grado de malignidad. La importancia de separar al CAQ en grupos de bajo y alto grado está en relación con el pronóstico. Los del primer grupo tienen una mayor supervivencia, en cambio los del segundo grupo tienen un curso más fulminante y una alta incidencia de metástasis a distancia en un 25-50%. [5,7]

Los lugares más frecuentes de diseminación son: pulmones, hueso, hígado y riñones. El CAQ tiene predilección por invadir y crecer a través del trayecto de fibras nerviosas. Cuando se observan nervios dentro del tejido neoplásico estudiado, casi siempre contienen células tumorales. Un signo de mal pronóstico es la invasión de troncos nerviosos mayores. [8]

Descripción

Presentamos el caso clínico de un varón de 73 años que acudió a urgencias por presentar cefalea hemicraneal de 1 mes de evolución asociando desde entonces pérdida de visión en ojo derecho y ptosis palpebral homolateral.

Entre sus antecedentes personales destacaban hipertensión arterial, diabetes mellitas y dislipemia. Además fue tratado en el año 2008 mediante fibrinolisis y un stent por un infarto agudo de miocardio.

A la exploración física presenta ptosis palpebral derecha, paresia de III par craneal derecho, dolor a la palpación en hemicara derecha, paresia velopalatina derecha y en la nasofibrolaringoscopia se visualiza parálisis de la cuerda vocal derecha.

Entre las pruebas complementarias, se solicitaron un TAC y una RMN .

El TAC muestra una masa hipodensa supraselar de 3,5 cm que se extiende desde fosa media y también hacia la fisura orbitaria que provoca erosión ósea del seno esfenoidal. (Fig 1 y 2)



Fig.1

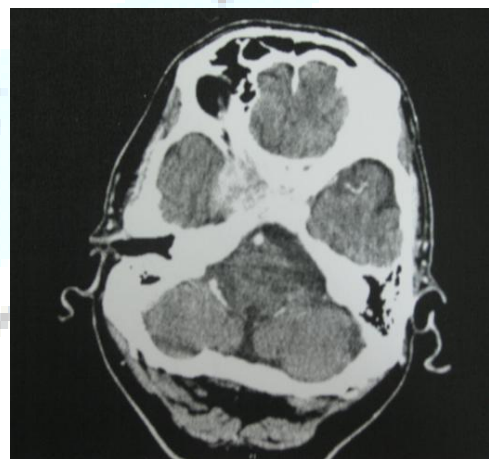


Fig. 2

En la RMN se confirma la presencia de tumoración dependiente de seno esfenoidal que afecta al seno cavernoso. (Fig. 3 y 4)

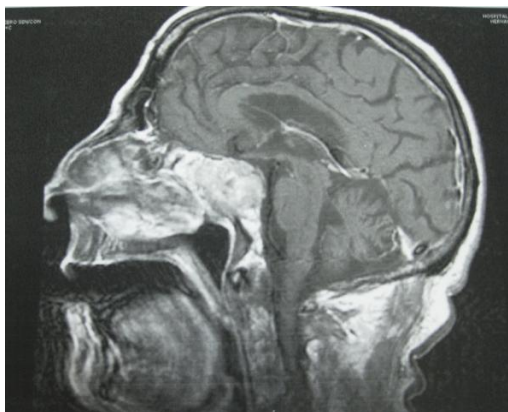


Fig. 3

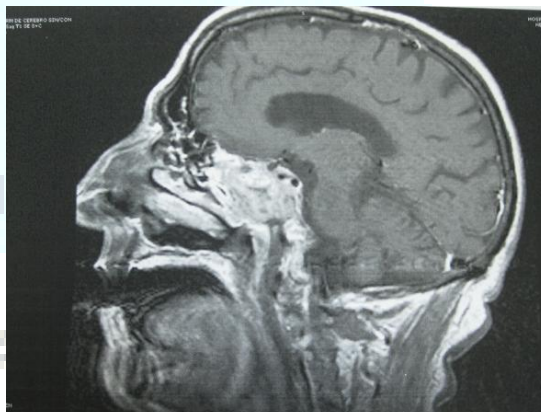


Fig.4

Se realiza la toma de biopsia bajo anestesia general mediante cirugía endoscópica nasosinusal, con el resultado de carcinoma adenoide quístico de seno esfenoidal. Ante dicho diagnóstico se solicita un PET en el que se visualizó un depósito de captación máxima en seno esfenoidal (SUV 12,1). Además presenta captaciones en LID pulmonar, en región subcarinal, ventana aorto-pulmonar, región parietal izquierda, rama mandibular, 2º arco costal, articulación sacroilíaca izquierda, trocánter derecho y glándulas suprarrenales. Ante la localización de dicho tumor que impide su resección de forma completa y las metástasis que presentaba a distancia, se decide instaurar tratamiento con quimioterapia, aunque finalmente el paciente experimentó un gran empeoramiento de su estado general y falleció.

Discusión

El CAQ de senos paranasales puede diseminarse siguiendo el trayecto de los nervios craneales; su relación cercana con estructuras vitales, impide la resección completa del tumor quedando márgenes positivos hasta en un 80% de los pacientes, principalmente en la base del cráneo, con un alto índice de recidivas locales y metástasis tardías. Se ha postulado que, además de la invasión perineural e intraneural de los nervios craneales hacia la base del cráneo, existe otro mecanismo de diseminación a través de un fenómeno tromboembólico. [1,4,7,8]. Esta teoría se apoya por la aparición de distintos focos tumorales separados del tumor primario. Este hecho probablemente explique la razón por la que algunos pacientes presentan recurrencias locales 5 a 10 años después de la resección del tumor con márgenes quirúrgicos negativos.

Los esquemas de tratamiento pueden ser los siguientes: [5]

- 1) Sólo cirugía radical en pacientes con bordes quirúrgicos negativos.
- 2) Cirugía radical más radioterapia en pacientes con bordes quirúrgicos negativos
- 3) Cirugía radical más radioterapia en pacientes con bordes quirúrgicos positivos.
- 4) Únicamente radioterapia en pacientes que no aceptan cirugía radical, en tumores no resecables y en pacientes con recurrencias múltiples. El papel de la radioterapia adyuvante o auxiliar después de la cirugía radical es controvertido. Existe consenso entre los autores en dar radioterapia a pacientes con bordes quirúrgicos positivos. El papel de la radioterapia adyuvante en pacientes con bordes quirúrgicos negativos a neoplasia aún no está aún definido. En diferentes series no se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa en el índice supervivencia a 5 años en pacientes que recibieron cirugía más radioterapia (73%) vs únicamente radioterapia (50%). En trabajos recientes se propone dar radioterapia postquirúrgica en pacientes con bordes locales combinando resección quirúrgica y radioterapia

postoperatoria, aunque esta combinación no influyó en el índice de supervivencia a largo plazo. Los datos limitados en la literatura sobre la eficacia de la radioterapia adyuvante en el tratamiento del CAQ, sugieren que aunque ésta puede prolongar el intervalo libre de la enfermedad, no hay una diferencia significativa en la sobrevida general del paciente.

En conclusión, la supervivencia general del paciente depende de la detección temprana del tumor (estadio I o II), permitiendo la extirpación más completa del tumor teniendo bordes negativos. Además, el patrón histológico influye también en el pronóstico, ya que el subtipo sólido tiene peor pronóstico que el cribiforme. Por lo tanto, se requiere de un alto índice de sospecha en pacientes con disminución de sensibilidad facial, epistaxis persistente unilateral, masa en el paladar, obstrucción nasal progresiva y alteraciones en la dentadura. Con una exhaustiva exploración y negativos. En teoría, este manejo evitaría las recidivas en pacientes con microémbolos tumorales y neoplasia microscópicamente oculta. Otros autores han reportado mejor control de recidivas estudios radiológicos adecuados como tomografía computarizada se puede llegar al diagnóstico con más facilidad. [6,7]

Desafortunadamente, a causa de la evolución lentamente progresiva del CAQ de senos paranasales, tanto el médico como el paciente no dan importancia a los primeros síntomas y el diagnóstico se hace en estadios avanzados. El promedio de tiempo desde el inicio de los síntomas al momento del diagnóstico es de 8 meses. La supervivencia en pacientes con CAQ de senos paranasales después de la extirpación del tumor con bordes quirúrgicos negativos es aproximadamente de 7-12 años. Sin tratamiento, la supervivencia se reduce a 4-5 años, mismo tiempo cuando se presenta diseminación a distancia. [8]

Bibliografía

1. Ellis GL, Auclair PL. Atlas of tumor Pathology. Tumors of the salivary glands. Third Series. Washington DC AFIP, 1995: 203-216.
2. Goepfert H. Malignant salivary gland tumors of the paranasal sinuses and nasal cavity. Arch Otolaryngol. 1983;109:662-68.
3. Osguthorpe JD. Sinus Neoplasia. Arch Otolaryngol Head Surg 1994;120:19-25.
4. Tufano RP, Mokadam NA. Malignant tumors of the nose and paranasal sinuses. Am J Rhinol. 1999;13(2):117-23.
5. Kin GE, Park KC, LeeCG. Adenoid-cystic carcinoma of the maxillary antrum. Am J Otolaryngol. 1999;20(2):77-84.
6. Naficy S, Disher MJ. Adenoid cystic carcinoma of the paranasal sinuses. Am J Rhinol. 1999;13(4):311-14.
7. Canivet S, Dufour X, Goujon JM, Ferrié JC, Baculard F, Fontanel JP, Klossek JM. [Adenoid cystic carcinoma (CAC) of the naso-sinonasal cavities: report of 5 cases, review of the literature]. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2000;121(3):175-80.
8. Batsakis J, Luna MA, El-Naggar A. Histopathologic grading of salivary gland neoplasms: III. Adenoid cystic carcinomas. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1990;99:1007-1009.



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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Caso clínico

Quiste epidermoide de piso de boca. Reporte de un caso y revisión de literatura.

Epidermoid cyst of the floor of the mouth. A case report and literature review

María del Carmen Navas-Aparicio*, Adriana Rojas-Madrigal**, Edgar Cubero-Brenes***

Unidad de Labio y Paladar Hendido – Maxilofacial, Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”. Costa Rica.

*Odontóloga, Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, Maestría en Odontopediatría, Jefe de Unidad. Profesora Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica. **Médico General. ***Cirujano Pediatra.

Contacto: mnavasaparicio@hotmail.com

Recibido: 19/01/2012	Aceptado: 25/01/2012	Publicado: 01/02/2012
----------------------	----------------------	-----------------------

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

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

revistaorl@revistaorl.com

web: www.revistaorl.com

Director: José Luis Pardo Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Santander), Darío Morais Pérez (Valladolid), Ángel Muñoz Herrera (Salamanca),

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada), Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño), Jaime Santos Pérez (Valladolid),

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid), Javier Martínez Subías (Soria), Pablo Casas Rodera (León),

Enrique Coscarón Blanco (Zamora), Jose Granell Navarro (Ávila)

Resumen

Los quistes dermoides y epidermoides son malformaciones quísticas benignas, poco comunes que se encuentran en el área de cabeza y cuello entre 1.6 y 7%, representando menos del 0.01% de todos los quistes de la cavidad oral. Este tipo de patología es importante del conocimiento del profesional odontólogo así como médico para realizar el diagnóstico de forma temprana y brindar el tratamiento respectivo. El propósito de este estudio es la revisión bibliográfica de los quistes dermoides y epidermoides y la presentación de un caso de quiste epidermoide en piso de boca en una paciente de 13 años y 5 meses de edad.

Palabras clave: quiste epidermoide | quiste dermoide | piso de boca | neoplasia benigna

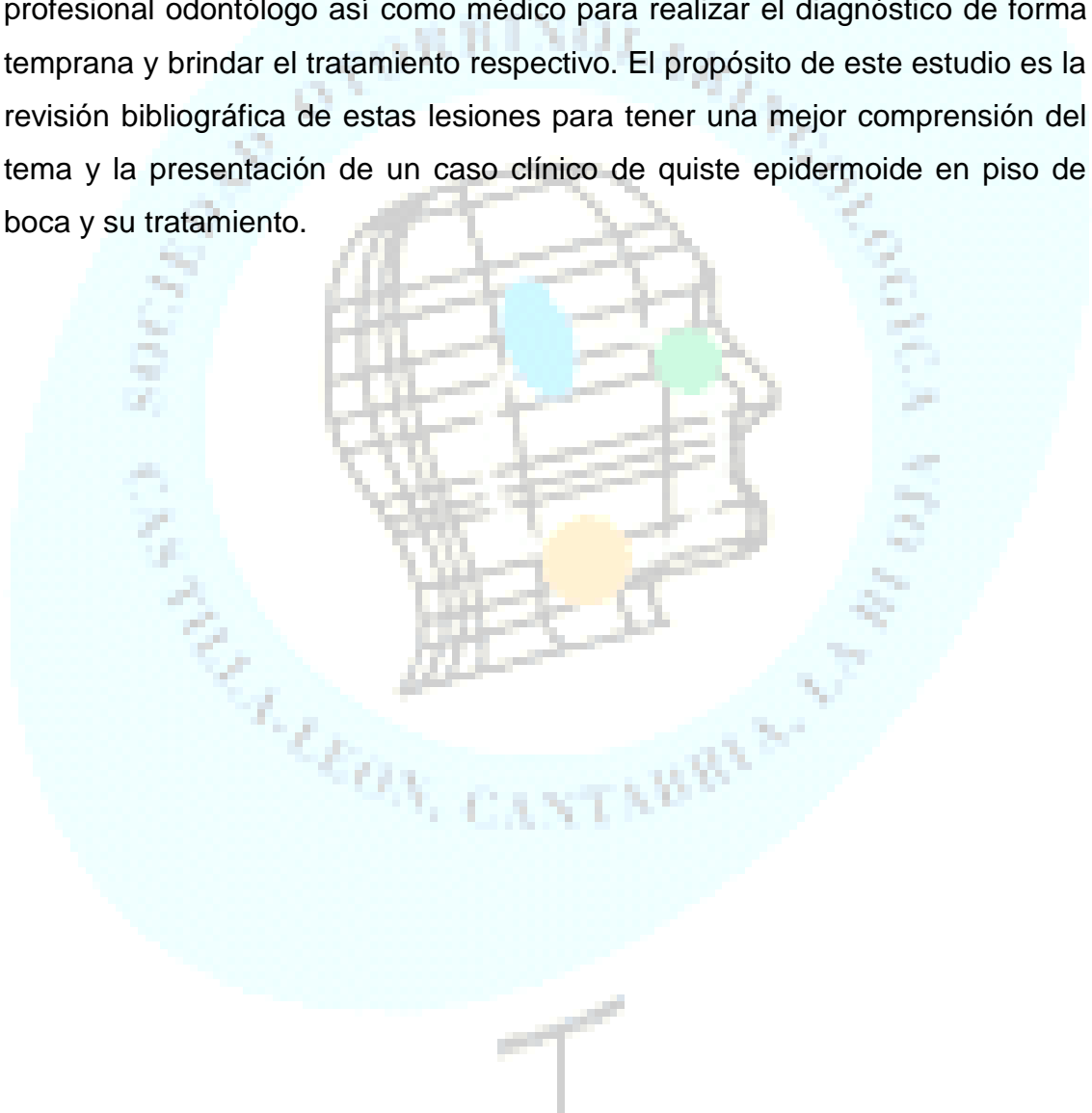
Epidermoid cyst of the floor of the mouth. A case report and literature review**Summary**

Dermoid and epidermoid cysts are cystic benign, slightly common malformations that may be found in the area of head and neck between 1.6 and 7 %, representing less than 0.01 % of all the cysts of the oral cavity. This pathology is important of the knowledge of the professional in dentistry and medicine to be able to do the early diagnose and the respective treatment. The purpose of this study is the review of the relevant literature of the dermoid and epidermoid cysts and the presentation of a case of epidermoid cyst in floor of mouth in a patient of 13 years and 5 months of age.

Keywords: epidermoid cyst | dermoid cyst | floor of mouth | benign neoplasm

Introducción

Los quistes dermoides y epidermoides son malformaciones quísticas benignas de desarrollo [1, 2, 3], poco comunes [1-8], que se encuentran en el cuerpo [7, 9, 10], y específicamente en el área que compete, cabeza y cuello [3, 4, 7, 9, 11]. Este tipo de patología es importante del conocimiento del profesional odontólogo así como médico para realizar el diagnóstico de forma temprana y brindar el tratamiento respectivo. El propósito de este estudio es la revisión bibliográfica de estas lesiones para tener una mejor comprensión del tema y la presentación de un caso clínico de quiste epidermoide en piso de boca y su tratamiento.



Descripción

Paciente mujer, 13 años y 5 meses de edad, quien es referida para valoración por presentar quiste en base de lengua con historia de evolución de un año, manifestándose, clínicamente, a nivel submental con un “mentón doble” y con elevación de lengua pero sin obstrucción de vía aérea y sin sintomatología alguna de dolor (Figura nº 1).

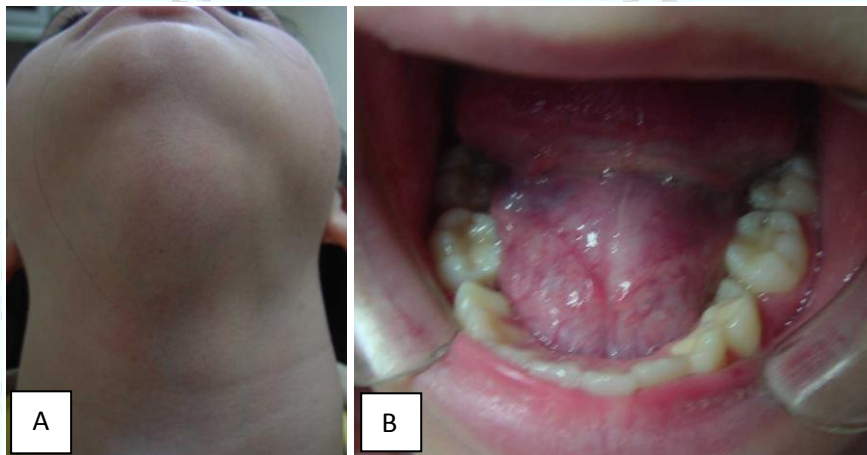


Figura 1. A. Paciente mujer 13 años y 5 meses de edad, con aumento de volumen en región submentoniana. B. Lesión en piso de boca, blanda, que induce a la elevación de la lengua pero sin obstrucción de la vía aérea.

Según hallazgo del ultrasonido a nivel submental, se observaba una lesión en la región submentoniana, ovoidea de bordes definidos, con un diámetro de 38 mm x 35 mm x 33 mm de diámetro. Los exámenes de sangre se encontraban dentro de los parámetros normales (Figura nº 2).



Figura 2. Ultrasonido de la región submentoniana, indicando lesión de bordes definidos con un diámetro de 38 mm x 35 mm x 33 mm de diámetro.

Como tratamiento se determinó la excisión quirúrgica de la lesión bajo anestesia general e intubación nasotraqueal, utilizando un abordaje intraoral (Figura nº 3). El diagnóstico histológico señaló: “quiste epidérmico en piso de boca”, con contenido pastoso amarillento y con un revestimiento interno dado por epitelio escamoso queratinizado con presencia de capa granulosa. Asimismo, en algunas zonas del tejido, se determinó que el epitelio se perdía y que existía una respuesta inflamatoria crónica con presencia de células gigantes de tipo cuerpo extraño.

La paciente presentó un buen postoperatorio sin rasgos de recidiva.

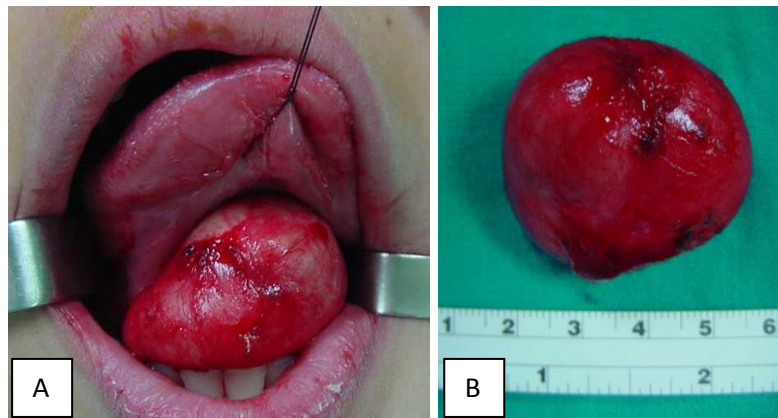


Figura 3. A. Excisión quirúrgica de lesión en piso de boca mediante abordaje intraoral. B. Quiste epidermoide obtenido en piso de boca.



Discusión

Incidencia

Según la literatura, este tipo de lesiones, se encuentran en el área de cabeza y cuello en un rango de 1.6 a 7% [3, 4, 7, 9, 11], y representan menos del 0.01% de todos aquellos de la cavidad oral. [3, 4, 6, 8]. Aunque es infrecuente localizar quistes epidermoides o dermoides en la región oral, estos se pueden encontrar en lengua, labios [3, 4, 8], paladar (duro y blando), úvula, región de articulación temporomandibular [3, 10], maxila, mandíbula [3, 4, 8, 11], mucosa bucal [11] y piso de boca [3, 8, 9, 10-12].

Normalmente el rango de edad de aparición es variable. En la literatura se destacan algunos rangos de edad entre la tercera y cuarta década [6, 10], así como entre la segunda y tercera década [3, 6], aunque, también, se han reportado casos en niños de 7 meses y mujeres de 77 años de edad [6, 10]. Otros reportes señalan que dichas lesiones vienen a ser clínicamente evidentes entre la primera y segunda década de vida [1], pues si bien son lesiones congénitas [6], son raramente vistas al nacimiento [2].

Asimismo, existen reportes de casos donde los varones son más afectados que las mujeres [6, 10], así como otros reportes, en forma contraria [13], pero de forma general se observa en la literatura, que no hay predilección por género [1, 6, 7, 10, 13].

Etiología

La patogénesis de los quistes de línea media de piso de boca no está bien establecida [3, 6, 8, 14]. Existen varias teorías en cuanto a su aparición: 1º teoría: el quiste se desarrolla de tejido ectodérmico atrapado del primer arco branquial (mandibular) y segundo arco branquial (hioides), cuales se fusionan durante la tercera y cuarta semana de vida intrauterina [1- 3, 5- 11, 13, 14] o de remanentes del tubérculo impar de His, cual forma el cuerpo de la lengua y

el piso de la boca, en combinación con el proceso lateral de la superficie interna de cada arco mandibular [2, 6, 9].

2° teoría: el quiste se desarrolla por la implantación traumática de las células epiteliales dentro de los tejidos profundos debido a un procedimiento quirúrgico [1-3, 6, 9, 11, 14], por trauma [1-3, 6, 9, 11, 14] u oclusión del conducto glandular sebáceo [2, 6, 9].

3° teoría: el quiste se origina por anomalías tiroglosas o variantes del quiste del conducto tirogloso [1, 6, 9].

Clasificación

La palabra dermoide es usada normalmente para identificar tres diferentes tipos de quistes [6, 9, 10, 12]: dermoides, epidermoides y teratoides, por lo que un diagnóstico definitivo no puede ser hecho con el examen clínico únicamente, sino que implica, también, un estudio histológico [5]. Dicha clasificación la realizó Meyer en 1955 [2- 4, 6, 7, 9-13], basado en su histología y contenido [1] :

a. Quiste epidermoide: es aquel que no posee anexos dermales en su epitelio de cubierta [1, 3, 7, 8, 12, 14], es decir, tiene una capa de epitelio escamoso estratificado [1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13] y pared de tejido conectivo [2, 11], y su contenido es queratina [1]. Muchos quistes epidermoides de la región oral son localizados anteriormente en el piso de boca [5], y es poco común hallarlos en la lengua propiamente [14]. Aunque el quiste epidermoide raramente se acerca a la malignidad, casos aislados de condiciones premalignas y malignas (enfermedad de Bowen, enfermedad de Paget y carcinoma de células escamosas) han sido encontrados en sus paredes [3].

b. Quiste dermoide: es el quiste que tiene piel anexa [9, 13]. Este tiene una cápsula de epidermis [10, 13], glándulas sebáceas rudimentarias [1-4, 6-13], glándulas sudoríparas y folículos pilosos [1-14]. También en la pared se incluye cartílago blanco, hueso, vasos sanguíneos, músculos, e inclusive se ha reconocido tejido gastrointestinal y respiratorio [10]. Su contenido es material sebáceo así como queratina [10, 13]. El quiste dermoide ocurre principalmente en los testículos y ovarios [3, 6, 7, 9], así como en manos y

pies [3, 7]; en cabeza y cuello el lugar más común es el tercio externo de la ceja [6, 9, 10].

c. Teratoide: en este tipo de quiste se encuentran derivados de las tres capas germinales: ectodermo, mesodermo y endodermo [1, 10, 12, 13, 14]. Se ha reportado en la literatura que este quiste es aquel que puede presentar malignidad [6, 9]. Referente a su localización, es muy raro encontrarlos en el piso de la boca [3].

Clínica

Clínicamente el quiste es una lesión de crecimiento lento y progresivo [6, 9, 12], bien encapsulada, de consistencia suave, pero sin linfadenopatía asociada [12]. Los contenidos del quiste pueden a menudo ser queratinizado, caseoso, sebáceo o purulento, con pelo, uñas, grasa, colesterolina y cartílago [12].

Estas lesiones se presentan como aumentos de volumen no dolorosas [1, 6, 9, 11-13], habitualmente en el piso de boca o dorso de la lengua [11]. Los quistes dermoides permanecen asintomáticos por años hasta que ellos alcanzan un tamaño que guía a problemas locales, lo que significa, que el tamaño y la localización del quiste son las causas de las manifestaciones clínicas [13]. Si el quiste se desplaza superiormente, va a traer como consecuencia la elevación de la lengua [9] y desplazamiento de esta hacia arriba y atrás, es decir, dentro de la orofaringe [13]; pudiendo ocasionar problemas de disfagia, disnea [6, 9, 11, 13], cambios en la voz [6, 11, 13], problemas de habla [7, 9], alteraciones en la movilidad de la lengua, alteración en la masticación [7, 13] y deglución [9], y apnea nocturna respiratoria [7, 13]. Ahora bien, si se desplaza inferiormente, el paciente presentará la característica de mentón doble [6, 9, 13].

Localización

El sitio del quiste en relación a la musculatura del piso de la boca es importante, ya que determina el signo clínico y el método quirúrgico a utilizar

[10].

La clasificación anatómica divide a los quistes del piso de boca dentro de tres grupos de acuerdo a la relación con los músculos de la zona, específicamente con el músculo geniohioideo [10]:

- a. quistes genioglosos mediales o sublinguales, localizados sobre el músculo geniohioideo [2, 6, 9]
- b. quiste geniohioideo medial, localizado en la región submental entre los músculos geniohioideo y milohioideo [2, 6, 9]
- c. quiste lateral localizado en la región submaxilar [2, 6, 9]. Estos quistes son muy raros. Se han considerado a ser quistes mediales que se han expandido lateralmente y no a ser una entidad separada [6]. Normalmente se agranda desplazándose hacia abajo, es decir hacia el hueso hioides o presionando dentro del piso de boca, lo que desplaza a la lengua al lado opuesto [2].

Métodos diagnósticos

El diagnóstico de esta lesión no se basa únicamente en la palpación bimanual y radiografías convencionales, ya que ello no es suficiente para hacer un diagnóstico diferencial [6, 9], principalmente con las radiografías, ya que estas no son útiles a menos que se inyecte un medio radiopaco dentro de la lesión. En estas lesiones es necesario y preferible usar el ultrasonido, la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética [6, 9, 12], sumado al examen citológico del contenido obtenido de la lesión mediante biopsia de punción por aguja fina [6, 9], ya que permite un diagnóstico seguro preoperatorio, principalmente en casos de cambios malignos, y un mejor planteamiento quirúrgico [6].

El ultrasonido representa la primera técnica de elección ya que es confiable, económica y sin exposición a rayos x, además de que es fácilmente disponible para pacientes jóvenes [6, 9]. La tomografía axial computarizada en lesiones quísticas submandibulares y sublinguales, delimita el área

involucrada muy bien [1], ayudando a determinar la naturaleza de la lesión, su tamaño y relaciones anatómicas [13]. La resonancia magnética es una herramienta diagnóstica útil para patologías de tejido suave de cabeza y cuello, debido a que existe la posibilidad de manipular el contraste del tejido [1]. Estas dos últimas técnicas, es decir, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética, permiten la localización más precisa de la lesión en relación al músculo geniohioideo y milohioideo, lo que ayuda al cirujano a escoger el método quirúrgico más apropiado, especialmente en grandes lesiones [6, 9].

Diagnóstico diferencial

Entre las patologías que incluyen el diagnóstico diferencial se nombran: infección del piso de boca [1, 3, 6, 9, 10, 12, 14] (como por ejemplo angina de Ludwig [13]), ránula [1, 3, 6, 9, 10, 12-14], obstrucción del conducto de Warton [1, 3, 10, 12], mucocele [1, 3, 13], lipoma [1, 3, 6, 10, 13, 14], liposarcoma [1], quiste del conducto tirogloso [3, 10, 12, 14], higroma quístico [1, 3, 10, 12, 14], quiste mandibular mediano [12], procesos de desarrollo [10, 12], malformaciones linfáticas [1, 9, 12] (como por ejemplo linfangioma [1, 12], quiste linfoepitelial oral [1, 3]), neoplasias benignas neurales [1, 6] (como por ejemplo: neurofibroma –Schwannoma [1,12, 13]) o vasculares [1, 3, 6, 12] (como por ejemplo hemangioma [1, 12]), entre otros.

Tratamiento

El tratamiento de escogencia para este tipo de lesión es la excisión [2, 3, 6, 7, 9, 12, 13], ya que existe baja recurrencia, por ser de fácil enucleación al tener una cápsula fibrosa [12].

El tiempo específico para realizar la cirugía no se ha determinado todavía, ya que, como se ha mencionado, estos quistes dermoides son principalmente congénitos, y ellos pueden aparecer clínicamente a cualquier edad, siendo que cuando aparezcan síntomas como disfagia, disfonía y disnea, u otros como los descritos previamente definan el tiempo para realizar

la cirugía [6, 9].

Dicho procedimiento se recomienda realizarlo bajo anestesia general, aunque pueden presentarse algunos problemas por obstrucción de vía aérea [12, 15], debido al tamaño del quiste en cavidad oral, lo que representa un reto para el anestesiólogo y el cirujano [1], pues puede dificultar o hacer imposible la intubación traqueal, requiriendo de otras posibilidades de tratamiento, como por ejemplo, intubación nasotraqueal sin visión [15], intubación guiada por endoscopio de fibra óptica [6, 15], máscara laríngea [15] y traqueotomía preliminar [6, 7, 15]. Otra posibilidad que se describe en la literatura es la descompresión del quiste mediante aspiración del contenido de este para favorecer la intubación de rutina del paciente [12, 15], y la posterior disección del quiste [1], pero esta técnica no ha sido apoyada totalmente a pesar de que elimina la necesidad de traqueotomía [12]. La excisión del quiste bajo anestesia local ha sido reportada en la literatura de forma limitada, pero en este caso se debe de considerar el riesgo de aspiración pulmonar intraoperatoria [15].

Las técnicas que se describen para la excisión de este tipo de quiste varían dependiendo de su localización [6, 9, 13, 14] y su tamaño [6, 9], siendo que se dividan entre técnicas extraorales e intraorales [6, 9, 13]:

1. Método extraoral: Se recomienda para lesiones grandes de la línea media bajo el músculo milohioideo o quistes localizados entre los músculos geniohioideo y milohioideo [2], pues es una técnica fácil y segura, que permite la disección y preservación de los nervios linguales e hipogloso así como la adecuada hemostasia [2].
2. Método intraoral: Se recomienda para quistes localizados entre el músculo geniohioideo y las membranas de la mucosa oral [2, 9], o quistes sublinguales pequeños [6, 9], con riesgos mínimos de hemorragia y daño a nervios [13], lo que conduce a muy buenos resultados cosméticos y funcionales [6].

Complicaciones

Complicaciones intraoperatorias con este tipo de lesión son inusuales, no obstante, una de ellas podría ser infección [10].

Malignidad

Cambios malignos en este tipo de lesiones han sido registrados [9, 10], aunque solo en quistes externos, según New y Erich [6, 9, 10], es decir no en el piso de boca [6, 9, 13]. En la literatura se encuentran registros, en los cuales se destaca que los quistes dermoides del tipo teratoide pueden presentar una transformación maligna en un 5% [7, 9].

Pronóstico

Debido a la baja incidencia de recidiva de esta lesión, usualmente relacionada a remanentes óseos en los tubérculos genianos o al hueso hioides [6, 9], y a resecciones incompletas [13], el pronóstico es muy bueno si el quiste se elimina totalmente [13].

Conclusiones

Los quistes epidermoides aunque raros y benignos no pueden ser subestimados. Es importante la clínica por parte del profesional en salud para conocer las patologías que se pueden presentar en piso de boca y su diagnóstico diferencial, como por ejemplo el quiste epidérmico, cual puede causar problemas severos por obstrucción de vía aérea e inclusive ser una patología, aunque benigna, amenazante para la vida del paciente, pues el tamaño y la localización del quiste determinarán las manifestaciones clínicas. Se debe considerar que estos quistes permanecen asintomáticos por años hasta que ellos alcanzan un tamaño que guía a problemas locales, lo que conduce, estrictamente, a la valoración completa y continua de la cavidad oral por parte del profesional.

Bibliografía

1. Walstad WR, Solomon JM, Schow SR, Ochs MW. Midline cystic lesion of the floor of the mouth. *J Oral Maxillofac Surg.* 1998; 56: 70-4.
2. Lowry RE, Tempero RM, Davis LF. Epidermoid cyst of the floor of the mouth. *J Oral Surgery.* 1979 ; 37: 271-3.
3. Ozan F, Burak H, Ay S, Goze F. Epidermoid cyst of the buccal mucosa: a case report. *J Contemp Dent Pract.* 2007. 8: 090-6.
4. Calderón S, Kaplan I. Concomitant sublingual and submental epidermoid cysts: a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 1993; 51:790-2.
5. Yoshinari M, Nagayama M. Epidermoid cyst of the uvula: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1986; 44: 828-9.
6. Longo F, Maremonti P, Mangone GM, De Maria G, Califano L. Midline (dermoid) cysts of the floor of the mouth: report of 16 cases and review of surgical techniques. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 112: 1560-5.
7. Zachariades N, Skoura-Kafoussia C. A life-threatening epidermoid cyst of the floor of the mouth: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 1990; 48: 400-03.
8. Rajayogeswaran V, Eveson JW. Epidermoid cyst of the buccal mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989; 67: 181-4.
9. Kandogan T, Koç M, Vardar E, Selek E, Sezgin Ö. Sublingual epidermoid cyst: a case report. *J Med Case Reports.* 2007; 1: 87.
10. Howell CJT. The sublingual dermoid cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985; 59: 578-80.
11. Papanayotou PH, Kayavis JG. Epidermoid implantation cyst of the lower lip: report a case. *J Oral Surg.* 1977; 35: 585-6.
12. Seah TE, Sufyan W, Singh B. Case report of a dermoid cyst at the floor of the mouth. *Ann Acad Med Singapore.* 2004; 33 (Suppl): 77 S-79S.
13. Vargas Fernández JL, Lorenzo Rojas J, Aneiros Fernández J, Sainz Quevedo M. Dermoid cyst of the floor of the mouth. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2007; 58: 31-3.
14. Vieira Pereira J, Muniz Alves P, Ruan Ferreira de Araújo C, Alves Pereira KM, Lopes Costa AL. Epidermoid cyst in tongue's ventral face. *Re Bras Otorrinolaringol.* 2008; 74: 476.

15. Raveenthiran V, Sam CJ, Srinivasan SK. A simple approach to airway management for a gigant sublingual dermoid cyst. *Can J Anaesth.* 2006; 53: 1265-6.





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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Caso clínico

Tumoración cervical recurrente en el anciano Recurrent cervical tumor in the elderly

Rebeca de la Fuente Cañibano y Miguel Ángel Alañón Fernández.

Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-facial. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Contacto: rbkfue@yahoo.es

Recibido: 31/01/2012

Aceptado: 16/02/2012

Publicado: 17/02/2012

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

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

revistaorl@revistaorl.com

web: www.revistaorl.com

Director: José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Santander), Darío Morais Pérez (Valladolid), Ángel Muñoz Herrera (Salamanca),

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada), Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño), Jaime Santos Pérez (Valladolid),

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid), Javier Martínez Subías (Soria), Pablo Casas Rodera (León),

Enrique Coscarón Blanco (Zamora), Jose Granell Navarro (Ávila)

Resumen

La tuberculosis, es conocida desde la más remota antigüedad, pero la sospecha de que la tuberculosis era de naturaleza infecciosa, comenzó a expresarse de una manera más concreta a mediados del siglo XVI. El agente etiológico de la tuberculosis, fue descubierto por *Robert Koch* en 1882. Se le encuentra en las diferentes excreciones de las personas y de los animales que padecen la patología. En la práctica tienen importancia, fundamentalmente dos tipos de micobacterias tuberculosas: la de tipo humano y la de tipo bovino. La tuberculosis se distingue por la gran variedad de sus manifestaciones; esto depende de la propia infección y de la variedad de alteraciones que produce en los órganos.

Palabras clave: tuberculosis extrapulmonar| adenopatía| escrófula

Recurrent cervical tumor in the elderly**Summary**

The tuberculosis, is known since ancient times, but suspicion that tuberculosis was an infectious nature, began to speak in a more concrete in the mid-sixteenth century. The causative agent of tuberculosis, was discovered by Robert Koch in 1882. It is found in the various excretions of people and animals suffering from the disease. Are important in practice, essentially two types of tuberculous mycobacteria: the human type and bovine type. Tuberculosis is distinguished by the variety of its manifestations, this depends on the infection itself and the variety of alterations that occur in the organs.

Keywords: extrapulmonary tuberculosis| swollen glands| scrofula

Introducción

Entre las enfermedades transmisibles, la tuberculosis (TBC) continúa siendo en la actualidad uno de los principales problemas de Salud Pública. Su evolución ha sido un constante declinar en los países desarrollados, debido a la mejora de las condiciones socioeconómicas y al descubrimiento de fármacos eficaces para su tratamiento. Esta tendencia decreciente parece haberse modificado en los últimos años, a expensas fundamentalmente de determinados grupos como los enfermos con VIH y en poblaciones pobres [1,2]. La TBC es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas. Puede afectar a personas en cualquier edad de la vida y en cuanto al sexo afecta de la misma forma a hombres y mujeres [3,4]. Normalmente la enfermedad se localiza en los pulmones, pero puede afectar a otros órganos y dar lugar a lo que se denomina tuberculosis extrapulmonar siendo las localizaciones más frecuentes: ganglios, aparato génito-urinario, meninges y articulaciones [5,6,7].

La clínica de la tuberculosis ganglionar es bastante anodina. Se la denomina adenitis cervical o escrófula, siendo ésta la más frecuente de las ganglionares, siguiéndole la inguinal y la axilar [7,8].

Se observa comúnmente en la raza negra, mestizos e indígenas.

Se disemina de forma retrógrada a través de la vía linfática, cuando su localización es intratorácica o de la adenopatía satélite cuando la vía de entrada es cutánea, amigdalina o mucosa .

Clínicamente la linfadenitis tuberculosa se caracteriza por una tumefacción indolora y unilateral de los ganglios con afectación más frecuente de los de localización cervical, más frecuentemente en el borde superior del músculo esternocleidomastoideo y los supraclaviculares, con escasa sintomatología local y general. Posteriormente pueden aparecer signos inflamatorios y se puede originar una fistulización del ganglio. En cuanto a las complicaciones, se dan en los casos que se produce la formación fistulosa, dejando cicatrices de tipo queloides o retráctiles, antiestéticas [9,10].

El diagnóstico de la TBC ganglionar se establece a partir del análisis microbiológico del material purulento aspirado mediante punción-aspiración con aguja fina o el que mana a través de la fístula. Se puede estudiar mediante baciloscopia, con el examen microscópico del líquido que se obtuvo por punción o cualquier otra vía, siendo las dos técnicas más comunes la tinción Ziehl Neelsen y la fluoresceína con fluorocromo auramina-rodamina. Las micobacterias fotocromógenas producen pigmento en la luz pero no en la oscuridad, mientras que las no fotocromógenas producen grados variables de pigmentación sin relación con la luz. En ocasiones es necesario realizar biopsia de la adenopatía y practicar cultivo. La biopsia también es sugestiva de TBC desde el punto de vista anatomopatológico si se demuestra la presencia de lesiones granulomatosas [11,12].

En hasta el 50% de los casos se observan BAAR y los cultivos son positivos en el 70 a 80%. La prueba de la tuberculina es positiva, pero esta prueba puede negativizarse en pacientes infectados por el VIH siendo infrecuente observar en ellos granulomas. También puede diagnosticarse mediante métodos

moleculares, cuya finalidad es la amplificación de ácidos nucleicos siendo altamente específicos y sensibles, y se emplean en las baciloscopias positivas. La reacción en cadena de la polimerasa detecta M. tuberculosis en unas horas, utilizando sonda de DNA complementaria del DNA o ARN de las micobacterias, logrando una detección rápida y directa, con una sensibilidad de 80 a 85% y una especificidad del 99% [13,14].

En cuanto al diagnóstico diferencial debemos hacerlo con: los procesos agudos bacterianos, crónicos, virales, micosis de tipo profundas, actinomicosis, quistes branquiales, quistes tiroglosos, tumores benignos o malignos de tipo primitivos o metastásicos, enfermedad de Hodgkin y linfomas.

En el protocolo de estudio de una adenopatía se debe incluir la infección por Mycobacterium tuberculosis.

La quimioterapia es el tratamiento de elección y se han establecido múltiples pautas. Los regímenes farmacológicos son bien tolerados, de baja toxicidad y se administran en dos fases, una primera fase intensiva que dura 2 meses en la que se utilizan isoniazida, rifampicina y pirazinamida y una segunda fase que dura 4 meses en la que se pauta isoniazida y rifampicina.

Existen otras drogas antituberculosas, como tioacetona, etionamida, protionamida, kanamicina, que se utilizan cuando existe intolerancia a las anteriores, pero precisan ciclos de tratamiento más largos, que oscilan de 9 a 20 meses.

La cirugía juega un papel de ayuda para extirpaciones de lesiones. Son numerosas las publicaciones internacionales que demuestran que la combinación del tratamiento farmacológico más el quirúrgico resuelven

satisfactoriamente las linfadenitis tuberculosas [14].



Descripción

Presentamos el caso de una mujer de 85 años cuyos antecedentes personales de interés son deterioro cognitivo secundario a enfermedad de Alzheimer y una dudosa Tuberculosis pulmonar en la infancia. Entre las intervenciones quirúrgicas destacan la colocación de una prótesis total de rodilla bilateral y una fractura pertrocantérea derecha que requirió de una osteosíntesis con placa y tornillo. Sus tratamientos habituales son Sertralina e Idalprem. Acudió a urgencias por primera vez, en estado afebril, con una tumoración cervical izquierda de gran tamaño sin signos inflamatorios. Se solicitó un TAC cervical que se informó como absceso laterocervical izquierdo. Éste fue drenado bajo anestesia local y se colocó un drenaje tipo Penrose. Se tomaron cultivos del material purulento obtenido, que resultaron negativos, no aislándose ningún microorganismo. Se le trató con amoxicilina-clavulánico intravenoso a dosis de 1 g /8h y con lavados con suero fisiológico y Betadine a través del drenaje, con remisión completa de la tumoración. Seis semanas más tarde, la paciente acudió de nuevo a urgencias presentando una tumoración cervical izquierda en triángulo posterior, de aproximadamente 6 centímetros de diámetro sin signos inflamatorios, y bajo ésta se encontraba una fístula que drenaba escasa cantidad de material purulento. El hemograma mostraba una discreta leucocitosis con neutrofilia. Se solicitó un nuevo TAC cérvico-facial que fue informado como absceso laterocervical izquierdo que comprimía y obliteraba segmentariamente la vena yugular interna y desplazaba medialmente la carótida común (Fig. 1). Fue intervenida de urgencia, realizándose drenaje bajo anestesia general mediante una cervicotomía izquierda, con obtención de

abundante contenido purulento que se envió a los servicios de Microbiología y Anatomía Patológica. En los estudios microbiológicos se obtuvo baciloscopia positiva con 50-200 BAAR/línea y en la PCR para Mycobacterium se aisló Mycobacterium tuberculosis. Se realizó en días posteriores una radiografía de tórax en la que no se evidenciaban infiltrados ni condensación pulmonar, por lo que finalmente fue diagnosticada de tuberculosis ganglionar. En la actualidad se encuentra con tratamiento durante 2 meses con isoniazida, rifampicina y pirazinamida y 4 meses después con isoniazida y rifampicina.

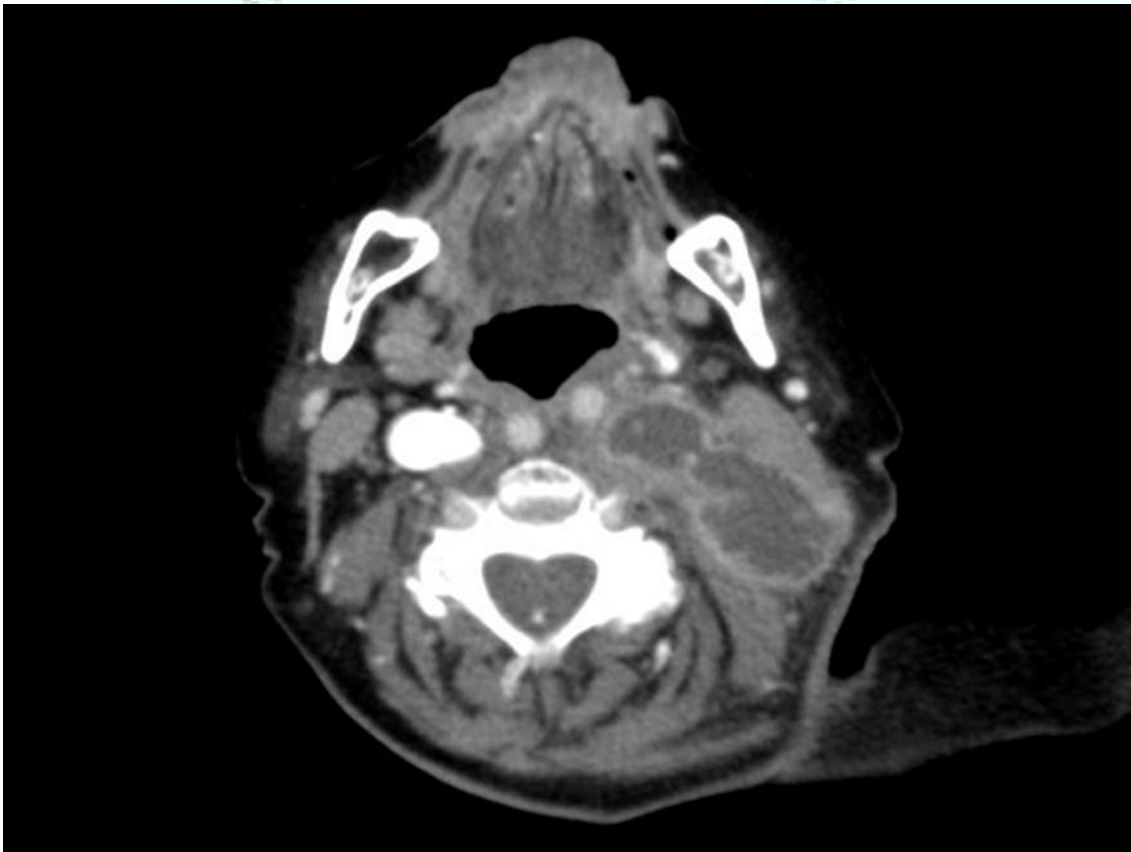


Fig. 1 Absceso laterocervical izquierdo que comprime y oblitera segmentariamente la vena yugular interna y desplaza medialmente la carótida común.

Discusión

La linfadenitis por micobacterias puede ocurrir aisladamente o asociada con tuberculosis ganglionar o infección diseminada. Los ganglios comprometidos usualmente son masas no dolorosas de crecimiento lento que pueden ser relacionadas con fístulas drenantes, comprometiéndose de forma característica los ganglios laterales de la porción media del cuello [1,4,6]. El drenaje de material puede continuar durante meses o años en ausencia de un tratamiento específico. Los ganglios linfáticos cervicales, firmes adheridos unos a otros, que pueden formar una gran masa multinodular, de etiología tuberculosa, con grandes zonas de necrosis caseosa pueden confundirse con un carcinoma metastásico en un adulto [7,8]. En el niño una patología granulomatosa caseificante en un ganglio linfático cervical, no acompañada de compromiso pulmonar, es más probable que la infección sea causada por micobacterias atípicas [8]. La afectación primaria del pulmón es la causa principal de infecciones tuberculosas primarias aunque existen otras localizaciones primarias menos frecuentes: intestino, piel, orofaringe, laringe, ganglio linfático, esqueleto e hígado [9]. Cuando se sospecha que existen lesiones tisulares tuberculosas, el diagnóstico se confirma mediante frotis, tinciones histológicas y cultivos. Microscópicamente los ganglios linfáticos muestran granulomas múltiples bien formados compuestos de histiocitos epitelioides y células gigantes tipo *Langhans*, en el centro de los granulomas existe necrosis caseosa en un grado variable, cuya intensidad depende del

grado de sensibilización del paciente y de la virulencia de los microorganismos. Los granulomas son confluentes, formados por células epitelioides, rodeadas por una zona de fibroblastos y linfocitos, donde suelen existir las células gigantes tipo *Langhans*. En los pacientes inmunodeprimidos los granulomas pueden consistir en agregados laxos de histiocitos e incluso no aparecen [10,11,13]. Para la identificación del microorganismo en cortes histológicos se requiere la coloración de *Ziehl-Neelsen*. Para distinguir entre micobacterias de tuberculosis y micobacterias atípicas se requiere del cultivo. El diagnóstico diferencial histopatológico incluye sarcoidosis, linfadenitis granulomatosa infecciosa por hongos, enfermedad por arañazo de gato, tularemia, brucelosis, espiroquetas, leishmania, micobacteriosis atípica, linfoma de Hodgkin y carcinoma metastático [13]. El patólogo debe conocer los resultados previos de los estudios bacteriológicos, pruebas serológicas y cutáneas antes de realizar la interpretación de una lesión ganglionar granulomatosa. La historia clínica y los datos del examen físico, pueden ser útiles [14].

Bibliografía

1. Oliva Domínguez J, Moreno Guillén S. Tuberculosis. *El Médico* 2000; 19/05: 29-52.
2. Castro Martín J. Enfermedades que cursan con adenopatías. *FMC* 1999; 6: 381-392.
3. Rodnick JE, Gude J. Infecciones pulmonares. *Medicina de Familia, principios y práctica*, Robert B. Taylor. 5ª edición. Ed: Springer-Verlag Ibérica, 1999: 762-773.
4. Raviglione M.C., O'Brien R.J. Tuberculosis. *Principios de Medicina Interna, Harrison*. 14ª edición. Ed: McGraw-Hill Interamericana, 1998: 1149-1161.
5. Hayase Y, Tobika K. Cervical tuberculous lymphadenitis in a frequent traveler to endemic areas of tuberculosis. *Intern Med* 1997; 36(3): 211-213.
6. Rodríguez Zapata M, Sánchez Martínez L. Protocolo diagnóstico: fiebre y adenopatías. *Medicine* 1998; 7(79): 3693-3696.
7. Kanlikama M, Mumbuc S, Bayazit Y, Sirikci A. Management strategy of mycobacterial cervical lymphadenitis. *J Laryngol Otol* 2000; 114(4): 274-278.
8. Weiler Z, Nelly P, Baruchin AM, Oren S. Diagnosis and treatment of cervical tuberculous lymphadenitis. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58(5): 477-481.
9. Kanlikama M, Gokalp A. Management of mycobacterial lymphadenitis. *World J Surg* 1997; 21(5): 516-519.
10. Van Loenhout-Rooyackers JH, Laheij RJ, Richter C, Verbeek AL. Shortening the duration of treatment for cervical tuberculous lymphadenitis. *Eur Respir J* 2000; 15(1): 192-195.

11. Medina Morales F, Echegoyen Carmona R, Medina Zarco LE. Tuberculosis extrapulmonar. Rev Cir Tórax Neum 2003; 62(2): 92–5.
12. Carvajal J, May M, Martín M, León E, Oliart S, Camuñas J, et al. Linfadenitis cervical primaria fistulizada de etiología tuberculosa (escrófula): importancia clínica y diagnóstico diferencial. Mapfre Med 2006; 17(4): 286–91.
13. Sarwar A, Haque AU, Aftab S, Mustafa M, Moatasim A, Siddique S, et al. Spectrum of morphological changes in tuberculous lymphadenitis. Int J Pathol 2004; 2(2): 85-9.
14. Hwan Ch, Kim S, Ko Y, Chu K. Polymerase chain reaction detection of Mycobacterium tuberculosis from fine-needle aspirate for the diagnosis of cervical tuberculous lymphadenitis. Laryngoscope 2000; 110(1): 30–4.



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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Caso clínico

Cordoma de columna cervical Cervical spine chordoma

Laura Díez-González*, Pelayo Brañanova-López**, Pilar Pomar-Blanco*, Cristina Martín-Villares*, Saúl Valérdiz-Casasola***, Jesús San Román-Carbajo*.
Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. * Servicio de Otorrinolaringología. ** Servicio de Radiología. *** Servicio de Anatomía Patológica.

Contacto: lauradiezg@hotmail.com

Recibido: 05/03/2012

Aceptado: 13/03/2012

Publicado: 19/03/2012

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

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

revistaorl@revistaorl.com

web: www.revistaorl.com

Director: José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Santander), Darío Morais Pérez (Valladolid), Ángel Muñoz Herrera (Salamanca), Manuel Tapia Risueño (Ponferrada), Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño), Jaime Santos Pérez (Valladolid), Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid), Javier Martínez Subías (Soria), Pablo Casas Rodera (León), Enrique Coscarón Blanco (Zamora), Jose Granell Navarro (Ávila)

Resumen

Los cordomas son neoplasias que derivan de restos embrionarios de la notocorda, siendo su principal asiento en la región sacrococcigea; los de localización cervical son poco frecuentes, suponen menos del 10% de todos los cordomas. Su diagnóstico se ve retrasado hasta que alcanzan un gran tamaño debido a su lento crecimiento, pese a lo cual son tumores localmente agresivos por su relación con estructuras neurovasculares críticas, presentando una alta tasa de recurrencia local. El tratamiento de elección es la cirugía radical y la radioterapia con protones se emplea para la persistencia tumoral y las recidivas.

Presentamos el caso de un paciente con cordoma cervical, dada la rareza de esta entidad.

Palabras clave: Cordoma, notocorda, células fisalíferas

Cervical spine chordoma**Summary**

Chordomas are neoplasms that arise from notochord embryonic remnants, been the sacrococcygeal spine the main site of involvement; the cervical spine site is uncommon and it account for less than 10% of chordomas. Because of their slow growth, the diagnosis is delayed until they reach a large size, despite which they are locally aggressive tumours due to their relation to critical neurovascular structures and present a high rate of local recurrence. Radical surgery is the elective treatment and proton radiotherapy is used when residual tumour tissue and recurrences.

Because of the uncommonness of this pathology, we report a case of a patient with cervical chordoma.

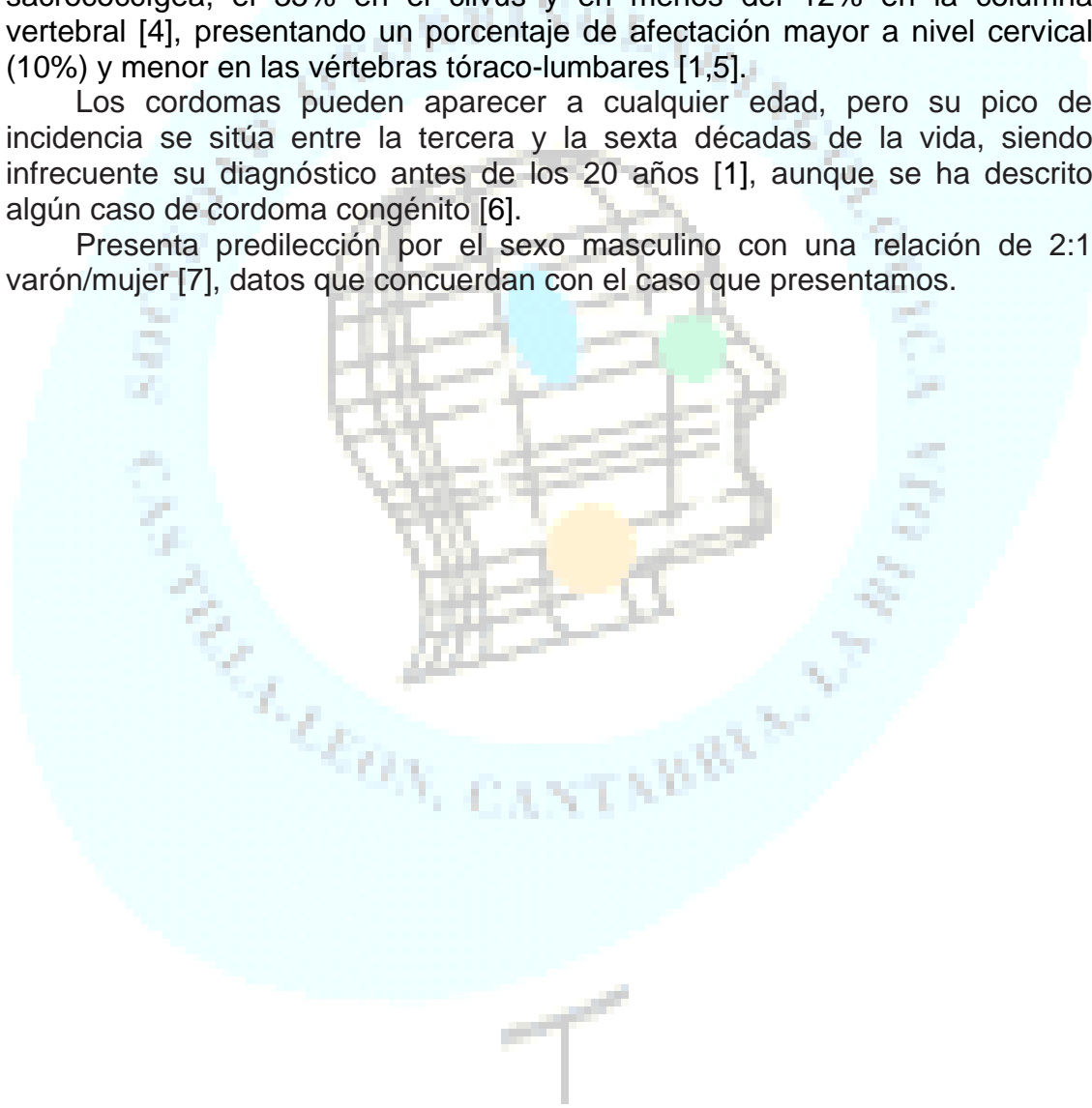
Keywords: Chordoma, notochord, physaliphorous cell

Introducción

El cordoma es un tumor de bajo a intermedio grado de malignidad que deriva de la notocorda, suponiendo del 1-4% de los tumores óseos malignos primarios [1] y presentando una incidencia de 0,1 casos por millón de habitantes/año [2]. Al derivar de restos embrionarios de la notocorda, que es la estructura que da origen al esqueleto axial, puede localizarse en cualquier punto a lo largo del neuroeje, desde base de cráneo hasta sacro [3]. Afecta mayoritariamente a los extremos, el 53% se localiza en la región sacrococcígea, el 35% en el clivus y en menos del 12% en la columna vertebral [4], presentando un porcentaje de afectación mayor a nivel cervical (10%) y menor en las vértebras tóraco-lumbares [1,5].

Los cordomas pueden aparecer a cualquier edad, pero su pico de incidencia se sitúa entre la tercera y la sexta décadas de la vida, siendo infrecuente su diagnóstico antes de los 20 años [1], aunque se ha descrito algún caso de cordoma congénito [6].

Presenta predilección por el sexo masculino con una relación de 2:1 varón/mujer [7], datos que concuerdan con el caso que presentamos.



Descripción

Presentamos el caso de un varón de 52 años de edad, sin antecedentes personales de interés. El paciente acude a urgencias refiriendo pérdida de fuerza y dolor en pierna y brazo derechos de unas dos semanas de evolución, sin ninguna otra manifestación neurológica. Previamente (año 2010) había consultado por molestias cervicales inespecíficas y cervicalgia, realizándose Rx lateral de columna cervical, donde ya se apreciaba una masa en faringe y la destrucción ósea en atlas (Fig 1), siendo tratado como cérvico-artrosis C6-C7.



Figura 1: Radiografía lateral de columna cervical, se aprecia la masa en faringe y la destrucción del cuerpo vertebral de C1.

También consultó (año 2011) por disfagia para sólidos y líquidos, presentando rinolalia oclusa desde hacía meses, sin otra clínica ORL asociada.

En la exploración física se observa un abombamiento del paladar blando secundario a una tumoración elástica, localizada en pared posterior de rinofaringe y recubierta de mucosa sana (Fig. 2). El resto de la exploración ORL era normal.



Figura 2: masa orofaríngea, la zona de erosión corresponde a la biopsia.

En la Tomografía Computarizada (TC) de cabeza y cuello se identifica una masa heterogénea de 7,6 x 6,8 cm, que ocupa el cavum y la orofaringe, con destrucción del arco anterior y masa lateral izquierda de atlas, la parte más superior de apófisis odontoides, así como extremo más inferior del clivus, con extensión posterior derecha hacia amígdala cerebelosa y región bulbomedular (Fig. 3).

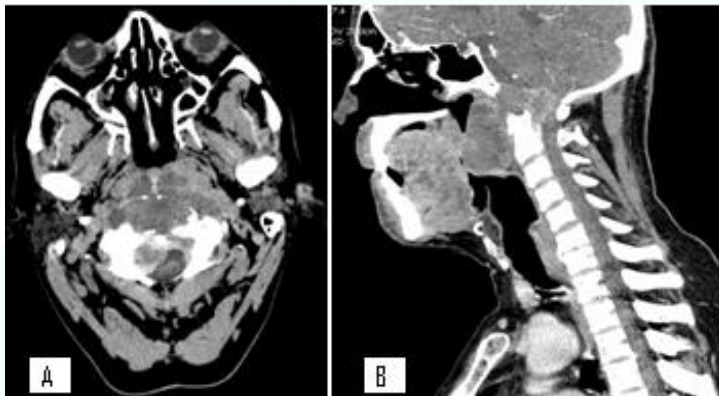
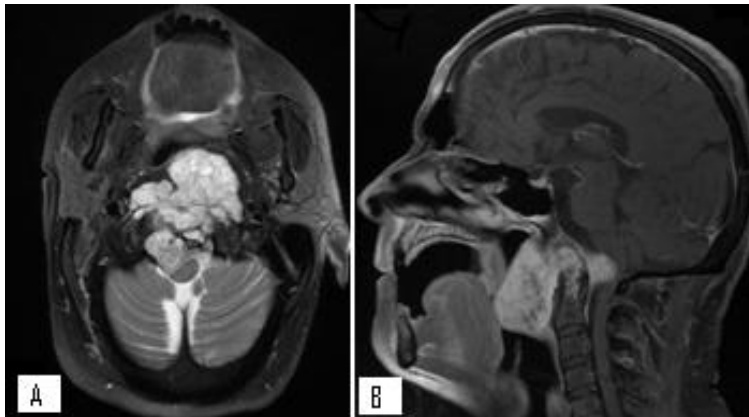


Figura 3:

A.- TC, corte axial: masa localizada en cavum, con lesión lítica del cuerpo vertebral de atlas. Prolongación posterior de la masa invadiendo el espacio epidural con compresión bulbo-medular.

B.- TC corte sagital: erosión del cuerpo vertebral de atlas, extremo inferior de clivus y porción superior de apófisis odontoides.

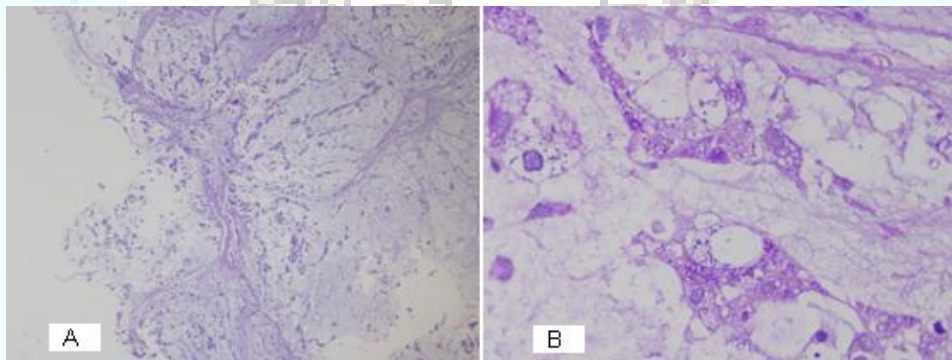
En la Resonancia Magnética (RM) se confirma la presencia de una masa única en línea media de base de cráneo que produce erosión de la parte inferior del clivus, C1 y apófisis odontoides, con compresión pero sin infiltración de estructuras circundantes, hipointensa en T1 y marcadamente hiperintensa en T2 (Fig. 4).

**Figura 4:**

A.- RM potenciada en T2, plano axial: masa polilobulada, que ocupa hacia atrás el espacio epidural intracraneal, comprimiendo la médula y el bulbo.

B.- RM potenciada en T2, plano sagital: lesión marcadamente hiperintensa que ocupa

Se realizó una biopsia a través de cavidad oral, tratándose de una tumoración con crecimiento lobulado, formada por células sueltas con vacuolas y PAS positivas. Inmunohistoquímicamente, presenta positividad para EMA (antígeno epitelial de membrana), CK8 (citoqueratina) y proteína S-100, siendo la muestra compatible con cordoma (Fig. 5).

**Figura 5:**

A.- (HE (Hematoxilina-Eosina), 4X): Tumoración formada por lóbulos separados por septos de tejido conectivo, en un fondo mucinoso y presencia de cordones tumorales.

B.- (Hematoxilina-PAS, 40x): Muestra la positividad de la tinción de PAS en los citoplasmas de las células neoplásicas y en la matriz mixoide intercelular.

Dada la localización y el grado de extensión de la lesión, el paciente es derivado e intervenido por la Unidad de Base de Cráneo (ORL-Neurocirugía) del Hospital de referencia.

Discusión

Existe desacuerdo, según la literatura consultada, respecto a la consideración del cordoma como neoplasia benigna, con tendencia a la recurrencia y alta mortalidad [8], o maligna de bajo o intermedio grado de malignidad con posibilidad de recidivas repetidas y metástasis a distancia [6], hasta en un 40% de los casos de localización sacrococcígeos y vertebrales [9].

Las manifestaciones clínicas de estos tumores están en relación con su localización y dirección de crecimiento, debido a la invasión de estructuras vecinas, presentando con menor frecuencia metástasis a distancia [10]. Los cordomas de clivus suelen debutar con síntomas neurológicos como cefalea, diplopía y neuropatías craneales, siendo el VI par el más frecuentemente afectado (31-57%) [11]; en los de asiento vertebral producen cervicalgia en un primer momento, posteriormente insuficiencia respiratoria nasal, así como disfagia y rinolalia cerrada, debido al crecimiento progresivo de la lesión y por último aparece la sintomatología neurológica (pérdida de fuerza y dolor) debida a la compresión bulbo-medular de la neoplasia

Para el diagnóstico de esta patología requiere la realización de pruebas de imagen, que aportan información sobre la destrucción ósea del tumor (TC) y su relación con estructuras neurovasculares adyacentes (RM). En la TC se aprecia una masa de partes blandas, de características destructivas y lesión ósea lítica, pudiendo aparecer calcificaciones (30-70%) debido a secuestro del hueso destruido. La RM presenta una imagen hipo o isodensa en T1 y marcadamente hiperintensa en T2 [12,13].

El diagnóstico diferencial radiológico se plantea con metástasis, plasmocitoma, condrosarcoma y meningioma: la metástasis también erosionan el hueso y se asocia una masa de partes blandas que infiltra los tejidos adyacentes como los senos cavernosos y las meninges (carcinomatosis meníngea) mostrando unos bordes peor definidos; el plasmocitoma se diferencia por no ser tan hiperintenso en secuencia potenciada en T2 de la RM como lo es el cordoma; el condrosarcoma no aparece estrictamente en la línea media pues surge de la fisura petrooccipital (entre clivus y peñasco), por lo que puede afectar al clivus pero a su margen lateral y, en ocasiones (50%), presenta calcificaciones condroides; el meningioma es iso-intenso en secuencia potenciada en T2 y no marcadamente hiperintenso como el cordoma y además presenta típicamente un crecimiento prolongado por las meninges próximas ("cola meníngea") [12].

Macroscópicamente son tumores multilobulados, friables, de aspecto mixoide con septos de tejido conectivo fibroso y áreas hemorrágicas. Microscópicamente presenta células vacuoladas (células "fisalíferas"), con un gran contenido mucoide intracitoplásmico, que es positivo para la tinción PAS [14]. Inmunohistoquímicamente las células del cordoma presentan positividad para CK (citoqueratinas), para EMA (antígeno epitelial de membrana), así como para la proteína S-100 [15]; estos estudios de inmunohistoquímica permiten realizar un diagnóstico diferencial con otras neoplasias como las metástasis de carcinoma, que son positivas para las citoqueratinas pero

negativas para la proteína S-100, y el condrosarcoma que es positivo para la proteína S-100 pero negativo para las CK [16].

El tratamiento de elección en los cordomas es la resección amplia y completa de la lesión, y en caso de persistencia tumoral o recidiva se complementa con radioterapia adyuvante mediante protones [8,17]. En general se trata de tumores quimiorresistentes, aunque existen ensayos donde se ha probado tratamiento con Imatinib (inhibidor de la tirosina kinasa) aislado o asociado a Sirolimus (inmunosupresor) en aquellos casos en que había crecimiento tumoral a pesar del tratamiento con Imatinib [18].

La principal causa de mortalidad es la elevada tasa de recurrencia local, presentando una media de supervivencia a los 5 años entre 51-87% [19].

Conclusiones:

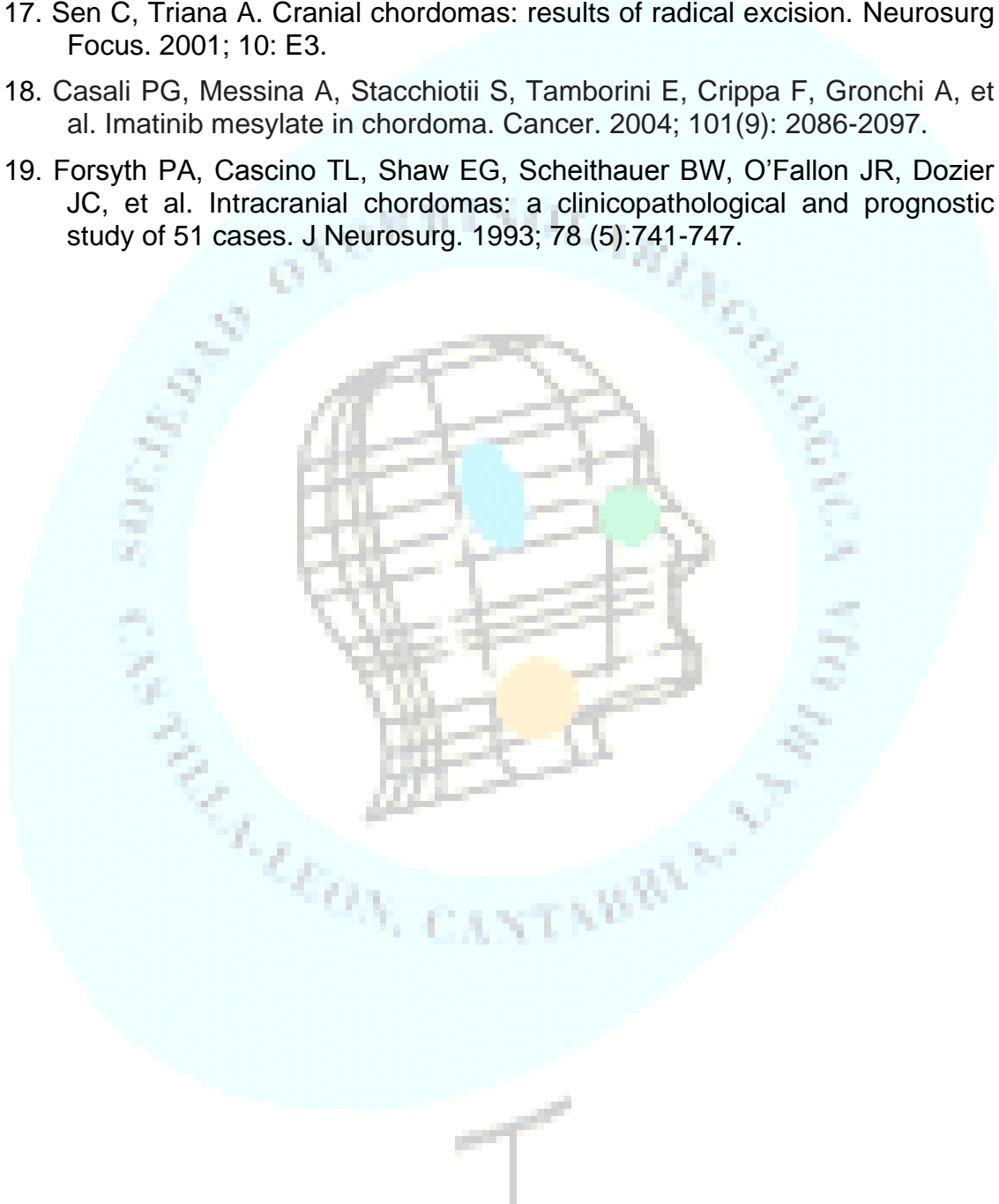
- El cordoma es un tumor poco frecuente, representando entre 1-4% de los tumores óseos malignos primarios.
- Son tumores de crecimiento lento, pero localmente agresivos y con posibilidades de metástasis a distancia.
- El tratamiento de elección es la resección quirúrgica radical, seguida de radioterapia con protones en casos de persistencia o recidiva tumoral.
- Presentan una elevada mortalidad, debido a su alta tasa de recurrencia local.

Bibliografía

1. Mirra JM, Nelson SD, Della Rocca C, Mertens F. Notochordal Tumours. Chordoma. En: Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone. World Health Organization Classification of Tumours (WHO). Printed by IARC Press. 2006. Cap 17; pp. 315-317.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics 2007. *Cancer J Clin.* 2007; 57(1): 43-66.
3. Feigl GC, Bundschuh O, Gharabaghi A, Safavi-Abassi S, El Shawarby A, Samii M, et al. Evaluation of a new concept for the management of skull base chordomas and chondrosarcomas. *J Neurosurg.* 2005; 102 (Suppl): 165-170.
4. Abarca J, Monjas I, Gras JR, Moreno P. Cordoma de clivus. En: *Neurocirugía Contemporánea.* 2010; Vol 4 (11).
5. McMaster ML, Goldstein AM, Bromley CM, Ishibe N, Parry DM. Chordoma: incidence and survival patterns in the United States, 1973–1995. *Cancer Causes Control.* 2001; 12: 1-11.
6. Martínez Tello FJ, Conde Gallego E, Manjón Luengo P, Ricoy Campo JR, Perez Barrios A. Cordoma. Sus variantes y diagnóstico diferencial. *Rev Esp Patol.* 2007; 40 (3): 135z-145.
7. Samii A, Gerganov VM, Herold C, Hayashi N, Naka T, Mirzayan MJ, et al. Chordomas of the skull base: surgical management and outcome. *J Neurosurg.* 2007; 107: 319-324.
8. Llorente JL, Obeso S, Rial JC, Sánchez Fernández R, Suárez C. Tratamiento de los cordomas de clivus. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2010; 61:135-144.
9. Castillo Thea VM, Borba LA. Cordomas de base de cráneo. *Rev Argent Neuroc.* 2010; 24: 19-36.
10. Higinbotham NL, Phillips RF, Farr HW, Hustu HO. Chordoma: thirty five year study at Memorial Hospital. *Cancer.* 1967; 20: 1841-1850.
11. Colli BO, Al-Mefty O. Chordomas of the craniocervical junction: follow up review and prognostic factors. *J Neurosurg.* 2001; 95: 933-943.
12. Ng SH, Ko SF, Wan YL, Tang LM, Ho YS. Cervical ecchordosis physaliphora: CT an MR features. *Br J Radiol.* 1998; 71: 329-331
13. Dorwart RH, LaMasers DL, Watanabe TJ. Computed Tomography of the spine and spinal cord. En: Newton Potts DG. *Tumors.* Clavadel Press. 1983; pp:115-147.
14. Pena CE, Hovat BL, Fischer ER. The ultrastructure of chordoma. *Am J Clin Pathol.* 1970; 53: 544-551.
15. Meis JM, Giraldo AA. Chordoma. An immunohistochemical study of 20

cases. Arch Pathol Lab Med. 1988; 112: 553-556.

16. Kyriakos M, Coffin CM, Swanson PE. Diagnostic challenges in soft tissue pathology: A clinicopathologic review and selected lesions. En: Weidner N. The difficult diagnosis in surgical pathology. WB Saunder Co. 1996; p 738.
17. Sen C, Triana A. Cranial chordomas: results of radical excision. Neurosurg Focus. 2001; 10: E3.
18. Casali PG, Messina A, Stacchioti S, Tamborini E, Crippa F, Gronchi A, et al. Imatinib mesylate in chordoma. Cancer. 2004; 101(9): 2086-2097.
19. Forsyth PA, Cascino TL, Shaw EG, Scheithauer BW, O'Fallon JR, Dozier JC, et al. Intracranial chordomas: a clinicopathological and prognostic study of 51 cases. J Neurosurg. 1993; 78 (5):741-747.





Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid. España)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Javier Martínez Subías (Soria)

Pablo Casas Rodería (León)

Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)

María Jesús Velasco García (Ávila)

Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)

José Luis Alonso Treceño (Palencia)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)

Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)

Luis Lassaleta Atienza (Madrid)

Francisco García Purriños (Murcia)

José Luis Llorente Pendás (Asturias)

Constantino Morera Pérez (Valencia)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Caso clínico

Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de región nasosinusal

Small cell neuroendocrine carcinoma of the sinonasal region

Jhonder Xavier Salazar Guilarte; Juan Ramón Gras Albert.

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Alicante, Alicante, España

Contacto: jhoxasagui@hotmail.com

Recibido: 27/03/2012	Aceptado: 08/04/2012	Publicado: 11/04/2012
-------------------------	-------------------------	--------------------------

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

Resumen

El cáncer de cavidad nasal y senos paranasales es poco frecuente, comprendiendo menos del 1% de todas las tumoraciones malignas del ser humano, y aproximadamente el 3% de todas las que ocurren en cabeza y cuello. El carcinoma neuroendocrino de células pequeñas es un tumor epitelial maligno de alto grado con características histológicas parecidas a las del carcinoma de células pequeñas del pulmón, cuyo curso clínico es muy agresivo y por lo general recurre después del tratamiento. Presentamos un caso de tumor de células pequeñas postirradiado localizado en el seno etmoidal posterior, así como su abordaje diagnóstico y terapéutico actual.

Palabras clave: tumor carcinoide; células pequeñas; carcinoma neuroendocrino; senos paranasales; tratamiento.

Small cell neuroendocrine carcinoma of the sinonasal region**Summary**

Malignant tumours of nose and paranasal sinuses are rare, accounting for less than 1% of all malignancies and approximately 3% of those arising in the head and neck. Small cell neuroendocrine carcinoma of the sinonasal region is an epithelial high grade carcinoma resembling malignancies of pulmonary origin, with a very aggressive clinical course that often recurs after treatment. Here, we report a case of a postirradiated tumour located in the posterior ethmoid sinus, with the current management and treatment.

Keywords: carcinoid tumor; small cells; neuroendocrine carcinoma; paranasal sinuses; treatment.

Introducción

Desde su descripción inicial en la década de los sesenta, el carcinoma neuroendocrino de células pequeñas (CNCP) extrapulmonar ha sido histológicamente difícil de clasificar, ya que se cree que deriva de células APUD (sistema paralelo al endocrino cuya producción hormonal proviene de epitelios y no de glándulas) que en la cavidad nasal ocasionalmente se encuentran en las glándulas seromucosas o salivares accesorias. Este tipo de tumores representa fuera del pulmón el 4% de todos los CNCP y ha sido bien identificado en otras áreas de cabeza y cuello, especialmente en la glándula parótida y laringe; sin embargo, a pesar de actualmente no contar con un consenso unánime para su identificación, se dispone de criterios inmunohistoquímicos más o menos aceptados. [1,2]

Según la más reciente clasificación de la OMS en 2005, éstos son los tumores carcinoides con peor diferenciación, con una tasa de incidencia cruda de 0,73 por cada 100.000 habitantes, edad media de aparición a los 50 años, y ningún factor de riesgo conocido asociado. Se presentan con signos clínicos nasales inespecíficos como obstrucción nasal, rinorrea y epistaxis y en ocasiones, erosión radiológica de estructuras óseas al momento de su diagnóstico, entre otros menos frecuentes sugerentes de invasión loco-regional como hiposmia, disminución de agudeza visual, exoftalmo y/o dolor. Macroscópicamente son tumores hemorrágicos y friables que histológicamente revelan cordones de pequeñas células pleomórficas con citoplasma pequeño y escaso, núcleos hiper cromáticos y nucléolos poco evidentes, que se dispersan en áreas de

necrosis con abundantes mitosis. Su patrón de crecimiento suele ser organoide, sólido, glandular, en bandas y pueden formar tambiénseudorrosetas. [1, 2, 3]

El estudio inmunohistoquímico incluye la reacción positiva a citoqueratinas de bajo peso molecular, enolasa neuronal específica, Leu-7, CD 56, sinaptofisina, cromogranina y presencia de gránulos neurosecretorios mediante microscopía electrónica, siendo de gran ayuda en el diagnóstico diferencial con otras entidades malignas, como el linfoma, carcinoma basaloide de células escamosas, rabdomiosarcoma, carcinoma nasofaríngeo y nasosinusal indiferenciado, entre otros. Éstos han sido escasamente asociados a adenocarcinomas de cavidad nasal y papilomas invertidos, pero sí a síndromes endocrinos paraneoplásicos diversos. [1, 3, 4]

Hasta la fecha, se sigue considerando el sistema Kadish para su estratificación, el cual permite la diferenciación de tumores limitados a cavidad nasal; cavidad nasal y senos paranasales; y tumores que se extienden mas allá de la cavidad nasal y senos paranasales (Kadish A, B y C respectivamente). [1]

Actualmente no existe tratamiento específico para el mismo, siendo la mayoría tratados como carcinomas de células escamosas convencionales, o menos frecuentemente como carcinomas de células pequeñas de pulmón. Sin embargo, su exéresis ha variado desde abordajes abiertos con maxilectomías mediales o resecciones craneofaciales hasta las nuevas tendencias mediante cirugía endonasal exclusiva. [4, 5].

El pronóstico es bastante malo en relación con las altas tasas de recurrencia,

que han sido descritas hasta 3 años después del diagnóstico en el 70% de los pacientes, y las metástasis, principalmente a cerebro, pulmón y hueso. Su tasa de supervivencia media está entre los 2 y 3 años, siendo la invasión de la lámina cribosa uno de los factores pronósticos desfavorable, de hecho, se ha visto que la mayor mortalidad está en relación con fallo en el control local de la enfermedad así como su asociación a síndromes paraneoplásicos endocrinos, con niveles elevados de ACTH, calcitonina, y hormona antidiurética. [1, 4, 6]

Describimos un caso raro de CNCP ubicado en etmoides posterior junto con la revisión de aspectos sobre su etiopatogénesis y manejo actual.



Descripción

Mujer de 41 años, ex fumadora de 20 paquetes/año intervenida hace 7 años mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) por neoformación procedente de etmoides posterior izquierdo (neuroblastoma olfatorio Kadish A) en otra institución, que se complementó con braquiterapia intranasal. No se aportó información adicional con respecto a su tratamiento previo ni los criterios por los que se administró ésta modalidad de braquiterapia. Acudió con informe de PET-TC que objetivaba negatividad de metástasis a distancia. A su llegada a nuestro centro estaba asintomática, sin clínica de insuficiencia respiratoria nasal, rinorrea, epistaxis ni patología orbitaria asociada. La exploración física tras nasofibroscopia mostraba cambios postquirúrgicos con ausencia parcial de tabique nasal posterior y múltiples bridas, además de una tumoración exofítica cubierta de mucosa rojiza próxima a la región del agujero esfenopalatino izquierdo, medial al cornete medio, de superficie lisa y abollonada sin pedículo definido (fig.1). La masa estaba en íntimo contacto con el tabique nasal y no se palpaban adenopatías cervicales.

La Tomografía Computerizada (TC) confirmaba la presencia de la masa con eje mayor de 2,5 cm a nivel de las celdillas etmoidales posteriores, que no se extendía a senos paranasales pero sí producía retención mucosa en el seno frontal ipsilateral a la lesión. No se objetivó infiltración de la lámina papirácea, seno esfenoidal o techo de la órbita (fig.2). La Resonancia Magnética (RM) con contraste (0,1 mg/kg de gadolinio) mostraba lesión hipointensa en T2 con respecto a mucosa de fosa nasal derecha e isointensa en T1, engrosamiento difuso de mucosa perilesional y ausencia de niveles hidroaéreos.

En vista de la coloración y características de la lesión se realizó angiografía, que mostró ligera hipervascularización, no susceptible de embolizar por ser su flujo dependiente de la arteria oftálmica.



Fig. 1. Tumoración exofítica rojiza próxima al agujero esfenopalatino



Fig. 2. TC con masa ocupando la región de etmoides posterior

Se realizó estudio de extensión mediante TC toracoabdominal sin hallazgos que destacar, por lo que se procedió a biopsia intraoperatoria que resultó indeterminada pero con características malignas; posteriormente se hizo exéresis amplia mediante CENS con ampliación de márgenes tumorales. Los resultados anatomopatológicos de la pieza quirúrgica de forma diferida mostraban cambios en el patrón previo de neuroblastoma olfatorio, que confirmaban inmunohistoquímicamente (fig. 3) la negatividad de CK AE1/AE3, CK 5/6, CEA, EMA, LCA, HBM-45 y la positividad para S-100, cromogranina A, p53, Ki 67; sugestivo de un CNCP.

Posteriormente en Comité Oncológico de Cabeza y Cuello se decidió radioterapia coadyuvante, la cual se llevó a cabo con técnica de IMRT dinámica empleando fotones de 6 MV generados por un acelerador lineal de electrones, y conformados secundariamente con micromultiláminas hasta alcanzar con técnica de hiperfraccionamiento, a una fracción de 200 cGy al día (durante 1 mes aproximadamente), una dosis final homogénea de 5000cGy. Concluida la misma, se realizó un boost hasta alcanzar al mismo fraccionamiento una dosis final homogénea de 7000 cGy.

En los primeros meses postirradiación la tolerancia no fue buena, con mucositis grado II y epitelitis grado I. Presentó aumento de la secreción nasal con infección secundaria por *Staphylococcus aureus* que precisó antibioterapia sin complicaciones. Además presentó aumento de lagrimeo, que resolvió a los 18 meses aproximadamente.

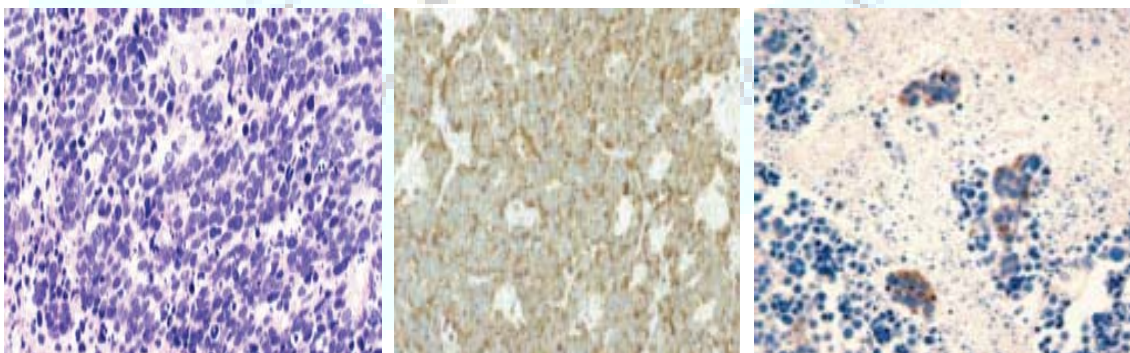


Fig. 3. Cortes histológicos de CNCP que confirma inmunohistoquímicamente la positividad para S-100, cromogranina A, p53 y Ki 67.

Actualmente (29 meses tras la cirugía) permanece sin lesiones recidivantes. Presenta hipoacusia por otitis media serosa izquierda crónica como efecto adverso de la radioterapia, y sigue controles clínicos y radiológicos semestrales.



Discusión

El CNCP constituye una entidad tumoral muy infrecuente, con escasa experiencia en su manejo. Cuando se localizan en territorio extrapulmonar, el seno etmoidal es la ubicación más frecuente en la localización nasal. Su diagnóstico es anatomopatológico e histológicamente indistinguible del carcinoma anaplásico de células pequeñas de pulmón, por lo que siempre debe comprobarse la indemnidad del pulmón. [1, 4, 5, 8]

Si bien es cierto, el neuroblastoma olfatorio es un tumor neuroectodérmico maligno con origen en el epitelio olfatorio, que a pesar de su lento crecimiento y variabilidad de comportamiento no se caracteriza por su transformación histológica a tumores con peor diferenciación celular, se describen menos del 5 % de CNCP después de radioterapia previa, aunque estos últimos mas asociados a retinoblastoma y carcinoma nasofaríngeo. [5, 6, 7]

Nuestro caso tras aproximadamente 86 meses libre de enfermedad, y con el antecedente de braquiterapia intranasal adyuvante, presenta cambios en su histopatología primaria, evidenciándose células pequeñas con radio núcleo/apoptosis alto, positividad de la enolasa, sinaptofisina y cromogranina A, además de citoqueratinas y antígenos epiteliales, que son pertenecientes al histotipo de CNCP. El neuroblastoma olfatorio generalmente no presenta estos marcadores epiteliales a diferencia del CNCP. La dosis asociada de radiación previa varía de 60 a 80 Gy, y el período transcurrido hasta la aparición de nueva tumoración con histotipo de CNCP va de 82 a 385 meses según algunas publicaciones. [2, 6, 7, 8]

Es importante distinguir al CNCP del neuroblastoma olfatorio, aunque su relación permanece confusa y controvertida. Los CNCP de bajo grado tienen una arquitectura celular muy similar a la del neuroblastoma olfatorio. Los primeros carecen de estructuración lobular, septo fibrovascular, estroma neurofibrilar y no contienen rosetas neurales u olfatorias. Además, las células anaplásicas del CNCP tienen alto ratio núcleo/citoplasma, núcleo hiper cromático denso redondo u oval, numerosas figuras mitóticas, y células apoptóticas acompañadas de áreas extensas de necrosis. La inmunohistoquímica no ha sido consistentemente usada para distinguir estas dos entidades. Existe controversia en relación al comportamiento clínico mostrado por el CNCP y su capacidad para metastatizar a distancia. La naturaleza infiltrativa de este tumor se evidencia por la invasión de espacios linfovascuales y perineurales. [1, 2, 4, 8]

Como se ha comentado, el diagnóstico diferencial del CNCP se debe plantear con otras entidades malignas como carcinoma nasosinusal indiferenciado, linfoma, rabdomiosarcoma, paraganglioma, sarcoma pleomórfico, tumor desmoplásico de células pequeñas y redondas, metástasis de carcinoma medular de tiroides, melanoma, entre otros. [4, 5, 6]

Con respecto a su tratamiento, en 2008 se habían publicado menos de 100 casos en la literatura internacional de CNCP, por lo que es difícil establecer guías sobre el mismo. Los abordajes terapéuticos han sido diferentes a lo largo del tiempo; en un principio, debido a que se equiparaba la elevada tasa de metástasis intracraneal con aquella encontrada en el CNCP de pulmón, su tratamiento sistémico basado en quimio y radioterapia era recomendado. Sin

embargo, hay estudios recientes que abogan por la poca respuesta de estas tumoraciones a la quimioterapia, a menos que se trate de un CNCP con pobre diferenciación y alta tasa de proliferación para lo que la combinación de etopósido y cisplatino parecen prometedoras. Análogos de la somatostatina, junto con nuevas formulaciones farmacológicas noveles están ahora bajo investigación clínica para el tratamiento de la inmensa mayoría de subtipos de tumores neuroendocrinos. [4]

Por tanto, en vista a la ausencia de protocolos de tratamientos estandarizados, apoyamos que la exéresis quirúrgica amplia inicial complementada con radioterapia IMRT constituye una opción terapéutica válida cuando el componente de desestructuración celular es bajo. Por otra parte, cuando se trata de tumores recidivantes, localmente controlables o que provienen de la degeneración de su estirpe de diferenciación, su alta malignidad hace necesario replantearse ampliar márgenes quirúrgicos, abordajes externos y/o complementación con radioterapia local. En general el tratamiento de tumoraciones nasosinuales postirradiadas es más difícil, y el más desfavorable que en las formas primarias. [1, 4, 6]

En conclusión es un tumor de baja incidencia, agresivo, con alta tasa de recurrencia y muy mal pronóstico, por lo que se debe llevar a cabo un seguimiento estrecho a largo plazo mediante control endoscópico y estudios de imagen.

Bibliografía

1. Babin E, Roleau V, Vedrine PO et al. Small cell neuroendocrine carcinoma of the nasal cavity and paranasal sinuses. *J laryngol Otol.* 2006; 120:289-97.
2. Cardesa A, Alos L, Franchi A. Nasal Cavity and Paranasal Sinuses. En: Cardesa A, Slootweg PJ. *Pathology of the Head and Neck.* Springer. 1^o Ed. 2006. Cap 2; pp 54-55.
3. Marcos M, Landinez G, Martinez G, Moráis D. Carcinomas neuroendocrinos en ORL: Un diagnóstico difícil. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2011;62:51-55.
4. Iacovou E, Chrysovergis A, Eleftheriadou A, Yiotakis I, Kandiloros D. Neuroendocrine carcinoma arising from the septum. A very rare nasal tumour. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2011;31:50-53.
5. González-García R, et al. Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de la región nasosinusal. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac* 2006;28,6
6. Wang CP, Hsieh CY, Chang YL et al. Postirradiated neuroendocrine carcinoma of the sinonasal tract. *Laryngoscope* 2008; 118: 804–809.
7. Gil-Carcedo E, Gil-Carcedo LM, Vallejo LA, de Campos JM. Tratamiento del estesioneuoblastoma. Revisión de la literatura. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2005;56:389-395.
8. Devoe K, Weidner N. Immunohistochemistry of small round-cell tumors. *Semin Diagn Pathol* 2000;17:216-224.



Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid. España)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Javier Martínez Subías (Soria)

Pablo Casas Rodería (León)

Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)

María Jesús Velasco García (Ávila)

Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)

José Luis Alonso Treceño (Palencia)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)

Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)

Luis Lassaleta Atienza (Madrid)

Francisco García Purriños (Murcia)

José Luis Llorente Pendás (Asturias)

Constantino Morera Pérez (Valencia)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Caso clínico

Diplopia aguda postlaberintectomía química

Acute diplopia posterior to chemical labyrinthectomy

Pablo Santos-Gorjón, Teresa Collazo-Lorduy, Elena Sánchez-Terradillos, Juan Luis Sanchez-Jara Sanchez, María Jesús Velasco-García, Gonzalo Martín-Hernández

Servicio de ORL. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila.

Contacto: pabmaransantos@hotmail.com

Recibido:	Aceptado:	Publicado:
13/03/2012	08/04/2012	14/04/2012

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

Resumen

Introducción: La laberintectomía química con gentamicina es un procedimiento ambulatorio considerado seguro y eficaz y que provoca poca iatrogenia. Presentamos un caso clínico de una rara complicación de la técnica y se revisa la literatura.

Caso clínico: Paciente diagnosticada de enfermedad de Ménière izquierda que no responde a esquema de tratamiento conservador. Se propone realizar terapia intratimpánica con corticoide y después una laberintectomía química. Aparece de forma aguda una diplopia sin otra sintomatología acompañante.

Discusión: El 95% de los pacientes con enfermedad de Ménière presentan un vértigo controlable con tratamientos médicos convencionales. La seguridad de la inyección intratimpánica de gentamicina está reconocida desde hace años. La susceptibilidad a la acción del fármaco es extremadamente variable y debemos utilizar la menor dosis total posible de gentamicina para no provocar iatrogenia. La monitorización con VHIT puede ser una nueva arma diagnóstica para evitar complicaciones. No hemos encontrado en la literatura referencia alguna a la aparición de diplopia tras la laberintectomía química.

Es importante la aplicación de gafas de Frenzel o métodos de grabación de movimientos oculares para diagnosticar en esa fase temprana la aparición de la diplopia.

Conclusiones: La terapia intratimpánica es una alternativa segura y eficaz en el manejo del paciente con enfermedad de Meniere. La aparición de la diplopia tras la aplicación de gentamicina puede estar infradiagnosticada. Normalmente se corrige el defecto por sí sólo y no es necesario ningún tratamiento específico.

Debemos utilizar todos los medios a nuestro alcance para detectar precozmente la abolición del vestíbulo y realizar la mínima aplicación posible de gentamicina intratimpánica.

Palabras clave: Laberintectomía química; gentamicina intratimpánica; foria.

Acute diplopia posterior to chemical labyrinthectomy**Summary**

Introduction: Chemical labyrinthectomy with gentamicin is an ambulatory procedure with a low rate of iatrogenical effects. We present a case with a rare complication and review the especific literature.

Clinical report: We present a women with a left Meniere's syndrome. A corticoid intratimpanic threatment was done and we don't get control of symptoms. A gentamicin labyrinthectomy was done, and an accute diplopia with no other clinical manifestations appears.

Discussion: 95% of Ménière's symptoms gets control with medical theatments. Security of gentamicin is accepted since 80's decade. Susceptibility of action in inner ear is variable. We have to use minimal dosis of gentamicin to have control of the disease. Monitoring with VHIT is a new diagnosys arm to avoid complications. No references of diplopia postlaberintectomy was collected on medical literature. It's very important control ocular movements by a recording metod or Frenzel glasses.

Conclusion: Intratimpanic therapy is a secure metod. A diplopia postlaberintectomy is undiagnosed. Usually no specific threatment is required. We have to use all recurses to detect a earl abolition of vestibule and use minimal dose of gentamicin as possible.

Keywords: Chemical labyrinthectomy, intratimpanic gentamicin, phoria.

Introducción

La laberintectomía química mediante inyección intratimpánica de gentamicina se considera hoy en día un procedimiento sencillo, seguro y eficaz en el tratamiento de la enfermedad de Meniere. En la década de los 80, diversos estudios demostraron la difusión del medicamento a través de la ventana redonda, y una adecuada concentración en los espacios del oído interno y una seguridad adecuada en esta vía de administración [1].

Presentamos un caso de una rara complicación tras una laberintectomía química y se realiza una revisión de la literatura al respecto.



Descripción

Mujer de 52 años, sin factores de riesgo cardiovascular, neurológicos ni quirúrgicos de interés, aparte de obesidad grado II y otopatía en la infancia con timpanosclerosis bilateral en placas. Presentaba antecedentes familiares de hipoacusia unilateral y cuadros vertiginosos no filiados maternos. La paciente presenta un cuadro de síndrome de inestabilidad-mareo, con crisis cada vez más frecuentes con una periodicidad menor a la semana en el momento de la consulta, y de aproximadamente 3 horas de duración. Recuerda crisis similares pero de menor intensidad desde 10 años antes. En las crisis presenta intenso cortejo vegetativo previo al mareo, con náuseas vómitos e intensa sudoración y después comienzan las crisis de mareo con síntomas giratorios. Existe un acúfeno continuo de tono grave izquierdo y fluctuaciones auditivas homolaterales. Su médico de atención primaria la trata con betahistina 16 mg cada 8 horas durante los últimos meses y con sulpiride 50 mg cada 8 horas los 2 o 3 días posteriores a las crisis. La paciente presenta un umbral a 30 dB en oído derecho y a 35 dB de media en oído izquierdo con una inteligibilidad del 80% a 50 dB. La timpanometría y los reflejos estapedianos ipsi y contralaterales son normales. No se objetivan desviaciones segmentarias ni nistagmus espontáneos ni provocados. La prueba de agitación cefálica es negativa y no hay signo de la fístula. La resonancia de ángulo pontocerebeloso, conductos auditivos internos y fosa posterior no muestra alteraciones valorables.

Se realiza un seguimiento de 6 meses, en las que se comienza una privación de sal en las comidas y se continúa con el tratamiento propuesto por su médico de atención primaria. En estos 6 meses hasta en tres ocasiones se documentan durante las crisis la aparición de nistagmus horizonte-rotatorio de segundo grado izquierdo, que aumenta con la fijación de la mirada y que se invierte en la siguiente media hora y desaparece en dos horas aproximadamente. Es un cuadro congruente, puesto que presenta desviación de los índices izquierdos, con Romberg simulado y Uttemberg izquierdo

claros. La paciente refiere un incremento de la frecuencia de las crisis y que están empezando a afectar a su vida cotidiana y a sus actividades básicas. En el último mes a pesar de realizar tratamiento con corticoide vía oral (Deflazacort 90 mg 8 días con pauta descendente otros 8 días 60 y 8 días 30 mg), presenta crisis autolimitadas de una hora de duración, con fluctuaciones auditivas izquierdas objetivadas audiométricamente. Se decide inyectar en dos ocasiones dexametasona intratimpánica a 12 mg/ mL sin mejoría evidente y con caída de los umbrales izquierdos de predominio en graves.

Todo esto provoca un cuadro de inseguridad, que la paciente manifiesta como una inestabilidad continua, que le provoca miedo a salir sin compañía. Le angustian mucho las aglomeraciones de gente y evita sitios con mucho ruido de ambiente o con tránsito de personas. Se decide realizar laberintectomía química.

La exploración otoneurológica básica previa es normal. Se evidencia en la audiometría tonal una normoacusia derecha y en OI una curva en montaña con caída en graves (250 y 500 Hz) hasta 65 dB. Se realiza estudio videonistagmográfico en el que presenta hiporreflexia vestibular izquierda con un déficit de 23%.

Se procede a realizar protocolo de inyección intratimpánica izquierda en 4 dosis de gentamicina a una concentración de 60mg/dL, dosis corregida según peso, puesto que la paciente era obesa. Se realiza control audiométrico previo a cada inyección intratimpánica con enmascaramiento.

Al finalizar obtenemos una arreflexia izquierda con un déficit del 92% en la videonistagmografía y con el cese de las crisis y sin afectar la audición. Se objetiva un déficit vestibular congruente también en la exploración.

A los 4 días de la última inyección la paciente consulta en urgencias por aparición brusca de diplopia al levantarse por la mañana. Tras un estudio neurológico básico descarta afectación de otros pares craneales. El día previo al ingreso al despertarse, notó que al fijar la mirada presentaba trastorno visual a veces descrito como distorsión y otras como visión doble. Siempre es un

trastorno binocular. Fuera de la sensación de inestabilidad condicionada por el trastorno vestibular no existen otros síntomas. En los días de evolución durante el ingreso se mantiene o mejora débilmente la diplopia.

A la exploración se aprecia diplopia binocular sin alteraciones en las ducciones, ni de las versiones ni de la convergencia. No existe asimetría en las distintas posiciones de la mirada. Mediante test subjetivo con exploración con cristales de diferente color se comprueba trastorno de la alineación ocular oblicua que es comitante (constante en todas las posiciones de la mirada) que expresa una exotropía e hipertropía. No existe fatigabilidad clínica ni anomalías en el resto de la exploración neurológica.

Se constata un empeoramiento de la diplopia al mirar a lo lejos. La paciente compensaba la diplopia rotando la cabeza hacia el lado parético.

Los estudios de imagen (nueva RMN y TC) no aprecian patología alguna y no existen alteraciones analíticas de interés. Se mantiene sin otra semiología. Dada la existencia de la alteración del alineamiento comitante no se encuentra indicios de alteración estructural del SNC ni miopatía ocular. Se sospecha una heteroforia descompensada a heterotropía. Por la asociación temporal se plantea la posibilidad de que el factor precipitante sea la inyección intratimpánica de gentamicina.

Discusión

En la actualidad los tratamientos utilizados para la enfermedad de Ménière están encaminados hacia el control de los síntomas, principalmente el vértigo que es el más molesto para los pacientes. El 95% de los pacientes con enfermedad de Ménière presentan un vértigo controlable con tratamientos médicos convencionales [1]. Los pacientes que no responden a estas medidas son candidatos a procedimientos invasivos, los cuales tradicionalmente se clasifican en procedimientos de drenaje y procedimientos destructivos.

La seguridad de la inyección intratimpánica de gentamicina está reconocida desde hace años. Schucknecht fue el primero en describir esta técnica para el tratamiento de la enfermedad de Ménière. En la laberintectomía química se comenzaron a utilizar aminoglucósidos como la estreptomina, pero se ha comprobado que la mayor selectividad vestibulotóxica la tiene la gentamicina [2, 3, 4]

En lo que no hay consenso es en la dosis que es necesario administrar ni si deben ser pautas fijas de inyección o a demanda [5]. Kaplan en el 2000, y Mc Feely en 1998 son partidarios de inyectar 12 veces consecutivas a dosis de 26,7 mg/dL, pero esa pauta y otras parecidas de larga duración nos parecen seguras pero demasiado tediosas para el paciente. Otros autores como Quaranta en 2001 proponen inyectar 80 mg/dL en dos únicas dosis, con un control excelente del vértigo pero mayor tasa de pérdida auditiva postratamiento. Nosotros utilizamos el protocolo de inyección de 40-60 mg/dL pero siempre a demanda según la clínica y la audiometría de control. En este caso optamos por inyectar 60 mg/dL porque la paciente pesaba más de 90 kg y presentaba timpanosclerosis y posibles bridas cerca de la ventana redonda. Puesto que las ampollas de gentamicina que utilizamos tienen 80 mg en 2 mL, se agrega 0,1 mL de suero fisiológico para corregir la acidez de la solución de gentamicina y así obtenemos los habituales 40 mg/dL.

Es un método ambulatorio que se puede realizar tras la colocación de un

drenaje transtimpánico o fenolizando una parte del tímpano para instilar la gentamicina. Se puede realizar también por inyección directa, o mediante complejos sistemas de catéteres o dispositivos de perfusión en contacto directo con la ventana redonda [6].

La gentamicina produce una destrucción del glicocálix que rodea las células ciliadas de la cresta de los canales semicirculares y de las máculas del sáculo y el utrículo, eliminando la respuesta de las células ciliadas y la producción de endolinfa [7, 8].

Para unos autores son suficientes entre seis u ocho meses de tratamientos médicos convencionales sin resultado positivo sobre el control de las crisis para tomar una decisión de este tipo [9]. Sin embargo, otros autores valoran más la intensidad y frecuencia de las crisis, el grado de hipoacusia y la situación sociolaboral del paciente, es decir, el grado de incapacidad o invalidez, tomando la decisión quirúrgica sólo cuando las crisis impiden el desarrollo de una vida con calidad aceptable [10]. La mayoría de protocolos inician la aplicación de terapia intratimpánica con corticoides, sobre todo en pacientes con una normoacusia o hipoacusias leves [9, 10].

La susceptibilidad a la acción del fármaco es extremadamente variable. Una de las explicaciones a las diferencias de susceptibilidad a la gentamicina intratimpánica es que la absorción del medicamento por la ventana redonda puede variar por la existencia de obstrucciones, fibrosis y bloqueos a nivel de la misma. Los protocolos de administración varían desde una administración semanal, por 3 a 5 semanas, hasta algunos que plantean administración 2 o 3 veces al día por 3 o 4 días consecutivos [6, 10, 11]. Debemos realizar previamente un control audiométrico para descartar hipoacusia iatrogénica. Se trata de utilizar la menor dosis total posible de medicamento para conseguir nuestro objetivo, sin que aparezcan complicaciones. Las complicaciones descritas comprenden inestabilidad o exacerbación de clínica vertiginosa o del acúfeno/presión ótica, o aumento de su hipoacusia temporalmente o incluso de forma permanente. Otros efectos secundarios, como la aparición de migraña o

parestesias son excepcionales. Si es frecuente la aparición de una inestabilidad/ataxia e intolerancia a los movimientos que puede durar meses. También se han comunicado casos de ataxia con oscilopsia. Esto es así en casos en que el SNC es incapaz de compensar completamente la anulación vestibular aunque ésta sea incompleta. No hemos encontrado en la literatura referencia alguna a la aparición de diplopia tras la laberintectomía química.

También es posible que ocasionemos una perforación timpánica residual, sobre todo si usamos un drenaje transtimpánico o una lesión osicular si no actuamos con la debida pericia o el paciente se mueva a consecuencia de la aparición del vértigo.

El mejor sistema es basarse en la reacción clínica y la mejoría del paciente por la resolución del vértigo para detener el tratamiento si se llega a anular ese vestíbulo. El establecimiento mediante la prueba calórica no es efectivo ya que esta prueba estimula tan solo el el conducto semicircular horizontal, pero no los otros dos conductos semicirculares y ni el utrículo-sáculo. Además existe una paradoja con esta prueba, pues si bien la prueba calórica postratamiento indica en la mayoría de los casos la perdida funcional laberíntica, sin embargo y de forma sorprendente, en todas las series se describe un número significativo de pacientes en los que se ha controlado el vértigo a largo plazo, sin modificarse, o apenas modificarse su respuesta a esta prueba. La irrupción reciente del VHIT (Video Head Impulse Test) representa una alternativa muy buena para determinar una aproximación de cuándo hemos abolido la función vestibular y así detener la aplicación de nuevas dosis de gentamicina y evitar iatrogenia. Debemos tener en cuenta que el hecho de que la ganancia del sistema esté por debajo de 0,6 no expresa una arreflexia vestibular completa, pero sí una hipovalencia que puede ser suficiente para la evaluación del tratamiento en centros en los que no disponemos de videonistagmografía y dado que como se ha comentado previamente la no modificación de los valores de función laberíntica en las pruebas calóricas tampoco es definitivo.

La paciente presentaba una "foria", que es un estrabismo que se oculta la

mayoría del tiempo. Es una desviación latente y a veces solo se pone de manifiesto mediante el denominado cover-test. Normalmente son asintomáticas, pero si la foria es grande, se necesita una gran cantidad de esfuerzo para que los músculos mantengan los dos ojos alineados y evitar la diplopia. Esto puede conducir a problemas astenópicos y aparecer dolores de cabeza.

Cuando el estrabismo es intermitente, los ojos pueden permanecer alineados y aparecer derecho la mayoría del tiempo. Ocasionalmente el esfuerzo muscular producido por la compensación del nistagmus estropea esta alineación y entonces aparece el estrabismo.



Figura 1: Sólo se aprecia el estrabismo en la paciente cuando se le hace mirar hacia arriba y el nistagmus se amplifica.

En ese momento el paciente puede referir cambios en las características de los mareos, más inestabilidad o ser difícil de describir la visión doble como tal. Es importante la aplicación de gafas de Frenzel o métodos de grabación de movimientos oculares para diagnosticar en esa fase temprana la aparición de la diplopia.

El diagnóstico diferencial incluye causas vasculares como el síndrome de Wallenberg, infarto y hemorragia talámicos unilaterales, hemorragias bulbares, migraña basilar, tumores troncoencefálicos, esclerosis múltiple o abscesos

troncoencefálicos. Hay también patología otolítica debemos tener en cuenta ante la aparición de una diplopia como un fenómeno de Tullio otolítico o postcirugía de estapedectomía [12].

Conclusiones:

La terapia intratimpánica es una alternativa segura y eficaz en el manejo del paciente con enfermedad de Meniere que no han respondido al tratamiento médico convencional con diurético, vasodilatadores y dieta hiposódica.

La aparición de la diplopia tras la aplicación de gentamicina puede estar infradiagnosticada porque se achaca la exacerbación del mareo al efecto de plenitud ótica y no exploramos adecuadamente a los pacientes o no disponemos de los medios adecuados para el diagnóstico de la diplopia.

Rara vez la duración del cuadro es mayor de unos minutos, y normalmente se corrige el defecto por sí sólo y no es necesario ningún tratamiento específico.

Debemos utilizar todos los medios a nuestro alcance para detectar precozmente la abolición del vestíbulo y realizar la mínima aplicación posible de gentamicina intratimpánica.

Bibliografía

1. Parnes L, Sun A, Freeman D. Corticosteroid pharmacokinetics in the inner ear: Comparison of different drugs and routes of administration. *Laryngoscope* 109; 7:1-17, 1999.
2. Gibson W, Arenberg K. Pathophysiologic theories in the etiology of Ménière's disease. *Otolaryngol Clin North Am* 1997; 30:961-974.
3. Sakagami M, Tomiyama S. Vascular permeability of the stria Vascularis and morphology of the endolymphatic hydrops. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995; 104: 210-217.
4. Takumida M, Anniko M. The effect of gentamicin on cytoskeletons in vestibular sensory cells: A high resolution scanning electron microscopic investigation. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1996; 116:817-823.
5. Herraiz C, Aparicio J. M, Plaza G. Vía intratimpánica en el tratamiento de la patología del oído interno. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2010; 61: 225-232.
6. Rauch S, Oas J. Intratympanic gentamicin for treatment of intractable Ménière disease: A preliminary report. *Laryngoscope* 1997; 107: 49-55.
7. Murofushi T, Halmagyi M, Yavor R. Intratympanic gentamicin in Meniere's disease: Results of therapy. *Am J Otol* 1997; 18:52-57
8. Wackym P, Sando I. Molecular and cellular pathology of Meniere's disease. *Otolaryngol Clin North Am* 1997; 30:947-960.
9. Hirsch B, Kamerer D. Intratympanic gentamicin therapy for Meniere's disease. *Am J Otol* 1997; 18:44-51.
10. Shea JJ Jr, Ge X. Factors influencing results with Streptomycin perfusion of the labyrinth. *Am J Otol* 1993; 14:570-574.
11. Carranza A, Lopez I, Castellano O. Intraotic administration of gentamicin: A new method to study ototoxicity in crista ampullaris of the bullfrog. *Laryngoscope* 1997; 107:137-143.
12. Hugonier R, Hugonier S: Estrabismos, heteroforia, parálisis oculomotoras. Edic. Esp. Toray-Masson; 1973: 151/239.



Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)
Darío Morais Pérez (Valladolid)
Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)
Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)
Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)
Jaime Santos Pérez (Valladolid. España)
Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)
Javier Martínez Subías (Soria)
Pablo Casas Rodería (León)
Enrique Coscarón Blanco (Zamora)
José Granell Navarro (Ávila)
María Jesús Velasco García (Ávila)
Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)
José Luis Alonso Treceño (Palencia)
Comité Externo Nacional:
Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)
Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)
Luis Lassaleta Atienza (Madrid)
Francisco García Purriños (Murcia)
José Luis Llorente Pendás (Asturias)
Constantino Morera Pérez (Valencia)
Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Editorial

Una sociedad científica dinámica

A dynamic scientific society

Ángel Sancho Álvarez

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

Contacto: revistaorl@revistaorl.com

Publicado:
30/04/2012

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

Cita del artículo:

Sancho-Álvarez A. Una sociedad científica dinámica. Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja. 2012; 3 (9): 95-98

Queridos amigos:

Estando ya próximo el XX Congreso de nuestra Sociedad, que se celebrará en La Rioja en el mes de Mayo, me ha parecido oportuno escribir un resumen de la historia de la Sociedad. Por una parte, para recuerdo de los más veteranos y en particular para los más jóvenes.

Fundación: A instancia del Prof. Gil-Carcedo tuvo lugar en la Facultad de Medicina de Valladolid una reunión el 25 de Abril de 1992, para la creación de la Sociedad Otorrinolaringológica Castellano-Leonesa de ORL. A esta reunión asistieron: Luis María Gil-Carcedo y Ángel Sancho de Valladolid, José Luis Alonso Treceño de Palencia, Luis Agustín Herrero de Ávila (†) Francisco Ruiz González de Burgos, Cristino Casas de León y Agustín del Cañizo Fernández Roldán de Salamanca.

Evolución: Se formalizaron los Estatutos y se inscribió en el Registro de Asociaciones como "SOCALEORL". El primer Presidente fue el profesor Luis María Gil-Carcedo y Presidente de Honor Prof. Casimiro del Cañizo. Nuestra Sociedad ha tenido un gran auge y crecimiento, debidos al entusiasmo y trabajo de sus fundadores y a los jefes de Servicio de los distintos Hospitales y a las dos cátedras de ORL de nuestra autonomía: Valladolid y Salamanca.

A petición de los Profesores Julio Rama Quintela y Juan Carlos Infante Sánchez, de Santander y Logroño respectivamente y por acuerdo en Asamblea General de nuestra Sociedad celebrada en Soria el 31-V-97 se amplió a Cantabria y La Rioja. Con fecha 19-V-98 quedó inscrita en el Ministerio del Interior con la denominación de "Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja", aprobándose sus Estatutos. En la actualidad la Sociedad está formada por 160 socios. De esta forma nuestra Sociedad mantiene una buena andadura al contar en su ámbito con tres Facultades de Medicina, de tres Universidades: Valladolid, Salamanca y Cantabria, y con hospitales de gran prestigio.

Actividades:

1-Congresos: Anualmente se celebra un Congreso con gran éxito de participantes, tanto a nivel científico como social.

Estos congresos han sido los siguientes:

- I. León, 14 y 15 de mayo de 1993. Presidente: Cristino Casas Rubio
- II. Palencia, 20 Y 21 de mayo de 1994. Presidente: José Luis Alonso Treceño
- III. Salamanca, 9 y 10 de junio de 1995 Presidente: Felipe Gómez Toranzo
- IV. Segovia, 31 de mayo y 1 de junio de 1996. Presidente: Carlos Kaiser Ramos
- V. Soria. 30 y 31 de mayo de 1997. Presidente: José Ángel Garzón Calles
- VI. Valladolid, 26 y 27 de junio de 1998. Presidente: Luis M^a Gil-Carcedo
- VII. Zamora, 24 y 25 de junio de 1999. Presidente: Marcelino Martín Avedillo
- VIII. Ávila, 2 y 3 de junio de 2000. Presidente: Luis Agustín Herrero. (†)
- IX. Burgos, 8 y 9 de junio de 2001. Presidente: Enrique Suárez Muñiz
- X. Santander (Cantabria), 10 Y 11 de mayo de 2002. Presidente: Julio Rama Quintela
- XI. Logroño (La Rioja), 23 y 24 de mayo 2003. Presidente: Juan Carlos Infante Sánchez
- XII. León, 28 y 29 de mayo de 2004. Presidente: Ignacio Álvarez Álvarez
- XIII. Palencia, 27 y 28 de mayo de 2005. Presidente: José Luis Alonso Treceño.
- XIV. Salamanca, 2 y 3 de junio de 2006. Presidente: Juan Luis Gómez González
- XV. Segovia, 15 y 16 de junio de 2007. Presidente: Carlos Kaiser
- XVI. Soria, 6 y 7 de junio de 2008. Presidente: Ricardo Heras Domínguez
- XVII. Valladolid 12 y 13 de junio de 2009. Presidentes: Darío Morais Pérez y Luis Angel Vallejo Valdezate.
- XVIII. Zamora, 28 y 29 de mayo de 2010. Presidente: José Luis Blanco García
- XIX. Santillana Del Mar (Cantabria), 3 y 4 de junio de 2011. Presidente: Marta Báscones García

2-Reuniones de la Junta Directiva: La Junta Directiva de la Sociedad celebra anualmente, en octubre o noviembre la reunión en su sede de la Facultad de Medicina de Valladolid. La Junta se renueva cada tres años en el 50/% de sus miembros.

Otras actividades:

- 1- Premios Victorino Ruano: Anualmente se otorgan los premios Victorino Ruano (Compañero de Segovia fallecido), con diploma a las dos mejores comunicaciones orales y a los dos mejores pósters presentados en cada uno de nuestros Congresos, y están dotados con 300 y 150 euros.
- 2- Beca: La Sociedad creó en el año 2001, una beca dotada de 3000 euros, para la estancia ó rotación en un Hospital nacional o extranjero en un servicio de O.R.L., de una duración entre 15 y 30 días. Se concede por un jurado formado por miembros de la Junta Directiva, y siempre en la Reunión de la misma en el mes de noviembre de cada año
- 3- Como gran novedad, la creación de la Revista "on-line", por José Luis Pardal, que está funcionando con gran éxito, y constituye el nexo y punto de información para todos los compañeros.

Creo que este resumen de la historia y vida de nuestra Sociedad puede ser de interés para todos.

Con este fin y este espíritu lo he realizado. Espero que sea de vuestro gusto.

Un fuerte abrazo



Fdo. Ángel Sancho Álvarez
Presidente de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja



Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid. España)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Javier Martínez Subías (Soria)

Pablo Casas Rodera (León)

Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)

María Jesús Velasco García (Ávila)

Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)

José Luis Alonso Treceño (Palencia)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)

Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)

Luis Lassaleta Atienza (Madrid)

Francisco García Purriños (Murcia)

José Luis Llorente Pendás (Asturias)

Constantino Morera Pérez (Valencia)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Caso clínico

Síndrome de Gradenigo y trombosis de seno cavernoso secundaria a otitis media aguda

Gradenigo's syndrome and thrombosis of the cavernous sinus secondary to acute otitis media

Juan P. Pelegrín-Hernández¹; José A. Díaz-Manzano¹, Ana I. Menasalvas-Ruiz², Diego Hellín-Meseguer¹.

Servicio de Otorrinolaringología¹. Servicio de Pediatría². Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia.

Contacto: jppelegrin@gmail.com

Recibido: 17/04/2012	Aceptado: 27/04/2012	Publicado: 02/05/2012
-------------------------	-------------------------	--------------------------

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

Cita del artículo:

Pelegrín-Hernández JP, Díaz-Manzano JA, Menasalvas-Ruiz AI, Hellín-Meseguer D. Síndrome de Gradenigo y trombosis de seno cavernoso secundaria a otitis media aguda. Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja. 2012; 3 (10): 99-106.

Resumen

El síndrome de Gradenigo se caracteriza por dolor facial en la zona inervada por el trigémino y una oftalmoplejía externa unilateral (parálisis del VI par craneal) secundaria a petrositis apical aguda, por complicación evolutiva de una otitis media. Se trata de una complicación grave que requiere de un tratamiento inmediato para evitar secuelas permanentes y puede asociarse a otras complicaciones intracraneales como la trombosis del seno cavernoso. Presentamos el caso de un varón de 4 años que consulta por fiebre, cefalea y parálisis ocular externa en el curso de una otitis media aguda.

Palabras clave: Síndrome de Gradenigo; otitis media complicada; parálisis VI par; petrositis apical; trombosis del seno cavernoso

Gradenigo's syndrome and thrombosis of the cavernous sinus secondary to acute otitis media.

Summary

Gradenigo's syndrome is characterized by facial pain in the area supplied by the trigeminal nerve and a unilateral external ophthalmoplegia (paralysis of VI cranial nerve) secondary to acute apical petrositis for evolutionary complication of otitis media. This is a serious complication that requires immediate treatment to prevent permanent damage and may be associated with other intracranial complications such as thrombosis of the cavernous sinus. We report a 4 year old male who complains of fever, headache and external ocular paralysis in the course of acute otitis media.

Keywords: Gradenigo's syndrome; complicated acute otitis media; VI cranial nerve paralysis; apical petrositis; thrombosis of the cavernous sinus.

Introducción

Las complicaciones de la otitis media desde el empleo de antimicrobianos son relativamente infrecuentes; se han clasificado tradicionalmente en intratemporales (mastoiditis, petrositis, laberintitis, parálisis facial) e intracraneales (meningitis, absceso subdural, extradural o cerebral, tromboflebitis de los senos venosos e hipertensión intracraneal benigna) [1,2]. El síndrome de Gradenigo se caracteriza por dolor facial en la zona inervada por el trigémino y parálisis del VI par craneal secundaria a petrositis apical aguda, por complicación evolutiva de una otitis media. Se trata de una complicación grave que requiere de un tratamiento inmediato para evitar secuelas permanentes. En general, se asocia a otras complicaciones intracraneales como la trombosis del seno cavernoso.

Descripción

Escolar de 4 años de edad que ingresa por cuadro de fiebre de 4 días de evolución, otalgia, fotopsias, episodios intermitentes de cefalea frontal y postración con tendencia a la somnolencia. En la exploración se aprecia el ojo derecho en aducción sin ptosis ni alteraciones pupilares; la otoscopia revela un abombamiento de la membrana timpánica con otorrea en oído derecho. Se inicia tratamiento con cefotaxima. En la TC se muestran hallazgos compatibles con otomastoiditis (Figura 1). La Angio-RM revela petrositis derecha con trombosis de seno cavernoso derecho, arteritis de porción intracraneal de arteria carótida interna derecha y trombosis parcial de tercio inferior de seno sigmoide y porción inicial de vena yugular interna derecha (Figura 2). Se añade vancomicina, metronidazol y dexametasona al tratamiento previo, además de tratamiento anticoagulante con Enoxaparina. Permanece 31 días ingresado y es dado de alta asintomático con tratamiento domiciliario y control clínico-radiológico posterior.



Figura 1. TC de peñasco con contraste: ocupación mastoidea compatible con otomastoiditis y petrositis derecha.

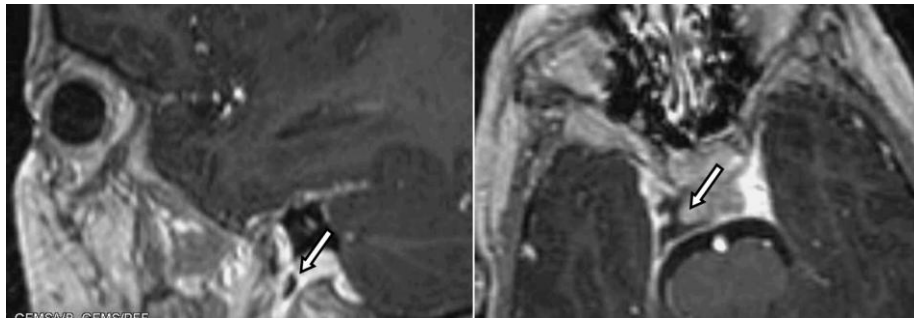
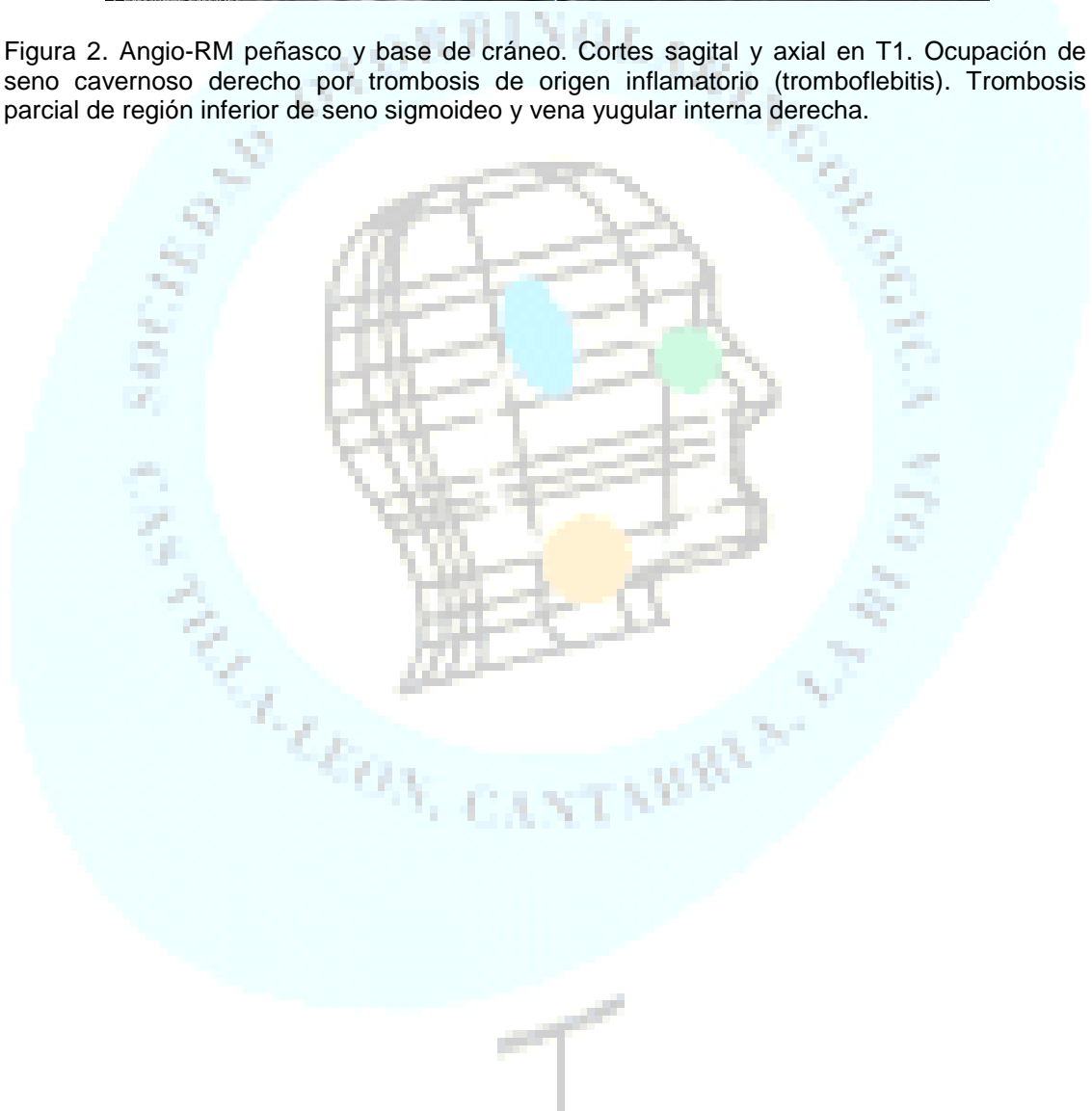


Figura 2. Angio-RM peñasco y base de cráneo. Cortes sagital y axial en T1. Ocupación de seno cavernoso derecho por trombosis de origen inflamatorio (tromboflebitis). Trombosis parcial de región inferior de seno sigmoideo y vena yugular interna derecha.



Discusión

El síndrome de Gradenigo fue descrito en 1907 por Giuseppe Gradenigo. Se caracteriza por dolor facial en la zona inervada por el nervio trigémino y una oftalmoplejía externa unilateral por parálisis del VI par craneal secundaria a petrositis apical aguda por complicación evolutiva de una otitis media [3,4]. El sustento anatomofisiológico de este proceso radica en la petrositis u osteítis profunda del peñasco secundaria a una diseminación inflamatoria desde el oído medio y la mastoides, que se torna extradural y afecta al ganglio de Gasser (nervio trigémino) y a las fibras del nervio motor ocular externo o VI par craneal.

Hoy en día es una patología excepcional desde el uso de la antibioterapia, sin embargo su aparición no deja de ser un proceso extremadamente grave y asociado generalmente a otras complicaciones intracraneales de la otitis media como la trombosis séptica del seno cavernoso; la cuál describe un proceso tromboflebítico de las venas intracraneales de etiología infecciosa, donde se pueden vincular como entidades etiológicas, las infecciones de origen facial, senos paranasales (sinusitis), menos frecuente las infecciones otológicas [5].

Ante toda cefalea frontal unilateral y parálisis del VI par craneal en el contexto de una otitis media aguda, es obligatorio descartar la petrositis aguda. Las pruebas de imagen son imprescindibles para objetivar la patología sospechada. El TC con contraste de la base de cráneo y peñasco presenta alteración de la intensidad de señal que afecta el ápice petroso, ocupación por

material inflamatorio de las cavidades mastoideas y lesión lítica ósea en el ápice petroso [6]. La RM es superior al TC en el hallazgo de complicaciones intracraneales acompañantes; presenta una sensibilidad del 95% y una especificidad de hasta el 86% en la detección del trombo en la trombosis séptica del seno cavernoso secundaria a petrositis aguda [7].

El diagnóstico diferencial del síndrome de Gradenigo incluye tumores como meningiomas, sarcomas o neurinomas y aneurismas. Sin embargo, en pediatría la petrositis aguda es la principal causa [8].

El tratamiento se basa en la antibioticoterapia parenteral prolongada [9], generalmente una cefalosporina inyectable de tercera generación asociado a aminoglucósido y metronidazol durante 2-4 semanas. El tratamiento quirúrgico se reserva para los casos de mala evolución con tratamiento médico conservador y consiste en el drenaje de los focos primarios.

Bibliografía

1. Jiménez Moya AI, Ayala Curiel J, Gracia Remiro R, Herrera Martín M, Santana Rodríguez C, Hortelano López M, Romero Escos D. Trombosis de seno sigmoide como complicaciones de otitis media. *An Esp Pediatr.* 2000; 53: 488-491.
2. Crovetto De La Torre M, Aristegui Fernández J. Complicaciones y secuelas de la otitis media aguda. En: *la otitis media en la infancia.* Barcelona: Prous Science. 1997;p. 61-69.
3. Villa G, Lattere M, Rossi A, Di Pietro P. Acute onset of abducens nerve palsy in a child with prior history of otitis media: a misleading sign of Gradenigo Syndrome. *Brain Dev.* 2005;27:155-9.
4. Lutter SA, Kerschner JE, Chusid MJ. Gradenigo syndrome: a rare but serious complication of otitis media. *Pediatr Emerg Care.* 2005;21:384-6.
5. Calderon ME, Camacho AM, Fernandez E. Trombosis del seno cavernoso. *Gac Med Bol.* 2009; 32(2): 44-47.
6. Morales JH, Pérez AJ. Síndrome de Gradenigo. Hallazgos imaginológicos. *Rev. Colomb. Radiolog.* 2007;18(2):2133-6.
7. Stam J. Thrombosis of the cerebral veins and sinuses, *N Engl J Med.* 2005; 352:1791-8.
8. Neipp López R, Vizcaíno Díaz C, Revert Lázaro F, Espinosa Seguí N, Fuentes Castelló MA, Neipp Lindenau C. Oftalmoplejia externa secundaria a petrositis apical. Síndrome de Gradenigo. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2003,5:571-575.
9. Luntz M, Brodsky A, Nusem S, Kronenberg J, Keren G, Migirov L, et al. Acute mastoiditis, the antibiotic era; a multicenter study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001; 57: 1-9.



Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid. España)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Javier Martínez Subías (Soria)

Pablo Casas Rodería (León)

Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)

María Jesús Velasco García (Ávila)

Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)

José Luis Alonso Treceño (Palencia)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)

Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)

Luis Lassaleta Atienza (Madrid)

Francisco García Purriños (Murcia)

José Luis Llorente Pendás (Asturias)

Constantino Morera Pérez (Valencia)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Póster

Experiencia en la prevención y tratamiento de estenosis glóticas luego de microrresección quirúrgica transoral aplicando Mitomicina C

Experience in the prevention and treatment of glottic stenosis after transoral microresection with mitomycin C

Jhonder Xavier Salazar Guilarte, Manuela Sancho Mestre, Guillermo Severá Ferrándiz, Juan Ramón Gras Albert

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Alicante. Alicante, España.

Contacto: jhoxasagui@hotmail.com

Recibido: 30/04/2012	Aceptado: 30/04/2012	Publicado: 07/05/2012
-------------------------	-------------------------	--------------------------

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

Referencia del artículo:

Salazar-Guilarte JX, Sancho-Mestre M, Severá-Ferrándiz G, Gras Albert JR. Experiencia en la prevención y tratamiento de estenosis glóticas luego de microrresección quirúrgica transoral aplicando Mitomicina C. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012; 3(11):107-110.

Resumen

Introducción: El manejo microquirúrgico de las bridas y sinequias que se forman tras la exéresis de lesiones glóticas bilaterales, es devastador y desafiante para el cirujano que las trata, con pobres resultados funcionales. Estas lesiones requieren una amplia variedad de múltiples procedimientos con la consiguiente formación de aún más bridas, sinequias, cicatrices y disfonía persistente. La Mitomicina C (MMC) es un antibiótico antineoplásico que actúa como agente alquilante al inhibir la síntesis de ADN y de proteínas.

Materiales y métodos: Revisión de las historias clínicas de pacientes con lesiones glóticas anteriores malignas incluyendo la comisura anterior durante cinco años. Detalles como edad, sexo, diagnóstico, historia de cirugías laríngeas previas, duración del seguimiento, complicaciones entre otros fueron analizados. Las lesiones fueron resecadas mediante microcirugía transoral con láser CO₂, para inmediatamente ser tratadas con algodón embebido en MMC a 0.4 mg/ml durante 5 minutos al final de la cirugía. Los resultados fueron evaluados al año usando una escala visual.

Resultados: Un total de 26 pacientes se incluyeron en el análisis con edades comprendidas entre 50 y 81 años. La mayoría de las aplicaciones tópicas fueron en la parte anterior bilateral del la glotis (98.5%), luego de resección de lesiones malignas. Se realizaron 2 tipos de cirugía, para prevenir sinequias (45%), y para tratar las cicatrices o restenosis (55%). El éxito (ausencia de sinequias) en ambos grupos fue estadísticamente no significativo (p=.6).

Conclusiones: La MMC no es estadísticamente efectiva en tratar ni prevenir cualquiera de estas lesiones y, sólo previene cicatrización y por consiguiente sinequias, en heridas recientes (agudas); sin embargo, luego de un tiempo reaparecen. En mucosa previamente dañada con un proceso de cicatrización estable, tampoco se obtuvo beneficio significativo.

Palabras clave: brida laríngea; mitomicina C; estenosis glótica; microresección; sinequia.

Experience in the prevention and treatment of glottic stenosis after transoral microresection with mitomycin C

Summary

Introduction: Endolaryngeal microsurgical management of bilateral glottic lesions such as webs or scars is devastating and challenging for the surgeon to treat, with poor functional results. These lesions require a variety of multiple procedures with postoperative scarring, synechiae, more web formation and subsequent dysphonia. Mitomycin C (MMC) is an antineoplastic antibiotic that acts as an alkylating agent by inhibiting DNA and protein synthesis.

Materials and methods: A retrospective chart review of all patients treated with glottic lesions involving the anterior commissure during five years. Details such as age, sex, diagnosis, history of past laryngeal surgery, follow up duration, complications among others were analyzed. The lesions were removed by transoral microsurgery using a CO₂ laser, and immediately treated with a cottonoid pledget soaked in MMC with 0.4 mg/ml for 5 minutes at the end of surgery. Outcome was assessed at one year using a visual scale.

Results: A total of 26 patients were included in the analysis with ages ranging from 50 to 81 years old. Most of the topical applications were on the bilateral anterior aspect of the glottis (98.5%), after the resection of malignant lesions. We performed 2 types of surgery, for the prevention of synechiae (45%), or to treat secondary scars or restenosis (55%). The success (no synechiae) was statistically insignificant (p = .6).

Conclusions: MMC is not statistically effective in treating or preventing any of these lesions after long term control and, only prevents scars and webs in acute wound healed, but after some time it reappeared. In previously damaged mucosa with a static process of healing no benefit was neither observed.

Keywords: laryngeal web; mitomycin C; glottic stenosis; microresection; synechiae.



Experiencia en la prevención y tratamiento de estenosis glóticas luego de microresección quirúrgica transoral aplicando mitomicina C

Salazar G, Jhonder X; Sancho M, Manuela; Severá F, Guillermo; Gras A, Juan R.

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General Universitario, Alicante, España.

Introducción: El manejo microquirúrgico de las bridas y sinequias que se forman tras la exéresis de lesiones glóticas anteriores bilaterales, sobre todo en la comisura anterior (CA), es devastador y a la vez desafiante para el cirujano que las trata, con resultados funcionales muy pobres. Estas lesiones requieren una amplia variedad de múltiples procedimientos con la consiguiente formación de aún mas bridas, sinequias, cicatrices y disfonía persistente. La mitomicina C (MMC) es un antibiótico-antineoplásico que actúa como agente alquilante al inhibir la síntesis de ADN y de proteínas. Teóricamente puede inhibir la división celular y la proliferación de fibroblastos y es ampliamente usado para prevenir la estenosis en múltiples campos de la medicina, incluyendo la laringología. (fig.1)



Fig.1 Lesiones sugestivas de aplicación de MMC posterior a exéresis quirúrgica.

Objetivo: evaluar el uso de la aplicación tópica de MMC en la prevención y tratamiento de las lesiones glóticas y sinequias después de su microexéresis mediante láser CO₂.

Edad	Sexo	Lesión inicial	Compromiso de CCVV	Lesión Pre-tratamiento
50	M	No	2/3 ant 2CV y CA	Sinequia
66	M	No	2/3 ant 2CV y CA	Sinequia y granuloma
55	M	No	2/3 ant 2CV y CA	Lesion irregular exofítica y granuloma
60	M	No	1/3 ant 1CV y CA	Sinequia + recurrencia tumoral
71	M	No	2/3 ant 2CV y CA	Sinequia
75	M	Si	2/3 ant 2CV y CA	Lesión primaria (ulcero-infiltrante)
63	M	No	2/3 ant 2CV y CA	Sinequia y granuloma
61	M	Si	2/3 ant 2CV y CA	Lesión primaria (ulcero-infiltrante)
69	M	Si	2/3 ant 2CV y CA	Lesión primaria (papilomatosa)
60	M	No	3/3 1CV y CA	Recurrencia tumoral toda CCVV unilat
66	F	Si	2/3 ant 2CV y CA	Lesion leucoplásica CVI y edematosa CVD
81	M	Si	1/3 ant 2CV y CA	Lesión primaria (papilomatosa)
51	M	Si	1/3 ant 2CV y CA	Lesión primaria
57	M	No	1/3 ant 1CV y CA	Sinequia
81	M	No	1/3 ant 1CV y CA	Lesión leucoplásica + sinequia
53	M	Si	2/3 ant 1CV y CA	Lesión primaria (papilomatosa)
76	M	No	1/3 ant y post 1CV y CA	Sinequia
50	M	Si	1/3 ant 2CV y CA	Lesión irregular infiltrante
58	M	No	1/3 ant 2CV y CA	Recurrencia tumoral
58	M	Si	3/3 ant 2CV y CA	Displasia y edema de CV

Tabla 1. Datos más importantes de los pacientes finalmente incluidos en el estudio

Resultados: 26 pacientes fueron inicialmente incluidos en el análisis, 6 pacientes fueron excluidos por no cumplir el protocolo y presentar lesiones benignas, estenosis subglóticas y/o lesiones en comisura posterior. Edades comprendidas entre 50 y 81 años (media, 62 años). Todos excepto un paciente eran hombres. Todas las aplicaciones tópicas de MMC fueron por lesiones que incluían la CA. Ningún paciente recibió mas de una aplicación de MMC. Se realizaron 2 tipos de cirugía; Primaria, para prevenir sinequias (45%), y Secundaria, para tratar las cicatrices o restenosis (55%) Tabla 2. La cirugía secundaria de las sinequias era realizada en el contexto de una recidiva tumoral, nunca como lesión única. El éxito (ausencia de sinequias) en ambos grupos fue estadísticamente no significativo (p=.6). El seguimiento en consultas externas fue en promedio de 24 meses. Ningún efecto adverso local o atrofia de cuerdas vocales fue observado.

Discusión: Las sinequias en la glotis y CA son claramente inducidas por la lesión del láser y el trauma a la mucosa laríngea. Nuestros hallazgos sugieren que la MMC no es estadísticamente efectiva en tratar ni prevenir cualquiera de estas lesiones. Según varios estudios^{4,5} la MMC sólo previene cicatrización y por consiguiente sinequias, en heridas recién hechas (agudas); sin embargo, luego de un tiempo subsecuentemente reaparecen. En nuestros pacientes con mucosa previamente dañada y sinequias antiguas, no se obtuvo un beneficio significativo.

Las microsinequias no afectaban la calidad de la voz, sin embargo, la sinequia provocó disfonía que no mejoró con futura rehabilitación de la voz. Este estudio debe ser evaluado en series prospectivas mas largas, para conocer la recurrencia de sinequias a largo plazo. El efecto de la MMC parece estar en relación con su concentración. Se necesitan mas estudios para clarificar los efectos y eficacia de la MMC en la práctica clínica.

Referencias:

1. Roh JL, Yoon YH. Prevention of anterior glottic stenosis after bilateral vocal fold stripping with mitomycin C. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2005;131:690-5.
2. Roh JL, Yoon YH. Prevention of anterior glottic stenosis after transoral microresection of glottic lesions involving the anterior commissure with mitomycin C. Laryngoscope 2005;115:1055-9.
3. Simpson CB, James JC. The efficacy of mitomycin-C in the treatment of laryngotracheal stenosis. Laryngoscope 2006; 116:1923-5.
4. de Mones E, Lagarde F, Hans S, Menard M, Lacourreyre O, Brasnu D. Mitomycin C: prevention and treatment of anterior glottic synechia. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.2004;121:229-34.
5. Marshall S, Mark E. Mitomycin C and the Endoscopic Treatment of Laryngotracheal Stenosis: Are Two Applications Better Than One?. Laryngoscope 2009; 119:272-83.

Materiales y métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes con lesiones glóticas anteriores malignas incluyendo la CA durante un periodo de 5 años (2006-2010). Detalles como la edad, sexo, diagnóstico, historia de cirugías laríngeas previas, fecha de primera cirugía con uso de MMC, resultados de la primera cirugía, duración del seguimiento y complicaciones de la cirugía fueron recogidos en una base de datos (Tabla 1).

Las lesiones fueron resecadas tras microcirugía transoral con láser CO₂ en modo de superpulso, spot de 0.3-0.5 mm y potencia que variaba de 2 a 4 V. Inmediatamente las zonas glóticas susceptibles a estenosarse fueron impregnadas tópicamente con algodón embebido en MMC a una concentración de 0.4 mg/ml durante 5 minutos al final de la cirugía.

Durante el primer mes postoperatorio, se prescribía descanso vocal, corticosteroides y fármacos antireflujo de forma protocolizada. Los resultados fueron evaluados clínicamente por el mismo cirujano. Al transcurrir 1 año se ordenaron los datos según escalas visuales endoscópicas: No sinequias (éxito), microsinequias (fallo parcial), y sinequias (fallo).

Lesión	Tipo de cirugía	Resultados
Maligna (n:20)	Primaria: 45% (9)	E:4; FP:3; F:2
	Secundaria: 55% (11)	E:1; FP:4; F:6

Tabla 2. Resultados según porcentajes. Éxito; FP: fracaso parcial; F: Fracaso



Fig. 2 Postoperatorio de lesiones con persistencia o neoformación de sinequias tras uso de MMC.



XCONGRESO

Sociedad Valenciana de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

Organiza : Servicio de ORL del Hospital de San Juan de Alicante

XCONGRESO
CERTIFICA

Que

D./D^a. SALAZAR GUILARTE, J.; SANCHO MESTRE, M.; SEVERÁ F., G.; GRAS ALBERT, J.R.

Ha/n presentado la comunicación en formato póster "EXPERIENCIA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ESTENOSIS GLÓTICAS LUEGO DE MICRORESECCIÓN QUIRÚRGICA TRANSORAL APLICANDO MITOMICINA C" dentro del X Congreso Sociedad Valenciana de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial celebrado en Alicante los días 2, 3 y 4 de febrero de 2012.

Alicante, 4 de Febrero de 2012.


Dra. Concha Crespo Marco
Presidenta del Congreso


Dr. Eloy Infante Matarredona
Presidente de la SORLV

Alicante 2012

ORGANIZA:



 **ALICANTE**
2, 3 y 4 de Febrero de 2012



Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Javier Martínez Subías (Soria)

Pablo Casas Rodera (León)

Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)

María Jesús Velasco García (Ávila)

Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)

José Luis Alonso Treceño (Palencia)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)

Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)

Luis Lassaleta Atienza (Madrid)

Francisco García Purriños (Murcia)

José Luis Llorente Pendás (Asturias)

Constantino Morera Pérez (Valencia)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Póster

¿Cómo los tratamientos complementarios podrán prevenir una recidiva de cuello en los tumores de hipofaringe y laringe?

In what way complementary therapies can prevent a neck recurrence in hypopharynx and larynx tumors?

Daniela Ribeiro¹, Miguel Viana², Joaquim Castro Silva³, Eurico Monteiro³

1- Servicio de Otorrinolaringología Centro Hospitalar Gaia/Espinho, Portugal 2- Servicio de Otorrinolaringología ULS Matosinhos, Portugal 3- Servicio de Otorrinolaringología Instituto Português Oncologia Porto, Portugal

Contacto: dani.ribeiro.correia@gmail.com

Recibido: 25/05/2012	Aceptado: 27/05/2012	Publicado: 01/06/2012
-------------------------	-------------------------	--------------------------

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

Referencia del artículo:

Ribeiro D, Viana M, Castro Silva J, Monteiro E. ¿Cómo los tratamientos complementarios podrán prevenir una recidiva de cuello en los tumores de hipofaringe y laringe?. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3 (12):111-114.

Resumen

Ha habido un cambio hacia la utilización preferente de quimioterapia y radioterapia (QTRT) después de la cirugía contrariamente a la opción de radioterapia (RT) en caso de ganglios cervicales metastásicos más de 3 cm, presencia de diseminación ganglionar extracapsular, signos de permeabilización vascular o perineural.

Se realizó un estudio retrospectivo con 100 pacientes con carcinoma epidermoide de la laringe y/o la hipofaringe avanzado que fueron sometidos a laringectomía o faringolaringectomía con disección cervical bilateral. Todos tienen ganglios linfáticos positivos para malignidad y tres años de seguimiento mínimo. 50 de estos pacientes fueron sometidos a RT adyuvante y 50 se sometieron a QTRT adyuvante.

Los dos grupos son clínicamente similares en la edad ($p=0,915$), tamaño tumoral ($p=0,603$) y dosis de RT administrada ($p=0,329$), por lo que es posible compararlos. La asociación QTRT pos-cirugía mostró un mejor control de las metástasis regionales (4% vs 16%, $p=0,046$). Existe cierta tendencia a una mayor supervivencia específica de los pacientes que se sometieron a QTRT adyuvante (66% en 3 años vs 54%), pero no estadísticamente significativa ($p=0,154$). En relación con metástasis en la distancia, no mostró ningún efecto protector en los pacientes sometidos a QTRT adyuvante (18% vs 20%, $p=0,5$). El único factor predictivo identificado de mayor riesgo de metástasis es la existencia de invasión extracapsular (77,8%, $p=0,04$).

La QTRT adyuvante proporciona una protección solamente regional de la enfermedad. Los pacientes con invasión ganglionar extracapsular deben tener una vigilancia especial para permitir el diagnóstico precoz de metástasis a distancia e iniciar tratamiento sistémico adecuado.

Palabras clave: laringe; hipofaringe; carcinoma; avanzado; quimioterapia; radioterapia; adyuvante.

In what way complementary therapies can prevent a neck recurrence in hypopharynx and larynx tumors?**Summary**

There has been a shift to preferential use of chemotherapy and radiotherapy (CTRRT) after surgery contrary to the choice of radiotherapy (RT) in case of metastatic cervical lymph nodes larger than 3 cm, presence of extracapsular nodal spread and signs of vascular or perineural permeability.

We performed a retrospective study of 100 patients with advanced squamous cell carcinoma of the larynx and / or hypopharynx who underwent laryngectomy or pharyngolaryngectomy and bilateral neck dissection. Every patients had lymph nodes positive for malignancy and three years minimum follow-up. 50 of these patients underwent adjuvant RT and 50 underwent adjuvant CTRRT.

The two groups were clinically similar in age ($p = 0.915$), tumor size ($p = 0.603$) and RT dose administered ($p = 0.329$), making it possible to compare them. The association CTRRT post-surgery showed better control of regional metastases (4% vs 16%, $p = 0.046$). There was a trend to higher specific survival of patients who underwent adjuvant CTRRT (66% at 3 years vs 54%), but not statistically significant ($p = 0.154$). In relation to distant metastasis, no protective effect was shown in patients undergoing adjuvant CTRRT (18% vs 20%, $p = 0.5$). The only identified predictor of increased risk of metastasis is the presence of extracapsular invasion (77.8%, $p = 0.04$).

The adjuvant CTRRT only provides better regional protection from the disease. Patients with extracapsular lymph node invasion must have a special surveillance to allow early diagnosis of distant metastases and start appropriate systemic treatment.

Keywords: larynx; hypopharynx; cancer; advanced; chemotherapy; radiotherapy; adjuvant.

¿COMO LOS TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS PODRAN PREVENIR UNA RECIDIVA DE CUELLO EN LOS TUMORES DE LARINGE Y HIPOFARINGE?

Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cervico-Facial do Instituto Português de Oncologia do Porto,EPE

Daniela Ribeiro¹, Miguel Viana², Joaquim Castro Silva³, Eurico Monteiro⁴

1- Interno Complementar de ORL CHGE,EPE 2-Interno Complementar ORL Hosp. Pedro Hispano, EPE 3-Assistente Hospitalar ORL IPOP,EPE 4-Director Servicio ORL IPOP,EPE

Introducción y Objetivos

Los tumores de laringe o la hipofaringe se asocian frecuentemente con ganglios metastásicos en el cuello. La radioterapia (RT) o quimiorradioterapia (QTRT) como tratamiento adyuvante a la cirugía se indican para las metástasis regionales de la mayoría de los tumores de cabeza y cuello. En los últimos años ha habido un cambio hacia la utilización preferente de QTRT después de la cirugía en casos de ganglios cervicales metastásicos más de 3 cm, presencia de diseminación ganglionar extracapsular, signos de permeabilización vascular o perineural, contrariamente a la opción de RT hasta hace algunos años. Los objetivos deste estudio son evaluar y comparar los resultados obtenidos en dos grupos de pacientes: los pacientes sometidos a cirugía y RT adyuvante en comparación con pacientes sometidos a cirugía y QTRT adyuvante, especialmente en lo que respecta a su comportamiento metastásico.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo con la selección de 100 pacientes con carcinoma de células escamosas de la laringe y/o la hipofaringe avanzado (estadio III/IV) que fueron sometidos a laringectomía o faringolaringectomía con disección ganglionar cervical bilateral. Todos tienen ganglios linfáticos positivos para malignidad y três años de seguimiento mínimo. 50 de estos pacientes fueron sometidos a RT adyuvante y 50 se sometieron a QTRT adyuvante. Se analizan en los dos grupos tasas de supervivencia, la presencia de recidiva local o distante. El análisis estadístico se realizó en SPSS (versión 17.0, Inc.,Chicago,IL). El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de Mann-Whitney para la comparación de variables continuas, la prueba χ^2 de Pearson para las variables categóricas y el método de Kaplan Meyer para las curvas de supervivencia. Un valor de p menor de 0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS

	Cirugía+RT	Cirugía +QTRT	p valores
Edad media, años	57,22 (± 11,1)	57,0 (± 9,3)	0,915
T clasificación			
pT2	0 (0%)	1 (2%)	0,603
pT3	8(16%)	8 (16%)	
pT4	42 (84%)	41 (82%)	
	50 (100%)	50 (100%)	
N clasificación			
pN1	20 (40%)	10 (20%)	0,027
pN2	28(56%)	32 (64%)	
pN3	2 (4%)	8 (16%)	
	50 (100%)	50 (100%)	
RT dosis, Gy	59,42	61,36	0,329
QT nº ciclos (cisplatino)	-	1 - 10 (20%) 2 -13 (26%) 3 - 27% (54%)	
Interrupción	2 (4%)	10 (20%)	0,014

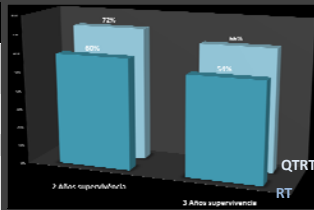


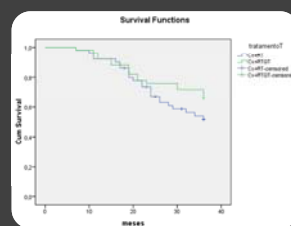
TABLA 2. RESULTADOS ONCOLÓGICOS

	Cirugía+RT	Cirugía +QTRT	p valores
Sobrevida global, meses	28,26 (±8,85)	31 (±8,81)	0,124
Recurrencia, meses	19,0 (±9,9)	15,2 (±8,6)	0,189
2 años supervivencia libre enfermedad	60%	72%	0,146
3 años supervivencia libre enfermedad	54%	66%	0,154

TABLA 3. RESULTADOS ONCOLÓGICOS - RECURRENCIA

	Cirugía+RT	Cirugía +QTRT	p valores
Recurrencia regional	8 (16%)	2 (4%)	0,046
Con invasión extracapsular	--	2/2 (100%)	0,06
Interrupción tratamiento	0/2(0%)	1/10 (10%)	0,20
Tiempo hasta recurrencia, meses	14,13	12	0,189
Metástasis a distancia	10 (20%)	9 (18%)	0,500
Con invasión extracapsular	--	7/9 (77,8%)	0,04
Interrupción tratamiento	1/2 (50%)	1/10 (10%)	0,737
Tiempo hasta recurrencia, meses	25,9	17,22	0,189

SUPERVIVENCIA ESPECÍFICA 3 AÑOS



Discusión y Conclusiones

Los dos grupos son clínicamente similares en el respeto a la edad, el tamaño del tumor y la dosis de RT administrada, por lo que es posible compararlos.

La asociación QTRT pós-cirugía mostró un mejor control de las metástasis regionales estadísticamente significativa. Existe cierta tendencia a una mayor supervivencia específica de los pacientes que se sometieron a QTRT adyuvante, pero esta no se considera estadísticamente significativa.

En relación con metástasis en la distancia, nuestra analisis no mostró ningún efecto protector en los pacientes sometidos a QTRT adyuvante. El único factor predictivo identificado de mayor riesgo de metástasis es la existencia de invasión extracapsular. Los pacientes con estos factores deben ser evaluados para permitir el diagnóstico precoz de metástasis a distancia e iniciar tratamiento sistémico adecuado.

Referencias: Winquist E, Oliver T, Gilbert R. Postoperative chemoradiotherapy for advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: a systematic review with meta-analysis. Head Neck. 2007 Jan;29(1):38-46. Lim JY, Lim YC, Kim SH et al. Predictive factors of isolated distant metastasis after primary definitive surgery without systemic treatment for head and neck squamous cell carcinoma. Oral Oncol. 2010 Jul;46(7):504-8. Chu PY, Li WY, Chang SY. Clinical and pathologic predictors of survival in patients with squamous cell carcinoma of the hypopharynx after surgical treatment. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008 Mar;117(3):201-6.



61 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO FACIAL

Reg. n.º 992

El Dr. Primitivo Ortega del Álamo, Presidente de la Sociedad Española de
Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

CERTIFICA

que la COMUNICACIÓN PÓSTER titulada "¿Como los tratamientos complementarios
podrán prevenir una recidiva de cuello en los tumores de hipofaringe y laringe?" de los
Dres. Daniela Ribeiro, Miguel Viana, Joaquim Castro Silva, Eurico Monteiro. Instituto
Portugués de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE

ha sido presentada y leída durante el 61 Congreso Nacional de la Sociedad Española de
Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial, celebrado en Valencia del 5 al 9 de
noviembre de 2010.

Y para que conste y a instancias del interesado, lo firma en Valencia, a diecinueve de
noviembre de dos mil diez.

Primitivo Ortega del Álamo



Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Javier Martínez Subías (Soria)

Pablo Casas Rodería (León)

Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)

María Jesús Velasco García (Ávila)

Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)

José Luis Alonso Treceño (Palencia)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)

Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)

Luis Lassaleta Atienza (Madrid)

Francisco García Purriños (Murcia)

José Luis Llorente Pendás (Asturias)

Constantino Morera Pérez (Valencia)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Caso clínico

Leiomioma primario nasosinusal con origen en cornete medio. Caso clínico y revisión de la literatura.

Sinonasal primary leiomyosarcoma originated in the middle turbinate. Case report and review of the literature.

Enrique Coscarón Blanco¹, José Luis Pardal Refoyo¹
Tomás Zamora Martínez²

¹Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Asistencial de Zamora. España. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

Contacto: kikekoska@yahoo.es

Recibido: 30/04/2012	Aceptado: 22/05/2012	Publicado: 02/06/2012
-------------------------	-------------------------	--------------------------

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

Referencia del artículo:

Coscarón-Blanco E, Pardal-Refoyo JL, Zamora-Martínez T. Leiomioma primario nasosinusal con origen en cornete medio. Caso clínico y revisión de la literatura. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012;3(13):115-129.

RESUMEN

Los leiomiomas constituyen una variedad muy poco frecuente de tumores nasales o de senos paranasales y por ello su diagnóstico no se sospecha hasta que se realiza biopsia y se estudia la pieza. Su sintomatología es muy similar a la de otros tumores malignos con asiento en esas regiones. Principalmente consiste en dificultad respiratoria nasal, epistaxis, rinorrea y dolor en grado variable. Su diagnóstico histológico se basa en la demostración de un tumor de células musculares lisas con sus criterios morfológicos e inmunohistoquímicos y en la demostración de malignidad. El tratamiento se fundamenta en cirugía con amplio margen de tejido sano ya que no son sensibles a quimioterapia o radioterapia aunque se utilicen en un intento de aumentar la supervivencia. A pesar de todo su pronóstico es muy malo. Presentamos un caso de un voluminoso y extenso leiomioma nasosinusal con origen en el cornete medio. Describimos las características morfológicas e inmunohistoquímicas de estos tumores y las opciones de tratamiento y realizamos una revisión de la literatura publicada acerca de estos tumores.

Palabras clave: Leiomioma nasosinusal; sarcoma de cabeza y cuello; tumor mesenquimal; tumor muscular

Sinonasal primary leiomyosarcoma originated in the middle turbinate. Case report and review of the literature**SUMMARY**

Leiomyosarcomas are very uncommon tumors of the nose or paranasal sinuses and therefore their diagnosis is almost never suspected before biopsy and histologic analysis are accomplished. Their symptoms resemble those caused by other malignant neoplasms of such regions. They mainly consist on breathing impairment, nasal bleeding, rinorrhea and pain in variable degrees. Histological diagnosis depends on the demonstration of a smooth muscle fibres tumor and malignancy too. Treatment is based on extensive surgery since they are not sensible to radiotherapy or chemotherapy although they are commonly employed to improve survival rates. Nevertheless bad prognosis is the rule. An extensive sinonasal leiomyosarcoma with origin in the middle turbinate is reported. Histopathological features, treatment options and clinical course considerations with a literature review are provided.

Keywords: Sinonasal tract leiomyosarcoma; head and neck sarcoma; mesenchimal tumor; muscle cell tumor.

Introducción

Los leiomiomas son tumores poco frecuentes que se originan a partir de fibras musculares lisas. Representan alrededor de un 5% de todos los sarcomas de partes blandas de la economía corporal. Los leiomiomas de cabeza y cuello representan a su vez un 3-6% de todos los leiomiomas. Sus principales zonas de asiento son miometrio uterino, tracto gastrointestinal y vena cava inferior. También se encuentran con relativa frecuencia en los grandes vasos torácicos [1-3].

Se engloban generalmente dentro de los denominados tumores profundos, aunque en ocasiones pueden encontrarse en zonas superficiales del cuerpo, como las mucosas o la piel.

Se caracterizan a grandes rasgos por un comportamiento localmente agresivo aunque clínicamente insidioso, por un diagnóstico diferencial difícil en ocasiones y por un pronóstico malo independientemente del tratamiento realizado, cuya base debe ser la cirugía.

Presentamos un caso de leiomioma nasosinusal con origen aparente en cornete medio, una ubicación poco frecuente para dichos tumores y aportamos nuestras observaciones y una revisión de la literatura disponible respecto a los mismos analizando las controversias diagnósticas y terapéuticas que suscita esta entidad clínica.

Descripción

Paciente mujer de 48 años de edad, con antecedentes personales de tiroiditis autoinmune por enfermedad de Graves-Basedow, que presenta cuadro de insuficiencia respiratoria nasal progresiva y epístaxis de repetición autolimitadas por fosa nasal izquierda de varios meses de evolución. Asocia hiposmia, cefalea hemicraneal izquierda y dolor en fosa nasal izquierda con irradiación retroocular-retroorbitaria ipsilateral. No refiere rinorrea ni cacosmia ni fetidez. Es remitida a nuestro Servicio por cuadro de exoftalmos izquierdo, sospechoso de ser secundario a su patología tiroidea. En la exploración física se objetiva una formación polipoide - vegetante de aspecto hipervascularizado que ocupa la fosa nasal izquierda junto con desviación septal a fosa nasal derecha (Fig1). No se objetivan adenopatías laterocervicales patológicas a la palpación. Se constata asimismo un exoftalmos bilateral, algo mayor del ojo izquierdo, con leve diplopia en mirada extrema izquierda que, valorada por Oftalmología, se atribuye a su patología tiroidea. El resto de la exploración ORL fue compatible con la normalidad.

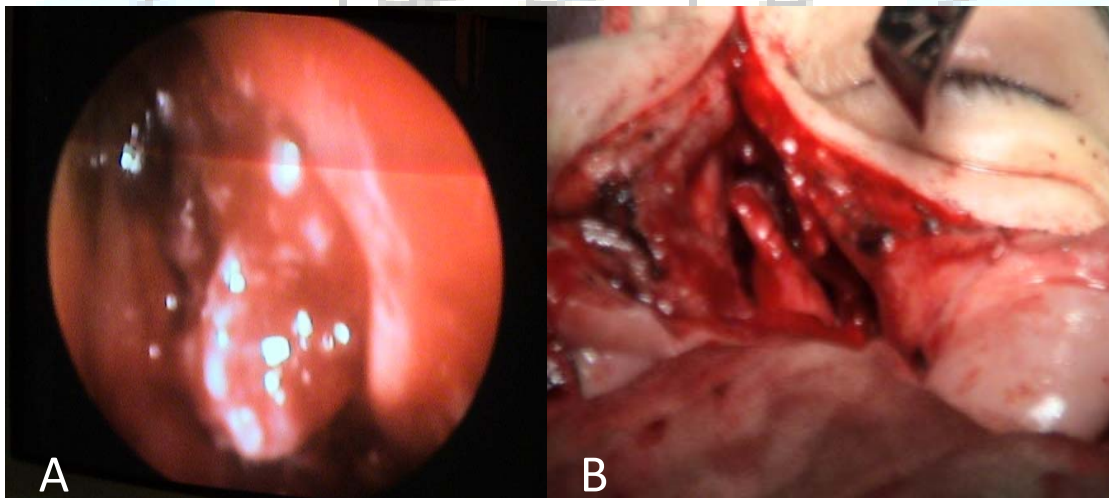


Fig.1- Aspecto del tumor. A-Imagen endoscópica de la tumoración. B-Imagen intraoperatoria a través del acceso paralátero-nasal.

En la Tomografía Axial Computarizada (TAC) nasosinusal y cervical se objetiva una tumoración nasosinusal levemente hipercaptante que ocupa y oblitera celdas etmoidales izquierdas anteriores y posteriores y fosa nasal izquierda, que desplaza el septum nasal hacia la fosa nasal derecha. Engrosamiento de mucosa de seno maxilar de aspecto inflamatorio. No se aprecia afectación

endocraneal ni endorbitaria (Fig.2). No se evidenciaron adenopatías radiológicamente significativas ni imágenes sugerentes de metástasis en el rastreo corporal realizado. La biopsia de la tumoración, que resultó sangrante, fue informada como de tumor de estirpe mesenquimatosa maligna de células musculares. Se propuso a la paciente tratamiento combinado mediante cirugía con quimioterapia y radioterapia complementarias. Se realizó extirpación tumoral incluyendo una muy pequeña parte del septum nasal contactante o adherente con la masa, más etmoidectomía izquierda ampliada a pared medial y mucosa de seno maxilar con abordaje combinado o mixto endoscópico y abierto vía paralateronasal, observándose intraoperatoriamente que el origen del tumor se encontraba en el cornete medio de la fosa nasal izquierda.

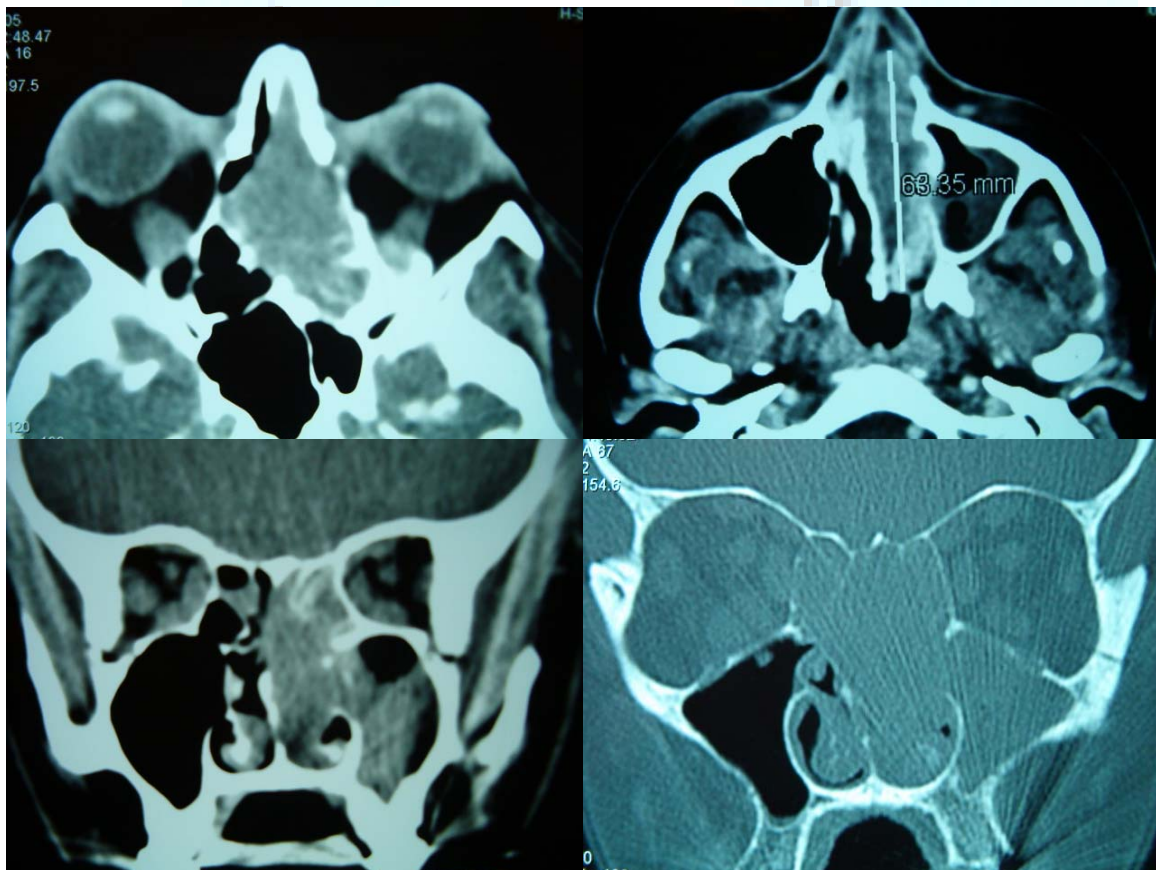


Fig.2: Imagen TAC: Tumoración sin características específicas con extensión nasosinusal. Apréciase que la tumoración respeta las paredes de la órbita y la lámina cribosa. No se aprecia tampoco extensión a fosa pterigopalatina.

En el estudio histológico de la pieza, se puede observar proliferación de alto grado de células mesenquimales pleomórficas fusiformes de tamaño intermedio, con núcleos grandes, hendidos, alargados e irregulares, nucleolos hiper cromáticos y citoplasma de profundo carácter eosinófilo, dispuestas en acúmulos densos, en folículos, en sábanas y fascículos entrelazados según la zona. No se aprecian estriaciones. Se objetiva una intensa actividad mitótica, de 23/10 campos. Se aprecia conservación del epitelio respiratorio de revestimiento, lo cual confirma su origen mesenquimal y asociación aparente de la neoformación con vasos sanguíneos (Fig.3). En el análisis inmunohistoquímico de la pieza, se observa positividad a actina específica de músculo liso, vimentina y desmina, con positividad focal a S-100. Presenta un índice de marcaje con el Ki-67 superior al 60%. Se observa también negatividad a tinción de pankeratina, LCA, ALK-1, CD-34, cromograninas y HMB45. Todos estos hallazgos, junto con la ausencia de estriaciones, orientan a que se trata de una tumoración maligna de músculo liso (leiomioma) de alto grado (Fig.4).

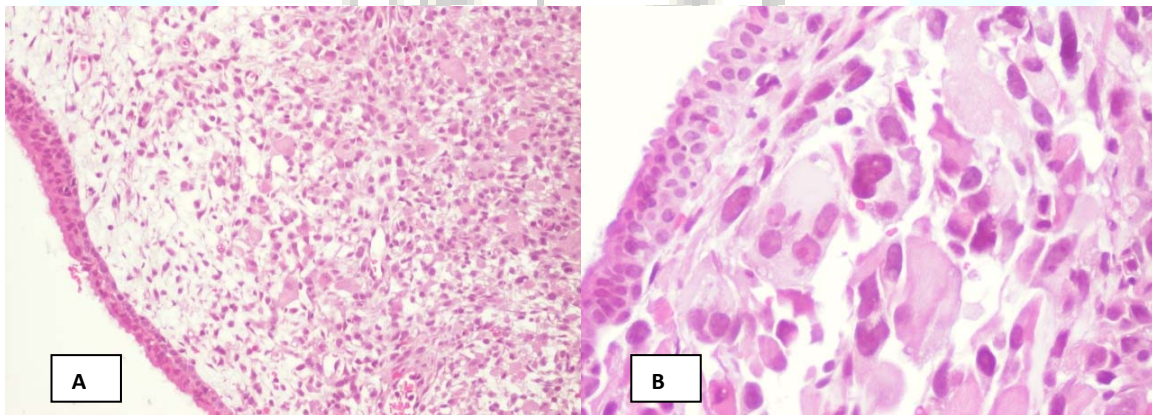


Fig.3: Estudio anatomopatológico de la pieza: Tinción con Hematoxilina-eosina. A-Estudio a 20X: Se aprecia una tumoración mesenquimal de alto grado proliferativo con preservación del epitelio respiratorio y zonas de diferente densidad celular . B- Estudio a 40 X: Se aprecian la proliferación tumoral sarcomatosa, con pleomorfismo celular, células fusiformes y absoluta preservación de la normalidad del epitelio respiratorio.

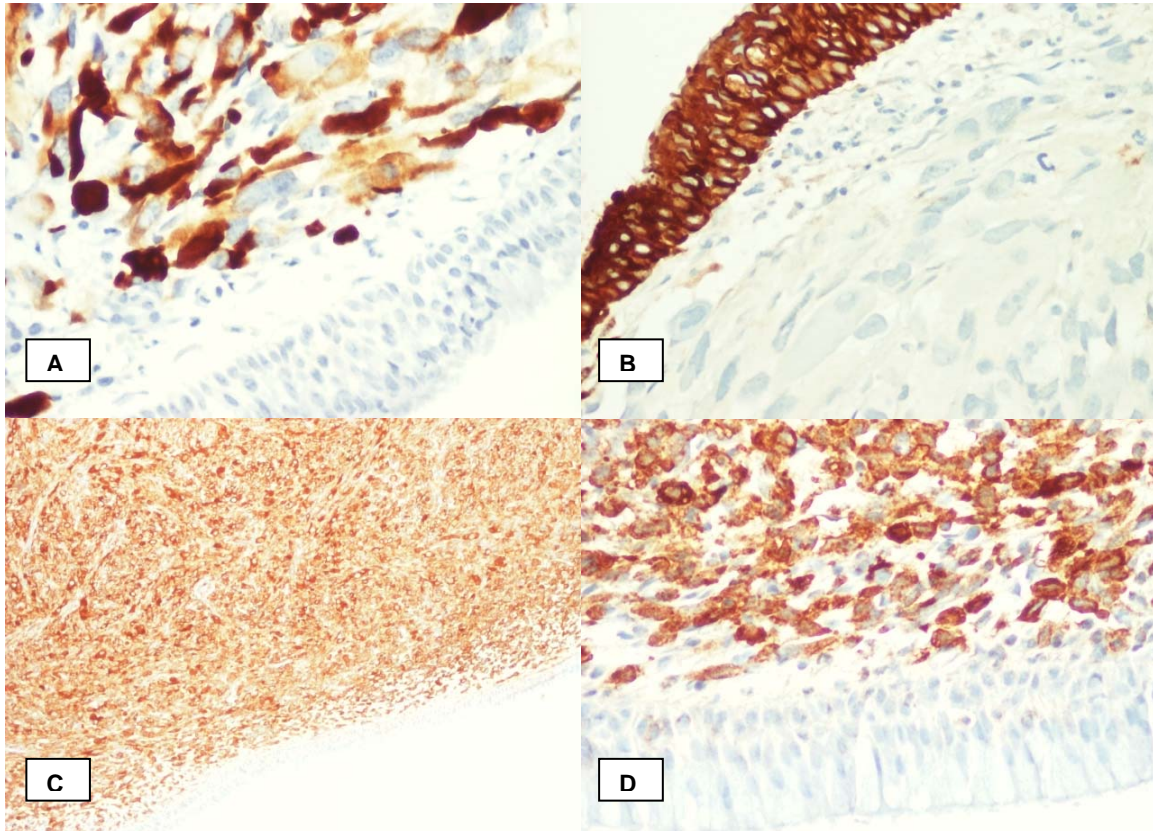


Fig.4: Tinciones inmunohistoquímicas: **A-** Tinción positiva a actina de músculo liso. **B-** Tinción de panqueratina: Se observa cómo el epitelio respiratorio aparece íntegramente teñido por ser rico en queratina y cómo las células tumorales subyacentes no se tiñen. **C-** Tinción de desmina a 20X. Profusa tinción de la tumoración que confirma junto con la de actina su estirpe muscular. Obsérvese cómo el epitelio respiratorio no aparece teñido. **D-** Tinción de desmina a 40X. Obsérvese a mayor detalle la positividad a desmina de la tumoración y la negatividad del epitelio respiratorio.

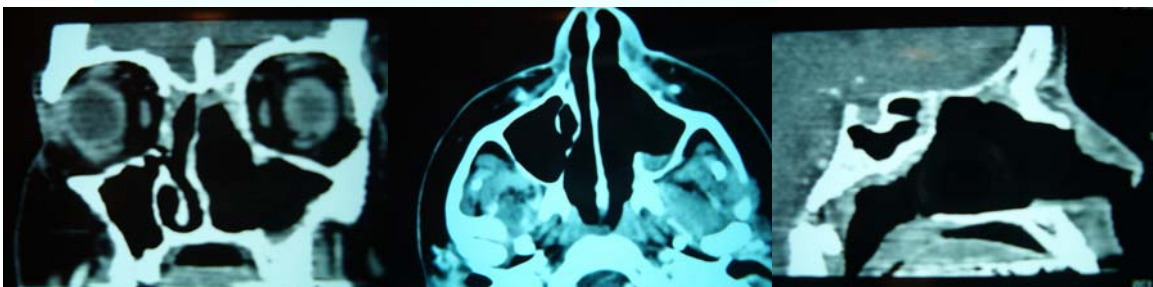


Fig.5: Control TAC postquirúrgico. No se aprecia recidiva tumoral

En el postoperatorio no hubo incidencias destacables y, en los controles sucesivos, no se apreciaron signos de recidiva locorregional ni metástasis regionales (Fig.5).

Se completó el tratamiento con quimioterapia (3 ciclos de adriamicina-ifosfamida) y radioterapia.

Tras 18 meses de seguimiento se observó progresión tumoral local, rechazando la enferma cualquier modalidad de tratamiento.



Discusión

Como ya dijimos, los leiomiomas son tumores muy poco frecuentes en cabeza y cuello, siendo su principal localización los órganos abdominales y grandes vasos abdominales y torácicos [3-20].

Tienden a aparecer en la quinta década de la vida, con leve predominancia del sexo femenino sobre el masculino para algunos autores sin diferencias en cuanto a su agresividad respecto al sexo [4-7].

No se conocen factores etiológicos evidentes en su génesis, aunque algunos autores han querido ver una relación con determinados estados de inmunodeficiencia, radioterapia o quimioterapia o asociados a ciertos tipos de tumores por sí solos, con independencia de su régimen de tratamiento, como el retinoblastoma o virus de Epstein-Barr en base a observaciones sobre los antecedentes personales de los pacientes [8-15].

Prácticamente todos los tipos de cáncer se han descrito como posibles tras radioterapia aunque los más frecuentes en cabeza y cuello son cutáneos y tiroideos. Obviando el tiroideo y la piel, la cabeza y el cuello parecen verse menos afectados por la radiación en términos de génesis tumoral [16].

Para que un tumor se considere radioinducido debe cumplir una serie de criterios [17]:

- 1-Historia documentada de irradiación en ese sitio.
- 2-Periodo de latencia mayor de 5 años.
- 3-Tumor maligno histológicamente probado con origen en el campo de irradiación.

- 4-Histología del nuevo tumor diferente de la del tumor primario si la radioterapia se dio con finalidad del tratamiento oncológico.

Por otro lado, los sarcomas suelen ser una complicación rara a largo plazo, por lo que no hay muchas series con números de casos significativos disponibles, de tal modo que la incidencia acumulativa de sarcomas tras radioterapia es de 0,03-0,3%. Si juntamos la poca frecuencia de sarcomas radioinducidos y su baja frecuencia en cabeza y cuello respecto a otras localizaciones del cuerpo, concluiremos que es difícil implicar con seguridad a la radioterapia en la génesis de leiomiomas de cabeza y cuello [16]. El resto de los factores se han querido identificar en muchos casos a partir de observaciones muy puntuales. Ningún factor de estos concurría en nuestro caso.

Tampoco está absolutamente aclarado su origen. Probablemente sea a partir de las células musculares lisas de la capa media de paredes de los vasos que se sitúan en la nariz ya que son las únicas estructuras que tienen células musculares lisas en esta región anatómica. Esta hipótesis se refuerza con la existencia de inmediata vecindad entre células tumorales y el endotelio de vasos [6,18-20]. Debido a que las porciones posteriores de la nariz son más ricas en vasos que las anteriores, puede explicarse también que sean más frecuentes en las zonas posteriores que en las anteriores. Sin embargo, otros autores apuntan a que su origen pudiera estar en las células mioepiteliales de las glándulas submucosas del epitelio respiratorio, cuya estructura es muy

similar a las células musculares lisas [21]. Como tercer posible origen citaremos la metástasis desde un leiomioma ubicado en otra región anatómica del organismo, por lo que debemos realizar rastreo de las localizaciones más frecuentes [22].

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son obstrucción nasal unilateral, rinorrea acuosa o purulenta, epístaxis, y molestias o dolores locorregionales. Otros síntomas menos frecuentes son la tumefacción nasal o de mejilla, edemas palpebrales, exoftalmos y exteriorización tumoral que se relacionan con tumores muy extensos. Con mucha frecuencia el curso clínico de estos tumores es anodino hasta estadios muy avanzados. En la rinoscopia suelen tener el aspecto de una masa vegetante rojiza que rellena la fosa nasal en mayor o menor medida, que puede presentar zonas de ulceración o necrosis en su superficie. En algunos casos hay que añadir signos y síntomas por invasión o compresión de estructuras cercanas como la órbita, la fosa cerebral anterior y fosa pterigomaxilar. No suelen objetivarse adenopatías cervicales en la palpación cervical en el momento del diagnóstico. Tampoco suelen evidenciarse metástasis a distancia aunque cuando aparecen lo hacen con preferencia en pulmón y hueso [3,4,6,20].

Los estudios de imagen no revelan características específicas para esta tumoración. En la TAC son tumoraciones generalmente voluminosas, levemente hiperdensas, con alguna zona necrótica y pueden acompañarse de áreas de inflamación de mucosa sinusal por disfunción secundaria. Se pueden ver lisis óseas que hacen sospechar posibles extensiones a órbita, endocráneo, fosa pterigomaxilar, etc. La imagen RMN es poco específica. Es útil para diferenciar el tumor de otras estructuras blandas (encéfalo, contenido orbitario...) y valorar su extensión hacia estas regiones, lo cual sí es esencial a la hora de adoptar un planteamiento con intención curativa o paliativa. Los estudios de imagen cobran también interés para descartar metástasis locorregionales o a distancia, circunstancias que, aunque poco frecuentes al diagnóstico, condicionan un pronóstico extremadamente desfavorable [23].

El diagnóstico definitivo se obtendrá por estudio anatomopatológico. A este respecto debemos realizar una serie de consideraciones. La biopsia de la tumoración debe ser realizada con cautela y precaución debido al carácter sangrante de la misma, por lo que esta circunstancia debemos tenerla en cuenta, teniendo previstos los medios adecuados para contener una hemorragia nasal que puede ser importante. En segundo lugar, hay que destacar que si bien el diagnóstico de malignidad de la tumoración es relativamente fácil de obtener, no ocurre así con su naturaleza histológica, siendo en ocasiones muy difícil de diferenciar de otras entidades tales como carcinomas epiteliales, fibrosarcoma, neurofibrosarcoma, rhabdomioma (especialmente su variante embrionaria) o incluso del leiomioma, por lo que se hacen indispensables estudios inmunohistoquímicos para su correcta caracterización [22,32].

La característica histopatológica propia del leiomioma es que se trata de un tumor no capsulado formado por fascículos perpendiculares de células fusiformes con citoplasma eosinófilo y nucleolos hipercromáticos distribuidos de manera no uniforme con zonas de acúmulos celulares y otras más despobladas con criterios histológicos de malignidad (alta densidad celular,

pleomorfismo nuclear, mitosis, atipias), junto a una marcada positividad a vimentina y especialmente a desmina y actina específica de músculo liso. Estos marcadores permiten identificarlo como tumor de células musculares lisas (la actina del citoesqueleto muscular y la desmina y vimentina de los filamentos intermedios). La tinción positiva a estas proteínas catalogará dicho tumor como de estirpe muscular y la tinción negativa a panqueratina descartará su origen epitelial. La positividad a Ki-67, si bien no es obligatoria, sí que refuerza significativamente el diagnóstico. Suele ser también negativa la inmunorreacción a S-100, proteína típica de melanoma y muy característica de schwannoma, aunque en leiomiomas puede ser positiva de forma global o en focos en un porcentaje no despreciable de casos. Lo que sí es constante es la negatividad a HMB-45 (muy específico de melanoma) y a CD-34 [20,24-26,29,32].

Es difícil extraer conclusiones definitivas acerca de su comportamiento y su tratamiento ya que no se disponen de series de casos lo suficientemente amplias para cada región y estadio tumoral. Recogiendo las observaciones de otros autores, coincidimos en que el tratamiento base es la cirugía radical con abordaje a demanda en función de localización y extensión de la tumoración, con amplio margen de resección de tejido sano. Aunque no son tumores radiosensibles, puede obtenerse una respuesta parcial, por lo que algunos autores indican la radioterapia o la quimioterapia como tratamiento complementario a la cirugía o, en casos inoperables, con finalidad paliativa [1-7,20,22,25-31].

El tratamiento quirúrgico debe ampliarse a cadenas ganglionares en opinión de muchos autores sólo si existe sospecha clínica o radiológica de la existencia de adenopatías laterocervicales debido a que en menos de un 20% presentan metástasis cervicales [19]. En nuestro caso, no existía esta sospecha, por lo que no se realizó tratamiento quirúrgico sobre las cadenas ganglionares. Algunos autores han empleado otros procedimientos como la hipertermia o la embolización tumoral en casos concretos con la finalidad de lograr una mayor reducción del volumen tumoral [24,30]. Como ya dijimos con anterioridad, los pocos casos documentados en localización ORL y la escasez de series disponibles, hacen difícil extraer conclusiones definitivas al respecto. En nuestro caso decidimos realizar abordaje combinado externo e interno y tratamiento complementario con quimioterapia y radioterapia dada la edad de la paciente, la extensión del tumor y su alto grado de proliferación en un intento de obtener el máximo de posibilidades de control locorregional.

Respecto al pronóstico, debemos diferenciar dos aspectos: factores que condicionan mal control locorregional, lo que supone alta tendencia a recidiva local, y factores que favorecen la aparición de enfermedad metastásica a distancia.

- A- Factores que condicionan mal control local: localización en cabeza y cuello y lugar específico de asiento dentro de ellos como los senos paranasales, tumor de alto grado, edad avanzada, ciertos subtipos histológicos de sarcoma (rabdomyosarcoma, leiomioma, sarcoma sinovial, sarcoma neurogénico, sarcoma epiteloide, sarcoma de células claras, fibrohistiocitoma maligno), márgenes de resección afectados, tamaño tumoral superior a 10cms (para recurrencia local), ulceración de

la mucosa o tumor de ubicación profunda. Los leiomiomas tienen una alta tasa de recidiva local, generalmente dentro del primer año, que se estima en 50-75% en términos generales. La invasión orbitaria y encefálica resultan desastrosas en términos de supervivencia [1,2,5,6,18,26,27,33,34].

B- Factores favorecedores del desarrollo de enfermedad metastásica: Tamaño tumoral superior a 5cms, alto grado tumoral, subtipos histológicos desfavorables ya considerados. Las mitosis suelen ser de 1-13 mitosis por 10 campos. Un índice mitótico superior a 10 mitosis sobre 10 campos de 400 aumentos muestra un comportamiento agresivo del tumor. Dentro de los sarcomas, los leiomiomas parecen tener una tendencia a metastatizar a distancia superior a los demás subtipos histológicos de sarcoma y si bien su capacidad de metastatizar es limitada (15%), se pueden encontrar con frecuencia metástasis en el momento de su diagnóstico. Los principales lugares de asiento de estas metástasis son pulmón (83%), hígado y esqueleto por vía hematogena. La supervivencia global al año es de aproximadamente un 50% y se hace inferior a 20% a los 5 años de forma global, no existiendo posibilidad de discriminar en función de estadio tumoral, localización o ubicación superficial o profunda por su baja incidencia [3,6,33].

Conclusiones

Es difícil extraer conclusiones definitivas a partir de observaciones puntuales en casos clínicos aislados. Sin embargo, ciertos hechos parecen manifestarse de forma reiterada:

Los leiomiomas de cabeza y cuello son tumoraciones de difícil diagnóstico histológico que tienen una alta agresividad por lo que el tratamiento debe ser radical para lograr el control tumoral local y supervivencia.

Son tumores de mal pronóstico con independencia de la línea de tratamiento que se realice.

Son necesarias series de casos para poder establecer líneas de actuación y extraer conclusiones válidas.

Bibliografía

1. Enzinger MF. Leiomyosarcoma. In Enzinger MF, Weiss SW eds Soft tissue tumors. St Louis. Mosby, 1988, 402-21.
2. Tokiya R, Imajo Y, Yoden E, Hiratsuka J, Kabatake M, Gyoten M, Imai S, Kajihara Y. A long-term survivor of leiomyosarcoma around the right side of the base of the skull: Effective radiotherapy combined with intra-arterial chemotherapy. *Int J Clin Oncol* 2002;7:57-61.
3. Kim JH, Gutierrez FR, Lee EY, Semenkovic J, Bae KT, Ylagan LR. Primary leiomyosarcoma of the pulmonary artery. A diagnostic dilemma. *Clin Imagin* 2003;27:206-211.
4. Kuruvilla A, Wenig BM, Humphrey DM, Heffner DK. Leiomyosarcoma of the sinonasal tract. A clinicopathologic study of nine cases. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 116(11): 1278-86.
5. Huang HY, Antonescu CR. Sinonasal smooth muscle cell tumors: A clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 12 cases with emphasis on the low-grade end of the spectrum. *Arch Pathol Lab Med* 2003; 127(3): 297-304.
6. Lippert BM, Godbersen GS, Lüttges J, Werner JA. Leiomyosarcoma of the nasal cavity. *ORL* 1996;58:115-20.
7. Rice DH, Stanley RB. Surgical therapy of tumors of the nasal cavity, ethmoid sinus and maxillary sinus. In Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD (eds). *Comprehensive Management of head and neck tumors 2nd ed*, W B Saunders Company, Philadelphia, USA, 558-81. 1999.
8. Font RL, Jurco S, Brechner RJ. Postradiation leiomyosarcoma of the orbit complicating bilateral retinoblastoma. *Arch Ophthalmol* 1983; 101:1557-61.
9. Lalwani AK, Kaplan MJ. Paranasal sinus leiomyosarcoma after cyclophosphamide and radiation. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;103(6): 1039-42.
10. Fujii H, Barnes L, Johnson JT, Kapadia SB. Post-radiation primary intranodal leiomyosarcoma. *J Laryngol Otol* 1995.
11. Demirkan F, Unal S, Ceetoglu S, Cinel L. Radiation-induced leiomyosarcomas as second primary tumors-in the head and neck region: Report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2003 ;61:259-63.
12. Jenson HB, Montalvo EA, Mc Clain KL , Ench Y, Heard P, Christy BA, Dewalt-Hagan PJ, Moyer MP. Characterization of natural Epstein-Barr virus infection and replication in smooth muscle cells from a leiomyosarcoma. *J Med*

Virol 1999; 57:36-46.

13. Lee ES, Locker J, Nalesnik M, Reyes J, Jaffe R, Alashari M, Nour B, Tzakis A, Dickman PS. The association of Epstein-Barr virus with smooth muscle tumors occurring after organ transplantation. *N Engl J Med* 1995; 332: 19-25.

14. Mierau GW, Greffe BS, Weeks DA. Primary leiomyosarcoma of brain in an adolescent with common variable immunodeficiency syndrome. *Ultrastruct Pathol* 1997; 21: 301-305.

15. Mueller BU, Butler KM, Higham MC, Husson RN, Montrella KA, Pizzo PA, Feuerstein IM, Manjunath K. Smooth muscle tumors in children with human immunodeficiency virus infection. *Pediatrics* 1992; 90: 460-463.

16. Patel SG, See ACH, Williamson PA, Archer DJ, Evans PHR. Radiation induced sarcoma of the head and neck. *Head Neck* 1999;21: 346-54.

17. Cahan WG, Woodward HQ, Higinbotham NL, Stewart SW, Coley BL. Sarcoma arising in irradiated bone: Report of eleven cases. *Cancer* 1948; 1:3-29.

18. Farshid G, Pradhan M, Goldblum J, Weiss SW. Leiomyosarcoma of somatic soft tissues: a tumor of vascular origin with multivariate analysis of outcome in 42 cases. *Am J Surg Pathol*. 2002 Jan; 26(1): 14-24.

19. Mindell RS, Calcaterra TC, Ward PH. Leiomyosarcoma of the head and neck: A review of the literature and report of two cases. *Laryngoscope* 1975;85:904-10.

20. Manipoud P, Manipoud JP, Kemeny JL, Lafaye M, Salas J. Léiomyosarcome cervical. A propos d'une observation et revue de la littérature. *Ann Oto-Laryng* 1993 ; 110(2) :109-13.

21. Obashi Y, Nakai Y, Muraoka M, Takano H. Asymptomatic leiomyosarcoma of maxillary sinus accompanied by primary mucocele. *Arch Otorhinolaryngol* 1984;240:73-8.

22. Josephson RL, Blair RL, Bedard YC. Leiomyosarcoma of the nose and paranasal sinuses. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985; 93:270-4.

23. Som PM, Brandwein M. Sinonasal cavities: Inflammatory disease, tumor, fractures and postoperative findings. In Som PM, Curtin HD (eds): *Head and Neck Imaging*, 3rd ed, Mosby, St Louis, 126-318, 1996.

24. Santa Cruz Ruiz S, Del Cañizo Álvarez A, De Prado San José MM, Flores Corral T. Leiomioma nasal. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2000; 51(6):515-7.

25. Montgomery E, Goldblum JR, Fisher C. Leiomyosarcoma of the head and neck: A clinicopathological study. *Histopathology* 2002;40: 518-25.

26. Snowden RT, Osborn FD, Wong FSH, Sebelik ME. Superficial leiomyosarcoma of the head and neck: Case report and review of the literature.

Ear Nose Throat J 2001;80: 449-53.

27. Fusconi M, Magliulo G, Della Rocca C, Marcotullio D, Suriano M, De Vincentiis M. Leiomyosarcoma of the sinonasal tract: A case report and literature review. *Am J Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 23(2): 108-11.

28. Fu YS, Perzin KH. Nonepithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses, and nasopharynx: A clinicopathologic study. IV. Smooth muscle tumors (leiomyoma, leiomyosarcoma). *Cancer* 1975; 35(5): 1300-8.

29. Izumi K, Maeda T, Cheng J, Saku T. Primary leiomyosarcoma of the maxilla with regional lymph node metastasis. Report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; 80: 310-9.

30. Tokiya R, Imajo Y, Yoden E, Hiratsuka J, Kobatake M, Gyoten M, Imai S, Kahihara Y. A long-term survivor of leiomyosarcoma around the right side of the base of the skull: Effective radiotherapy combined with intraarterial chemotherapy. *Int J Clin Oncol* 2002; 7 (1): 57-61.

31. Phelan JT, Sherer W, Mos P. Malignant smooth-muscle tumors (leiomyosarcomas) of soft tissue origin. *N Engl J Med* 1962;266:1027-30.

32. Leader M, Collins M, Patel J, Henry K. Desmin: Its value as a marker of muscle derived tumors using a conventional antibody. *Virchows Arch Pathol Anat* 1987;411:345-9.

33. Zagars GK, Ballo MT, Pisters PWT, Pollock RE, Patel SR, Benjamín RS, Evans HL. Prognostic factors for patients with localized soft-tissue sarcoma treated with conservation surgery and radiation therapy. An analysis of 1225 patients. *Cancer* 2003;97: 2530-43.

34. Pisters PWT, Leung DHY, Woodruff J, Shi W, Brennan MF. Análisis of prognostic in 1041 patients with localized soft tissue sarcomas of the extremities. *J Clin Oncol* 1996; 14:1679-89.



Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Javier Martínez Subías (Soria)

Pablo Casas Rodera (León)

Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)

María Jesús Velasco García (Ávila)

Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)

José Luis Alonso Treceño (Palencia)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)

Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)

Luis Lassaleta Atienza (Madrid)

Francisco García Purriños (Murcia)

José Luis Llorente Pendás (Asturias)

Constantino Morera Pérez (Valencia)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Póster

¿Infección cervical profunda?

Deep cervical infection?

Teresa Bernardo, Pedro Oliveira, Daniela Ribeiro, Agostinho Pereira da Silva

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho. EPE. Portugal.

Contacto: mtefebe@gmail.com

Recibido: 10/06/2012	Aceptado: 16/06/2012	Publicado: 17/06/2012
-------------------------	-------------------------	--------------------------

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

Referencia del artículo:

Bernardo T, Oliveira P, Ribeiro D, Pereira da Silva A. ¿Infección cervical profunda?. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012;3(14):130-133

Resumen

Introducción: Una tumefacción cervical inflamatoria puede tener diversas causas. La trombosis de la vena yugular es una entidad poco frecuente, en muchas ocasiones olvidada. La mayoría de las veces surge debido a una sepsis cervical, por utilización de un catéter venoso central o por abuso de drogas intravenosas (tóxicos dependientes). Raramente, es secundaria a un estado de hipercoagulabilidad asociado a un carcinoma visceral (Síndrome de Trousseau).

Material y Métodos: Los autores presentan el caso clínico de un paciente de sexo masculino, de 65 años, que acudió al Servicio de Urgencias por tumefacción cervical izquierda dolorosa con signos inflamatorios locales y sistémicos, de 3 días de evolución.

Resultados: Portaba una ecografía que sugería un absceso cervical. Se realizó un TC cervical que confirmó la sospecha ecográfica. Por su localización en el trayecto de la vena yugular interna, fue solicitada nueva evaluación mediante TC con contraste intravenoso y Eco-doppler, obteniéndose el diagnóstico de trombosis de la vena yugular interna. Se llevó a cabo el estudio necesario para aclarar el estado de hipercoagulabilidad, dado que el paciente no tenía ningún factor predisponente conocido. Finalmente el diagnóstico efectuado fue el de carcinoma gástrico irreseccable.

Discusión y Conclusión: El ORL debe estar atento y ser capaz de interpretar los exámenes complementarios de imagen cervical. Un profundo conocimiento de la imagen de la anatomía es importante para el diagnóstico de trombosis yugular. Ante un caso de trombosis yugular espontánea, debemos buscar un posible carcinoma visceral.

Palabras clave: Infección cervical; Trombosis de la vena yugular; Síndrome de Trousseau

Deep cervical infection?**Summary**

Introduction: Inflammatory cervical swelling may have several causes. The jugular vein thrombosis is a rare entity, often forgotten. Most frequently arises due to a cervical sepsis by the use of a central venous catheter or intravenous drug abuse (drug addicts). Rarely, is secondary to a hypercoagulability state associated with a visceral carcinoma (Trousseau Syndrome).

Material and Methods: The authors present the case of a 65 years old male, who used the ENT Emergency Service due to a painful left cervical swelling with local and systemic inflammatory signs of 3 days duration.

Results: An cervical ultrasound suggested a neck abscess. CT was performed and confirmed the ultrasound results. Because of its location in the path of the internal jugular vein, we requested re-evaluation by CT with intravenous contrast and doppler ultrasound, obtaining the diagnosis of thrombosis of the internal jugular vein. Further studies were conducted to clarify the hypercoagulability state, since the patient had no known predisposing factor. Finally the diagnosis of unresectable gastric carcinoma was made.

Discussion and Conclusion: The ENT must be aware and be able to understand any cervical imagiologic studies. A deep knowledge of the anatomical imagiología is important for the diagnosis of jugular thrombosis. When we have a case of spontaneous jugular thrombosis, we must look for possible visceral carcinoma.

Keywords: Cervical infection; Jugular vein thrombosis; Trousseau's Syndrome



¿INFECCIÓN CERVICAL PROFUNDA?

Teresa Bernardo, Pedro Oliveira, Daniela Ribeiro, Agostinho Pereira da Silva

CHVN Gaia/Espinho EPE



Introducción

Una tumefacción cervical inflamatoria puede tener diversas causas. La trombosis de la vena yugular es una entidad poco frecuente, en muchas ocasiones olvidada. La mayoría de las veces surge debido a una sepsis cervical, por utilización de un catéter venoso central o por abuso de drogas intravenosas (tóxicos dependientes). La sepsis cervical es cada vez menos frecuente por la utilización de antibióticos. Raramente, la trombosis de la vena yugular es secundaria a un estado de hipercoagulabilidad asociado a un carcinoma visceral (Síndrome de Trousseau) y se presenta antes o al mismo tiempo que el tumor.

Caso Clínico

Paciente de sexo masculino, de 65 años, que acude al Servicio de Urgencias por dolor de garganta, tumefacción cervical izquierda dolorosa con signos inflamatorios locales y sistémicos, de 3 días de evolución. Presentaba un cuadro de febrícula, rinorrea y síntomas generales con un mes de evolución que no había mejorado con la toma de una cefalosporina y corticoides. Posteriormente presentó dolor abdominal y quejas disépticas que fueran relacionadas con la toma de los medicamentos. No tenía disfagia o sialorrea pero tenía pérdida de peso importante y anorexia en los últimos meses. En los antecedentes destacar que era hipertenso y portador de marcapasos. En la exploración presentaba tumefacción difusa en toda la región cervical izquierda y en las áreas IV y V, con signos inflamatorios y dolorosa a la palpación. Sin fluctuación, sin ganglios palpables. La palpación abdominal también era dolorosa en el epigastrio.

Resultados

Aportaba una ecografía cervical que sugería una formación abscesificada a la izquierda con efecto de masa con las estructuras circundantes y había realizado análisis de sangre en los que presentaba una PCR de 13,99 sin leucocitosis. Se realizó un TC cervical que confirmó la sospecha ecográfica. Por su localización en el trayecto de la vena yugular interna, el ORL solicitó nueva evaluación mediante Ecodoppler y AngioTC, obteniéndose el diagnóstico de trombosis de la vena yugular interna izquierda. Se llevó a cabo el estudio necesario para aclarar el estado de hipercoagulabilidad, dado que el paciente no tenía ningún factor predisponente conocido y tenía unas quejas gástricas inespecíficas. El estudio de la coagulación mostró disminución de la proteína S. Efectuó una endoscopia digestiva alta que evidenció una úlcera gástrica en la pequeña curvatura del estómago que fue biopsiada. El resultado de anatomía patológica fue de carcinoma no diferenciado con células en anillo de sello. En la laparotomía para extirpación del tumor, éste se consideró irreseccable con carcinomatosis peritoneal y numerosas adenopatías retroperitoneales. El paciente, actualmente, recibe QT paliativa en el servicio de oncología del hospital.

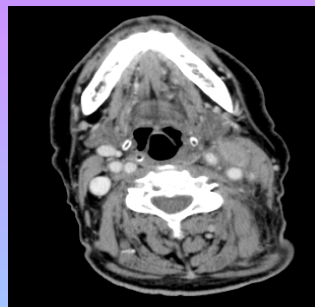


Fig.1.TC con contraste

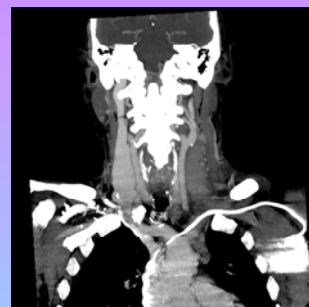


Fig.2. AngioTC

Discusión y Conclusión

El ORL debe estar atento y ser capaz de interpretar los exámenes complementarios de imagen cervical. Un profundo conocimiento anatómico es importante para el diagnóstico de trombosis yugular. Ante un caso de trombosis yugular espontánea y excluida una sepsis cervical o una alteración de la coagulación, debemos buscar un posible carcinoma visceral (abdominal o pélvico). El riesgo de que un paciente con trombosis venosa yugular tenga un carcinoma es del 29,7%. La fisiopatología del Síndrome de Trousseau aun no está totalmente aclarada pero se cree que resulta de productos tumorales liberados a la corriente sanguínea. En muchos casos de carcinoma visceral se ha encontrado disminución de la proteína S. Su tratamiento consiste en la resección del tumor, si es posible, y en la utilización de heparina de bajo peso molecular.

Bibliografía: 1. Modayil PC, Panthakalam S, Howlett DC. *Metastatic carcinoma of unknown primary presenting as jugular venous thrombosis*. Case Report Med. 2009;2009:938907. Epub 2010 Jan 4. 2. Varki A. *Trousseau's syndrome: multiple definitions and multiple mechanisms*. Blood. 2007 September 15; 110(6):1723-1729. 3. Pata YS, Unal M, Gülhan S. *Internal jugular vein thrombosis due to distant malignancies: two case reports and literature review*. J Laryngol Otol. 2008 Mar; 122(3):318-20. Epub 2007 May 14. 4. Unsal EE, Karaca C, Ensari S. *Spontaneous internal jugular vein thrombosis associated with distant malignancies*. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2003 Jan; 260(1):39-41. Epub 2002 Aug 21. 5. Di Micco P, Coppola L, Diadema MR, Chirico G, Torella R, Niglio A. *Internal jugular vein thrombosis as first sign of metastatic lung cancer*. Tumori. 2003 Jul-Aug; 89(4):448-51.



61 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO FACIAL

Reg. n.º 784

El Dr. Primitivo Ortega del Álamo, Presidente de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

CERTIFICA

que la COMUNICACIÓN PÓSTER titulada "¿INFECCIÓN CERVICAL PROFUNDA?" de los Dres. Teresa Bernardo, Pedro Oliveira, Daniela Ribeiro, Agostinho Pereira da Silva. CHVNGaia/Espinho EPE

ha sido presentada y leída durante el 61 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial, celebrado en Valencia del 5 al 9 de noviembre de 2010.

Y para que conste y a instancias del interesado, lo firma en Valencia, a diecinueve de noviembre de dos mil diez.

Primitivo Ortega del Álamo



Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)
Darío Morais Pérez (Valladolid)
Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)
Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)
Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)
Jaime Santos Pérez (Valladolid)
Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)
Javier Martínez Subías (Soria)
Pablo Casas Roderá (León)
Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)
María Jesús Velasco García (Ávila)
Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)
José Luis Alonso Treceño (Palencia)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)
Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)
Luis Lassaleta Atienza (Madrid)
Francisco García Purriños (Murcia)
José Luis Llorente Pendás (Asturias)
Constantino Morera Pérez (Valencia)
Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Artículo de revisión

La cricotirotomía de emergencia

Emergency cricothyrotomy

José Luis Pardal-Refoyo¹, Jesús Javier Cuello-Azcárate²

Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. España.

¹Servicio de Otorrinolaringología

²Servicio de Anestesiología y Reanimación

Contacto: jpardal@saludcastillayleon.es

Recibido: 10/05/2012	Aceptado: 20/05/2012	Publicado: 23/06/2012
-------------------------	-------------------------	--------------------------

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

Referencia del artículo:

Pardal-Refoyo JL, Cuello-Azcárate JJ. La cricotirotomía de emergencia. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012;3(15):134-156.

Resumen

Introducción: En los casos con vía aérea difícil en los que falla la ventilación y la intubación es imposible debe realizarse cricotirotomía. La cricotirotomía es el procedimiento más rápido de acceso a la vía aérea.

Objetivo: Exponer un algoritmo de decisión.

Material y método: Revisión bibliográfica.

Comentarios: Se describe la técnica de cricotirotomía quirúrgica (por incisión) y el algoritmo de decisión que empleamos en pacientes con obstrucción de la vía aérea con ventilación – intubación imposible.

Conclusiones: Recomendamos la cricotirotomía quirúrgica (por incisión) como la primera opción porque necesita de pocos elementos disponibles en cualquier unidad hospitalaria (bisturí del nº 21–22 y tubo endotraqueal de 4,5–5mm) y se realiza en pocos segundos en 4 pasos.

Palabras clave: cricotirotomía; minitraqueotomía; laringotomía; intubación; ventilación; vía aérea difícil; seguridad del paciente

Emergency cricothyrotomy

Summary

Introduction: In patients with difficult airway with ventilation failure and intubation impossible, cricothyrotomy should be performed. Cricothyrotomy is the fastest procedure access to the airway.

Objective: To present a decision algorithm.

Material and methods: Literature review.

Comments: We describe the surgical cricothyrotomy technique (incisional) and our decision algorithm we use in patients with obstruction of the airway with ventilation - intubation impossible.

Conclusions: We recommend surgical cricothyrotomy (incisional) as the first option because it needs a few elements available in any hospital unit (scalpel No. 21-22 and endotracheal tube 4.5-5mm) and only takes a few seconds in 4 steps.

Keywords: cricothyrotomy; minitracheotomy; laryngotomy; intubation; ventilation; difficult airway; safety patient

Introducción

La vía aérea difícil

La vía aérea es una causa importante de incidentes adversos durante la anestesia que pueden resultar en daño cerebral o en la muerte del enfermo.

En el trabajo de Caplan de 1990 sobre eventos adversos en anestesia se llama la atención sobre que la mayoría de los incidentes pudieron haberse prevenido si se hubiera utilizado la monitorización adecuada, pulsioximetría, capnografía, o ambas. Se sugiere, asimismo, que para un mejor conocimiento de los riesgos respiratorios pueden necesitarse protocolos de investigación para la recuperación de datos sobre el episodio [1].

En una publicación de Peterson de 2005 sobre el mismo tema, se destaca la reducción de muertes y de lesiones cerebrales durante la inducción, cuando se comparan periodos de tiempo posteriores a 1993 con otros anteriores a esa fecha. Esto podría reflejar una mejora en la gestión de la vía aérea después de la publicación de la guía para la vía aérea difícil por la American Society of Anesthesiologists (ASA) en 1993 [2].

La ASA publicó en 1993 la primera guía para facilitar las decisiones y reducir la probabilidad de resultados adversos en la vía aérea difícil. Hasta entonces las dificultades para la manipulación de la vía aérea y para mantener la oxigenación se resolvían con la experiencia adquirida en ocasiones anteriores, y con la habilidad personal [3]. La guía para la vía aérea difícil de la ASA fue revisada en 2003, donde se incluyeron en las recomendaciones una gama más amplia de técnicas. Destacan, entre otras, el uso de la mascarilla laríngea cuando ha fracasado el intento inicial de intubación y no puede mantenerse la ventilación con la mascarilla facial [4].

Por su parte, diversas sociedades científicas han publicado sus propias guías para la gestión de la vía aérea difícil, reconociendo de forma explícita la necesidad de desarrollar recomendaciones dirigidas a ayudar a los anestesiólogos [5].

La Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) publicó en 1996 un documento de buenas prácticas clínicas para la detección de la intubación difícil con el fin de proponer las técnicas y materiales a emplear y hacer recomendaciones sobre la enseñanza de técnicas alternativas a la intubación traqueal [6] y en 2008 apareció una revisión de la guía en respuesta, por una parte, a la evolución de las técnicas y de las prácticas, y por otra, a la obligación de la formación continuada de los médicos [7].

El Canadian Airway Focus Group of the Canadian Anesthesiologists Society and the Board of the Society for Airway Management (SAM) (grupo de discusión canadiense para el estudio de la vía aérea) publicó en 1998 unas recomendaciones específicas en la vía aérea difícil no prevista, basadas en la revisión de la literatura y en la acumulación de experiencia con los nuevos dispositivos para la manipulación de la vía aérea, con el objetivo de determinar qué recomendaciones deberían modificarse, y definir también las nuevas propuestas [8].

También en 1998 el grupo italiano de estudio de la vía aérea difícil (Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva -SIAARTI-) publicó unas recomendaciones para adultos, con una separata para pacientes pediátricos [9,10]. En 2005 editaron una actualización de las recomendaciones donde incorporaban nuevos dispositivos técnicos para asegurar la vía aérea extendiendo el cuidado de la vía aérea a escenarios alejados del quirófano y en 2006 publicaron la revisión de las recomendaciones para el control de la vía aérea difícil en pacientes pediátricos [11,12].

En 2004 se difundieron las recomendaciones de la Difficult Airway Society (DAS) para la intubación traqueal dificultosa no prevista en adultos sin obstrucción de la vía de la vía aérea excluyendo a la población obstétrica y pediátrica [13].

También en 2004 la Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) desarrolla unas directrices para garantizar la calidad de la práctica médica, pues consideran que el aprendizaje de las técnicas en la vía aérea se fundamentaba en una recopilación desordenada de las experiencias clínicas previas y no se empleaban de forma adecuada todos los recursos técnicos disponibles [14].

El grupo de trabajo de la sección de vía aérea de la Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor elaboró en 2008 un protocolo de actuación para la evaluación preoperatoria de la vía aérea y solución de la vía aérea difícil prevista y no prevista. El proyecto original, de carácter más ambicioso, contempla abordajes específicos como la reanimación, emergencias, ventilación unipulmonar, pediatría y obstetricia [15].

Existen además infinidad de publicaciones que abordan el problema de la vía aérea difícil desde muy diferentes perspectivas, hay trabajos que centran su atención en distintas poblaciones de pacientes, como la embarazada en la que los cambios fisiológicos del embarazo y las modificaciones anatómicas que ocasiona dificultan mucho los procedimientos en la vía aérea. Además hay que tener en cuenta la urgencia o extrema urgencia de la cirugía obstétrica como un factor agravante [16]. En el enfermo con obesidad mórbida existen mayores dificultades para la intubación traqueal que en el paciente con peso normal. Es necesario disponer de recursos tanto técnicos como de personal capacitado en los procedimientos en la vía aérea [17].

Otras publicaciones se limitan a tratar la vía aérea difícil en distintas especialidades, o en determinados campos de actuación como pueden ser la medicina intensiva, la medicina de urgencia, la cirugía pediátrica y otras cirugías, o incluso el control de la vía aérea en el medio extrahospitalario, en el que la incidencia de intubaciones difíciles puede ser tres veces mayor que la que se presenta en quirófano [18-24].

Estas indicaciones deberían ser reconocidas como guías de práctica clínica, es decir, recomendaciones que apoyen la toma de decisiones y que deben aplicarse de manera flexible adaptándose a las habilidades del profesional y a los recursos técnicos disponibles en cada situación y siempre con la valoración detallada de cada situación clínica [25].

Aunque no hay una evidencia sólida que permita recomendar de forma concluyente una única estrategia de actuación, sí se ha comprobado que desde

la aplicación práctica de las guías se han mejorado los resultados en la vía aérea. No obstante algunos autores sugieren que el uso de guías de actuación no tiene repercusión sobre la práctica clínica [26].

A pesar de las diferencias evidentes que existen entre las distintas guías, todas tienen importantes puntos en común. Parten de la evidencia disponible en la literatura, de las recomendaciones de los expertos o de conferencias de consenso. Tienen como objetivo principal asegurar la oxigenación y la ventilación del paciente en circunstancias potencialmente críticas [5,15].

Todas las guías recomiendan:

- pedir ayuda ante la presencia de dificultades con la vía aérea
- prevenir una vía aérea complicada, aunque reconocen la dificultad de encontrar predictores definitivos
- preparar una estrategia de actuación
- la prioridad de la oxigenación y la ventilación frente a la intubación traqueal
- técnicas con el paciente despierto cuando la dificultad es previsible (el fibrobroncoscopio flexible es el dispositivo recomendado)

En casos de dificultad no anticipada, pero con ventilación posible, las distintas guías recomiendan un número variable de intubaciones, con distintos laringoscopios, o el empleo de dispositivos supraglóticos.

Ante situaciones en las que no se puede intubar y no se puede ventilar las guías recomiendan el empleo de mascarillas laríngeas o de la cricotirotomía [5,26-30] Es necesario recordar que existe alta probabilidad de intubación difícil en pacientes que presenta ventilación con mascarilla difícil [31].

Recomendaciones generales

- evaluar factores de riesgo previos de vía aérea difícil
- preparar una estrategia de actuación
- pedir ayuda ante dificultades
- prioritario: la oxigenación y la ventilación frente a la intubación traqueal
- si la dificultad es previsible: técnicas con el paciente despierto (fibrobroncoscopio flexible)
- empleo de mascarillas laríngeas
- si la ventilación con mascarilla no es posible la intubación probablemente no sea posible
- si falla la ventilación y la intubación, hay desaturación y el paciente no puede revertirse, debe realizarse cricotirotomía

La cricotirotomía se indica en:

- paciente no ventilable – no intunable
- con hipoxemia
- con bradicardia

El acceso quirúrgico a la vía aérea

El acceso quirúrgico a la vía aérea debe indicarse cuando todas las técnicas no invasivas han fracasado y falla la ventilación. La situación se agrava si hay hipoxemia severa y tendría que realizarse inmediatamente si se produjera bradicardia.

La cricotirotomía de emergencia puede solucionar la situación siempre que la causa de la obstrucción esté por encima del espacio cricotiroides.

La intubación imposible se asocia a una situación de emergencia vital en la que la prioridad absoluta es ventilar al paciente y conseguir una adecuada oxigenación. Existe clara asociación entre ventilación difícil e intubación difícil o imposible ya que la primera multiplica por cuatro la probabilidad de que ocurra la segunda [32, 33].

En los estudios de Langeron et al [33] sobre 1502 pacientes hallaron 75 casos con ventilación difícil y 4 casos de ventilación difícil e intubación imposible (supone que el 5,3% -4/75- de los pacientes con ventilación difícil no pudieron ser intubados lo que representa el 0,27% de la muestra -4/1502-). Esta incidencia podría ser mayor en pacientes otorrinolaringológicos aunque no hemos hallado evidencia en la literatura al describirse casos aislados.

No hay nivel de evidencia reconocida en cuanto a la importancia de la preparación del material en casos de intubación difícil aunque parece que hay acuerdo en que a mayor grado de preparación previa, la incidencia de riesgos es menor [34] por lo que es aconsejable disponer de un carro para intubación difícil con el material necesario. Tampoco hay evidencia acerca del mejor material que ha de estar disponible en el carro, hallándose múltiples configuraciones, y aún menos criterios consistentes sobre el material del que ha de disponerse para cricotirotomía.

Los algoritmos y protocolos de la ventilación – intubación difícil persiguen el común objetivo de hallar un orden lógico y eficaz de pasos técnicos que permitan oxigenar y ventilar al paciente [32]. Excepcionalmente establecen solución ante la intubación imposible dejando la situación al criterio de un anestesiólogo u otorrinolaringólogo experimentado [35] o bien ofrecen diversas alternativas de cricotirotomía [36,37].

La cricotirotomía es el método más rápido de acceder a la vía respiratoria por lo que supera con ventajas a la traqueotomía de extrema urgencia evitando las serias complicaciones y aun el fracaso para acceder a la vía aérea que puede llevar consigo la precipitada ejecución de una traqueotomía [38] ya que ésta es difícil de practicar rápidamente incluso en manos expertas asociándose a una morbimortalidad elevada [23,39,40].

La cricotirotomía es el procedimiento de acceso más rápido a la vía aérea descrito en la literatura y por tanto de primera elección para asegurar la vía respiratoria en el paciente no ventilable - no intubable con un nivel de evidencia B [41].

La gran cantidad de productos comercializados para realizar la cricotirotomía pueden generar confusión [41] por lo que no es infrecuente referirse a ella ambiguamente instando al lector a utilizar alguno de los dispositivos de coniotomía disponibles en el mercado [32,34].

Sin embargo, la falta de experiencia puede conducir a no saber qué técnica elegir (¿tengo todas las alternativas técnicas previstas para la situación de intubación imposible?, ¿qué técnica elegir?, ¿cuál es más fiable?, ¿qué técnica es la que con mayor seguridad va a resolver la situación?, ¿cuál puede tener menor riesgo inmediato?, ¿qué técnica domino?, ¿con qué rapidez puedo ejecutar la técnica?, ¿cuál es la más simple?, ¿hay evidencia demostrada de la superioridad de unas técnicas de cricotirotomía sobre otras?, ¿tienen todas la misma validez?).

Pueden producirse varias circunstancias en las que la ventilación con máscara facial, mascarilla laríngea o Combitube®, y la intubación traqueal mediante laringoscopio, fibroscopio, guías luminosas, técnicas retrógradas o incluso la intubación a ciegas, resulten imposibles [2]. La situación puede ser inicialmente predecible en pacientes con síntomas y signos de insuficiencia respiratoria laríngea o en pacientes con tumores obstructivos asintomáticos (situaciones 1 y 2 de la Tabla 1) pero muy difíciles de prever en las situaciones 3, 4 y 5 ya que los criterios que en la literatura se evalúan tienen escaso valor predictivo al haber gran variabilidad interobservador y baja sensibilidad [32,42].

No es infrecuente que el otorrinolaringólogo sea avisado por una emergencia no prevista de este tipo y que en ella, fácilmente, pueda haber cierto grado de improvisación.

Recomendaciones generales

- es aconsejable disponer de un **carro para intubación difícil**
- debe estar disponible el material necesario para realizar una cricotirotomía de emergencia **en todos los puestos con medicación de emergencia** (carro de paradas, quirófanos, salas de urgencia)

Sinónimos de cricotirotomía

- cricotiroidotomía
- coniotomía
- laringotomía intercricotiroidea
- intercricotirotomía
- minitraqueotomía
- cricotraqueotomía

Tabla 1. Situaciones de ventilación – intubación difícil o imposible.

Situación	Signos – síntomas - exploración	Etiología – factores asociados
1. Paciente con síntomas y signos de insuficiencia respiratoria laríngea	Disnea inspiratoria Tiraje inspiratorio Estridor inspiratorio	
2. Paciente asintomático con alteración estructural, malformación ó tumor de VADS ó cuello	Asintomático	Tumor / edema orofarínge – larínge – hipofarínge Tumor cervical compresivo Edema angineurótico Traumatismo mediofacial Quemadura cérvicofacial Fractura mandibular Malformación cráneo - cérvicofacial
3. Paciente con criterios previos de ventilación- intubación difícil	[33] Presencia de barba Masa corporal >26Kg/m2 Ausencia de dientes Edad superior a 55 años Roncopatía [32] Visión orofaríngea de Mallampati-Samsoon Apertura oral Distancia tiromentoniana Extensión atlantooccipital Posición y motilidad mandibular Longitud y grosor del cuello Inclinación laríngea Morfología dental	Cuello corto, grueso Retrognatismo Lengua grande Escasa apertura de la boca Escasa movilidad del cuello Abundantes secreciones orales Quemadura cérvicofacial Fractura mandibular Lesión laríngea Cifosis
4. Paciente en mesa de quirófano	Ventilación imposible Intubación imposible	Imposibilidad de retorno del paciente a ventilación espontánea
5. Factores de riesgo de extubación difícil y riesgo de reintubación difícil o imposible	Ventilación imposible Intubación imposible Factores de riesgo de extubación difícil y reintubación difícil o imposible: - ventilación con mascarilla difícil - laringoscopia difícil - intubación previa difícil - incidentes traumáticos constatados durante la intubación	Necesidad de ventilación – reintubación en reanimación (del 1 al 4,2% [68])

El otorrinolaringólogo puede ser requerido en cualquiera de las situaciones recogidas en la Tabla 1 aunque las situaciones 1 y 2 son las más comunes. En caso de masas en orofaringe, laringe o hipofaringe y en situación de intubación imposible los dispositivos orofaríngeos resultan ineficaces y la vía transtraqueal de urgencia es de primera elección [32,43].

Hasta hace poco tiempo, en los textos y artículos producidos y dirigidos a anestesiólogos, intensivistas o expertos en medicina de urgencia, se desarrollaban mucho los conceptos de oxigenación, ventilación e intubación y sus alternativas pero no ofrecían algoritmos de decisión ante la cricotirotomía. Llamaba la atención la escasa proporción de texto y explicaciones que a esta técnica se dedicaba (ya vital e imprescindible en la situación de emergencia). Los textos y artículos producidos por y para otorrinolaringólogos tampoco despejaban la duda ni ofrecían estudios que demostraran la mejor adecuación de unas u otras técnicas. Por lo general era la experiencia la que suplía la carencia argumentada en algoritmos de decisión y evidencia [44].

En los últimos años han proliferado propuestas ordenadas para afrontar la situación de ventilación e intubación imposibles, lamentablemente progreso relacionado con situaciones de guerra o catástrofes [45].

Técnicas de cricotirotomía

Ante una emergencia en la que falla la ventilación y la intubación no es posible, ha de establecerse la seguridad de que la obstrucción de la vía aérea es alta y que la cricotirotomía puede garantizar la ventilación y oxigenación.

El procedimiento de cricotirotomía ideal ha de ser rápido, seguro, reproducible, debe emplear pocos elementos técnicos, ha de proporcionar autonomía en la ejecución, ha de ofrecer bajo riesgo de complicaciones técnicas, debe permitir ventilar al paciente evitando la aspiración de sangre al árbol tráqueobronquial permitiendo su estabilización para hacer posteriormente traqueotomía reglada sin situación de urgencia y debe posibilitar la aspiración de secreciones tráqueobronquiales sin riesgo de atelectasia.

Recomendamos al lector el artículo de Donat et al., que revisa y expone de forma muy práctica las distintas técnicas de cricotirotomía [45].

Se describen en la bibliografía dos técnicas de cricotirotomía [45]:

- la cricotirotomía por **punción** [41, 46]:

- con introducción simultánea de una aguja de 4 a 6mm y de una cánula que queda situada en el espacio cricotiroideo al retirar la aguja (TracheoQuick, Portex-Crico-Kit),
- introducción de una cánula de 4mm de diámetro interno mediante un mandril curvado (sistemas: Quicktrach, Patil, Ardnt, Ravussin),
- introducción de una cánula de 4mm de diámetro interno mediante técnica de Sheldinger (sistema Mini-Trach II)

- la cricotirotomía por **incisión** – dilatación, (cricotirotomía **quirúrgica**)

Las técnicas por punción varían según el producto comercializado que se utilice. En cualquiera de ellas es precisa la localización de la membrana cricotiroidea mediante palpación y posterior punción para asegurar que estamos en la luz laríngea.

En la tabla 2 se resumen los pasos en una técnica de punción estándar mediante la técnica de Sheldinger en comparación con la técnica quirúrgica en 4 pasos [37].

La técnica quirúrgica realizada mediante incisión en el espacio cricotiroideo en 4 pasos quirúrgicos es la técnica básica que describimos ya que es muy probablemente la más útil en emergencias y la técnica de elección en caso de fallo de la técnica por punción [37].

Recomendaciones generales de una técnica de cricotirotomía:

- rápida
- segura
- reproducible
- con pocos elementos técnicos
- autonomía en la ejecución (para una sola persona)
- con bajo riesgo de complicaciones técnicas
- debe permitir ventilar al paciente evitando la aspiración de sangre al árbol tráqueobronquial
- debe permitir la aspiración de secreciones tráqueobronquiales sin riesgo de atelectasia

Dos técnicas:

- Por punción
- Por incisión (quirúrgica)

La técnica por incisión es la que menos elementos precisa (bisturí y tubo endotraqueal de 4,5-5mm)

La técnica por incisión es la de elección si se producen fallos en la técnica por punción

Cricotirotomía de emergencia por incisión-dilatación (quirúrgica), 4 pasos [37,45]:

- A. **Elementos:** bisturí desechable del Nº 21 ó 22; tubo de intubación orotraqueal de 4,5 ó 5mm con balón; pinza de Kocher curva de 14 o 18 cm.
- B. **Posición del paciente:** cuello en hiperextensión, almohada en zona dorsal para facilitar la hiperextensión. El cirujano se sitúa a la derecha del paciente (ó a la izquierda si es zurdo).



Figura 1. Elementos necesarios para practicar una cricotirotomía quirúrgica (incisión-dilatación): bisturí con hoja de Nº 21 o 22, Tubo endotraqueal 4,5 – 5mm y pinza de Kocher curva.

C. Técnica:

- 1. Identificación del espacio cricotiroides:** mediante palpación con el dedo índice de la mano izquierda e identificación del cartílago tiroides y cricoides y membrana cricotiroides (con la mano izquierda en el caso de personas diestras). Bisturí en mano derecha. El dedo índice fija hacia arriba la laringe en el borde inferior del cartílago tiroides (los dedos pulgar, anular y medio fijan el cartílago tiroides y tensan la piel)
- 2. Corte horizontal de aproximadamente un centímetro:** en el espacio cricotiroides; el corte es profundo llegando a la luz laríngea (en un solo corte se incluye piel, tejido celular subcutáneo y membrana cricotiroides).
- 3. Dilatación** con la pinza de Kocher abriéndola en sentido vertical (para esta maniobra puede utilizarse el extremo proximal del mango del bisturí introduciéndolo horizontalmente en el espacio cricotiroides y girándolo para colocarlo en sentido vertical, lo que facilita la dilatación)
- 4. Introducción del tubo** de 4,5 ó 5mm (unos 6cm) e insuflación del balón. Conexión a respirador. Aspirado de secreciones tráqueobronquiales

Tabla 2. Comparación de las técnicas de cricotirotomía por incisión – dilatación y por punción.

	incisión-dilatación	Punción - Sheldinger
Número de elementos	3 - bisturí nº 21 ó 22 - tubo intubación 4,5mm con balón - pinza de Kocher curva	7 - trócar de punción - bisturí - fiador de acero flexible - dilatador plástico - cánula de 4mm sin balón - fiador interno de la cánula - adaptador cánula- respirador
Disponibilidad de elementos sueltos	Si (elementos disponibles en cualquier quirófano)	No (sólo los elementos en paquete)
Tubo con balón	Si	No
Pasos técnicos	4	11
	<p>1- identificación de espacio cricotiroides. Fijación de laringe con la mano y uña de dedo índice</p> <p>2- corte horizontal único desde la piel a la luz laríngea</p> <p>3- dilatación y estabilización del orificio de laringotomía con pinza de Kocher curva en sentido vertical o con el mango del bisturí</p> <p>4- introducción de tubo de 4,5/5mm. Insuflación de balón. Conexión a sistema de ventilación</p>	<p>1- identificación de espacio cricotiroides. Fijación de laringe con la mano y uña de dedo índice</p> <p>2- punción con trócar en membrana cricotiroides hasta luz laríngea</p> <p>3- comprobación con jeringa de la situación del trócar en la luz laríngea</p> <p>4- introducción de fiador de acero a través del trócar</p> <p>5- ampliación de la incisión cutánea con bisturí</p> <p>6- extracción del trócar dejando el fiador</p> <p>8- introducción de dilatador y extracción</p> <p>9- introducción de fiador con cánula externa de 4mm</p> <p>10- extracción del tubo fiador interno dejando en su lugar la cánula</p> <p>11- conexión de la pieza de adaptación a respirador a la cánula</p>
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - no identificación de espacio cricotiroides - cuello radiado - cuello tratado quirúrgicamente previamente - tumor cervical - hemorragia - dificultad al introducir el tubo - rotura del balón del tubo al introducirlo - infección - estenosis traqueal de la traqueotomía (inmediatas, intermedias y tardías) [47]: infección, estenosis, decanulación, fístula traqueocutánea, enfisema subcutáneo, neumotórax. En esta serie se asocian un 0,7% de muertes asociadas directamente con la técnica. <p>Complicaciones intraoperatorias: Hemorragia, embolismo aéreo, apnea, lesión de estructuras adyacentes.</p> <p>Complicaciones en postoperatorio inmediato: hemorragia, expulsión del tubo, obstrucción, enfisema subcutáneo, neumotórax, neumomediastino, infección.</p> <p>Complicaciones tardías: hemorragia, granuloma, sangrado de la arteria traqueal innominada, estenosis traqueal, fístula traqueocutánea</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No identificación de espacio cricotiroides - perforación tráqueoesofágica - rotura traqueal - rotura cartílago cricoides - lateralización - barotrauma [44,48]: enfisema mediastínico neumomediastino neumotórax hemorragia / hematoma <p>el más frecuente el enfisema [49] mayor en pacientes con bronquitis crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> - disfonía (lesión músculo cricotiroides) - lesión del cartílago cricoides - estenosis subglótica (si se lesiona el cartílago tiroides o el cricoides con la consiguiente pericondritis [50]) - tejido de granulación - traqueomalacia - persistencia del estoma <p>En algunos trabajos retrospectivos informan de una incidencia de un 13,3% (12/90) de complicaciones en cirugía laríngea en la que se utilizó cricotirotomía por punción con jet de los que tres fueron debidos a la cricotirotomía (3/90: 3%)[49]</p> <p>Complicaciones graves descritas sobre 20 pacientes [48]: Imposibilidad de ventilación 1 – 5% Enfisema subcutáneo grave 1 – 5%</p>

Tabla 3. Indicaciones y contraindicaciones de la cricotirotomía (modificada [45]).**Indicaciones.**

Situaciones de ventilación espontánea imposible / intubación imposible

Traumatismo maxilofacial con imposibilidad para la ventilación espontánea

Raquis inestable

Quemadura en la cara

Edema y obstrucción laríngea post-traumática

Vómitos, regurgitación o hematemesis importante

Trismus

Apertura de boca limitada, macroglosia

Obstrucción por cuerpo extraño

Obstrucción por efecto masa o edema

Contraindicaciones

Niño menor de 5 años

Situaciones en las que es posible la ventilación / intubación orotraneal

Fractura de laringe

Algoritmo para la toma de decisiones en caso de dificultad en la vía aérea con ventilación e intubación imposibles

En la Figura 2 resumimos el algoritmo que seguimos en nuestro centro para la situación de emergencia en la que falla la ventilación y no es posible la intubación compendio de los mejores algoritmos de decisión disponibles en la literatura [37]. Partimos de las indicaciones y contraindicaciones que resumimos en la Tabla 3 (tomado y modificado de Donat et al. [45]).

ALGORITMO DE DECISIÓN EN VENTILACIÓN E INTUBACIÓN IMPOSIBLES. CRICOTIROTOMÍA DE EMERGENCIA

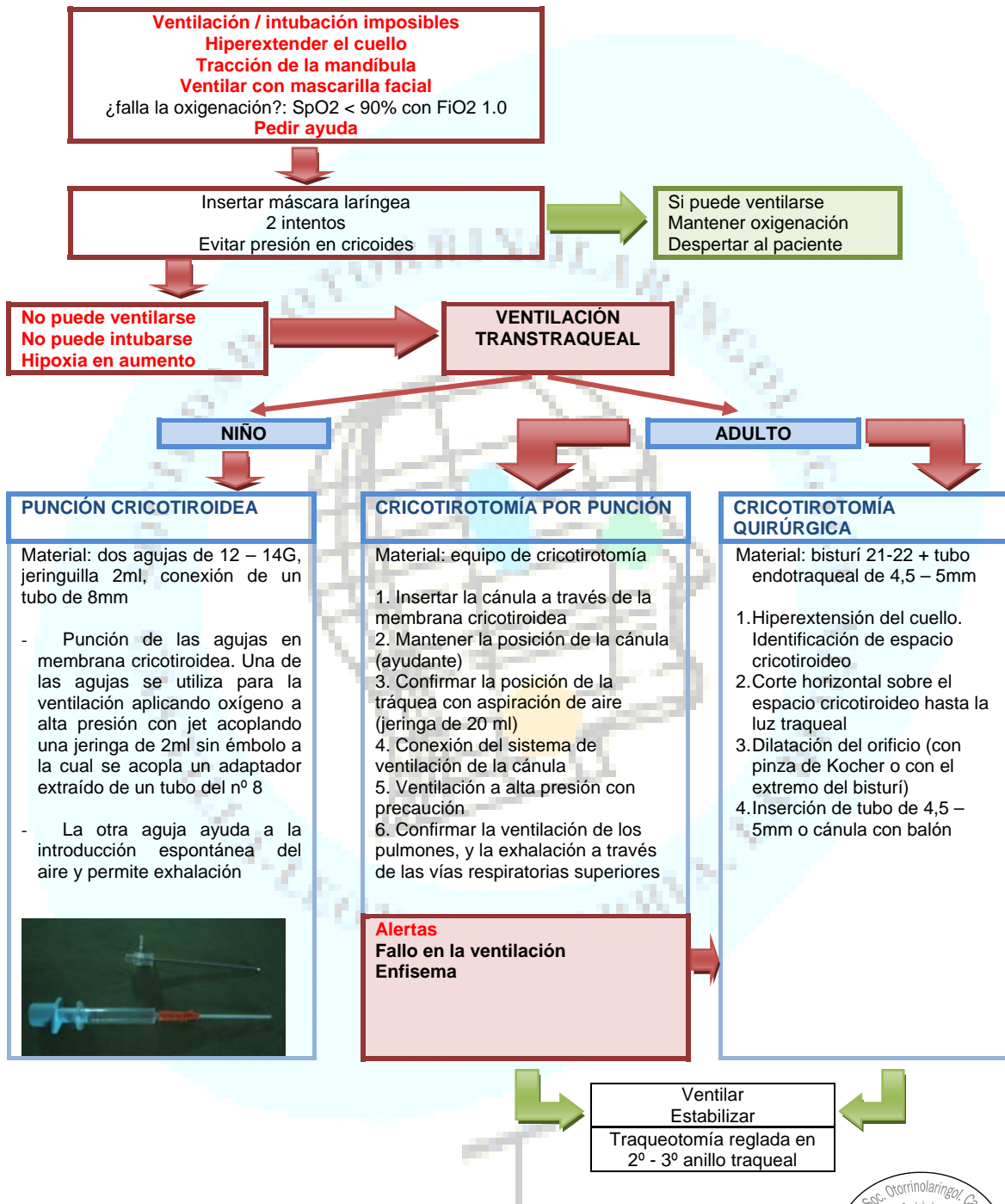


Figura 2. Algoritmo de decisión en ventilación – intubación imposible.



Discusión

La cricotirotomía es un procedimiento que puede ser imprescindible para resolver situaciones de emergencia cuando se produce obstrucción de la vía aérea por encima de la glotis y la ventilación e intubación resultan imposibles [51].

Para la mayoría de los autores es el método más rápido y seguro ya que el espacio intercricotiroideo es el segmento de las vías aerodigestivas superiores más próximo a la piel apenas cubierta por la piel y el tejido celular subcutáneo y por tanto el más accesible [52]. Se considera que la incidencia de complicaciones generales es menor por encontrarse más separada de los vasos del cuello y de la glándula tiroides [40,53-55].

La apertura de la vía aérea a través de la membrana intercricotiroidea fue descrita por *Vicq d'Aazyr* en 1776 como una técnica fácil y rápida [56]. No obstante la descripción de complicaciones como la estenosis laringotraqueal descritas por *Chevalier Jackson* [57] y su descripción en 1909 de la traqueotomía reglada en el segundo anillo traqueal hizo que la cricotirotomía fuese una técnica de segunda elección en aquéllos casos en los que la traqueotomía urgente "a cielo abierto" no fuese posible por la emergencia o porque no pudiera hacerse intubación previa con broncoscopio [57]. Hemos de recordar que en aquellos años las patologías asfícticas más frecuentes con las que se encontraba el otorrinolaringólogo eran la difteria, la tuberculosis, la sífilis o la fiebre tifoidea [57] que añadían al trauma de la traqueotomía la afectación de las estructuras cartilaginosas laringotraqueales lo que facilitaba en los supervivientes la aparición de granulomas o estenosis. En estas circunstancias, la laringotomía intercricoidea se consideraba una técnica excepcional en el caso de que no hubiese tiempo para abrir la tráquea dejando la cánula poco tiempo para evitar la temida estenosis laríngea [58] (que se asociaba a la artritis cricoaritenoides o a la pericondritis cricoidea). Por estos motivos, durante muchos años la cricotirotomía era considerada una causa mayor de estenosis subglótica [53,54]. Sin embargo, otros autores han refutado los hallazgos de Jackson y niegan la relación de la cricotirotomía con la estenosis subglótica [59]. Estas complicaciones pueden evitarse si se realiza la traqueotomía en el tercer anillo y se impiden la infección y la inflamación con antibióticos y corticoides [52].

Revisando los libros de comienzos del siglo XX observamos que se describen las técnicas altas como las más fáciles y seguras en situaciones de emergencia incluso ampliando la incisión al cartílago cricoides y al primer anillo de la tráquea en caso de necesidad (denominada cricotraqueotomía [60]).

Por su interés técnico llama la atención la descripción que hace Lenormant [60]: "colocad la uña del índice en el borde inferior del cartílago tiroides en la línea media. A partir de ese borde se traza una incisión de 1 centímetro. Un segundo corte de bisturí para el tejido celular. Un pinchazo en la membrana – nada más- e introducción de la cánula. Se necesita menos de un minuto para

hacerlo todo.” “...se usará una cánula de mandril cuyo diámetro no sea mayor de 9 a 10 milímetros”.

Aunque todos los textos al hablar de la traqueotomía hacen referencia a la coniotomía, pocos detallan la técnica y aquéllos que lo hacen complican la descripción sin detallar pasos firmes y rápidos como corresponde a una técnica excepcional de emergencia [52]. En otros textos optan por la coniotomía mediante punción (denominadas traqueotomías por punción traqueal [61]) con trocar como el de Butlin-Poirier o de Flottes-Guillerm-Brade [61] o de Uckermann o de Denker [62] que combinan un trocar curvo con la punta afilada y una cánula exterior que queda colocada tras la punción y extracción del trocar. En casos de extrema urgencia si el área prelaríngea estuviera ocupada por bocio que hiciese imposible el abordaje a la membrana intercricotiroidea, Biesalski [62] propone un abordaje supratiroideo descrito por Réthi en 1951 seccionando el ligamento hiotiroideo por encima de la escotadura tiroidea hasta llegar a la luz laríngea e introduciendo un tubo desde este punto hasta la tráquea [63].

El temor a las complicaciones (estenosis, granuloma, lesión cricoidea o de cartilago tiroides) descritas por *Chevalier Jackson* está presente, por lo que en todas las publicaciones se aconseja huir de la laringe aún en extrema urgencia. En este sentido Shelden idea un sistema de traqueotomía por punción en 1957 [64] considerado el comienzo de las técnicas de traqueotomía por punción de las que, en la actualidad, se han desarrollado tres técnicas [65]:

- por punción mediante técnica de Ciaglia (dilatación progresiva),
- por punción mediante técnica de Griggs (dilatación por fórceps) y
- por punción translaríngea mediante técnica de Fanconi con control broncoscópico (con fibrobroncoscopio o broncoscopio rígido).

Estas técnicas no están indicadas en situación de emergencia.

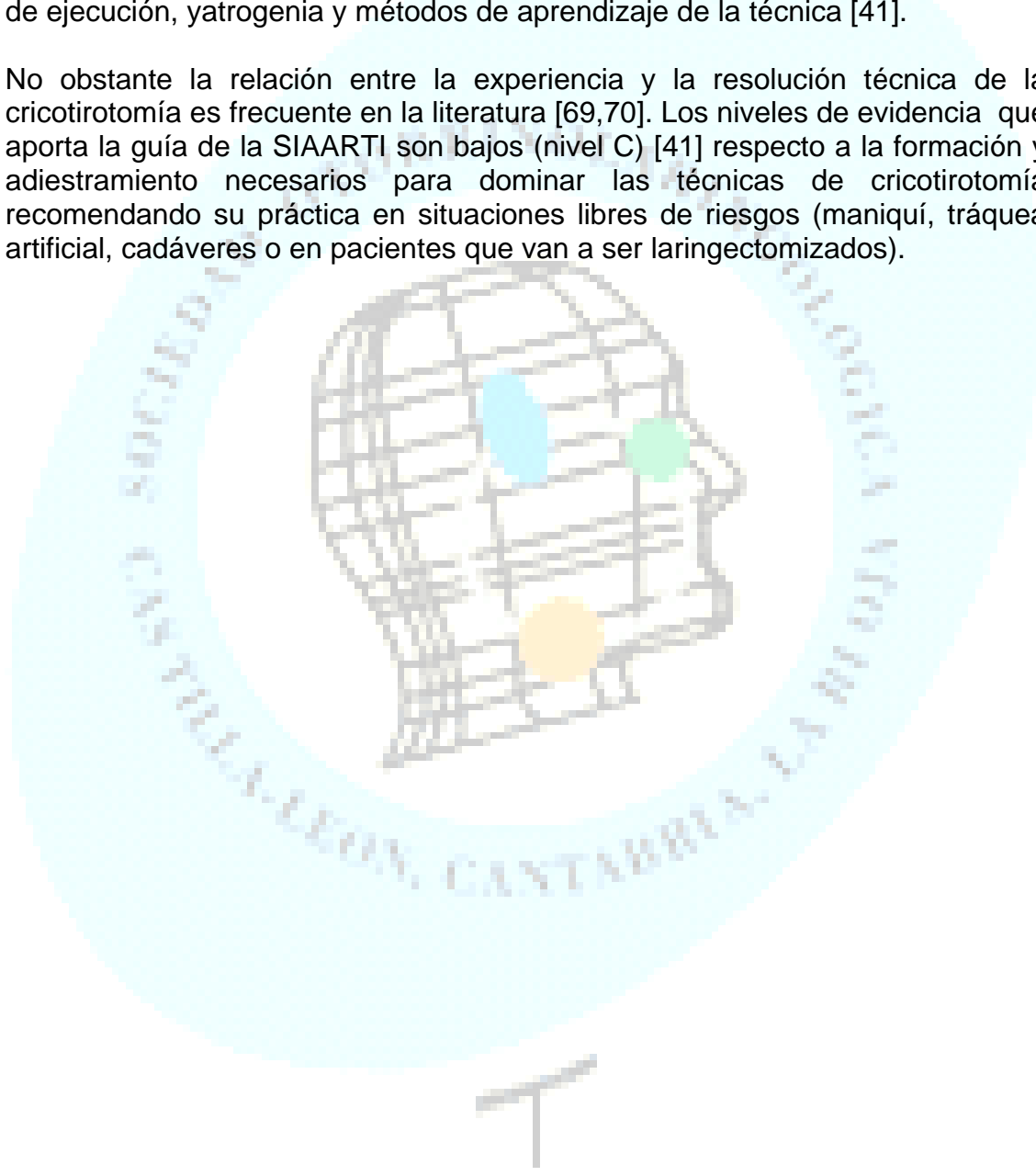
En el momento actual se mantiene como indicación de cricotirotomía, además de la emergencia en paciente imposible de intubar, la electiva por punción mediante el empleo de sistemas comercializados (Mini-Trach®, Quicktrach®, Nutrake®, Gentoft®) en pacientes en cuidados tras cirugía torácica para mejorar la ventilación y la aspiración de secreciones tráqueobronquiales durante periodos de tiempo cortos (no más de 5 a 7 días); esta indicación puede ser un sistema de bajo costo pero con un índice de complicaciones diferidas elevadas en los estudios metaanalíticos que se han realizado (algunos autores proponen la cricotirotomía como una técnica de elección para la ventilación mecánica prolongada en pacientes sin patología laríngea [55] aunque parece que la seguridad es mayor y el coste más bajo mediante traqueotomía por punción [66,67], aunque las diferencias no parecen ser significativas con respecto a la técnica quirúrgica abierta [65].

Respecto a las complicaciones de la cricotirotomía por incisión, son escasas las referencias en la literatura aparte de las descritas para la traqueotomía [47] y la estenosis laríngea en caso de mantenerla por tiempo prolongado.

La complicación más frecuentemente comunicada en las técnicas por punción son el barotrauma y el enfisema [49] (ver Tabla 2) ya que dichos sistemas precisan ventilación con alta presión (presión superior a 1 bar para insuflar una cantidad suficiente de oxígeno a través del catéter de punción cricotiroideo)

[32,39] (manual o con jet-ventilation) y puede llegar a ser imposible la ventilación debido a la fuga de aire, por lo que algunos autores consideran la cricotirotomía por punción y jet-ventilation como un medio para lograr la oxigenación hasta conseguir una vía aérea más segura [68] ya que se estima que el tiempo máximo que mediante este método puede mantenerse la oxigenación es de 90 minutos [41] por lo que la cricotirotomía quirúrgica (incisión-dilatación) sería la técnica de elección aunque la confusión en la literatura es evidente y no aporta datos suficientes para una clara definición de las ventajas, e inconvenientes de cada método sobre todo respecto al tiempo de ejecución, yatrogenia y métodos de aprendizaje de la técnica [41].

No obstante la relación entre la experiencia y la resolución técnica de la cricotirotomía es frecuente en la literatura [69,70]. Los niveles de evidencia que aporta la guía de la SIAARTI son bajos (nivel C) [41] respecto a la formación y adiestramiento necesarios para dominar las técnicas de cricotirotomía recomendando su práctica en situaciones libres de riesgos (maniquí, tráquea artificial, cadáveres o en pacientes que van a ser laringectomizados).



Conclusiones:

- Debido a que los niveles de evidencia son pobres y sometidos a consenso dentro del grupo, en el caso de emergencia proponemos la técnica por incisión-dilatación expuesta ya que es rápida, segura y permite introducir tubo con balón en pocos segundos seguida de traqueotomía reglada según el algoritmo propuesto en la Figura 2.
- Es la técnica que ha demostrado mayor rapidez de ejecución [71].
- Consideramos que la cricotirotomía por incisión – dilatación es la técnica de elección en situaciones de emergencia en paciente con imposibilidad de intubación debido a:
 - empleo de pocos elementos
 - los instrumentos son de uso común disponibles en cualquier unidad quirúrgica
 - pocos pasos quirúrgicos y resolutivos lo que permite realizar la técnica en pocos segundos
 - el tubo de intubación dispone de balón lo que permite ventilar al paciente mecánicamente evitando la aspiración de secreciones y sangre al pulmón
 - permite hacer traqueotomía reglada una vez solucionada la emergencia
- Dicha técnica ha de ser difundida, conocida y dominada por los especialistas implicados (otorrinolaringólogo, anestesiólogo, intensivista, urgencias) y el sistema o sistemas elegidos variarán según los medios técnicos de los que dispongan, sus hábitos, su nivel de formación y entrenamiento.
- Es imprescindible tener dispuestos los recursos que permitan el acceso traqueal rápido para proporcionar oxigenación al paciente en el caso de que la intubación resulte imposible.
- **En todos los puestos con medicación de emergencia** (carro de paradas, quirófanos, salas de urgencia) y en los carros con el material para vía aérea difícil debe estar disponible un paquete para cricotirotomía que contenga:
 - para punción en niños: agujas 12 –14G; jeringa de 2ml; adaptador (extraído de tubos del nº8) en paquetes ya preparados,
 - para adultos: paquete para cricotirotomía por incisión-dilatación (bisturí del Nº 21-22; tubo de 4,5-5mm con balón; pinza Kocher curva)
 - un paquete para cricotirotomía por punción (comercializado)

Agradecimiento

Recuerdo y agradecimiento al Dr. Fernando Benito Alba, otorrinolaringólogo ya fallecido, toresano que ejerció en Zamora y cuyos libros ahora custodiamos y compartimos.

Bibliografía

1. Caplan RA, Posner KL, Ward RJ, et al: Adverse respiratory events in anaesthesia: a closed claims analysis. *Anesthesiology*. 1990; 72:828–833.
2. Peterson GN, Domino KB, Caplan RA, Posner KL, Lee LA, Cheney FW. Management of the difficult airway: a closed claims analysis. *Anesthesiology*. 2005;103(1):33-9.
3. Practice guidelines for management of the difficult airway. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 1993;78(3):597-602.
4. American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2003;98(5):1269-77.
5. Frova G, Sorbello M. Algorithms for difficult airway management: a review. *Minerva Anestesiol*. 2009;75(4):201-9.
6. Boisson-Bertrand D, Bourgain JL, Camboulives J, Crinquette V, Cros AM, Dubreuil M, Eurin B, Haberer JP, Pottecher T, Thorin D, Ravussin P, Riou B. Intubation difficile: Société française d'anesthésie et de réanimation Expertise collective. . *Ann Fr Anesth Reanim*. 1996;15(2):207-14.
7. Langeron O, Bourgain JL, Laccoureye O, Legras A, Orliaguet G. Stratégies et algorithmes de prise en charge d'une difficulté de contrôle des voies aériennes: Question 5. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2008;27(1):41-5.
8. Crosby ET, Cooper RM, Douglas MJ, Doyle DJ, Hung OR, Labrecque P, Muir H, Murphy MF, Preston RP, Rose DK, Roy L. The unanticipated difficult airway with recommendations for management. *Can J Anaesth*. 1998;45(8):757-76.
9. Frova G. [The difficult intubation and the problem of monitoring the adult airway. Italian Society of Anesthesia, Resuscitation, and Intensive Therapy (SIAARTI)]. *Minerva Anestesiol*. 1998;64(9):361-71.
10. Gruppo di Studio SIAARTI. [Recommendations for difficult intubation and control of airways in pediatric age]. *Minerva Anestesiol*. 2001;67(10):683-92
11. Petrini F, Accorsi A, Adrario E, Agrò F, Amicucci G, Antonelli M et al., Gruppo di Studio SIAARTI "Vie Aeree Difficili", IRC e SARNePI, Task Force. Recommendations for airway control and difficult airway management. *Minerva Anestesiol*. 2005;71(11):617-57.
12. Gruppo di Studio SIAARTI "Vie Aeree Difficili", Frova G, Guarino A, Petrini F, Merli G, Sorbello M et al. Recommendations for airway control and difficult airway management in paediatric patients. *Minerva Anestesiol*. 2006;72(9):723-48.
13. Henderson JJ, Popat MT, Latta IP, Pearce AC; Difficult Airway Society. Difficult Airway Society guidelines for management of the unanticipated difficult intubation. *Anaesthesia*. 2004;59(7):675-94.
14. Braun U, GoldmannK, Hempel V, KrierC. Airway management, Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesiologie und Intensivmedizin. *Anesth Intensive Med* 2004;45:302-6.

15. Valero R, Mayoral V, Massó E, Lopez A, Sabaté S, Villalonga R. et al. Evaluación y manejo de la vía aérea difícil prevista y no prevista: Adopción de guías de práctica. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2008;55: 563-570.
16. Boutonnet M, Faitot V, Keïta H. Gestion des voies aériennes en obstétrique. . Ann Fr Anesth Reanim. 2011;30(9):651-64.
17. Juvin P, Lavaut E, Dupont H, Lefevre P, Demetriou M, Dumoulin JL, Desmots JM. Difficult tracheal intubation is more common in obese than in lean patients. Anesth Analg. 2003;97(2):595-600.
18. Andreu E, Schmucker E, Drudis R, Farré M, Franco T, Monclús E et al. Grupo SEVA. Algoritmo de la vía aérea difícil en pediatría. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2011;58(5):304-11.
19. Holm-Knudsen RJ, Rasmussen LS. Paediatric airway management: basic aspects. Acta Anaesthesiol Scand. 2009;53(1):1-9.
20. Amathieu R, Combes X, Abdi W, Housseini LE, Rezzoug A, Dinca A et al. An algorithm for difficult airway management, modified for modern optical devices (Airtraq laryngoscope; LMA CTrach™): a 2-year prospective validation in patients for elective abdominal, gynecologic, and thyroid surgery. Anesthesiology. 2011;114(1):25-33.
21. Lavery GG, McCloskey BV. The difficult airway in adult critical care. Crit Care Med. 2008;36(7):2163-73.
22. Wong E, Ng YY. The difficult airway in the emergency department. Int J Emerg Med. 2008;1(2):107-11.
23. Combes X, Jabre P, Margenet A, Merle JC, Leroux B, Dru M et al. Unanticipated difficult airway management in the prehospital emergency setting: prospective validation of an algorithm. Anesthesiology. 2011;114(1):105-10.
24. Kotur PF. Decision making in airway management. Indian J. Anesth. 2005;49(4):248-250.
25. García-Aguado R, Charco P, Cortiñas J, Ortiz de la Tabla R, Viñoles J, Planas A, Pérez J, Recomendaciones para el manejo de la vía aérea difícil mediante dispositivos extraglóticos en el paciente adulto. Rev Esp Anesthesiol Reanim 2010;57:439-53.
26. Heidegger T, Gerig HJ, Henderson JJ. Strategies and algorithms for management of the difficult airway. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2005;19(4):661-74.
27. Boet S, Bould MD, Diemunsch P. Evolving challenges and opportunities for difficult airway management guidelines. Can J Anaesth. 2011;58(8):703-8.
28. Ariño Irujo JJ. La nueva era de los laringoscopios ópticos. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2009;56(9):527-8.
29. Crosby ET. An evidence-based approach to airway management: is there a role for clinical practice guidelines? Anaesthesia. 2011;66 Suppl 2:112-8.
30. Drolet P. Management of the anticipated difficult airway--a systematic approach: continuing Professional Development. Can J Anaesth. 2009;56(9):683-701.
31. El-Orbany M, Woehlck HJ. Difficult mask ventilation. Anesth Analg. 2009;109(6):1870-80.

32. Massó E. Vía aérea difícil y situación de ventilación e intubación imposibles. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2001;48:401-403.
33. Langeron O, Massó E, Hurau C, Guggiari M, Bianchi A, Coriat P et al.: Prediction of difficult mask ventilation. *Anesthesiology.* 2000;92:1229-1236.
34. Madrid V, Charco P. Unidad portátil para el manejo de la vía aérea difícil. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2001;48: 438
35. Tanner K., Fitzsimmons G, Carrol ED, Flood TJ, Clark JE. Lesson of the week: Haemophilus influenzae type b epiglottitis as a cause of acute upper airways obstruction in children. *BMJ.* 2002;325:1099-1100.
36. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. COMMITTEE ON TRAUMA. Management of the Airway. September 2002. En: <http://www.facs.org/dept/trauma/publications/airway.pdf> [Consultado el 21 de junio de 2012]
37. DIFFICULT AIRWAY SOCIETY (DAS). Flow-chart 2004 Failed intubation, failed ventilation. En: <http://www.das.uk.com/files/cvci-Jul04-A4.pdf> [Consultado el 21 de junio de 2012]
38. García Tapia R: Traqueotomía e intubación. En: Abelló P, Traserra J. *Otorrinolaringología.* Cap. 110. Ediciones Doyma. Barcelona, 1992. (pp. 524-535).
39. Finucane, BT. Asistencia urgente de las vías respiratorias. *Clin Anestes North Am* 1995;3: 33-556.
40. Hamaekers AE, Henderson JJ. Equipment and strategies for emergency tracheal access in the adult patient. *Anaesthesia.* 2011;66 Suppl 2:65-80.
41. Frova G et al. Intubazione difficile e controllo delle vie aeree. Linee-guida SIAARTI per l'intubazione difficile e la difficoltà di controllo delle vie aeree. Società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva. Gruppo di studio "vie aeree difficili". Giugno 1998. En: <http://anestit.unipa.it/anestit/siaarti/Intubazing.htm> [Consultado el 21 de junio de 2012]
42. Jensen NF, Benumof JL. The Difficult Airway in Head and Neck Tumor Surgery. En www.boardprep.com/pdfs/airway.pdf [Consultado el 21 de junio de 2012]
43. Finucane, BT. The difficult airway, a Canadian perspective. *Can J Anaesth.* 1998; 45:713-718.
44. Barnes TA, Boudin KM, Durbin CG, Fluck RR, Malinowski C (Airway Emergencies Guidelines Committee (AARC)). Management of Airway Emergencies. Clinical Practice Guideline. *Respir Care.* 1995;40(7):749-760.
45. Donat A, Petitjeans F, Précloux P, Puidupin M, Escarment J. La cricothyrotomie : données actuelles et intérêt de cette technique en médecine. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2012; 31: 141–151.
46. Helmstaedter V, Wetsch WA, Böttiger BW, Hinkelbein J. Vergleich von Fertigsets zur Koniotomie. Randomisierte und kontrollierte Anwendungsstudie am Halsphantom. *Anaesthesist* 2012;61:310–319.
47. Goldenberg D, Ari EG, Golz A, Danino J, Netzer A, Joachims HZ. Tracheotomy complications: A retrospective study of 1130 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;123(4):495-500.

48. Silva MA, Sáez JA. Fisiología, aplicaciones y complicaciones de la Ventilación Jet Transtraqueal. Rev. Ven. Anest. 1998;3:3-7.
49. Russell WC, Maguire AM, Jones GW. Cricothyroidotomy and transtracheal high frequency jet ventilation for elective laryngeal surgery. An audit of 90 cases. Anaesth Intensive Care. 2000;28(1):62-7.
50. Ortega P, Barberá R, Alacio J, Sacristán T. Traqueotomía. En: Suárez, C. Y cols.: Tratado de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Editorial Proyectos Médicos, S.L. Guadalajara, 1999. Tomo III. Cap. 150:2065 – 2075.
51. Loré JM et al. Procedimientos de emergencia: cricotiroidotomía. En Loré, J.M.: Cirugía de cabeza y cuello. Atlas. Editorial Panamericana. 3ª Ed. 1988. (pp. 44 - 45).
52. Guerrier Y. Trachéotomie. En: Portmann, M, Guerrier Y. Traité de technique chirurgicale ORL et cervico-faciale. 2 Édition. Masson. Paris, 1986. Tome 3, Pharynx et Larynx. Chap. 3. (pp. 173-204).
53. Marruecos-Sant L, Zapata-Fenor L, Manero-Caballero E, Vera-Artázcoz P; Grupo de Trabajo del Protocolo Institucional de Traqueotomías del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Traqueotomías percutáneas y coniotomías quirúrgicas en el paciente crítico. Med Intensiva. 2009;33(3):109-14.
54. Rehm CG, Wanek SM, Gagnon EB, Pearson SK, Mullins RJ. Cricothyroidotomy for elective airway management in critically ill trauma patients with technically challenging neck anatomy. Crit Care. 2002; 6(6):531-5.
55. Heffner JE, Miller KS, Sahn SA. Tracheostomy in the intensive care unit. Part 1: Indications, technique, management. Chest. 1986;90(2):269-74.
56. Vicq D'Azyr F. Laryngotomie. In : Histoire de la société royale de médecine. Paris : Imprimeries Philippe-Denys- Pierres, 1776 : 311 p . Citado por: Palmier B, Escarment J, Cantais E, Le Dantec P, Suppin A, Quinot JF , et al. Abord de trachéotomie et trachéostomie (réglés et en urgence). Encycl Méd Chir (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Anesthésie-réanimation, 36-968-A-10:1997;1-15.
57. Jackson Ch, Jackson ChL. Otorrinolaringología y broncoesofagología. Unión tipográfica Editorial Hispano-Americana. México, 1949. (Traqueotomía, pp. 697-707)
58. Segura EV, Canuyt GC, Errecart PL, Viale, A. Otorrinolaringología práctica. Librería Hachette, S.A. Buenos Aires, 1943.
59. Talving P, DuBose J, Inaba K, Demetriades D. Conversion of emergent cricothyrotomy to tracheotomy in trauma patients. Arch Surg. 2010;145(1):87-91.
60. Lenormant CH. Cirugía de la cabeza y del cuello. Rigoberto Sirera, Editor. Barcelona, 1921.
61. Aubry M, Pialoux P, Jost G. Chirurgie cervicofaciale et otorhinolaryngologique. Masson & Cie. Paris, 1966.
62. Biesalski P. Traqueotomía e intervenciones de urgencia similares. La decanulación dificultada. En: Berendes J, Link R, Zöllner F. Tratado de Otorrinolaringología. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1969. Tomo I (pp. 704-731).

63. Réthi A. Schnelle operation zur verhütung der erstickung und eine andere zur beseitigung der laryngotrachealen dyspnoe. Mschr. Ohrenheilk. 1956. 90: 184. Citado por BIESALSKI, P.: Traqueotomía e intervenciones de urgencia similares. La decanulación dificultada. En: Berendes J, Link R, Zöllner F. Tratado de Otorrinolaringología. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1969. Tomo I, (pp. 704-731).
64. Shelden CH, Pudenz RH, Tichy FY. Percutaneous tracheotomy. J. Amer. Med. Ass. 1957;165:2068.
65. Laccourreye L, Dubin J. Trachéotomie. Traité de Techniques chirurgicales: Tête et cou. 2001. (pp. 46-430).
66. Heikkinen, M, Aarnio P, Hannukainen J. Percutaneous dilatational tracheostomy or conventional surgical tracheostomy. Crit Care Med. 2000;28:1399-1402.
67. MacCallum PL, Parnes LS, Sharpe MD, Harris C. Comparison of open percutaneous and translaryngeal tracheostomies. Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;122:686-690.
68. Patel RG. Use of Percutaneous Transtracheal Jet Ventilation (PTJV) during Difficult Airway Management. The Internet Journal of Emergency and Intensive Care. Medicine. 1999. 3(1).
69. Gerich TG, Schmidt U, Hubrich V, Lobenhoffer HP, Tscherne H. Prehospital airway management in the acutely injured patient: the role of surgical cricothyrotomy revisited. J Trauma 1998;45:312-314.
70. Langeron O. Trauma airway management. Current Opinion in Critical Care. 2000;6:383-389.
71. Bramwell KJ, Davis DP, Cardall TV, Yoshida E, Vilke GM, Rosen P. Use of the Trousseau dilator in cricothyrotomy. J Emerg Med 1999;17:433-436.

Enlaces relacionados

[Consultado el 21 de junio de 2012]

Donat et al., 2012

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765811004448>

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. COMMITTEE ON TRAUMA

<http://www.facs.org/dept/trauma/publications/airway.pdf>

<http://www.facs.org/dept/trauma/publications/airway>

DIFFICULT AIRWAY SOCIETY (DAS)

<http://www.das.uk.com>

<http://www.das.uk.com/files/cvci-Jul04-A4.pdf>

SIAARTI (SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA)

<http://anestit.unipa.it/anestit/siaarti/Intubazing.htm>



Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Javier Martínez Subías (Soria)

Pablo Casas Roderer (León)

Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)

María Jesús Velasco García (Ávila)

Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)

José Luis Alonso Treceño (Palencia)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)

Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)

Luis Lassaleta Atienza (Madrid)

Francisco García Purriños (Murcia)

José Luis Llorente Pendás (Asturias)

Constantino Morera Pérez (Valencia)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Póster

Tiroplastia tipo I de Isshiki modificada. Cómo lo hacemos

Modified type I thyroplasty. How we do It

Marina Madrigal Revuelta, Susana Martín Batista, David Herrero Calvo, Olga Marcela Zegarra Molina, Luis Angel Vallejo Valdezate, Luis María Gil-Carcedo García.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. España.

Contacto: marmadri14@hotmail.com

Recibido: 27/06/2012	Aceptado: 28/06/2012	Publicado: 29/06/2012
-------------------------	-------------------------	--------------------------

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

Referencia del artículo:

Madrigal-Revuelta M, Martín-Batista S, Herrero-Calvo D, Zegarra-Molina OM, Vallejo-Valdezate LA, Gil-Carcedo-García LM. Tiroplastia tipo I de Isshiki modificada. Cómo lo hacemos. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012;3(16):157-160.

Tiroplastia tipo I de Isshiki modificada. Cómo lo hacemos**Resumen**

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

Desde que fue descrita numerosas modificaciones de la técnica han aparecido con el objetivo de agilizar y simplificar el procedimiento.

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

Palabras clave: tiroplastia tipo I de Isshiki, parálisis cuerda vocal, prótesis, estabilidad

Modified type I thyroplasty. How we do It**Summary**

The Isshiki thyroplasty type is the medialisation of the membranous portion of the paralyzed vocal cord using a prosthesis placed by external approach.

Since It was described a lot of modifications of the technique have appeared in order to streamline and simplify the procedure.

We consider that our modification in the design of the titanium prosthesis allows easy fixing and increase its stability.

Keywords: Isshiki Type I thyroplasty, vocal cord paralysis, prosthesis, stability



TIROPLASTIA TIPO I DE ISSHIKI Modificación técnica

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

H.U. RIO HORTEGA. VALLADOLID.

INTRODUCCIÓN

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

Desde que fue descrita numerosas modificaciones de la técnica han aparecido con el objetivo de agilizar y simplificar el procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente mujer de 38 años de edad que presenta una parálisis vagal derecha y déficit de glosofaríngeo homolateral tras cirugía de un tumor de agujero rasgado posterior (paraganglioma extra adrenal de nervio vago derecho).

VALORACIÓN INICIAL UNIDAD VOZ Y DEGLUCIÓN

En el postoperatorio inmediato se detecta déficit sensitivo grave de pared faríngea y repliegue aritenopiglótico derechos.

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

Dada la severidad del caso se propone realización de TIROPLASTIA TIPO I de cuerda vocal derecha y nutrición enteral por gastrostoma hasta resolución del proceso.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Se realizó una TIROPLASTIA TIPO I bajo anestesia general con la colocación de prótesis de titanio de KURZ de 13 mm (VFMI™ Titanium Vocal Fold Medializing Implant Friedrich design). Se realiza una modificación de la prótesis original consistente en añadir una flexura (codos) a la pala larga de la prótesis (Figura N°1) con el objetivo de ajustar al máximo sus dimensiones, de manera que quede encajada exactamente en los bordes de la ventana de cartílago y así facilitar la fijación de la prótesis sin necesidad de suturas.

En las figuras N°2 y 3 se observa la posición y resultado final.

VALORACIÓN VOZ Y DEGLUCIÓN 9 MESES POSTQUIRÚRGICA

Tras 9 meses de terapia indirecta y postural deglutoria la paciente tolera todos los alimentos de cualquier consistencia.

Abandonó la nutrición enteral a los 2 meses de la cirugía.

Actualmente la calidad de la voz es aceptable GRBAS: 21201 y refiere episodios de disfonía paroxística en relación con abuso vocal o infecciones.

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

La paciente evoluciona muy favorablemente y continúa con terapia vocal.



Fig. 1. Prótesis de Titanio KURZ de 13mm (VFMI) modificada. La flecha indica la modificación técnica empleada.



Fig. 2. Posición final de la prótesis.

CONCLUSIONES

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

❑ Creemos que nuestra modificación en el diseño de la prótesis de titanio es una maniobra de escasa complejidad que facilita su fijación y aumenta su estabilidad.

❑ Consideramos importante el cuidado de los detalles, ya que pequeñas modificaciones en la posición o tamaño de la prótesis pueden tener importantes consecuencias sobre los resultados en la calidad de la voz.

BIBLIOGRAFÍA

1. "Phonosurgery theory and practice". Isshiki N. Tokio. Springer-Verlag, 1989.
2. "Type I thyroplasty: pitfalls of modifying the Isshiki approach. How I do it. Maragos N.E. Journal of voice Vol II, No 4, 470-473.
3. "Titanium vocal fold medializing implants: introducing a novel implant system for external vocal fold medialization". Friedrich G. the annals of otology, rhinology & laryngology. Jan 1999; 108.







Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Javier Martínez Subías (Soria)

Pablo Casas Rodera (León)

Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)

María Jesús Velasco García (Ávila)

Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)

José Luis Alonso Treceño (Palencia)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)

Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)

Luis Lassaleta Atienza (Madrid)

Francisco García Purriños (Murcia)

José Luis Llorente Pendás (Asturias)

Constantino Morera Pérez (Valencia)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Artículo original

Estudio de la patología valorada en la Unidad de Foniatría del Complejo Asistencial de Zamora en el primer trimestre de 2012

Study of the pathology valued at Phoniatics Unit Complex Care of Zamora in the first quarter of 2012

María Elvira Santos-Pérez¹, Cristina Bajo-Santos²

Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. España.
Servicio de Otorrinolaringología. Unidad de Foniatría.

¹ *Responsable*

² *Colaboradora en el trabajo*

Contacto: mesp@usal.es

Recibido: 08/06/2012	Aceptado: 17/06/2012	Publicado: 29/06/2012
-------------------------	-------------------------	--------------------------

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

Referencia del artículo:

Santos-Pérez ME, Bajo-Santos C. Estudio de la patología valorada en la Unidad de Foniatría del Complejo Asistencial de Zamora en el primer trimestre de 2012. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012; 3 (17):161-178.

Resumen

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

Material y Métodos: Se elabora un estudio estadístico.

Resultados: Número total de pacientes valorados: 244, siendo 137 (56,15%) los que acudían por vez primera y 107 (43,85%) los evaluados previamente. De ellos, 139 (56,97%) presentaron patología vocal y 105 (43,3%) patología del lenguaje. 38 pacientes (15,57%) fueron remitidos desde Foniatría para recibir tratamiento logopédico en el hospital. La patología vocal ocupa el 86,84% (de los 38 remitidos), siendo 32 el número de disfonías, 19 (59,37%) orgánicas, (de éstas 10,52% correspondían a profesionales de la voz); 9 fueron microcirugías laríngeas (28,13%) y 4 disfonías funcionales (12,5%). De la patología del Lenguaje valorada médicamente en Foniatría, sólo el 4,76% es remitida a Logopedia hospitalaria, el 95,24% restante es enviado a los Centros Escolares, siendo los Maestros especialistas en A-L. los responsables de su rehabilitación (según orden de NEE de 1992).

Conclusiones: 1.- La cantidad de pacientes valorados por vez primera en la consulta médica foniatrónica es superior a la de revisiones. 2.- Predomina el porcentaje de patología Vocal evaluada, pero la diferencia con la del Lenguaje se va acortando a medida que los Pediatras tienen conocimiento de esta actividad médica. 3.- El número de pacientes incluidos en rehabilitación logopédica es significativamente inferior a los estudiados foniatricamente. 4.- La terapéutica Vocal predomina a nivel hospitalario y la del Lenguaje en Centros escolares.

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

Study of the pathology valued at Phoniatics Unit Complex Care of Zamora in the first quarter of 2012

Summary

Introduction: We present this study about the activity of the first term of Phoniatics consulting belongs to the Virgen de la Concha Hospital in Zamora

Material and Methods: A statistical study was developed

Results: Total number of patients evaluated: 244, with 137 (56.15%) who came as first time (new cases) and 107 (43.85%) who were previously evaluated. Of these, 139 (56,97%) had vocal pathology and 105 (43.3%) speech pathology. 38 patients (15,57%) were referred from the phoniatics unit to speech therapy at the hospital for treatment. Vocal pathology occupies 86.84% (from the 38 submitted), being 32 the number of dysphonia, 19 (59.37%) organic (of which 10.52% were professional voice users), 9 were laryngeal microsurgery (28,13%) and 4 functional dysphonia (12.5%). From all the language pathologies analyzed by Phoniatics unit, only 4.76% is referred to Speech therapy. The remaining 95.24% are sent to the school centers, with specialist teachers in LA whose are responsible for its rehabilitation (in order of SEN 1992).

Conclusions: 1. - The number of patients evaluated for first time in the medical consultation is higher than phoniatic revisions. 2. - The percentage of vocal pathology evaluated predominates but the difference versus language pathology is narrowing as pediatricians have medical knowledge of this activity. 3. - The number of patients included in speech rehabilitation is significantly lower than those who have been studied in the consultation. 4 - The Vocal therapy predominates at hospital level and Language therapy in the schools.

Keywords: Phoniatics; Dysphonia; Language development disorders; Stammering ; Aphasia; Laryngectomy

Introducción

En 1932 nace la Foniatría, cuando Tarneaud propone el nombre de Foniatría para la ciencia que estudia la patología vocal. En 1950 el Dr. Jorge Perelló introduce la Foniatría en España, creando un departamento de esta disciplina en el Servicio de Otorrinolaringología de la facultad de Medicina de Barcelona. En 1982, surge la Sociedad Médica Española de Foniatría (S.O.M.E.F.) con el fin de agrupar a todos los médicos que se dedican al estudio y tratamiento desde un punto de vista “rehabilitador”, (no quirúrgico) de la patología del Lenguaje, Voz, Habla y Audición de España.

La Foniatría se define según la Union of the European Phoniatrics (UEP), como “la especialidad médica para los Trastornos de la Comunicación que se ocupa de las enfermedades y trastornos de la voz, el habla, el lenguaje, la audición y la deglución.” Para la Union of European Medical Specialist (UEMS) “es el área médica encargada de las enfermedades, trastornos y disfunciones de:

- la comunicación en términos de Voz, Habla, Lenguaje (incluyendo la comunicación no verbal) y Audición (en tanto que la deficiencia afecta a las áreas mencionadas)
- la Discapacidad en el Aprendizaje (Dislexia, Disgrafía, Discalculia)
- la Deglución y
- la Disfunción oral – motora. (1, 2)

La Unidad de Foniatría del C.A.Z.A. (Complejo Asistencial de Zamora) se creó en Junio de 1990. En la actualidad, vinculada al Servicio de ORL, cuenta a nivel de recursos humanos, con una médico foniatra, una logopeda y una auxiliar de clínica. Aportando sus conocimientos cuando son requeridos en el ámbito de la Psicología del Lenguaje, si son adultos, la Unidad de Neuropsicología del Servicio de Psiquiatría del CAZA o bien, en el caso de niños, los profesionales de los Equipos de Orientación Pedagógica del MEC. Las Audiólogas, grandes colaboradoras, pertenecen al Servicio de ORL del hospital Virgen de la Concha. Así pues, las carencias que pueda presentar esta Unidad se suplen con una estrecha relación interprofesional entre diversos Servicios e incluso, Ministerios (Sanidad y Educación).

Durante el periodo referido de este año, 2012, sólo se registró actividad foniatrica los meses de Febrero y Marzo, por tanto el número de pacientes a estudio en este trabajo corresponde con los valorados en ese espacio real de tiempo.

Se ha realizado la diferenciación entre el número de casos registrados en niños y los de los adultos y, las patologías se han agrupado en dos grandes apartados diferenciados: Lenguaje y patología Vocal.

Las patologías que son evaluadas y tratadas incluyen, la que afecta a **adultos**, como los Trastornos del Lenguaje, entre los que se incluyen las

afasias, apraxias, agnosias, alexias, agrafias, acalculia, amnesia etc. pueden presentarse en forma de síndromes específicos en los que predomine cualquiera de las alteraciones citadas, o también, formando parte junto con otras anomalías de los denominados *Síndromes de Deterioro Neuropsicológico – S. Amnésico- Atencional, S. Afectivo, S. Cognitivo, S. de Alteración de la personalidad, Demencias etc.* También se valoran los Trastornos Sensoriomotores del Habla, alteraciones relacionadas con lesiones en el control muscular - *paresia, lentitud e incoordinación* - de los mecanismos de expresión del lenguaje, por lesión del S.N.C. y del S. N. Periférico o de ambos. El término – *Disartria*- abarca la coexistencia de alteraciones en varios de los procesos básicos del habla: respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia y su etiología es similar a la descrita en los trastornos del lenguaje. Dependiendo de la localización de las lesiones neurológicas, adquiere unas características clínicas y acústicas específicas que determinarán su clasificación. Así pues, distinguiremos: *D. Espástica, D. Flácida, D. Atáxica, D. Mixta...* Un carácter especial tiene la denominada *Apraxia (bucofonatoria, ideatoria, constructiva...)* que guarda relación con lesiones de sistemas superiores implicados en *la programación de las respuestas motoras.* (3, 4, 5)

Otro capítulo son los Trastornos de la Fonación o Disfonías, incluyen los procesos caracterizados *por alteraciones a nivel de cualquier calidad acústica de la voz- intensidad, tono o timbre- por alteración orgánica o funcional del sistema fonatorio* y que se expresan por la aparición de síntomas subjetivos asociados al acto fonatorio que, se reconocen como síntomas precoces de cuadros patológicos posteriores. Se agrupan en este apartado las *Disfonías Funcionales y/o Disfonías Orgánicas. La diferenciación entre disfonías orgánicas y funcionales* en muchos casos es artificial ya que, los trastornos orgánicos ocasionan desequilibrios funcionales que agravan el proceso y las alteraciones funcionales suelen provocar más o menos precozmente, lesiones orgánicas subsidiarias, en muchos casos, de tratamiento quirúrgico. *El tratamiento ortofónico* estará indicado siempre y cuando el control de cualquier alteración funcional pueda suponer un cambio positivo en la evolución de la enfermedad y puede realizarse independientemente, previo a la cirugía, posterior al acto quirúrgico o el denominado “en sandwich”, según la valoración de efectividad del tratamiento que determine la evolución y el tipo de patología que presente el paciente. En este apartado haremos referencia a los pacientes *laringectomizados* que precisan de un tratamiento rehabilitador que les permita la comunicación; como técnica “propia” nos referimos a la adquisición de la voz erigimofónica y si ésta fracasa o el paciente no la admite puede emplear prótesis que les permitan continuar con sus relaciones sociales u otros medios de comunicación alternativos. (6,7)

Los Trastornos de la Fluidez verbal, son los que afectan, principalmente, al ritmo de la palabra. Se incluyen la *Disfemia, el Farfulleo y la Taquifemia.*

Otro capítulo lo constituyen las Alteraciones Morfológicas de los

órganos articulatorios, se incluyen en este apartado las dificultades de producción de diferentes fonemas por malformación congénita o adquirida de dichos órganos,- *Disglosias*- como por ejemplo, la fisura palatina, el labio leporino, las disglosias mandibular, labial y lingual, el velo corto congénito, el paladar ojival etc. En el adulto las causas más frecuentes son los traumatismos y las secuelas post-quirúrgicas. *La intervención foniátrica* irá encaminada a lograr la adaptación más eficaz del paciente a la morfología de sus órganos articulatorios o a valorar la posibilidad o necesidad de una intervención quirúrgica que mejore las posibilidades funcionales.

Los Trastornos de la Audición. Bajo el punto de vista foniátrico, las alteraciones auditivas adquieren significado, en el paciente adulto, *cuando la pérdida auditiva interfiere la normalidad de los fenómenos comprensivos o expresivos de la comunicación*. Abordaremos como situación especial, el *implante coclear*, con objeto de mejorar las posibilidades de recepción sonora del paciente afecto de hipoacusia neurosensorial bilateral profunda. (8,9)

A continuación, nos referiremos a la **Patología Foniátrica en Niños**: Es remarcable el estudio de los Trastornos del Desarrollo del Lenguaje, se agrupan en este apartado todas las alteraciones que interfieren en el inicio o el normal desarrollo y evolución del lenguaje en cualquiera de sus niveles – fonológico, morfosintáctico, semántico o pragmático - Entre los *Trastornos Primarios o Específicos* se engloban las siguientes patologías: *Dislalia funcional* – o déficit de producción fonológica-, *Retraso simple del Habla* – o déficit de programación fonológica- , *Retraso Leve o Moderado del Lenguaje*- o trastorno en la elaboración del mismo-, *Disfasia* – o trastorno grave en la elaboración del lenguaje-, también denominado actualmente T.E.L., *Agnosia Auditivo - Verbal o Agnosia Verbal Congénita* – como forma especial de Disfasia que afecta gravemente y de forma específica a los procesos de recepción del lenguaje a nivel de decodificación fonológica- y *Apraxia Verbal* - o síndrome de déficit de programación fonológica, que afecta de forma específica a los procesos de programación fonológica-. Por otro lado, podría aplicarse la siguiente clasificación: Síndrome Semántico - Pragmático, Síndrome Fonológico - Sintáctico, Síndrome Léxico - Sintáctico.

En el caso de los *Trastornos Secundarios*, el factor etiológico principal será el determinante del proceso responsable – deficiencia mental, hipoacusia y otras deficiencias sensoriales, P.C.I. y otras encefalopatías y disfunciones cerebrales, neurosis infantil, trastornos del espectro autista, TDAH etc.- Sin embargo, siempre habrá que descartar otros posibles factores asociados que pueden empeorar el pronóstico y evolución.

En cuanto a, los Trastornos del Lenguaje ya establecido el principal exponente es la *Afasia Infantil*, dependiendo del asiento de la lesión, adquiere características clínicas diversas. Es claramente diferenciable de la del adulto, tanto por su presentación inicial como por su evolución y pronóstico. Existe un síndrome que asocia *Afasia Infantil y Epilepsia*, denominado *Síndrome de Landau- Kleffner* cuya etiología actualmente es desconocida, de inicio brusco, sin antecedentes personales o familiares remarcables y de evolución y

pronóstico muy variable.

Los Trastornos en el aprendizaje de la Lecto- escritura, incluyen los déficits en la cualidad o ritmo de adquisición del lenguaje escrito. Se diferencian claramente los *Retrasos Primarios* – de origen congénito- severos, asociados a alguna forma de disfunción del S.N.C. – daño encefálico o anomalía en el desarrollo neurológico - y surgidos en personas, que por lo general, no presentan alteraciones en la visión, audición o inteligencia y que demuestran un funcionamiento global adecuado del lenguaje. En las publicaciones actuales, se refieren a este trastorno con el término de *Dislexia Primaria o del Desarrollo*.

Otro tipo de trastorno es la denominada *Dislexia Secundaria*, resultado de factores ambientales, socio – culturales y familiares, emocionales o pedagógicos – dispedagogía -. Restan, los asociados a alteraciones o déficits del individuo a nivel cognitivo, sensorial, psicosensoial o de maduración de otras áreas específicas como la del lenguaje, la habilidad viso - motora, rapidez y destrezas motora, memoria secuencial, adquisición de automatismos etc.

La *intervención foniatrica* irá encaminada a la evaluación del trastorno y a la indicación del tratamiento. Las medidas que se han ido adoptando en los últimos años a nivel escolar, están centrando el papel del medio sanitario en los aspectos de apoyo diagnóstico. (La rehabilitación de la patología infantil en la esfera de la comunicación se hace en los Centros Escolares a través del Maestro Especialista en Audición y Lenguaje o bien por el equipo logopédico del IMSERSO (Centro Base) si aún no están escolarizados, de acuerdo con la legislación vigente. El Real Decreto 696/ 1995 de 28 de Abril de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales y la Ley de Calidad de la Educación, regulan su actuación. Sin embargo, es requisito imprescindible el diagnóstico clínico y las recomendaciones terapéuticas de dichas patologías, competencias encomendadas a los médicos foniatras. Encargándose de las valoraciones psicopedagógicas los profesionales del Equipo de Orientación Pedagógica del MEC)

Finalmente, existen trastornos que pueden ser extrapolables con los de los adultos como es el caso de los Trastornos Sensoriomotores del habla, las Alteraciones Morfológicas de los órganos articulatorios, las Disfonías y los Trastornos de la Fluidez verbal, aunque en este último apartado hemos de referirnos a la *Disfemia fisiológica*, en la que las medidas de actuación se centrarán en la modificación de actitudes de comunicación hacia el niño, en el entorno socio- familiar. (8,10,11,12,13)

Material y métodos

Se ha realizado un estudio estadístico, extrayéndose la información de las 244 historias clínicas correspondientes a pacientes (niños y adultos) de primera consulta o de revisión clínica que acudieron a evaluación en la consulta médica de la Unidad de Foniatría del hospital Virgen Concha de Zamora en los primeros meses de 2012.

Remarcar que el número de procesos o casos registrados no es sinónimo del número de pacientes porque se ha considerado independiente cada patología, es decir, un paciente, por ej. puede padecer una disfonía hiperkinética y un pólipo o bien pueden existir casos de disfonía específicamente disfuncional o bien casos de pólipo y nódulo. Aunque, en los casos de disfonía orgánica, si ésta era muy manifiesta y el grado de funcionalidad no era tan significativo como la lesión hemos optado por considerar sólo la primera.

También, se elaboró un estudio comparativo entre los resultados obtenidos de las patologías registradas de adultos e infantiles.



Resultados

Se evaluaron un total de 244 pacientes (adultos y niños) en Foniatría, de los cuales, el 56.15% pertenecen a pacientes de primera valoración y el 43,85% restante son revisiones. (Fig.1)

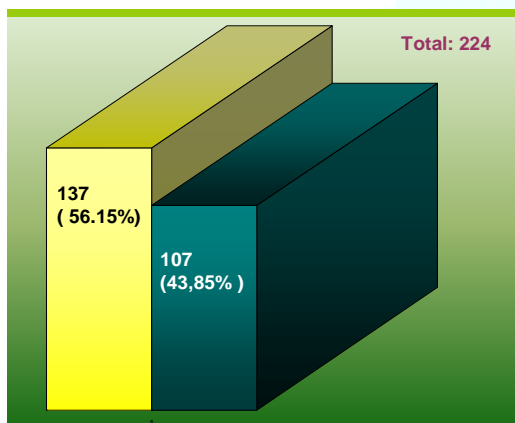


Figura 1. Distribución de la muestra (amarillo: primera valoración, verde: revisiones)

Se evidenció un predominio de la patología vocal sobre la que denominamos del lenguaje (déficits del desarrollo, pérdida del mismo, alteraciones del ritmo o fluencia, alteraciones articulatorias etc) pero no es una diferencia altamente significativa, tal y como se observa en el siguiente gráfico. Los casos de alteración vocal fueron 139 (56,97%) frente a los 105 (43,3%) que se agruparon en el epígrafe de patología del lenguaje.

Distribución por patologías

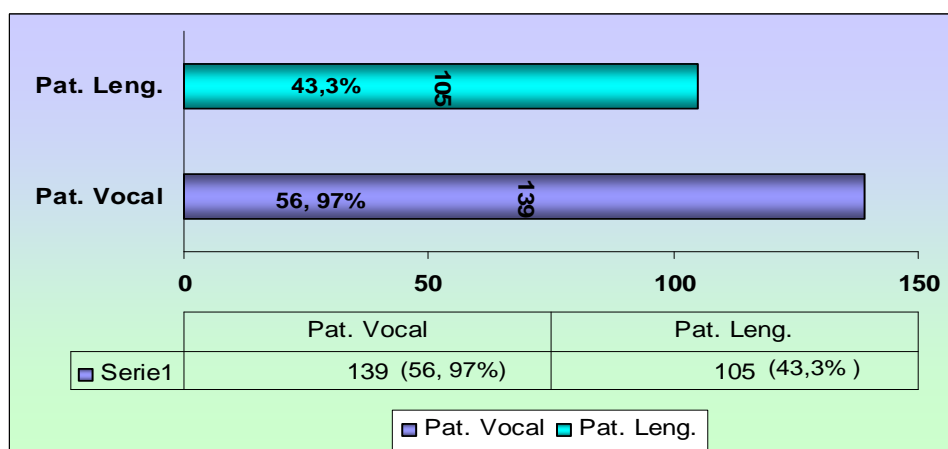


Figura 2. Distribución por patologías

De todos los pacientes evaluados solamente el 15,57% fue remitido a rehabilitación logopédica en el hospital. Actualmente y debido a la ley de NEE de 1995, los niños son rehabilitados en el Centro Escolar por los maestros especialistas en A-L.

Como se puede apreciar, la patología predominante que se rehabilita a nivel hospitalario son adultos con afecciones vocales, alcanzando el 86,84% frente al 13,16 % de los pacientes, generalmente neurológicos, con alteraciones en el lenguaje.

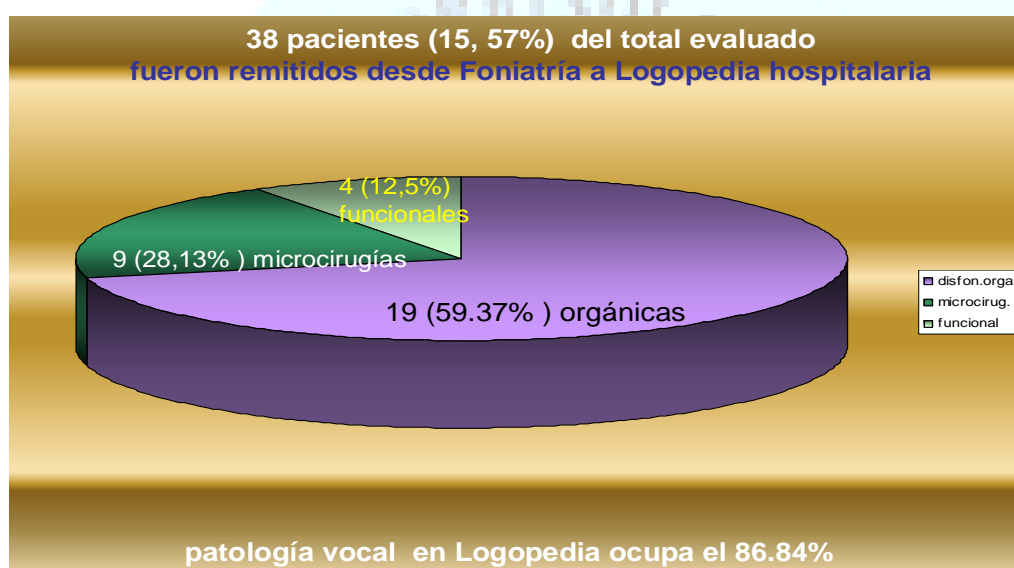


Figura 3. Patología vocal

Patología en pacientes adultos.

Si nos centramos en la patología vocal de los adultos apreciamos que el mayor índice se ha registrado en las que denominamos disfonías orgánicas, arrojando un total de 115 procesos, seguido de los 41 observados de disfunción funcional. En 18 ocasiones estimamos la existencia de paquidermia interarritenoidea subsidiaria de la existencia de Reflujo Gastro – esofágico, aunque los pacientes estuviesen asintomáticos. 14 pacientes fueron remitidos desde ORL tras la realización de Microcirugía laríngea para valoración foniátrica y posible rehabilitación logopédica y en otras 7 ocasiones consideramos conveniente junto con el ORL la intervención quirúrgica de algunos procesos. (Fig. 4)

Como ya hemos referido anteriormente, el número de procesos no es sinónimo de pacientes, existen procesos concomitantes.

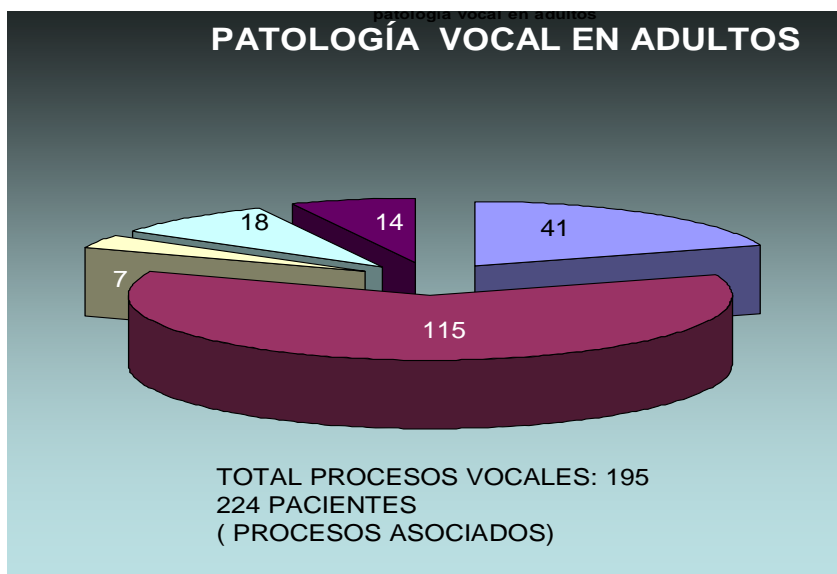


Figura 4. Patología vocal en adultos

Disfonías disfuncionales, n = 41

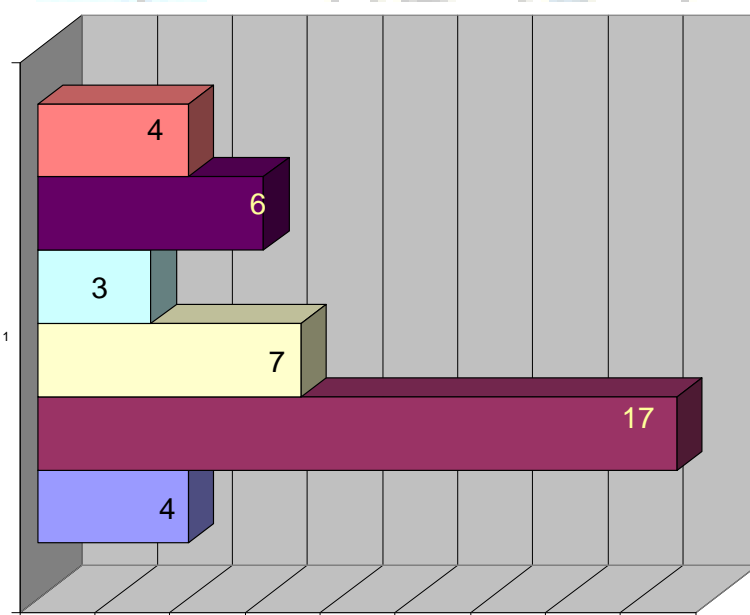


Figura 5. Disfonías disfuncionales

Los 41 procesos disfuncionales se distribuyeron como exponemos a continuación en orden de mayor a menor: 17, los más numerosos fueron disfonías hiperkinéticas, 7 hipokinéticas, 6 fonastenias (hemos considerado adecuado diferenciarlas de las hipocinéticas porque son características del anciano y podrían considerarse hasta cierto punto “evolutivas”) en 4 ocasiones apreciamos voz de bandas (es una hipercinesia muy elevada y con ciertas

características, motivo por el que también hemos deseado dotarlas de identidad propia), en otras 4 situaciones los pacientes (mujeres) presentaron disfonía de origen psicógeno y en 3 las hemos catalogado como disfonía mixta (con características de hiper e hipocinesia de manera sumatoria).

Disfonías orgánicas

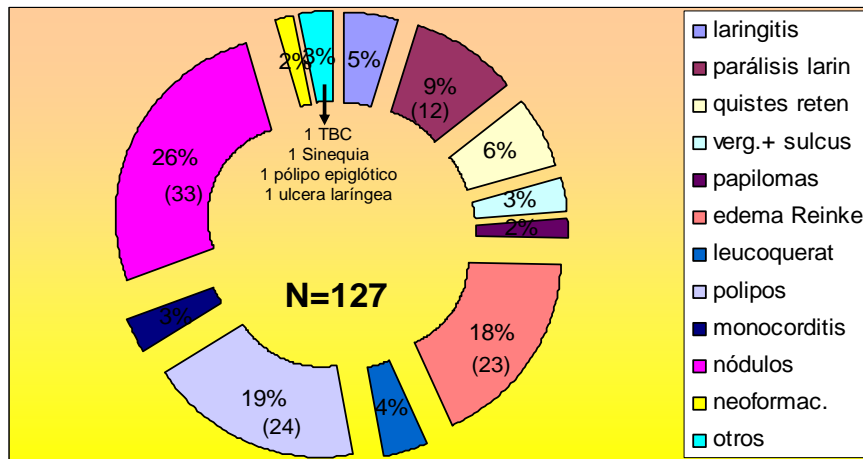


Figura 6. Disfonías orgánicas

Dentro de la patología orgánica, el predominio correspondió a los nódulos con un 26%, seguido de los pólipos y la patología debida a Edema de Reinke, con un 19 y 18% respectivamente. En este apartado remarcar los 12 casos de paresias y/o parálisis laríngeas. Así como el 4% de leucoqueratosis y el 2% de neoformaciones que precisaron intervención quirúrgica con carácter de preferencia. Hemos tenido también un caso de tuberculosis laríngea y una sinequia. (Fig. 6)

Pacientes quirúrgicos

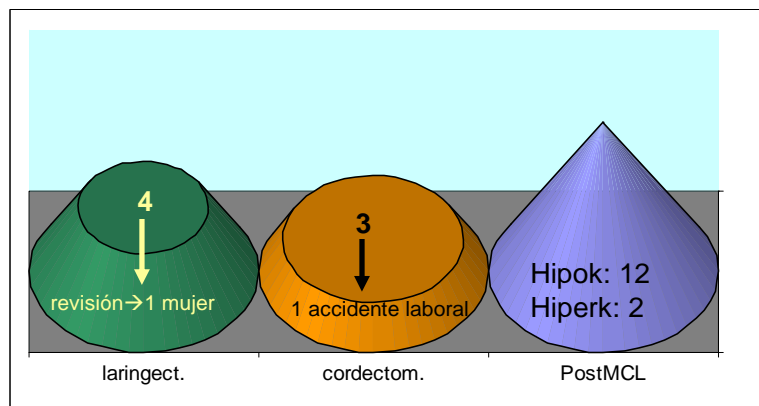


Figura 7. Patología quirúrgica

Entre los pacientes quirúrgicos, hay 4 casos de laringectomizados, siendo dos de ellos revisiones y uno de estos una mujer. 3 pacientes sometidos a cordectomía, entre ellos uno por causa traumática. Y nos fueron remitidos desde ORL 14 pacientes a los que se había realizado MCL (microcirugía laríngea) de los que 12 presentaban hipokinesia y 2 patrón hiperkinético.

Alteraciones del lenguaje en adultos

De los pacientes evaluados por patología del lenguaje (48 procesos), 19 fueron diagnosticados de afasias y 15 de disartrias, 3 disfemias (alteraciones en la fluidez), 2 apraxias y 2 procesos disfágicos. En el epígrafe de otros, se incluye una parálisis facial que se presenta asociada a disartria y disfagia en un paciente intervenido de una neoformación cerebelosa y también los procesos concomitantes como es el caso de la enfermedad de Parkinson y los parkinsonismos o la enfermedad de Alzheimer y/o deterioros cognitivos y alteraciones mnésicas así como, procesos de la esfera psíquica como ansiedad y depresión, que cursan con alteraciones en el lenguaje. (fig. 10)

Remarcar que en 7 ocasiones los pacientes que evaluamos no presentaban ninguna patología de la esfera a estudio (ni vocal ni del lenguaje) y entre estos un paciente acude a revisiones anuales por ser cantautor y profesor (población de riesgo en patología vocal).

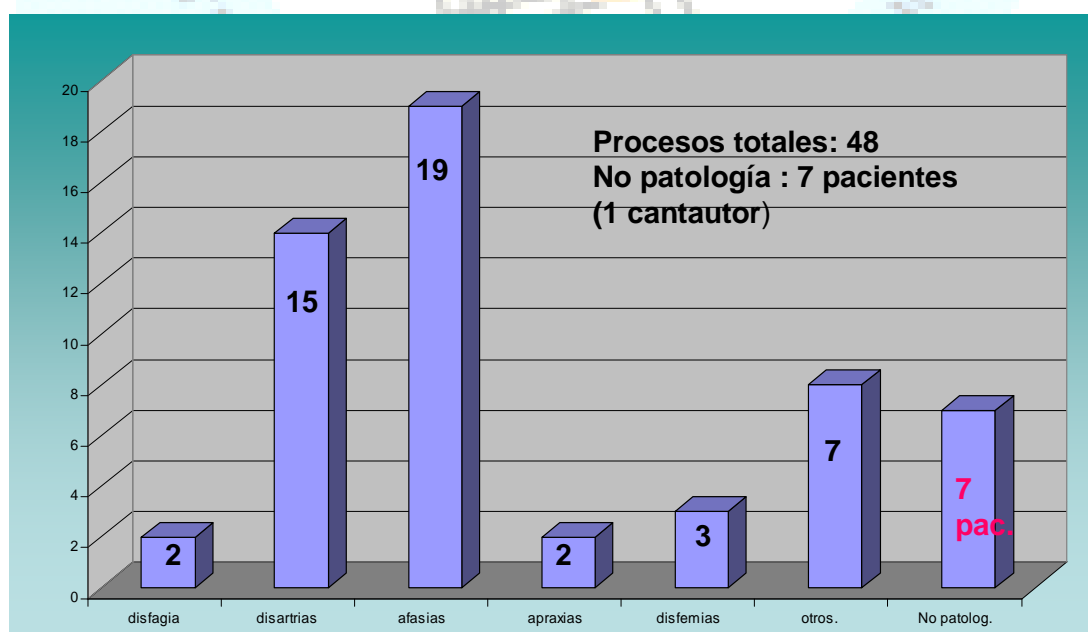


Figura 8. Alteraciones del lenguaje en adultos

Las 19 afasias se distribuyeron en (las enumeramos por orden de frecuencia): 5 casos de afasias globales, otras 5 anómicas, 5 específicas o puras para la lectura, dos agrafias y/o disgrafias (uno asociado a alexia) y una afasia de Wernicke y otra de conducción.

En los casos de disartria predominaron las hipocinéticas (generalmente consecutivas a Parkinson o parkinsonismo) y posteriormente la espástica y con idéntico porcentaje, la flácida (pacientes neurológicos) y la debida a alteraciones de la Articulación témporo- mandibular. Existe un 13% pendiente de filiación.

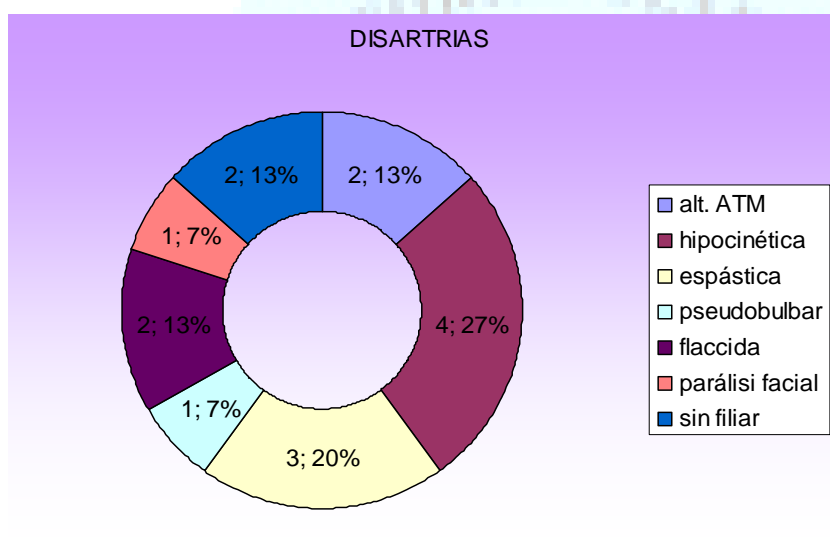


Figura 9. Disartrias

En los trastornos del ritmo, tuvimos 3 disfemias, una de cada tipo, una tónica, otra clónica y una tónico- clónica.

Sd. Asociados

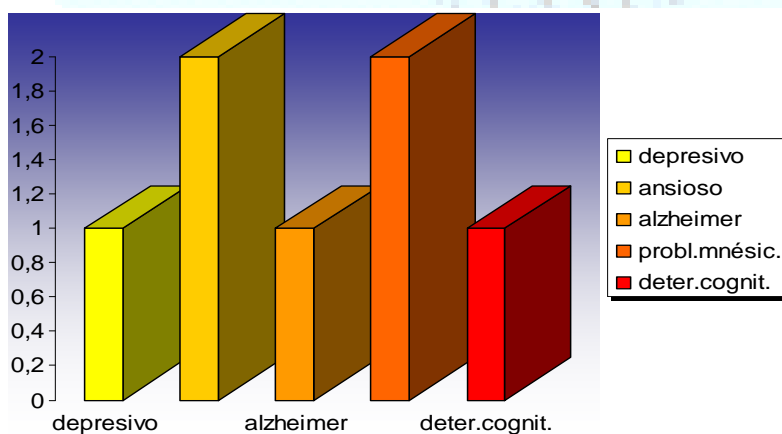


Figura 10. Síndromes asociados

Patología detectada en Niños

Se documentaron 105 procesos en niños, de estos, 103 presentaron patología en la que destacó la del desarrollo del lenguaje y del habla (55,23%) y en dos ocasiones fueron procesos evolutivos que preocupaban a los padres pero no eran patológicos, rotacismos previos a los 6 años. Remarcar también que estamos observando un aumento en los casos de deglución atípica, en esta ocasión supuso (15,23%)

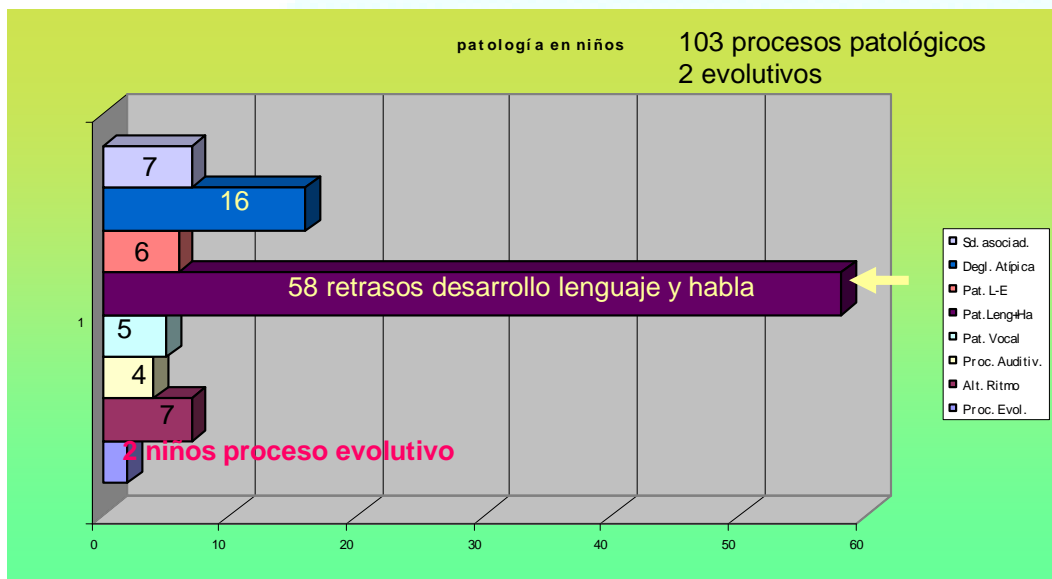


Figura 11. Patologías en niños

En 7 casos se apreciaron alteraciones del ritmo o de la fluencia verbal, en 6 se evidenció patología en la lecto – escritura, 5 casos correspondieron a disfonías infantiles y 4 presentaron alteraciones acústicas. En 7 ocasiones los procesos mencionados se asociaron a Síndromes.

Dentro de la patología del lenguaje y habla destacan los retrasos simples del Habla, denominados comúnmente dislalias, y a continuación los retrasos en el desarrollo del Lenguaje expresivo, ocupando la tercera plaza las dispraxias del habla o retraso moderado de habla. Siendo los procesos graves como las disfasias receptoras apreciados en el 2% de los casos y asociada a patología Síndromica, T.E.A. (Trastorno específico del Espectro Autista).

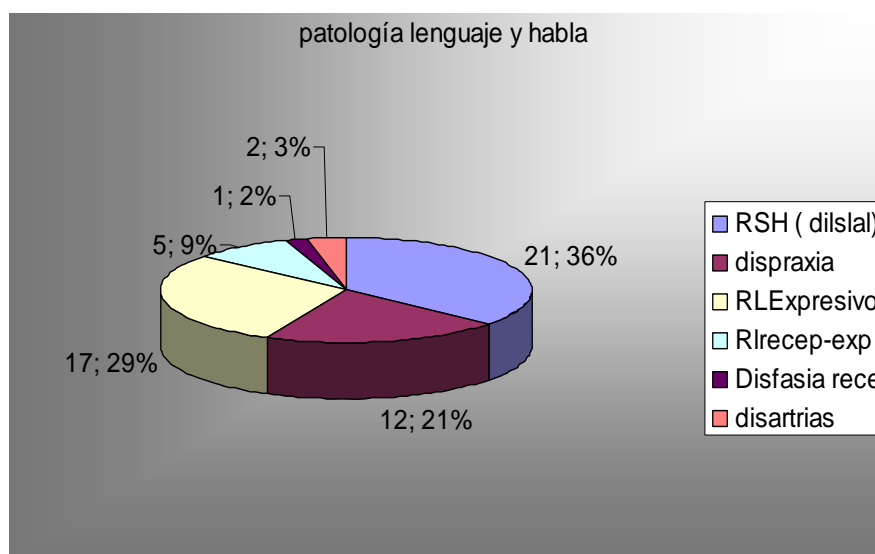


Figura 12. Patología del lenguaje y habla

De los 6 casos que se presentaron de patología de la Lecto- escritura, cuatro fueron dislexias y los otros dos, una dispedagogía y una disortografía, que generalmente se asocia con TDAH (Trastorno de Atención e Hiperactividad)

Las alteraciones de la fluencia del habla o del ritmo se apreciaron en el 6,66% de los casos registrados, 7 casos de los que 4 fueron disfemias o tartamudeo y 2 taquifemias (habla rápida o atropellada que se hace ininteligible). En las disfemias el 75% de los casos fueron procesos clónicos y sólo el 25% restante presentaba disfemia tónico- clónica.

También observamos casos de patología auditiva, ésta se detectó en el transcurso de la evaluación de la patología del lenguaje y habla. Fue el 3,80% de la toda evidenciada en niños. Con la existencia de una otitis seromucosa y 3 casos de hipoacusia de transmisión una precisaba audífono y las otras dos eran leves que mejoraron con antibioterapia.

En cuanto a los 5 casos de disfonía infantil, cuatro remitidas por su pediatra y una por ORL, se detectó un caso asociado a Borreliosis que se resolvió en cuanto se solucionó el problema base y de las otras cuatro, dos eran disfuncionales y dos asociaban nódulos.

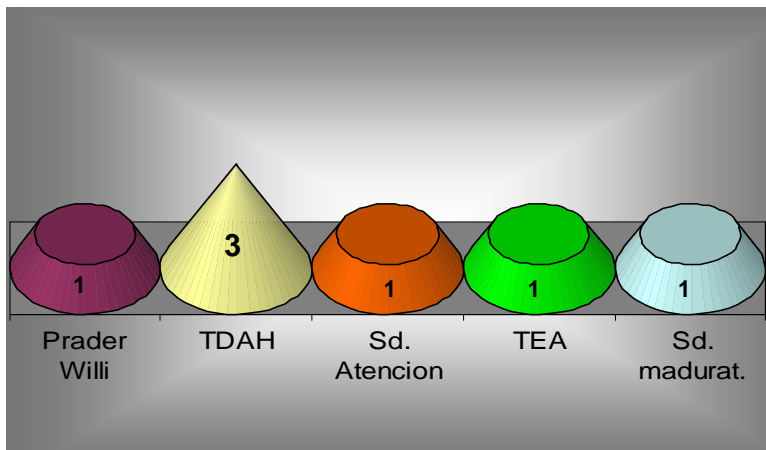


Figura 13. Trastornos de atención

En algunos momentos ya hemos hecho referencia a los Síndromes que acompañan a las patologías infantiles detectadas en este estudio así, entre todos los casos evaluados de niños, existe un Sd. de Prader- Willi que llevamos varios años en seguimiento, 3 situaciones de TDAH, 1 síndrome atencional sin llevar aparejado la hiperactividad, 1 TEA (Trastorno del Espectro Autista) y un Sd. madurativo.

Conclusiones

- 1.- La cantidad de pacientes valorados por vez primera en al consulta médico foníatrica es superior al de revisiones.
- 2.- Predomina el porcentaje de patología Vocal evaluada, pero la diferencia con la del Lenguaje se va acortando a medida que los Pediatras tienen conocimiento de esta actividad médica.
- 3.- El número de pacientes incluidos en rehabilitación logopédica es significativamente inferior a los estudiados foníatricamente.
- 4.- La patología Vocal predomina en los adultos y es mayoritaria en la atención logopédica hospitalaria; por el contrario, la patología del Lenguaje es superior en niños y es rehabilitada en los Centros escolares por los maestros especialistas en Audición y Lenguaje (A-L).

Bibliografía

1. UEMS. Development and harmonization of subspecialty training in E.E. Sub-speciality Audiology - Phoniatics. UEMS Annual ORL Section and Board Meeting. Limassol-Cyprus, October 2007.
2. UEP. Phoniatics. Training Principles and Logbook. General Assembly meeting of UEP, Viena, June 1, 2007.
3. Love RJ. y Webb WG: Neurología para los especialistas del habla y lenguaje Panamericana, 1998.
- 4 Goodglas, H.: Evaluacion de la Afasia y Trastornos relacionados 3ª Ed. 5-Panamericana. Barcelona. 2005
5. Santos Pérez ME y cols.:Las afasias convivimos con ellas. USAL. Edición limitada. 2006
6. Le Huche F.: LA VOZ. TOMO I, II y III - Anatomía y fisiología de los organos de la voz y del habla.- Masson. Barcelona 2004
7. Santos Pérez ME, Bajo Bajo A; Bajo Santos, C; Coscarón Blanco E; Santos del Riego SE, González Francia R: Disfonías en profesionales de la Voz. USAL. Edición limitada. 2008
8. Garrido M, Gorospe JM, Málaga J, Martín C, Bueno JL, Fontanillo F.: Evolución de la Patología atendida en una Unidad de Foniatría. En Actas del. III Congreso Nacional de la SOMEF. Ciudad Real, 1995; 219-38.
- 9 Le Huche F.: La Tartamudez. Opción curación. Masson. Barcelona. 2000
10. Crystal D: Patología del Lenguaje. Cátedra, 1993.
11. Gorospe JM y cols.: Aspectos clínicos en los trastornos del desarrollo del lenguaje. Actas del I Congreso Nacional de la SOMEF. Salamanca. 1990; 39-56.
12. Launay C.L y Borel Maisonny S: Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño. Masson, Barcelona.1986.
13. Narbona J: El Lenguaje del Niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. Masson. Barcelona. 2001



Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Javier Martínez Subías (Soria)

Pablo Casas Rodería (León)

Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)

María Jesús Velasco García (Ávila)

Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)

José Luis Alonso Treceño (Palencia)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)

Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)

Luis Lassaleta Atienza (Madrid)

Francisco García Purriños (Murcia)

José Luis Llorente Pendás (Asturias)

Constantino Morera Pérez (Valencia)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Caso clínico

Melanoma maligno de fosa nasal, a propósito de un caso

Malignant melanoma of nasal fossae, a propos of a case

Pablo Santos Gorjón^a, María Gil Melcón^b, Fernando Franco Calvo^b, Luis Alberto Guardado Sánchez^b, María Rey Marcos^b, Juan Luis Gómez González^b.

^a *Servicio de ORL. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila. España*

^b *Servicio de ORL. Hospital Clínico Universitario. Salamanca. España*

Contacto: pabmaransantos@hotmail.com

Recibido: 19/07/2012	Aceptado: 22/07/2012	Publicado: 31/07/2012
-------------------------	-------------------------	--------------------------

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

Referencia del artículo:

Santos-Gorjón P, Gil-Melcón M, Franco-Calvo F, Guardado-Sánchez LA, Rey-Marcos M, Gómez-González JL. Melanoma maligno de fosa nasal a propósito de un caso. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012; 3(18):179-185

Resumen

Introducción: El melanoma de fosa nasal (MMFN) supone un 4% de los tumores malignos nasosinusales y sólo un 20% carecen de melanina. La clínica es inespecífica y retrasa el diagnóstico. Presentamos el caso de una mujer de 80 años que acude a consulta por insuficiencia respiratoria nasal, otalgia izquierda y epistaxis de 8 meses de evolución. A la exploración se evidencia una formación de coloración oscura, polipoidea-carnosa. La TC muestra una masa sin erosión ósea. La biopsia con anestesia local arroja el resultado de melanoma amelanótico. Debido a la edad de la paciente y a su estado general se opta por realizar un abordaje endoscópico frente a una cirugía abierta. La paciente permanece asintomática hasta un año después en que se palpa una pequeña adenopatía laterocervical izquierda de más de 3 cm de diámetro que se confirma mediante PAAF que es una metástasis del melanoma. Se realiza vaciamiento radical cervical y se produce una fístula de linfa como complicación que cede con medidas compresivas. La paciente permanece otros 4 años asintomática desde entonces.

Discusión: El tratamiento de elección es quirúrgico. Es un tumor radiorresistente. En casos seleccionados podemos ayudarnos de la inmunoterapia activa (Interferon y Cimetidina en combinación) y la QT dirigida. Las supervivencias a los 5 años varían del 6.5% al 34%.

Conclusión: Proponemos la cirugía endoscópica para tumores no infiltrantes o en pacientes que por su estado general no puedan someterse a cirugías muy agresivas.

Palabras clave: Melanoma maligno; fosa nasal; T-311; Abordaje endoscópico

Malignant melanoma of nasal fossae a propos of a case**Summary**

Introduction: The melanoma of the nasal fossae represents a 4% of all sinonasal malignant tumors. The symptoms are unspecific, thus delaying diagnosis. We present a case of a woman of 80 years of age. She has hypertension and a degenerative heart disease, and presents nasal respiratory insufficiency, left otalgia and epistaxis of 8 months of evolution. Examination revealed a dark, polypoidal, fleshy mass. The CT revealed a mass that occupied that space, without bone erosion. A biopsy of the mass revealed that it was an amelanotic melanoma. Due to the age of the patient and her general pathology, endoscopic sinonasal surgery was applied. The pathological anatomic analysis confirmed that it was a malignant round cell melanoma with the following phenotype: positive for Vimentin, positive for nuclear S-100, focal positive for HMB-45, negative, melan A⁺ negative for HMB-45 with heterogeneous intensity, and negative for ENE and ALC. The patient did not present symptoms until a year later, when she discovered a small laterocervical adenopathy. A FNAP confirmed that the melanoma had metastatized. The patient underwent a radical neck dissection and remained 15 months without symptoms. She is currently going through monthly revisions.

Discussion: The treatment of choice is surgery. Selective neck dissection is not justified. This tumor is radioresistant. Active immunotherapy (a combination of Interferon and Cimetidine) and targeted chemotherapy have also been used, mainly in inoperable cases. Five-year survival ranges between 6.5% and 34%.

Conclusion: We propose endoscopic surgery for non-infiltrating tumors or for patients who cannot undergo very aggressive surgery due to their general condition.

Keywords: Malignant melanoma; nasal fossae; T-311; Endoscopic approach.

Introducción

Los melanomas constituyen un 1.2% de los tumores malignos de todo el organismo. Dentro de los melanomas un 20% se localizarían en cabeza y cuello y de estos tan sólo un 10% se presenta en membranas mucosas, ya que la gran mayoría son de localización cutánea. Equivalen a 0.5-0.85% de los melanomas malignos del organismo, y a menos de un 4% de todas las neoplasias malignas que afectan a fosas nasales y senos paranasales [1].

Lüke en 1869 publica el primer caso descrito como melanoma primario maligno de Fosa nasal y senos paranasales. En 1974 Zack y Lawson describen por primera vez la existencia de células dendríticas con melanina en el estroma del tabique nasal y los cornetes. Hasta entonces existía gran controversia para admitir la localización primaria de estos tumores en fosas nasales [2].

El MMFN parece originarse en melanocitos normales preexistentes en la zona no existiendo una lesión preexistente en la zona del asiento del tumor. Los melanocitos son células diferenciadas derivadas de la cresta neural durante el periodo embrionario, segregan un pigmento, la melanina y están normalmente presentes en la piel, membranas mucosas, piamadre y la úvea. No muestran preponderancia de sexo y la edad media de aparición tiene una distribución bimodal en torno a 50-60 años y después a los 60-70 años [3].

Dentro de estas la localización más frecuente se sitúa en la parte anterior del septum y cornetes medio e inferior, también en seno maxilar, aunque en algunos casos es difícil establecer el sitio de origen debido a su gran tamaño [1]

La clínica es inespecífica: epistaxis, congestión nasal u obstrucción nasal unilateral. Es excepcional el dolor. También puede asociar poliposis nasal. Macroscópicamente el tumor puede ser muy variado: formaciones polipoideas pediculadas o sesiles, firmes o friables, de fácil sangrado a la manipulación, frecuentemente pigmentadas de color grisáceo. Existen formas acrónicas. A la rinoscopia suelen mostrarse como una granulación exuberante polipoidea muy pigmentada, negruzca, acrómica ó rosácea [4]. El diagnóstico histológico es difícil debido al polimorfismo de estos tumores y se precisa inmunohistoquímica [5]: HMB-45, tinción Fontana-Masson que tiñe la melanina (aunque hay formas amelanóticas), y S-100, Vicentina, T-311, SKIC 3. El T311 (anticuerpo para tirosinasa) la enzima llave para la síntesis de melanina, es el marcador más sensible para el diagnóstico del melanoma nasosinusal y emerge como el marcador más útil para el diagnóstico de melanoma mucoso de cabeza y cuello [6, 7].

El diagnóstico diferencial se debe hacer con esteseoneuroblastoma olfatorio, linfoma y plasmocitoma, carcinomas indiferenciados, rbdomiosarcomas y fibrohistiocitoma maligno.

El estudio tomográfico nos informará de la extensión de la lesión y así de su estadiaje y es más importante que los índices de Breslow y Clark cutáneos.

Descripción

Mujer de 80 años con cardiopatía hipertensiva, hipotiroidismo en tratamiento hormonal sustitutivo, hipercolesterolemia en tratamiento con estatinas y fibrilación auricular en tratamiento con digitálicos y antiagregación. Acude a consulta por presentar desde hace unos 8 meses epistaxis de repetición por izquierda con otalgia refleja e insuficiencia respiratoria nasal homolateral. La rinoscopia muestra una formación oscura, polipoidea-carnosa posiblemente dependiente de septum en zona superior del área III, que ocupa toda la fosa y parece no infiltrante. Se solicita TC, previo a la toma de biopsia.



Figura 1. Corte TC axial con contraste; masa de partes blandas que afecta a antro maxilar izquierdo, ocupa casi totalmente fosa nasal izquierda y se extiende posteriormente hacia rinofaringe. Existe una dilatación de la región infundibular de antro maxilar y cambios inflamatorios inespecíficos por retención de producto de secreción en seno frontal, celdillas etmoidales, y seno esfenoidal.

Se realiza toma de biopsia con anestesia local en la que se objetiva que se trata de una masa friable que es informada como infiltración por melanoma amelanótico de célula redonda. Debido a la edad de la paciente y a su patología general junto al tamaño no tan importante del tumor, se rechaza la cirugía abierta mediante abordaje de Weber-Ferguson paralateronasal como primera opción, y se decide hacer CENS para extirpación de la lesión.

Para caracterizar mejor la lesión se realiza una RMN.



Figura 2. Corte coronal que muestra una masa que ocupa la totalidad de fosa nasal izquierda ligeramente hipointensa en T1 y T2 con captación de contraste. Presenta una extensión a zona de las coanas con aspecto polipoideo que llega a romper parcialmente la luz nasofaríngea. Retención de secreciones en seno frontal, celdillas etmoidales anteriores y seno maxilar izquierdos así como seno esfenoidal.

La Anatomía patológica de la pieza quirúrgica es informada como melanoma maligno tipo célula redonda, Vicentina positivo, S-100 positivo, HMB-45 positivo focal, HMB-45 negativo melan A⁺ con intensidad heterogénea.

Tras la cirugía, la paciente permanece asintomática, hasta 14 meses después que se le palpa una pequeña adenopatía laterocervical izquierda nivel II de 3x2 cm de diámetro. Se realiza una PAAF, que resulta positiva para metástasis de melanoma. Tras un estudio de extensión mediante TC que descarta metástasis a distancia, pero sí describe otras dos adenopatías en área IIb, se realiza vaciamiento radical cervical izquierdo. Cuatro años después la paciente está libre de enfermedad.

Discusión

La vía paralateronasal es la vía de abordaje de elección [1] clásicamente aunque el avance de los abordajes endoscópicos permite extirpaciones seguras en casos seleccionados y realizar maxilectomías mediales endoscópicas que son tan seguras hoy día como un abordaje abierto. La actitud sobre las cadenas cervicales ante ausencia de metástasis es controvertida, la disección cervical reglada no está justificada siendo en la mayoría de los casos ausente cuando no existen adenopatías [6]. Se está proponiendo la generalización de la realización de búsqueda de ganglio centinela para cualquier melanoma de cabeza y cuello, excepto para metástasis de localización parotídea.

El melanoma es por definición un tumor radiorresistente por lo que la radioterapia no está indicada como primera opción terapéutica aunque puede utilizarse como coadyuvante a la cirugía sobre la zona de asiento del tumor pero no sobre cadenas cervicales. También se puede usar como tratamiento paliativo si existe dolor o sangrado [7]. La inmunoterapia activa (Interferon y Cimetidina en combinación) y la quimioterapia dirigida se usan como consolidación o en caso de metástasis con un pobre resultado (15-20% de respuestas) [1]. El pronóstico es malo, sobre todo si lo comparamos con los melanomas de la piel [8]. La supervivencia media de unos 8 meses tras el diagnóstico con más del 50% de fallecimientos en los primeros 3 años. A los 5 años sólo es del 6.5% al 30% [6]. El riesgo de recidiva local y metástasis tardía justifica un control prolongado [9].

Mientras que el pronóstico de los melanomas cutáneos ha mejorado por la mayor rapidez en el diagnóstico y concienciación de la población en el caso de esta localización la sintomatología anodina retrasa el diagnóstico [10].

Conclusiones

El melanoma maligno de fosas nasales y senos paranasales es un tumor raro de muy mal pronóstico. El tratamiento es quirúrgico con o sin asociación de radioterapia. Proponemos la C.E.N.S. como posibilidad quirúrgica en tumores de pequeño tamaño que no infiltran estructuras vecinas o en pacientes que por su estado general no puedan someterse a cirugías muy agresivas.

Bibliografía

1. Jahn V, Breuninger H, Garbe C, Maassen MM, Moehrle M. Melanoma of the nose: prognostic factors, three-dimensional histology, and surgical strategies. *Laryngoscope* 2006; 116:1204-11.
2. Mendenhall WM, Amdur RJ, Hinerman RW, Werning JW, Villaret DB, Mendenhall NP. Head and neck mucosal melanoma. *Am J Clin Oncol.* 2005; 28:626-30.
3. Choi YS, Han GS, Choi JS, Jang TY. Two cases of malignant melanoma in turbinate and maxillary sinus. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2009; 263:996-1000.
4. Eyden B, Pandit D, Banerjee SS. Malignant melanoma with neuroendocrine differentiation: clinical, histological, immunohistochemical and ultrastructural features of three cases. *Histopathology* 2011;47:402-9.
5. Shashi Prasad KR, Jones AS, Birchall M, Krajacevic J, Helliwell TR. Immunocytochemical analysis of malignant melanoma of the nasal cavity and sinuses using tissue microarray. *Histopathology* 2011; 50:516-9.
6. Kharoubi S. Malignant melanoma of nasal fossae: clinical and therapeutic considerations about three cases. *Cancer Radiother* 2009; 9: 99-103.
7. Dauer EH, Lewis JE, Rohlinger AL, Weaver AL, Olsen KD. Sinonasal melanoma: A clinicopathologic review of 61 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011 ;138:347-52.
8. Kung B, Deschenes GR, Keane W, Cunnane M, Jacob-Ampuero MP, Rosen M. Paranasal sinus melanoma masquerading as chronic sinusitis and nasal polyposis. *Ear Nose Throat J.* 2009; 86:561-4.
9. Pomar Blanco P, San Román Carbajo J, Bouso Montero M, Martín Villares C, Fernández Pello M, Tapia Risueño M. Sinonasal mucosal melanoma. *An Otorrinolaringol Ibero Am.* 2007; 34: 349-58.
10. Peng RQ, Wu GH, Chen WK, Ding Y, Ma J, Zhang NH, Su YS, Zhang XS. Clinical characteristics and prognosis of primary nasal mucosal melanoma, a report of 44 cases. *Ai Zheng.* 2011; 25:1284-6.



Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Javier Martínez Subías (Soria)

Pablo Casas Rodería (León)

Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)

María Jesús Velasco García (Ávila)

Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)

José Luis Alonso Treceño (Palencia)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)

Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)

Luis Lassaleta Atienza (Madrid)

Francisco García Purriños (Murcia)

José Luis Llorente Pendás (Asturias)

Constantino Morera Pérez (Valencia)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Póster

Disnea severa por pólipo gigante antrocoanal

Severe dyspnea due to a giant antrochoanal polyp

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

Servicio de ORL. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. España

Contacto: Susanamedicina@gmail.com

Recibido: 28/07/2012	Aceptado: 28/07/2012	Publicado: 31/07/2012
-------------------------	-------------------------	--------------------------

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

Referencia del artículo:

Martín-Batista S, Madrigal-Revuelta M, Vallejo-Valdezate LA, Coloma-Milano M, Gil-Carcedo-Sañudo E, Gil-Carcedo-García LM. Disnea severa por pólipo gigante antrocoanal. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012;3(19):186-189

Resumen

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

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

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

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

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

Palabras clave: Pólipo antrocoanal; disnea severa

Severe dyspnea due to a giant antrochoanal polyp**Summary**

Introduction: The antrochoanal polyp is a prevalent pathology in teenagers and young adults. It usually presents with nasal obstruction.

Patient and method: Case report: An 80-year-old male with alcoholic encephalopathy, chronic bronchial disease of unknown etiology and polypoid chronic rhinosinusitis came to the emergency service with severe dyspnea without laryngeal features.

Anterior rhinoscopy showed a polypoid mass in left nostril that prevented the visualization with nasal endoscopy. Examination of the mouth revealed a large polypoid mass involving nasopharynx and extends to hypopharynx until the laryngeal side of epiglottis.

CT was requested urgently.

Results

CT demonstrated an almost complete opacification of the left maxillary sinus, left complex ethmoid cells and the presence of a soft-tissue mass, passing through the maxillary ostium into the posterior nasal cavity and choana.

Mass caudal extension was located close to the laryngeal surface of the epiglottis and partially occupying the laryngeal vestibule conditioning the air way.

Functional endoscopic sinus surgery was performed urgently with clinical remission.

Conclusions

In case we are treating a patient with severe dyspnea, we must determinate the etiology and localization of it, in order to decide the best treatment option.

Dyspnea's features dismissed the laryngeal site. Complementary image studies give us information about the extension.

Antrochoanal polyp cases causing dyspnea are unusual, but we must think of it, or in pharyngeal formations, every time dyspnea improves with a cervical extension.

Keywords: Antrochoanal polyp; Severe dyspnea



DISNEA SEVERA POR PÓLIPO GIGANTE ANTROCOANAL

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

INTRODUCCIÓN

El pólipo antrocoanal es una patología prevalente en adolescentes y adultos jóvenes. La sintomatología más característica es la de obstrucción nasal.

PACIENTE Y MÉTODO

Describimos el caso de un paciente de 80 años con encefalopatía alcohólica, broncopatía crónica no filiada y rinosinusitis crónica polipoidea en tratamiento, que acude a urgencias con disnea severa de características no laringeas y de carácter posicional. A la exploración se aprecia una masa polipoidea en fosa nasal izquierda que obstruye toda la fosa nasal impidiendo el paso con el fibroscopio. En la orofaringoscopia se observa una gran tumoración que parece proceder de la rínofaringe. La masa desciende hacia cara laringea de epiglotis ocluyendo severamente el vestíbulo laringeo. Se solicita TAC urgente.

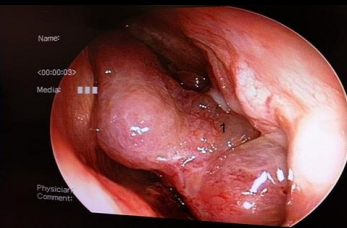


Reconstrucción en 3D obtenida a partir de TAC. Se observa la extensión hacia la orofaringe del pólipo antrocoanal. Formación homogénea y unilateral dependiente del seno maxilar izquierdo. A la derecha de la imagen mostramos la orofaringoscopia del paciente en el momento de la cirugía.

- 1. tubo endotraqueal.
- 2. úvula desplazada en sentido craneal con la punta de una tijera.
- 3. masa que ocluye orofaringea
- 4. lengua deprimida con la pala del laringoscopio.

Comparamos el tamaño del gran pólipo con una jeringa de 20 ml. El tamaño aproximado de la pieza es de 7,5 x 3 cm.

A la derecha imagen endoscópica en la que observamos el pólipo antrocoanal dependiente de seno maxilar. 1. Mostramos el contenido purulento procedente de meato medio.



La TAC en su corte sagital muestra una tumoración lesión de gran tamaño que procede de seno maxilar y se extiende posteriormente a naso y orofaringe sobrepasando la línea media y condicionando estenosis de la vía aérea.

Se decide exéresis quirúrgica mediante cirugía endoscópica nasosinusal urgente tras la que remite la clínica del paciente.

CONCLUSIONES

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Escorial Sanz, O.; Sebastián Cortés, JM.; Sancho Serrano, E.; Alfonso Collado, JI y col. Pólipo antrocoanal gigante. An Pediatr (Barc) 2002;(57):385-6.
2. P. Frosini, G. Picarella, and A. Casuzzi. An unusual case of antrochoanal polyp with sudden laryngeal dyspnea and stridor onset. Acta Otorrinolaringol Ital. 2008 August; 28(4): 212-214.
3. Maldonado M.; Martínez A.; Alobil J.; Mullol J. The antrochoanal polyp. Rhinology 2004; 42 (4): 178-82.
4. Martínez Monedero R.; Morás Pérez D.; Ramírez Cano B.; Sancho Álvarez A.; Martínez Guisado P. Giant antro-choanal polyp. An Otorrinolaringol Ibero Am 2002; 29 (3): 281-7.



certificado de póster

EL TRABAJO

DISNEA SEVERA POR PÓLIPO GIGANTE ANTROCOANAL

ha sido presentado por los autores:

S. Martín, M. Madrigal, L.A. Vallejo, M. Coloma
E. Gil-Garcedo y L.M. Gil-Garcedo



en el **XX CONGRESO DE LA SOCIEDAD OTORRINOLARINGOLÓGICA DE CASTILLA Y LEÓN CANTABRIA Y LA RIOJA**,
celebrado en Logroño los días 25 y 26 de mayo de 2012. Y para que así conste se expide el siguiente certificado:

Comité Científico del Congreso

Garikoitz Calzada Uriondo

Dr. José Luis Lacosta
Secretario

Dr. Garikoitz Calzada
Secretario

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

Caso clínico

Metástasis quística papilar versus carcinoma tiroideo ectópico en un quiste branquial

Papillary cystic metastasis versus ectopic thyroid carcinoma in a branchial cyst.

Luis M. Torres-Morientes, Juan J. Tavárez-Rodríguez, Eduardo Mena-Domínguez, Michael Bauer, José I. Benito-Orejas, Darío Morais-Pérez

Servicio de ORL y Patología Cérvico-Facial. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Contacto: luismitorres27@yahoo.es

Recibido: 08/08/2012

Aceptado: 23/08/2012

Publicado: 14/09/2012

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:

Torres-Morientes LM, Tavárez-Rodríguez JJ, Mena-Domínguez E, Bauer M, Benito-Orejas JI, Morais-Pérez D. Metástasis quística papilar versus carcinoma tiroideo ectópico en un quiste branquial. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012;3(20):190-193

Resumen

Las masas quísticas cervicales corresponden en su mayoría a lesiones benignas congénitas, no obstante, en ocasiones metástasis de neoplasias de vías aerodigestivas superiores y glándula tiroides pueden simular éstas. Ante el resultado anatomopatológico de carcinoma papilar en un quiste cervical es necesario discernir entre metástasis o carcinoma primario en tejido tiroideo aberrante dentro de un quiste branquial para orientar adecuadamente el tratamiento. Presentamos dos casos de metástasis quísticas cervicales de carcinoma papilar tiroideo.

Palabras clave: carcinoma papilar; metástasis quística; quiste branquial.

Papillary cystic metastasis versus ectopic thyroid carcinoma in a branchial cyst.**Summary**

Most of neck cyst masses correspond to congenital benign injuries, however, in some cases the metastasis of upper aero-digestive tract and thyroid-gland tumours can simulate these. Given the anatomopathological result of papillary carcinoma in neck cyst, it is necessary to discern between metastasis and primary cancer in aberrant thyroid tissue within a branchial cyst to decide the appropriate treatment. We report two cases of neck cystic metastasis of papillary thyroid carcinoma.

Keywords: papillary carcinoma; cystic metastasis; branchial cyst.

Introducción

Las masas quísticas neoplásicas son infrecuentes pero hay que sospecharlas en adultos a partir de la cuarta década. Su diagnóstico es dificultoso y en ocasiones posterior a la cirugía. El tumor primario mas frecuente se localiza a nivel orofaríngeo: amígdalas palatinas (33- 64%) y base de lengua (37-60%), seguido del carcinoma papilar de tiroides, este último en pacientes jóvenes [1]. El esófago, pulmón, la laringe y las glándulas salivares son localizaciones excepcionales.

Descripción

Varón de 42 años con antecedentes de hábito tabáquico que consulta por una tumoración laterocervical derecha de dos meses de evolución. Se observa una masa quística de 3 cm de diámetro, móvil y no dolorosa a la palpación con una exploración endoscópica normal. La punción muestra atipias focales inespecíficas y en la ecografía un quiste de paredes lisas sin alteraciones tiroideas. El resultado tras una cervicotomía es de metástasis papilar tiroidea. Se decide una tiroidectomía total y un vaciamiento funcional ganglionar a

pesar de una ecografía tiroidea normal observando un foco de microcarcinoma papilar en el lóbulo tiroideo derecho de 0,9 x 0,6 mm con dos adenopatías recurrenciales metastásicas. Posteriormente se envía al Servicio de Medicina Nuclear para tratamiento con radioyodo.

El segundo caso es una mujer de 38 años de edad intervenida en otro centro de hemitiroidectomía derecha y quistes branquial y tirogloso. Es remitida a nuestro servicio por adenopatías cervicales derechas y retroesternales compatibles con metástasis de carcinoma papilar. Se realiza una hemitiroidectomía izquierda, un vaciamiento funcional ganglionar derecho y un vaciamiento retroesternal. El estudio anatomopatológico muestra un microfoco de carcinoma papilar de 0,1 cm en el hemitiroides izquierdo y una metástasis quística papilar de 2 cm en la disección retroesternal. La paciente es remitida al Servicio de Medicina Nuclear para rastreo con radioyodo y al año de la cirugía presenta de nuevo una lesión quística paratraqueal izquierda de 5,8 cm con resultado anatomopatológico normal.

Discusión

Para explicar la aparición de un carcinoma papilar en un quiste cervical existen dos teorías: carcinomas en tejido tiroideo ectópico dentro de un quiste branquial, defendida por algún autor [2] o metástasis tiroideas con tumor primario oculto, defendida por la mayoría [3].

La incidencia de las metástasis quísticas de origen papilar con respecto a todos los quistes cervicales es del 11%. Mientras que el tumor primario es mas frecuente en mujeres en razón 3:1, los quistes metastásicos de extirpe papilar predominan en varones a partir de la 5ª década.

El estudio ecográfico es útil, aunque no definitivo para el diagnóstico diferencial de quistes branquiales no infectados (paredes lisas y detritus homogéneos) y metástasis quísticas (paredes gruesas y detritus heterogéneos) pero no detecta nódulos tiroideos menores de 5 mm. En nuestro primer caso no se detectó a pesar de medir 9 mm, hay que decir que fue medido en la pieza quirúrgica y quizá esto pudiera haber falseado la medición, respecto a la imagen ecográfica.

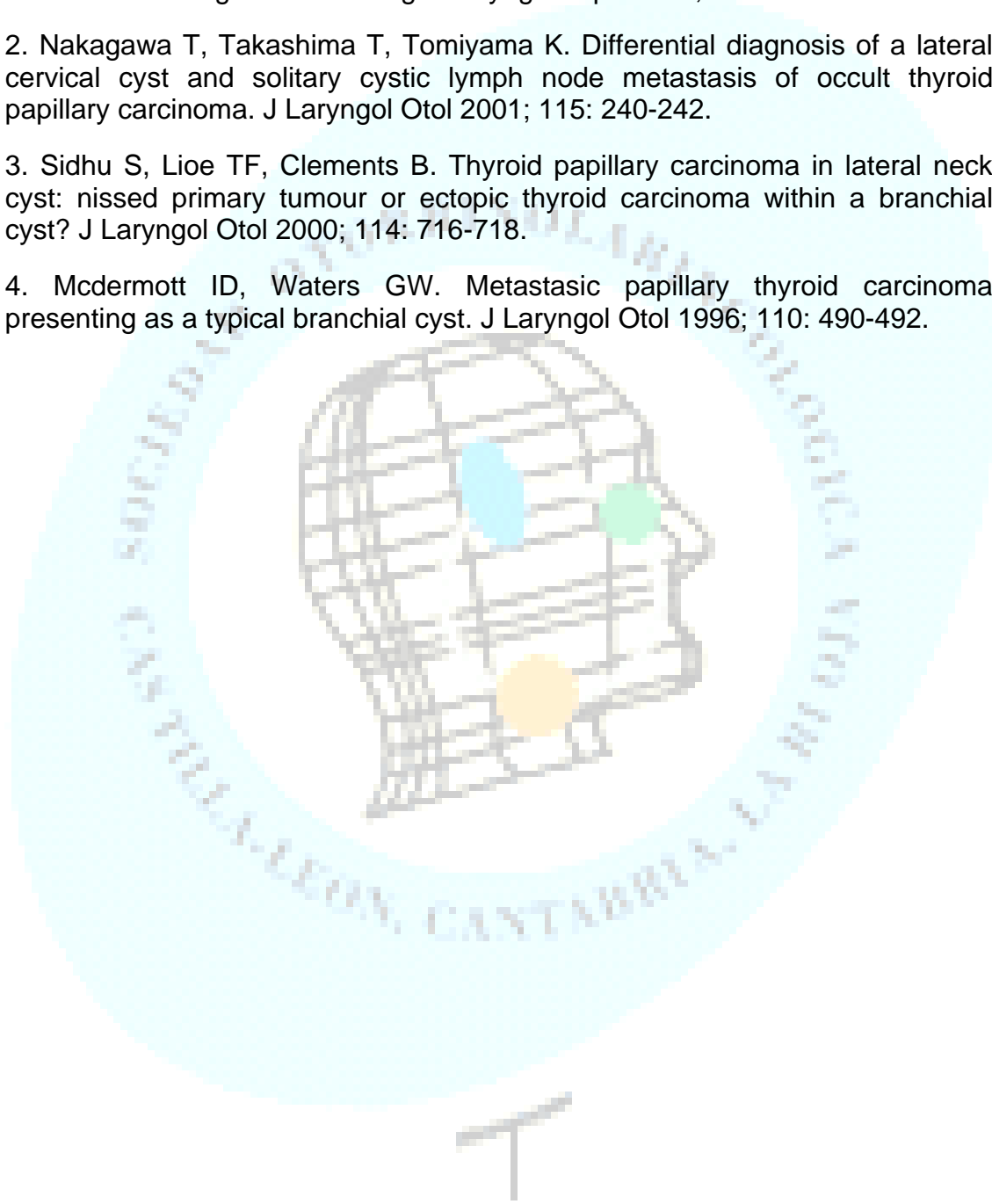
Aunque en la punción el líquido amarillento es característico de quistes benignos y el marrónáceo de quistes metastásicos existe un 50-67% de falsos negativos [4]. Hay estudios que sugieren que la concentración alta de tiroglobulina en el líquido aspirado es específica del carcinoma papilar primario [2].

En cuanto al tratamiento, nosotros, como la mayoría de los autores, ante el diagnóstico de un carcinoma papilar en un quiste cervical, aún con una exploración clínica y ecográfica tiroidea normal somos partidarios de realizar junto al vaciamiento funcional ganglionar homolateral una tiroidectomía total ya que, como en nuestros casos, existen focos de microcarcinoma papilar

indetectable mediante la ecografía [2-4].

Bibliografía

1. Briggs RD, Pou AM, Schnadig VJ. Cystic metastasis versus branchial cleft carcinoma: A diagnostic challenge. *Laryngoscope* 2002; 112: 1010-1014.
2. Nakagawa T, Takashima T, Tomiyama K. Differential diagnosis of a lateral cervical cyst and solitary cystic lymph node metastasis of occult thyroid papillary carcinoma. *J Laryngol Otol* 2001; 115: 240-242.
3. Sidhu S, Lioe TF, Clements B. Thyroid papillary carcinoma in lateral neck cyst: missed primary tumour or ectopic thyroid carcinoma within a branchial cyst? *J Laryngol Otol* 2000; 114: 716-718.
4. Mcdermott ID, Waters GW. Metastatic papillary thyroid carcinoma presenting as a typical branchial cyst. *J Laryngol Otol* 1996; 110: 490-492.



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

Póster

Plasmocitoma extramedular en base de lengua

Extramedullary plasmocytoma in base of tongue

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

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Río Hortega.
Valladolid. España

Contacto: susamedicina@gmail.com

Recibido: 28/07/2012

Aceptado: 03/07/2012

Publicado: 14/09/2012

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:

Martín-Batista S, Álvarez-Otero R, Coloma-Milano M, Vallejo-Valdezate LA, Gil-Carcedo-García LM. Plasmocitoma extramedular en base de lengua. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012;3(21):194-197

Resumen

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

Paciente/método: Varón de 80 años con cardiopatía isquémica, insuficiencia renal crónica e hipertensión. Acude a urgencias por espina de pescado, localizada en hemibase de lengua derecha y extraída. Se aprecia en línea media tumoración rojiza de 2 cm. La nasofibroscoopia muestra tumoración limitada a base de lengua, no ulcerada. La RMN revela una tumoración en base de lengua de 2,5cm con intensa captación de gadolinio. Se establece diagnóstico diferencial con tiroides lingual y rabdomioma, descartándose patología tiroidea tras gammagrafía. El paciente, informado de la necesidad de biopsia/exéresis, rechaza actitud quirúrgica y seguimiento. Tras 1 año y 2 meses, ingresa en Medicina interna por dolores óseos erráticos. En pruebas radiológicas se objetivan múltiples lesiones óseas junto a lesión nodular en axila derecha con PAAF compatible con proceso linfoproliferativo. Biopsia de médula ósea sin evidencia de infiltración neoplásica. Se realiza adenectomía axilar derecha con diagnóstico anatomopatológico de plasmocitoma extramedular. **Resultado:** La enfermedad local evolucionó a mieloma múltiple sin infiltración medular. Se establece quimioterapia con protocolo VMP. Tras 2 ciclos, el paciente decide la suspensión.

Discusión/Conclusión: El plasmocitoma extramedular faríngeo es poco frecuente manifestándose en el 5% de los casos. La toma de biopsia es fundamental para el diagnóstico debiendo realizarse tomas profundas ya que el plasmocitoma asienta en la submucosa.

Palabras clave: Plasmocitoma extramedular; base de lengua; faríngeo; submucosa.

Extramedullary plasmocytoma in base of tongue**Summary**

Introduction: Extramedullary plasmocytoma is a plasma cell neoplasia that arises outside of the bone marrow or bone. The most frequent locations in the otorhinolaryngologist area are nostrils and nasal sinuses. In 80% of the cases solitary plasmocytoma appears like a soft tissue mass.

Patient and methods: Case report: An 80-years old male, with ischaemic heart disease, chronic renal failure and hypertension came to the emergency service complaining of fishbone, located in right base of tongue and removed after exploration. A reddish 2 cm mass is observed in the midline. Endoscopy showed up a mass limited to base of tongue, non ulcerated. The MRI revealed a mass in base of the tongue with 2, 5 cm and intense uptake of gadolinium was discovered. Differential diagnosis is established between lingual thyroid and rhabdomyoma. Thyroid pathology is dismissed after thyroid scan. The patient is informed of the need of biopsy/excision and rejects surgery and monitoring. After 1 year and 2 months the patient is admitted to Internal medicine, complaining of erratic bone pains. Imaging studies showed multiples bones lesions, also one nodular lesion in the right axila is found with FNAC compatible with lymphoproliferative process. Bone marrow biopsy did not show evidence of neoplastic infiltration. An axilar right adenectomy is performed with pathologist diagnosis of extramedullary plasmocytoma. **Results:** Local disease evolved to multiple myeloma without bone marrow infiltration. Chemotherapy with VMP protocol is established, after 2 cycles, the patient decide to interrupt treatment. **Conclusions:** Pharyngeal extramedullary plasmocytoma is infrequent manifesting itself in 5% of cases. Taking a biopsy in deep is essential for diagnosis, as plasmacytoma sits in the submucosa.

Keywords: Extramedullary plasmocytoma, hemibase of tongue, submucosa, Pharyngeal.



PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR EN BASE DE LENGUA

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

INTRODUCCION

El plasmocitoma extramedular es un tumor de células plasmáticas monoclonales que ocurre fuera de la médula o del hueso. La localización mas frecuente en otorrinolaringología asienta en las fosas nasales y senos paranasales, presentándose en el 80% de los casos como una masa solitaria de tejido blando. Esta entidad progresa a Mieloma Múltiple en un 20-30% de los casos.

PACIENTE Y MÉTODO

Presentamos el caso de un varón de 80 años, HTA, con IRC y cardiopatía isquémica que acude a urgencias por cuerpo extraño faríngeo (espina de pescado), localizado en hemibase de lengua derecha que se extrae. En la exploración se aprecia en línea media tumoración rojiza de 2 cm de diámetro aproximado. La fibroscopia muestra tumoración vegetante limitada a base de lengua no ulcerada (FIG 1a).

RMN: Tumoración en base de lengua de 2,5 cm con intensa captación de gadolinio (FIG 2). Se establece diagnóstico diferencial con tiroides lingual y rabdomioma, descartándose patología tiroidea tras la realización gammagrafía. El paciente, informado de la necesidad de biopsia/exéresis, por posible compromiso respiratorio, rechaza actitud quirúrgica y seguimiento. Tras 1 año y 2 meses, ingresa en Medicina Interna por dolores óseos erráticos. En pruebas radiológicas se objetivan múltiples lesiones óseas junto con lesiones parenquimatosas intracraneales, se aprecia lesión nodular en axila derecha (FIG 1b.). La PAAF de esta adenopatía es compatible con proceso linfoproliferativo. La biopsia de médula ósea no evidencia infiltración neoplásica. Se realiza adenectomía axilar derecha con diagnóstico anatomopatológico de plasmocitoma extramedular.



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

CONCLUSIONES

El plasmocitoma extramedular faríngeo es poco frecuente, se manifiesta en esta localización en el 5% de los casos. Asocia raramente adenopatías patológicas.

La toma de biopsia es fundamental para el diagnóstico. Debe de realizarse en profundidad ya que el plasmocitoma es de asiento submucoso pudiendo dar biopsias falsas negativas.

BIBLIOGRAPHY

1. Irany Paz M, Victor Mercado M, Juan Pablo Valdenebro E, Francisco Krause P. Plasmocitoma extramedular en otorrinolaringología; Rev otorrinolaringol cir cab-cuello. 2001; 61: 47-54
 2. González Gujarró I, Díez González L, Rodríguez Acebedo N, Pallas Pallas E. Plasmocitoma extramedular de laringe. A propósito de un caso. Acta Otorrinolaringol Esp. 2011;62:320-2. - vol.62 núm 04
 3. Ramón García-Sanz, María Victoria Mateos-Jesus Fernando San Miguel.Servicio de Hematología. Hospital Universitario de Salamanca. Centro de Investigación del Cáncer. Salamanca, España. Clin (Barc). 2007;129(3):194-15
 4. Chan.A.C.L, Chan J.K.C, Cheung M.M.C.Kapadia S.B. Extramedullary plasmocytoma. WHO Classification Head and Neck Tumors 2005; Chapter 1:61-62.



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

Caso clínico

Linfoma primario bilateral de la glándula parótida

Bilateral primary lymphoma of the parotid gland

Eduardo Antonio Mena-Domínguez, Luis Miguel Torres-Moriente, Teresa Millás-Gómez, Juan Jose Tavárez-Rodríguez, Michael Bauer, Dario Morais-Perez

Servicio de ORL. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.
Contacto: eamena@saludcastillayleon.es

Recibido: 11/08/2012

Aceptado: 27/08/2012

Publicado: 14/09/2012

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:

Mena-Domínguez EA, Torres-Moriente LM, Millás-Gómez T, Tavárez-Rodríguez JJ, Bauer M, Morais-Perez D. Linfoma primario bilateral de la glándula parótida. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012;3(22):198-202

Resumen

Los linfomas primarios de las glándulas salivales representan menos del 1% de todos los linfomas no Hodgkin (LNH). Se presentan entre los 50 y 80 años, con predominio claro en mujeres y en la glándula parótida. La mayoría de los casos son localizados (estadios I-II: 75-100%), y presentan síntomas debido a la aparición de una tumoración en la glándula afectada, generalmente indolora.

Palabras clave: linfoma; tumor de parótida; glándulas salivales

Bilateral primary lymphoma of the parotid gland**Summary**

Primary Lymphoma of the salivary glands represent less than 1% of all non-Hodgkin's lymphomas (NHL). They have a clear predominance in female, between 50 and 80 years old. And they are more common in parotid gland. Most of the cases are localized (stage I-II: 75-100%), and symptoms are shown due to the appearance of a tumor in the gland affected, usually painless.

Keywords: lymphoma; parotid tumor; salivary gland

Introducción

Los linfomas malignos primarios de las glándulas salivares son muy infrecuentes, representan el 1.7% al 3.1% de todas las neoplasias salivares y el 0.6% al 5% de todos los tumores y/o lesiones de la glándula parótida [1, 2, 3]. Suponen menos del 1% del total de LNH. Se presentan entre los 50 y 80 años [1, 3], con un predominio en mujeres [1,4]. En el 80% de los casos se localizan en la parótida [1, 5], seguidos de las glándulas submaxilares y glándulas salivares menores. Están asociados a pacientes con síndrome de Sjögren, sialoadenitis mioepitelial, artritis reumatoide y lupus [1, 3].

La histología más frecuente es indolente (55-75%), generalmente LNH de tipo MALT aunque están descritos LNH foliculares. El resto suelen ser linfomas difusos de células grandes B [1].

Descripción

Paciente con tumoración en región preauricular derecha de varios meses de evolución, de aproximadamente 2 cm, dependiente de la glándula parótida, móvil, no dolorosa y sin adenopatías laterocervicales palpables. La ecografía muestra una tumoración quística en lóbulo superficial de parótida derecha de 2x1,5cm compatible con tumor de Warthin. El estudio citológico mediante punción aspiración (PAAF) fue sugestivo de proceso linfoproliferativo. Se realiza una resonancia magnética (RM) que muestra una tumoración sólida de 1,6x1,7x1,5cm en lóbulo superficial de parótida derecha (Fig. 1) compatible con los resultados de la PAAF.

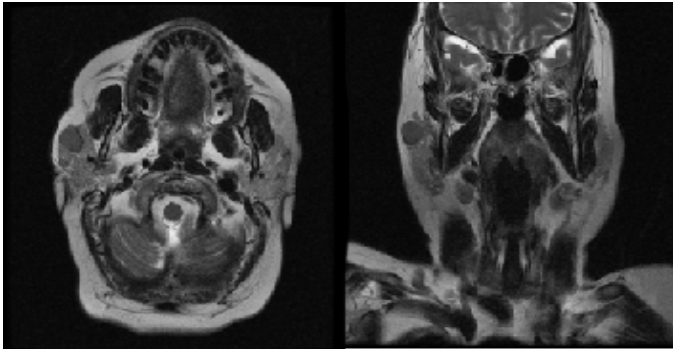


Fig. 1. RM, corte axial y coronal

Se realiza una parotidectomía superficial derecha, extirpando tumoración redondeada, pretragal, previa disección de tronco y ramas del nervio facial.

El post-operatorio inmediato cursa sin complicaciones, al tercer día fue dado de alta. En el transcurso del mes el paciente presentó un seroma, que fue tratado con aspiraciones y compresión sin complicaciones a mayores.

El resultado anatomopatológico definitivo fue de linfoma B folicular grado 2 multifocal (Fig. 2 y 3).

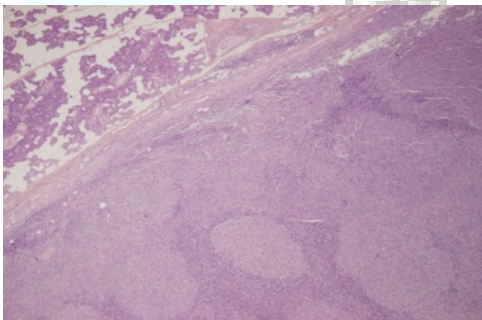


Fig. 2. Parótida + linfoma. Proliferación linfocitaria con patrón vagamente nodular. Hematoxilina 150x

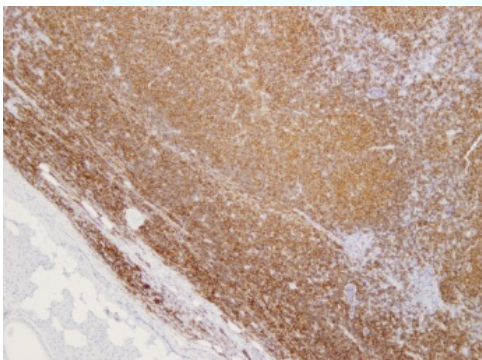


Fig. 3. Inmunohistoquímica CD20, linfocitos representando el linfoma

A los 2 meses post-quirúrgico el paciente presenta una tumoración en región parotídea izquierda, se realiza PAAF compatible con proceso linfoproliferativo. En las pruebas complementarias no se hallaron alteraciones o indicios de enfermedades autoinmunes.

En el estudio de extensión por el servicio de hematología, no se muestra alteración a nivel de médula ósea ni afectación y/o diseminación a otros órganos del cuerpo, estadio Ia, por lo que se decide tratamiento con radioterapia.

Discusión

La manifestación clínica más frecuente del linfoma de parótida es una tumoración de crecimiento lento, no dolorosa [2, 5, 6], de consistencia blanda, sin ninguna otra sintomatología en la mayoría de los casos [6]. La PAAF no suele ser concluyente para el diagnóstico y los estudios de imagen tampoco [2], por lo que en la mayoría de los casos se prefiere el abordaje quirúrgico [5]. Se ha descrito afectación bilateral de las parótidas [1, 3] en un 4% a 21% de pacientes [3].

La mayor afectación, de los linfomas de glándulas salivales, es por un linfoma no hodgkin y al momento del diagnóstico la mayoría están en un estadio I o II [1]. Siempre es conveniente descartar patologías autoinmunes en estos pacientes, ya que en estos suelen ser más frecuentes los LNH [4, 6], sobre todo los tipo MALT [6]. El grado histológico es lo que mejor pronóstico nos da de cara a la supervivencia, a menor grado mejor pronóstico [3, 4, 5].

En el tratamiento de los linfomas indolentes localizados la radioterapia de campo afectado proporciona un excelente control de la enfermedad, así como una prolongada supervivencia [1, 4, 7].

Bibliografía

1. Sans-Sabrafen J, Besses Raebel C, Vives Corrons JL. Hematología clínica. 5ta ed. Elseiver; 2006.
2. Nassie DI, Berkowitz M, Wolf M, Kronenberg J, Talmi YP. Parotid mass as presenting symptom of lymphoma. IMAJ 2010; 12: 416-418.
3. Barnes L, Myers EN, Prokopakis EP. Primary malignant lymphoma of the parotid gland. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998; 124: 573-577.
4. Dispenza F, Cicero G, Mortellaro G, Marchese D, Kulamarva G, Dispenza C. Primary non-hodgkins lymphoma of the parotid gland. Braz J otorhinolaryngol 2011; 77(5): 639-644.
5. Sente M, Canji V, Dukic Z. Lymphoma of the parotid salivary gland. Med Pregl 1998; 51(1-2): 77-81.
6. Konofaos P, Spartalis E, Katsaronis P, Kouraklis G. Primary parotid gland lymphoma: a case report. Journal of medical case reports 2011; 5: 1-5.

7. Hirokawa N, Hareyama M, Akiba H, Satoh M, Oouchi A, et al. Diagnosis and treatment of malignant lymphoma of the parotid gland. *Jpn J Clin Oncol* 1998; 28(4): 245-249.



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

Caso clínico

Una causa infrecuente de tumor de glándula salival menor : Hiperplasia adenomatosa

An unfrequent cause for minor salivary gland tumour :
Adenomatoid hyperplasia

Enrique Coscarón Blanco¹ , Eva Purificación Martín Garrido² , Tomás Zamora Martínez³

¹Servicio de Otorrinolaringología. ²Unidad de Aparato Digestivo. ³Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. España.

Contacto: kikekoska@yahoo.es

Recibido: 20/06/2012

Aceptado: 20/07/2012

Publicado: 24/09/2012

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:

Coscarón-Blanco E, Martín Garrido EP, Zamora-Martínez T. Una causa infrecuente de tumor de glándula salival menor : Hiperplasia Adenomatosa. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012.3(23):203-208

Resumen

Las glándulas salivales pueden sufrir numerosas enfermedades neoplásicas y no neoplásicas. Aquéllas que simulan tumores son especialmente importantes ya que su tratamiento, pronóstico y seguimiento clínico son diferentes. La hiperplasia adenomatosa de glándula salival menor se encuentra entre ellas. Se trata de una entidad muy poco frecuente, con muy pocas descripciones documentadas en la literatura médica, cuya etiología es desconocida. Debido a su curso clínico indolente, a menudo es objetivada casualmente durante un tratamiento dental, una exploración de cavidad oral realizada por otro motivo o autoobjetivada por el paciente. Su diagnóstico no siempre es fácil ya que pueden encontrarse diferentes patrones histológicos con diferente consideración. La extirpación quirúrgica completa, es recomendable para su diagnóstico y es curativa. Debe realizarse seguimiento para detectar posibles recidivas o degeneraciones malignas. Presentamos un caso de hiperplasia adenomatosa de glándula salival menor de paladar blando, una localización poco frecuente.

Palabras clave: Glándula Salival; tumor benigno; hiperplasia salival; hiperplasia adenomatosa; glándula salival menor.

An unfrequent cause for minor salivary gland tumour: Adenomatoid hyperplasia**Summary**

Salivary glands may be affected by numerous neoplastic and non-neoplastic conditions. Tumour-like conditions should be clearly distinguished one from another and from true neoplasms since their treatment, prognosis and follow-up may differ. Adenomatoid hyperplasia of minor salivary gland is a rare entity, with very few documented reports in the literature since its first description, whose etiology remains unclear. Due to its asymptomatic behaviour, it is commonly encountered during a dental treatment, an oral exploration or accidentally by the patient himself. Its clinical diagnosis is not always an easy task. It may resemble other conditions such as salivary gland adenoma or adenocarcinoma, and different histological features may be observed one case from another. Total surgical excision should be performed for diagnosis and is considered curative. Follow-up may be recommended to exclude future recurrences or malignant degeneration, being these facts quite uncommon. A case of adenomatoid hyperplasia of minor salivary gland in soft palate, a rare site for this condition, is reported.

Keywords: Salivary gland; non-neoplastic condition; hyperplasia; adenomatoid hyperplasia; minor salivary gland.

Introducción

La patología proliferativa de las glándulas salivales es probablemente el grupo más heterogéneo de los procesos tumorales de cabeza y cuello, pudiendo constituir un reto incluso para el anatomopatólogo más experimentado.

Según la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud, existen 40 tipos de neoplasias, muchas de las cuáles tienen rasgos histológicos variables constituyendo un difícil área del diagnóstico histológico [1-5].

Por otra parte, este tipo de glándulas puede estar además afectado por una gran variedad de procesos no neoplásicos, muchos de ellos de reciente descripción, que sin embargo sí parecen poseer capacidad degenerativa a adenocarcinoma. La presentación clínica de estos cuadros suele ser similar a la de otras tumoraciones, pero también pueden ser ignorados en ocasiones debido a su aparentemente poca relevancia, y dar lugar a errores diagnósticos. Vamos a centrarnos en la descripción de una de estas nuevas raras entidades, la hiperplasia adenomatoide, entidad de la que existen muy escasas descripciones documentadas en la literatura médica a propósito de un caso.

Descripción

Paciente varón de 48 años, al que durante la exploración sistemática otorrinolaringológica por otro motivo (roncopatía severa), se le objetiva hipertrofia de úvula y paladar blando, así como una tumoración asintomática yuxtauvular, de crecimiento progresivo, sin otra clínica otorrinolaringológica asociada. Se somete al paciente a uvulopalatoplastia incluyendo dicha tumoración en la resección. Se informa la pieza como hiperplasia adenomatosa de glándula salival menor. No se han objetivado recidivas ni signos de malignización en dos años de seguimiento.(Figs.1 y 2)

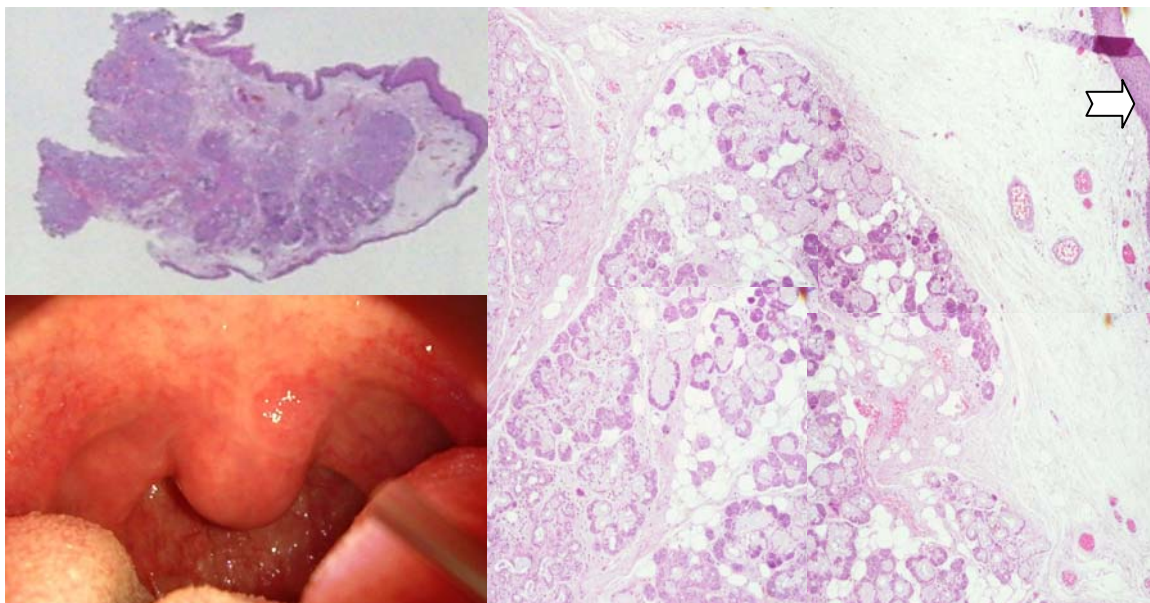


Fig.1- Izquierda abajo: Imagen clínica de la lesión de paladar blando-úvula. **Izquierda arriba:** Imagen macroscópica con hematoxilina – eosina de la pieza completa. Obsérvese el completo recubrimiento de la tumoración por mucosa normal salvo en la zona de unión al paladar (base de impantación). **Derecha:** H-E 4x Fotocomposición mostrando una zona significativa de la tumoración. Se pueden observar un incremento significativo del número de acinos salivales, con una relación acino-ductal normal. La flecha señala la mucosa normal que la recubre.

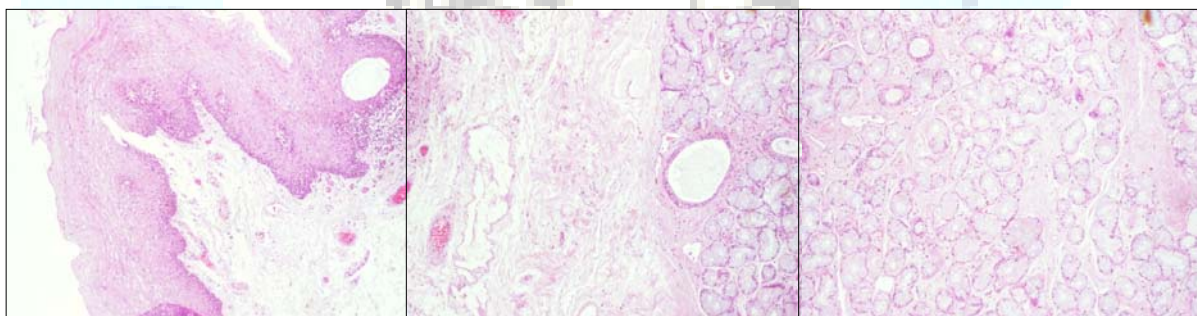


Fig.2: Fotocomposición. H-E 4x: De izquierda a derecha se puede observar el epitelio plano poliestratificado de revestimiento de la mucosa del paladar, el estroma y la hiperplasia adenomatosa de la glándula salival menor que origina la tumoración. Se observa el incremento del número de acinos, de aspecto y arquitectura normales.

Discusión

Las glándulas salivales están constituidas por lóbulos que contienen conductos y acinos. Estos últimos a su vez están compuestos por células de secreción serosa, mucosa o mixta. Las células mioepiteliales se sitúan entre la membrana basal y las células secretoras. Los conductos pueden ser divididos en intercalares, estriados y

excretorios. Cualquiera de estos componentes es susceptible de verse afectado por procesos proliferativos malignos o benignos.

La hiperplasia adenomatoide de glándula salival menor es una rara entidad anatomopatológica benigna con dos formas clínicas distintas: acinar y ductal [2,3,6,7,8].

La hiperplasia adenomatoide acinar es poco frecuente, generalmente idiopática, que suele afectar a glándula salival menor intraoral, sobre todo a nivel del paladar. Se presenta como una lesión indolora, sesil, de coloración normal, en la unión del paladar blando con el duro como sublocalización más habitual, que suele ser confundido con un tumor de glándula salival. Otras localizaciones menos frecuentes son el área retromolar, mandíbula, mucosa oral, labios y lengua.

Su presencia suele permanecer ignorada durante mucho tiempo, pudiendo descubrirse fortuitamente durante una revisión dental, por lo que determinar el tiempo de evolución de la lesión es difícil.

Aparece en pacientes de mediana edad y no hay diferencias respecto al sexo.

No se conocen factores etiológicos locales o sistémicos aunque en muchos casos la irritación crónica o traumatismo se identifican en los antecedentes.

El diagnóstico es histológico, requiriendo para ello electivamente la exéresis completa para permitir estudiar su patrón histológico. La PAAF no parece suficiente para este propósito, limitándose a confirmar o descartar su carácter benigno. Además, según la localización particular de la glándula, esta técnica puede no ser factible para este tipo de generalmente pequeña tumoración.

Al microscopio aparece una hiperplasia lobular con acinos y conductos normales. Puede asociarse una reacción inflamatoria.

La lesión es benigna y la excisión se considera curativa. Este fue el caso de nuestro paciente.

La hiperplasia adenomatoide ductal es aún menos frecuente que la anterior y aparece como un hallazgo fortuito en el análisis de material quirúrgico de glándula salival mayor, principalmente en la resección de un tumor. Hay un claro predominio masculino y suele encontrarse en la sexta década de la vida.

En el análisis histológico encontramos uno o varios focos de proliferación ductal no encapsulada intercalado con conductos normales. Tiene un soporte de estroma con una capa interna de células cuboidales y una externa de células mioepiteliales.

Estas hiperplasias se asocian con relativa frecuencia con carcinoma epitelial e incluso se ha llegado a plantear la posibilidad de que sea un precursor de tumores malignos en sí [2,4]. Por ello, es recomendable su extirpación íntegra para evitar recidivas o degeneración maligna, el tratamiento de los posibles agentes causales y un periodo de seguimiento clínico. Otras entidades que deben considerarse en su diagnóstico diferencial son papiloma, carcinoma epidermoide verrucoso, adenoma o adenocarcinoma de glándula salival, neurofibroma, etc.

Conclusiones

Aunque la incidencia de estas lesiones es pequeña, el conocimiento de las mismas es importante, tanto para el clínico como para el patólogo debido su trascendencia.

Es necesaria la valoración histológica de toda tumoración dependiente de glándula salival menor por la frecuencia de tumores malignos originados en ellas, siendo electivo la biopsia-exéresis completa cuando es factible.

Bibliografía

1. Seifert G. Tumour-like lesions of the salivary glands. The new WHO classification. *Pathol Res Pract.* 1992; 188: 836-46.
2. Eveson J. W, Speight P.W. Non-neoplastic lesions of the salivary glands: New entities and diagnostic problems. *Curr Diagn Pathol.* 2006; 12: 22-30.
3. Ellis G L, Auclair P L. Tumors of the salivary glands. Atlas of tumor pathology. Armed Forces Institute of Pathology, Washington D C, 437-440, 1996.
4. Chetty R. Intercalated duct hyperplasia: posible relation-ship to epithelial-myoepithelial carcinoma abd hybrid tumours of salivary gland. *Histopatology* 2000; 37: 260-3.
5. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. Tumours of the salivary glands, In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D eds. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. IARC Press, Lyon, 209-81, 2005.
6. Brannon RB, Houston GD, Meader CL. Adenomatoid hyperplasia of mucous salivary glands: a case involving the retromolar area. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985; 60:188-90.
7. Brown FH, Houston GD, Lubow RM, Sagan MA. Adenomatoid hyperplasia of mucous salivary glands. Report of two cases. *J Periodontol.* 1987; 58:125-7.
8. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM, Leider AS. Adenomatoid hyperplasia of minor salivary glands. *Oral Sur Oral Med Oral Pathol.* 1991; 71: 583-7.

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

Caso clínico

Parálisis facial periférica como complicación de otitis secretora de la infancia, a propósito de un caso

Peripheral facial paralysis as a complication of a secretory otitis in children, a case report

Diego H. Macías Rodríguez, Ángel Batuecas Caletrio, Rubén Martín Hernández, Cristina Cordero Civantos, Carmen Sánchez Blanco, Raquel Yáñez González

Hospital Universitario de Salamanca. Servicio de ORL. Salamanca. España.

Contacto: didak133@hotmail.com

Recibido: 01/07/2012

Aceptado: 19/09/2012

Publicado: 03/10/2012

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:

Macías-Rodríguez DH, Batuecas-Caletrio A, Martín-Hernández R, Cordero-Civantos C, Sánchez-Blanco C, Yáñez-González R. Parálisis facial periférica como complicación de otitis secretora de la infancia, a propósito de un caso. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3(24):209-214

Resumen

Existen en la literatura diferentes reportes acerca de las complicaciones de la Otitis Secretora (OS) de la infancia pero muy pocos referentes a Parálisis Facial Periférica. Describimos un caso de PFP derecha secundaria a OS ipsilateral en un niño de 2 años admitido en nuestro servicio, que recibió tratamiento médico y quirúrgico con colocación de drenaje transtimpánico y posterior resolución del proceso. Presentamos su sintomatología, hallazgos en el examen físico, pruebas complementarias, manejo, evolución y se realiza una revisión del tema.

Palabras clave: Parálisis facial periférica; otitis secretora; otitis media con efusión; infancia

Peripheral facial paralysis as a complication of a secretory otitis in children, a case report**Summary**

There are different reports in the literature about the complications of Secretary Otitis (SO) in childhood but few of them relating to peripheral facial paralysis (PFP). We describe a case of PFP secondary to an ipsilateral SO in a child under 2 years old admitted to our service. The patient was treated with medical treatment and surgical transtympanic tube placement with subsequent resolution of the process and favorable outcome. We report the symptoms, physical examination findings, laboratory tests, management and evolution, performing a literature review.

Keywords: Peripheral facial paralysis, secretory otitis media; otitis media with effusion; Childhood

Introducción

La otitis secretora (OS) también llamada otitis seromucosa u otitis media con efusión es una entidad con una elevada prevalencia en la población infantil que se sitúa entre 1.3% y el 61% en estudios a nivel mundial; y entre 6.45% y 18% en la zona del Mediterráneo[1].

Algunos autores consideran que todos los niños en algún momento de su vida habrán de padecerla, con un punto de máxima incidencia a los 6 años, atribuyéndolo a disfunción de la trompa de Eustaquio (alteraciones de la ventilación), inmadurez, reconocimiento y/o adaptación inmunológica a la flora que coloniza las mucosas respiratorias altas incluyendo el oído medio, entre otros factores[2]. Un estudio en EEUU estima que entre los 2 meses y 2 años el 91.1% de los niños estudiados han sufrido de al menos un episodio de OS[3].

Se han descrito numerosas complicaciones tempranas y tardías, como son la perforación timpánica, retracciones y/o atrofia timpánica, timpanosclerosis, otitis adhesiva, otitis colesteatomatosa y alteraciones del lenguaje secundaria a la hipoacusia de transmisión. La parálisis facial periférica (PFP) es también una complicación descrita de manera infrecuente pero que genera mucha ansiedad en los padres[4].

En cuanto a la PFP en la infancia, considerada de forma general, la incidencia varía de acuerdo a los diferentes estudios; se considera que es 2 a 4 veces menos frecuente en niños que en la población adulta[5].

La etiología puede ser congénita o adquirida: infecciosa, traumática, iatrogénica, neoplásica e idiopática. Estudios recientes confieren a la causa infecciosa el primer lugar siendo la otitis media aguda (OMA) la más representativa con alrededor de un 37%[6] de los casos de PFP en la infancia; otros autores afirman que la incidencia por esta causa es 10 veces menor en niños que en adultos a pesar de la alta frecuencia de OMA en la población infantil[7]. No hay suficientes estudios que relacionen la PFP como complicación de OS.

Presentación del caso

Paciente varón de 2 años que ingresa en el servicio de urgencias por cuadro consistente en parálisis facial periférica (PFP) derecha grado VI según la escala de House-Brackmann (HBS) [8]. Como antecedente destacable el niño había padecido OMA de repetición, último episodio 1 mes antes del cuadro actual, manejado por su pediatra. En días anteriores a la instauración del cuadro de PFP presentó síntomas de infección de vías aéreas superiores con rinorrea, otodinia derecha, fiebre cuantificada 38°C y a la otoscopia se evidenció membrana timpánica íntegra y a tras luz derrame de aspecto seroso. Fue manejado por su Pediatra de zona con Amoxicilina sin respuesta clínica. Ya en urgencias, se realizó analítica básica mostrando como hallazgos importantes linfocitosis, que orientaba a etiología vírica, las pruebas audiométricas revelaban Hipoacusia de transmisión leve OD y curvas de timpanometría tipo B. Se solicitó una tomografía axial computarizada (TC) de peñasco en el que se objetivó ocupación de la caja timpánica y celdillas mastoideas sin destrucción del hueso ni colección subperióstica (figura 1).

Nuestro paciente es ingresado para tratamiento antibiótico endovenoso con Cefotaxima (150 mg/kg/día), Urbasón (1 mg/kg/día), Ranitidina (1.5 mg/kg/día) y Dexametasona + Polimixina b + Trimetoprima en gotas óticas (2 gotas/12h). Es intervenido quirúrgicamente realizando miringotomía más colocación de DTT (drenaje trans-timpánico) tipo bobina de reuter en OD y se aspira líquido de aspecto seroso de caja timpánica; el paciente presenta una evolución favorable con recuperación de la motilidad facial evidenciando grado II – III según escala de HBS al alta 5 días después y remisión total a los 4 meses.

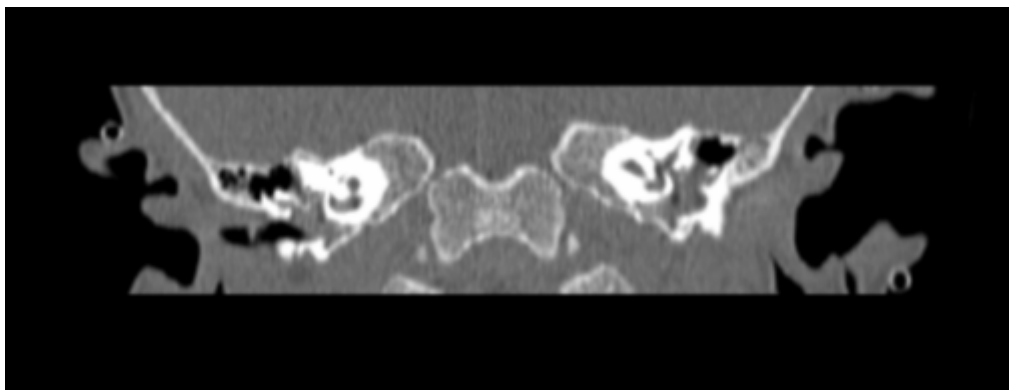


Figura 1 Ocupación meso e hipotimpánica bilateral sin signos de erosión ósea

Discusión

La OS en la infancia puede ser considerada un problema de salud pública dada la elevada prevalencia, costo sanitario y absentismo escolar. De entre los síntomas, es la hipoacusia el principal motivo de consulta que de acuerdo al momento de aparición, puede complicar el normal desarrollo neurolingüístico ya que es causa de más del 50% de las sorderas de transmisión en los niños[9]; sin embargo, es quizás la PFP la complicación que genere mayor ansiedad en los padres debido a lo evidente del cuadro clínico a pesar de tener una evolución favorable con tratamiento adecuado y oportuno en la mayoría de los casos. En los casos de PFP secundaria a OMA se encuentran tasas de recuperación de alrededor del 90% al cabo de 1 año de seguimiento[10].

Han de tenerse en cuenta factores anatómicos en la fisiopatología de la PFP. En su recorrido el nervio ocupa aproximadamente un 25-50%[5] del diámetro del canal de Falopio en el hueso temporal lo que quizás le confiera mayor susceptibilidad a lesionarse con procesos inflamatorios por compresión, difusión de factores y células inflamatorias, detritus, etc; sumado a la inmadurez en la osificación del hueso temporal en los niños. Al nacer, la cápsula ótica esta dentro del peñasco, la apófisis mastoides aún no se ha formado y el hueso temporal ocupa una posición inferolateral en el cráneo. Durante el segundo año de vida la apófisis mastoides empieza a formarse proyectándose inferiormente con respecto a los componentes escamoso y peñasco; la neumatización se limita al antro mastoideo al nacer, pero al contacto con el aire se estimula la neumatización proceso que se lleva a cabo a lo largo de la niñez hasta la adolescencia[11].

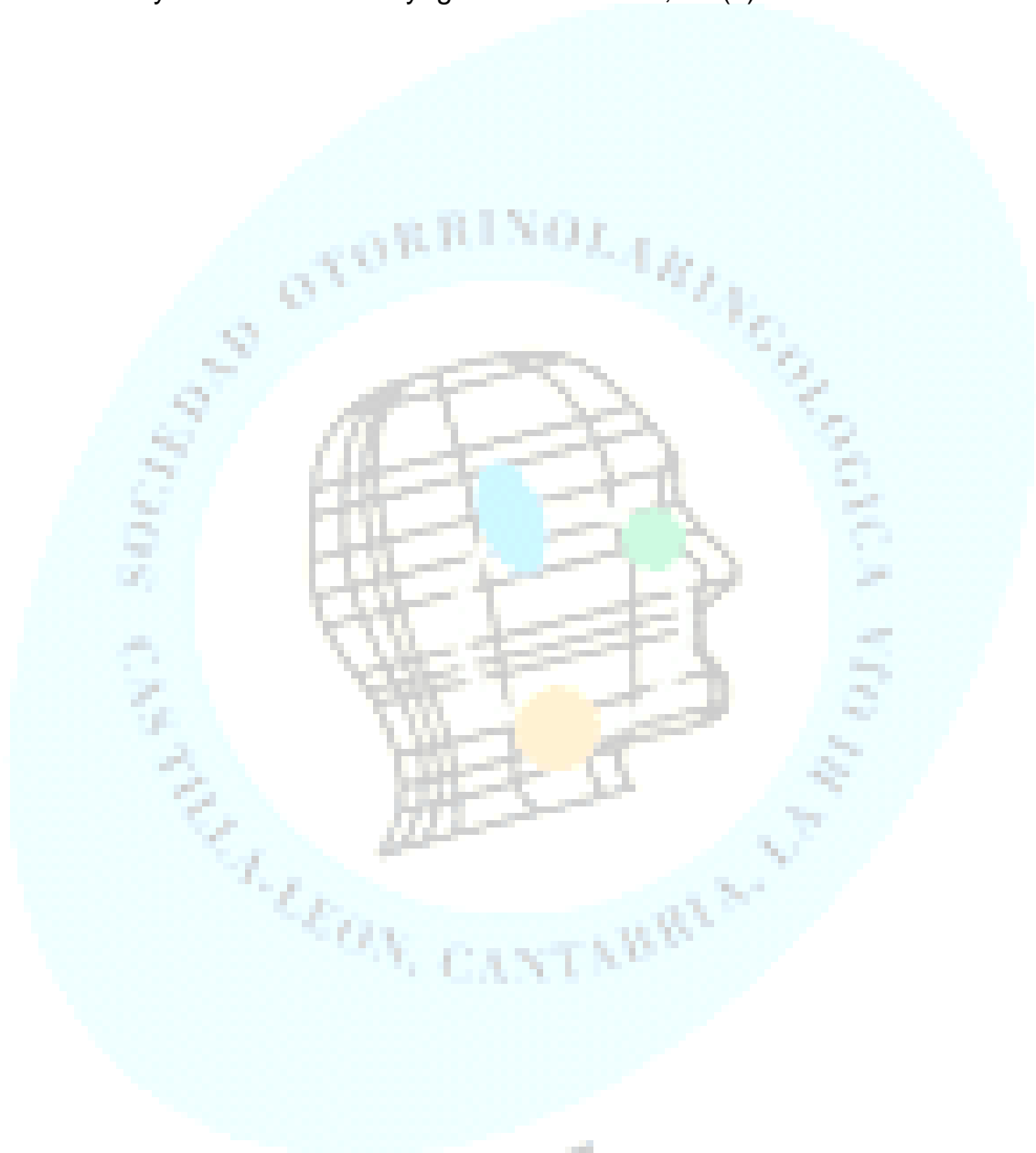
Nuestro paciente tiene como antecedente importante OMAs previas. Estas afecciones repetitivas pueden actuar como factor facilitador en la aparición de PFP; sin embargo, no hay estudios suficientes que demuestren esta asociación. Además diversos estudios confirman la presencia de gérmenes en el derrame de la OS. [12,13]

Por último, la respuesta clínica objetivada según la escala HB fue favorable con disminución importante de la parálisis (HB II-III) posterior a la colocación del DTT y manejo médico con recuperación total a los 4 meses; en casos similares se documentó remisión clínica a los pocos meses siguientes[4,14,15]. El DTT en los casos de OS complicada es, según la evidencia[2], el tratamiento a considerar. Se ha encontrado beneficio en los primeros 6 meses tras su colocación en pacientes con alteración auditiva refractaria a manejo médico; pero no hay estudios específicos en la utilización de DTT en PFP debido a lo infrecuente de esta complicación.

Bibliografía

1. Kiris M, Muderris T, Kara T, Bercin S, Cankaya H, Sevil E. Prevalence and risk factors de otitis media with effusion in school children in Eastern Anatolia, *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2012 Jul;76(7):1030-5.
2. Williamson I. Otitis media with effusion in children. *Clin Evid (Online)*. 2007 Aug 1;2007. pii: 0502.
3. Paradise JL, Rockette HE, Colborn DK, Bernard BS, Smith CG, Kurs-Lasky M, Janosky JE. Otitis media in 2253 Pittsburgh area infants: Prevalence and risk factor during the first two years of life. *Pediatrics* 1997; 99:318-333
4. Vayisoglu Y, Gorur K, Ozcan C, Korlu S. Unusual Complication of Otitis Media With Effusion: Facial Nerve Paralysis. *J Craniofac Surg.* 2011 Jul;22(4):1525-7.
5. Shargorodsky J, Lin HW, Gopen Q. Facial Nerve Palsy in the Pediatric Population. *Clin Pediatr (Phila)*. 2010 May;49(5):411-7.
6. Evans AK, Licameli G, Brietzke S, Whittemore K, Kenna M. Facial Nerve Paralysis: Patients, management and outcomes. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2005 Nov;69(11):1521-8
7. Redaelli de Zinis LO, Gamba P, Balzanelli C. Acute Otitis Media and Facial Nerve Paralysis in Adults. *Otol Neurotol.* 2003 Jan;24(1):113-7.
8. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1985 Apr;93(2):146-7
9. Makeham TP, Croxson GR, Coulson S. Infective Causes of Facial Nerve Paralysis. *Otol Neurotol.* 2007 Jan;28(1):100-3
10. Makeham TP, Croxson GR, Coulson S. Infective causes of facial nerve paralysis. *Otol Neurotol.* 2007 Jan;28(1):100-3
11. Gruber DP, Brockmeyer D. Pediatric Skull Base Surgery: 1. Embryology and Developmental Anatomy. *Pediatr Neurosurg* 2003;38:2-8
12. Khoramrooz SS, Mirsalehian A, Emaneini M, Jabalameli F, Aligholi M, Saedi B, Bazargani A, et al. Frecuency of *Alloicoccus otitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella Catarhalis*, *Haemophilus Influenzae* in Childrens with Otitis Media with effusion (OME) in Iranian patients. *Auris Nasus Larynx.* 2012 Aug;39(4):369-73
13. De Miguel Martínez I, Ramos Macías A, Masgoret Palau E. Bacterial implication in otitis media with effusion in the childhood. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2007 Nov;58(9):408-12

14. Pino Rivero V, Marcos García M, Trinidad Ruiz G, Keituqwa Yáñez T, Rejas Ugena E, Blasco Huelva A. Facial palsy caused by otitis media with effusion in a 9-year old child. An Otorrinolaringol Ibero Am. 2004;31(6):565-70.
15. Premachandra DJ, Radcliffe G. Bilateral facial nerve palsy following secretory otitis media. J Laryngol Otol. 1989 Jul;103(7):685



T

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

Artículo de revisión

Una publicación de acceso abierto: desarrollo, copyright, visibilidad e impacto

An open access journal: development, copyright, visibility and impact

José Luis Pardal-Refoyo
Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. España.

jpardal@saludcastillayleon.es

Recibido: 01/06/2012

Aceptado: 10/06/2012

Publicado: 14/10/2012

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:

Pardal-Refoyo JL. Una publicación de acceso abierto: desarrollo, copyright, visibilidad e impacto. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012;3(25):215-232

Resumen	Las publicaciones electrónicas con contenido médico en acceso abierto se han incrementado en los últimos años debido a los avances en la ingeniería informática y las telecomunicaciones. Se resumen aspectos de la edición, publicación, visibilidad y medida del impacto y de los derechos de los autores y de los lectores.
Palabras clave	Revista; acceso abierto; bibliometría; otorrinolaringología
Summary	Electronic publications open access to medical content have increased in recent years due to the advances in computer engineering and telecommunications. Summarizes aspects of editing, publishing, visibility and impact measurement and the rights of authors and readers.
Keywords	Journal; open access; bibliometrics; otolaryngology

Introducción

El Congreso de nuestra Sociedad celebrado el pasado mes de mayo en Logroño nos permitió analizar la situación de la revista que comenzó su andadura en junio de 2010. Pasados estos dos primeros años nuestro interés se centra en consolidarla como medio para compartir información científica y conseguir una buena difusión hasta los profesionales. Poco a poco también la revista debe ir orientando contenidos a los pacientes y usuarios no profesionales interesados en las áreas de nuestra especialidad.

El objetivo de este trabajo está en mostrar someramente el trabajo de gestión realizado hasta el momento y resume lo expuesto en la ponencia presentada con el mismo título en el Congreso.

Desarrollo y edición

La revista se publica en formato electrónico en acceso abierto ("open access"). Desde la recepción de los artículos, la revisión, la edición y su publicación se realiza electrónicamente. En el momento actual la comunicación entre los autores y gestores de la revista se realiza por correo electrónico. Los autores disponen de unas plantillas para editar sus trabajos, lo envían por correo electrónico, el manuscrito es revisado anónimamente, concluido el proceso de revisión, si así se considera, es publicado en la web de la revista. El proceso es similar al flujo de trabajo realizado con el sistema Open Journals Systems (OJS) [1]. Uno de los objetivos de la revista es progresivamente adaptarse a la utilización de este sistema.

A diferencia del sistema actual, el OJS tiene las siguientes características y ventajas [1]:

- Se instala y se controla de manera local en un servidor web propio
- Los editores pueden configurar los requisitos, secciones, el proceso de revisión, etc.
- Todos los contenidos se envían y se gestionan online
- Cuenta con un módulo de suscripción con la opción de pasar los

- artículos a libre acceso pasado un tiempo
- Como parte del sistema cuenta con la indexación de todo el contenido
- Cuenta con una herramienta de lectura, basada en los campos de los artículos y la configuración proporcionada por el editor permite el envío por correo electrónico de los artículos y la inserción de comentarios por parte de los lectores
- Permite el envío por correo electrónico de los artículos y la inserción de comentarios por parte de los lectores
- Interfaz multilingüe
- Cuenta con ayuda online contextual y un foro de soporte.
- Permite la extensión de su funcionamiento a través de una arquitectura de plugins

El esquema de flujo de trabajo se resume en la figura 1.

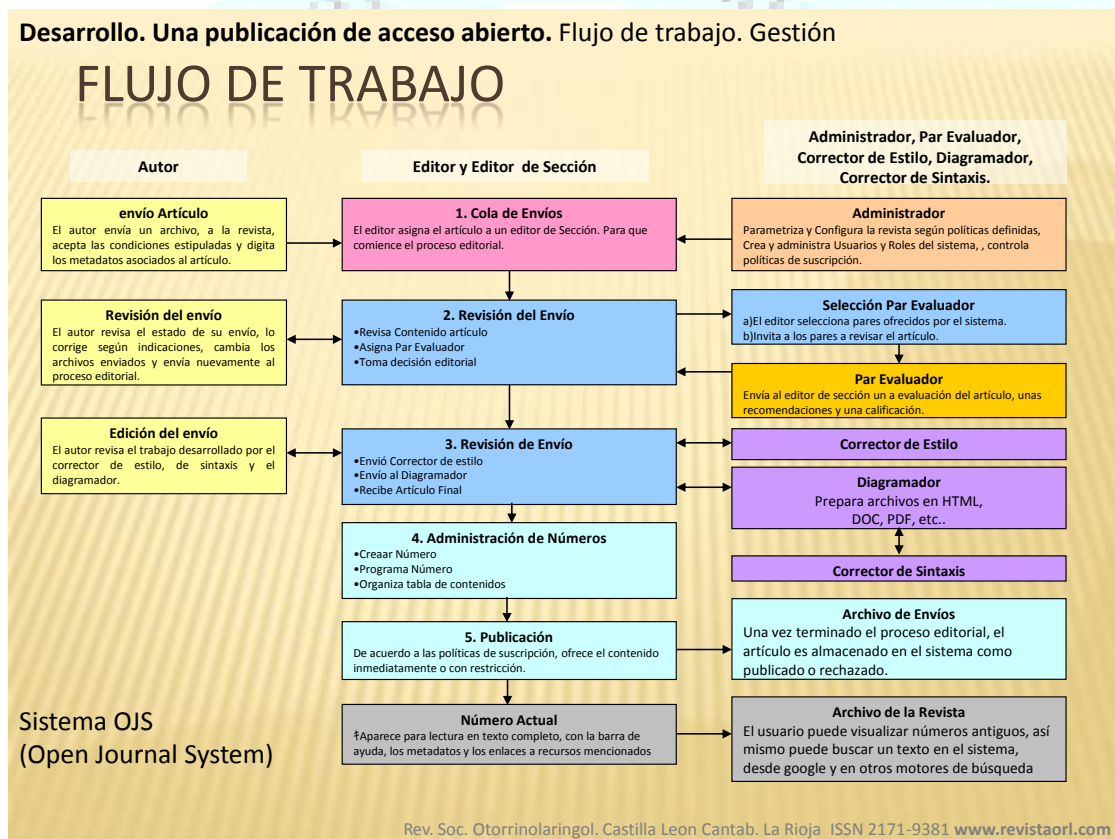


Figura 1. Flujo de trabajo en la edición de un artículo con el sistema OJS.

Progresivamente, según las posibilidades técnicas, se implantará el sistema OJS en la edición de la revista.

En el momento actual se sigue el siguiente proceso para el envío de los manuscritos.

Proceso de envío de manuscritos		
1 SELECCIONAR LA PLANTILLA ADECUADA	2 REVISAR EL MANUSCRITO	3 ENVÍO DEL MANUSCRITO
<ul style="list-style-type: none"> • - trabajos originales (trabajos originales, investigación, revisiones bibliográficas, metaanálisis, etc) • - casos clínicos (casos clínicos, comentarios sobre una imagen y descripción de técnicas quirúrgicas) • - pósters • - plantilla general (para libros, tesis, monografías, capítulos de libros o artículos especiales) <p>Para versiones de office anteriores a 2007: Módulo de compatibilidad de Microsoft Office en: http://www.microsoft.com/es-es/download/details.aspx?id=3</p>	<p>Los nombres de los autores y el centro de trabajo con la referencia completa Las citaciones en el texto deben ir entre corchetes [] en texto normal (evitar superíndice) Las citas bibliográficas deben estar en formato correcto y en el orden de citación en el texto Evitar párrafos completos en mayúsculas (el texto debe ir en minúsculas, en texto natural)</p>	<p>envios@revistaorl.com Los autores recibirán confirmación de la recepción de su artículo En la página de inicio de esta web podrán seguir la situación de su artículo en el apartado de "próximos artículos"</p>

Figura 2. Esquema seguido para el envío y recepción de manuscritos (noviembre de 2012).

Los criterios de calidad

La revista figura en el catálogo Latindex [2] que incluye únicamente las revistas –impresas o electrónicas- que cumplen los criterios de calidad editorial diseñados por Latindex. Latindex es un sistema de Información sobre las revistas de investigación científica, técnico-profesionales y de divulgación científica y cultural que se editan en los países de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

En el momento actual la revista cumple con los 36 criterios de calidad que se recogen en la figura 3. Estos criterios pueden ser modificados y ampliados por las entidades que trabajan en Latindex. España está representada por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) a través de organismos como IEDCYT (ex-CINDOC).

Cumplir con los criterios de calidad Latindex significa mantener el esfuerzo por acercar nuestra revista a niveles de excelencia.

Desarrollo. Criterios de calidad Latindex

Características básicas

1. Mención del cuerpo editorial (consejo editorial)*
2. Contenido científico (al menos el 40%)*
3. Antigüedad mínima de un año*
4. Identificación de los autores*
5. Identificación de la identidad editora*
6. Mención del director*
7. URL*
8. Dirección de la revista (postal o e-mail)

Características de gestión y política editorial

18. ISSN*
19. Definición de la revista*
20. Sistema de arbitraje (selección de originales*)
21. Evaluadores externos*
22. Autores externos (50%)
23. Apertura editorial
24. Servicios de información
25. Cumplimiento de la periodicidad*

Características de presentación de la revista

9. Navegación y funcionalidad *
10. Mención de la periodicidad*
11. Tabla de contenidos (índice o sumario)*
12. Acceso histórico al contenido
13. Membrete bibliográfico al inicio del artículo*
14. Miembros del consejo editorial (MCE)
15. Afiliación institucional de los MCE
16. Afiliación de los autores (lugar de trabajo)*
17. Recepción y aceptación de originales

Características de los contenidos

26. Contenido original
27. Instrucción a los autores*
28. Elaboración de las referencias bibliográficas*
29. Exigencia de originalidad *
30. Resumen en idioma original
31. Resumen en el idioma propio y en ingles
32. Palabras clave
33. Palabras clave en el idioma propio y en inglés*
34. Metaetiquetas (Dublín Core)
35. Buscadores
36. Servicios de valor añadido

Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja ISSN 2171-9381 www.revistaorl.com

Figura 3. Criterios de calidad Latindex (año 2012)

Desde la web principal de la revista se ha mejorado la información ofrecida (instrucciones para la publicación de artículos dirigida a los autores, filiación de los miembros del Consejo Editorial, evaluación anónima por pares, apertura editorial, etc). Los autores y los lectores tienen información accesible a todos los puntos importantes de la gestión de la revista desde cualquier artículo publicado y desde la web.

Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja 2012. 3 (10): 99-106
 Síndrome de Gradenigo y trombosis de seno cavernoso secundaria a otitis media aguda Pelegrín-Hernández JP et al.

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
 ISSN 2171-9381
 www.revistaorl.com

Caso clínico
Síndrome de Gradenigo y trombosis de seno cavernoso secundaria a otitis media aguda
Gradenigo's syndrome and thrombosis of the cavernous sinus secondary to acute otitis media

Juan P. Pelegrín-Hernández¹, José A. Díaz-Manzano¹, Ana I. Menasalvas-Ruiz², Diego Helin-Meseguer²
 Servicio de Otorrinolaringología, Servicio de Radiología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca El Palmar, Murcia.

Contacto: jpelegrin@gmail.com

Recibido: 17/04/2012	Aceptado: 27/04/2012	Publicado: 02/09/2012
-------------------------	-------------------------	--------------------------

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

Cita del artículo:
 Pelegrín-Hernández JP, Díaz-Manzano JA, Menasalvas-Ruiz AI, Helin-Meseguer D. Síndrome de Gradenigo y trombosis de seno cavernoso secundaria a otitis media aguda. Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja. 2012; 3 (10): 99-106.

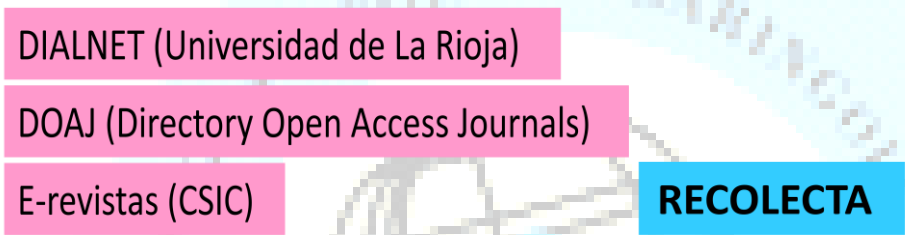
El formato de cada artículo ha mejorado (figura 4). Se identifica correctamente el título de la revista, su ISSN, su dirección electrónica, la dirección de correo electrónico y a quién va dirigido el contenido. Respecto a los datos del artículo en el encabezado figuran los datos del número de edición y paginación, el título del artículo y el nombre abreviado del primer autor. En el cuerpo de la portada figura el título del artículo en español e inglés, los autores, su dirección y el correo de contacto. También figuran las fechas de recepción, aceptación y publicación del artículo, la referencia a posibles conflictos de intereses y la signatura completa del artículo para su citación. En el formato pdf además se incluyen los metadatos correspondientes a cada artículo.

Figura 4. Portada de un artículo

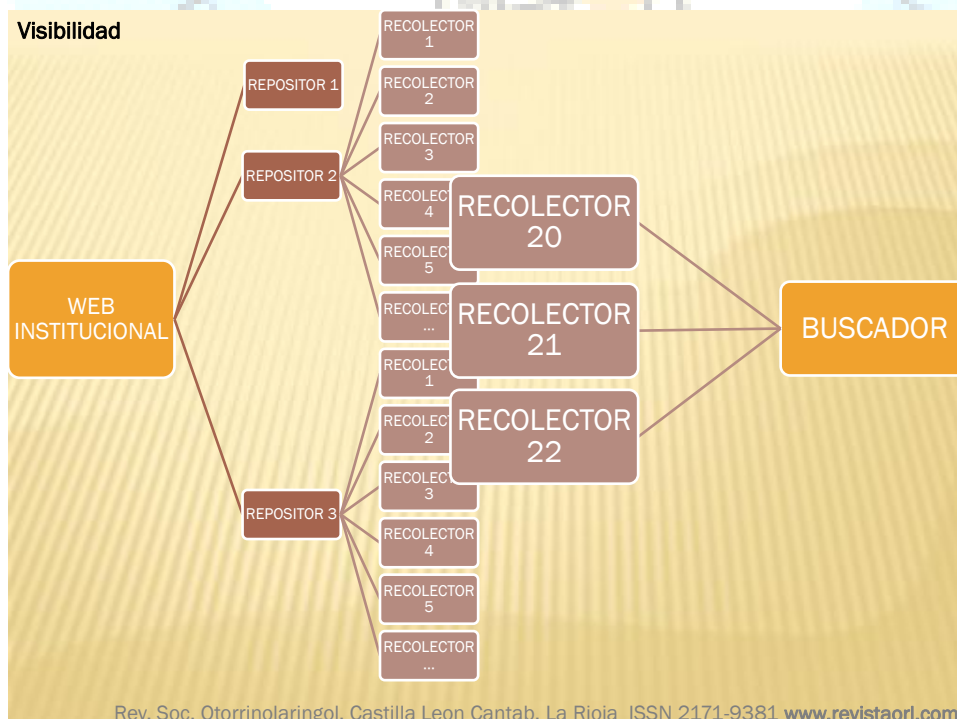
Visibilidad

El nivel mínimo de calidad formal es imprescindible para que la revista se incluya en los repositorios especializados. Esto hace que finalmente los contenidos puedan ser encontrados por los lectores. Los repositorios almacenan la información de la revista y sus artículos, esta información puede ser almacenada por los denominados recolectores lo que permite que los sistemas de búsqueda accedan a esa información (buscadores). Los recolectores multiplican la visibilidad de los contenidos de la revista. Así, desde la web de la revista es posible difundir el contenido (ver figura 5).

En el momento actual la revista pasa a alojarse en tres repositorios: DIALNET, DOAJ y e-Revistas[3,4,5]



Esta información puede ser encontrada fácilmente en las webs de los repositorios, a través de recolectores de información como RECOLECTA [6] y en buscadores generales como GOOGLE SCHOLAR [7]. En general, las universidades suelen disponer de sus propios repositorios y recolectores que fácilmente cargan la información especializada de otros repositorios/recolectores.



Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja ISSN 2171-9381 www.revistaorl.com

Figura 5. Visibilidad de los contenidos: web, repositorios, recolectores y buscadores

Los repositorios en acceso abierto figuran indexados en ROAR (Registry of Open Access Repositories) [8] y sus políticas en ROARMAP (Registry of Open Access Repositories Mandatory Archiving Policies) [9].

Las revistas y editoriales en sistema de acceso abierto figuran indexadas en SHERPA (políticas de copyright y autoarchivo) [10] y en la base de datos RoMEO [11] que carga su información desde DOAJ [4]. Según la política de accesibilidad o restricciones al acceso y los permisos para difundir la publicación por parte de los autores, las revistas se clasifican por colores:

- Verde: los autores pueden archivar el pre y post- print
- Azul: los autores pueden archivar el post-print (la versión final del editor)
- Amarillo: los autores pueden archivar el pre-print.
- Blanco: los autores no pueden archivar el artículo

La revista figura catalogada con el color azul. En la figura 6 se recogen los datos actualmente visibles de la revista en SHERPA/RoMEO que hacen referencia a la política editorial, de acceso y difusión de los contenidos por parte de los autores.

ha encontrado **una** revista que coincide con los criterios de búsqueda: **2171-9381**

Revista:	Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja (ISSN: 2171-9381) [comenzó 2010]
RoMEO:	Esta es una revista RoMEO azul
Listado en:	DOAJ es una revista de acceso abierto
Pre-print del autor:	 el autor no puede archivar la versión pre-print (ie la versión previa a la revisión por pares)
Post-print del autor:	 el autor puede archivar la versión post-print (ie la versión final posterior a la revisión por pares)
Versión de editor/PDF:	 el autor puede archivar la versión del editor/PDF
Condiciones generales:	<ul style="list-style-type: none"> • La fuente publicada debe reconocerse con la cita • Publisher's version/PDF may be used in institutional repository or personal website • Creative Commons Attribution Non-Commercial No-Derivatives 3.0 Espana License
OA mandatorio:	(Esperando información)
Copyright:	Política
Actualizado:	09-May-2012 - Sugiera una actualización de este registro
Enlace a esta página:	http://www.sherpa.ac.uk/romeo/issn/2171-9381/es/
Publicado por:	Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja - Políticas de Azul en RoMEO
Este es el resumen para las políticas de la revista, <i>default</i> y los cambios o excepciones a menudo pueden ser negociados por los autores. <i>Toda la información es correcta según nuestro mejor conocimiento, pero en ningún caso puede ser utilizado como un documento legal.</i>	

Figura 6. Políticas de la revista en acceso abierto (RoMEO)

La Fundación DIALNET de la Universidad de la Rioja participa en La Clasificación Integrada de Revistas Científicas (CIRC) y en la página principal de cada revista figura dicha clasificación (figura 7)

La CIRC tiene como objetivo la construcción de una clasificación de revistas científicas de Ciencias Sociales y Humanas en función de su calidad integrando los productos de evaluación existentes considerados positivamente por las diferentes agencias de evaluación nacionales como CNEAI, ANECA) [12]. Para su elaboración se ha contado con la participación y el consenso de distintos expertos en bibliometría. EC3 (Universidad de Granada); Grupo EPUC (CCHS.CSIC.); Grupo ACUTE (CCHS.CSIC.); LEMI (UC3M) y la clasificación resultante consta de cuatro grupos jerárquicos (gA, gB, gC, gD) en función de la visibilidad de las revistas y un quinto grupo de excelencia (gEx).

Según los criterios actuales la revista se clasifica en el grupo C que incluye a

revistas poco citadas pero incluidas en el catálogo Latindex (ver más arriba).

Visibilidad

Dialnet [Buscar](#) [Revistas](#) [Tesis](#) [Registrarse](#) [Ayuda](#) [Español](#)

Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN: 2171-9381
 Periodicidad: Anual
 Inicio: 2010
 Página web de la revista: [e-Dialnet](#)

Sumarios de la revista

2012	3	3 (1)	3 (2)
2011	2		
2010	1		

Accesibles Alojados

Editores: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

Clasificación: Ciencias de la salud: Medicina clínica

CIRC: Clasificación Integrada de Revistas Científicas [C] Grupo C

© 2001-2012 Fundación Dialnet. Todos los derechos reservados. [Accesibilidad](#) | [Aviso Legal](#)

Figura 7. Portada de la Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León Cantabria y La Rioja en Dialnet. Clasificación Integrada de Revistas Científicas (CIRC) La figura 8 puede ayudar a situar la revista en el conjunto total de revistas científicas (total 20756)

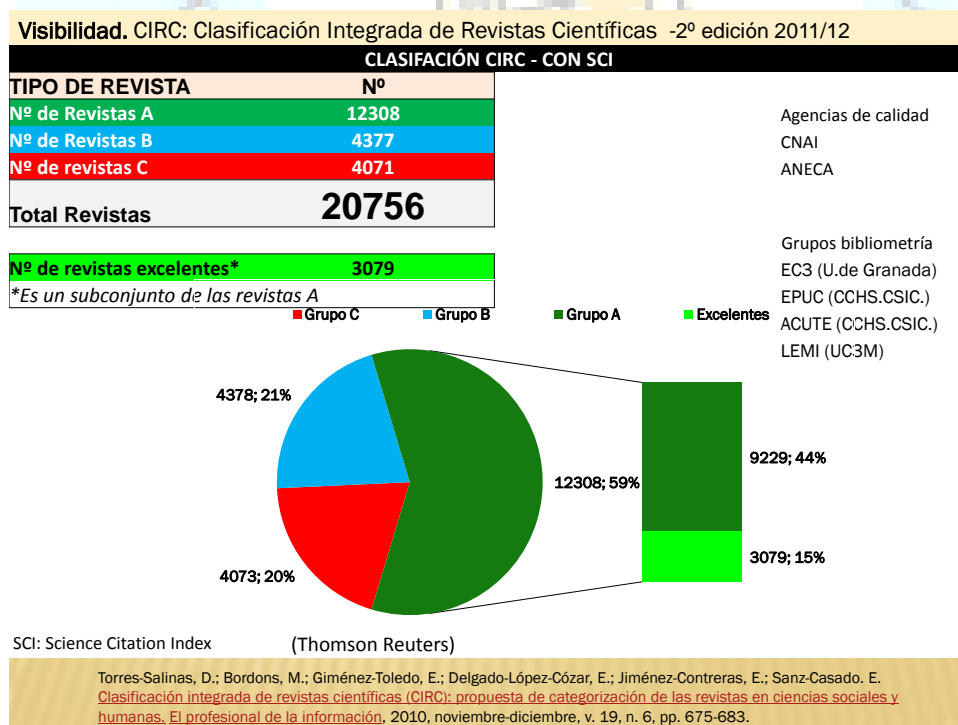


Figura 8. Categorías de las revistas en la clasificación CIRC

Los productos utilizados para llevar a cabo la clasificación CIRC se recogen en la figura 9.

- *Journal citation reports. Science edition* (JCR-SCI)
- *Journal citation reports. Social sciences edition* (JCR-SSCI)
- *Art & humanities citation index. Source publication list* (AHCI)
- **Science citation index. Source publication list (SCI)**
- *Social sciences citation index. Source publication list* (SSCI)
- *Índice de impacto de las revistas españolas de ciencias sociales* (INRECS)
- *Índice de impacto de las revistas españolas de ciencias jurídicas* (INRECJ)
- *Difusión de las revistas españolas de ciencias sociales y humanas* (DICE)
- *European reference index for the humanities* (ERIH)
- **Catálogo Latindex (LTX)**
- *Scopus. List of titles* (sólo Arte y Humanidades y Ciencias Sociales) (SCP)
- *Scimago journal rank* (sólo Arte y Humanidades) (SJRh)

Figura 9. Productos empleados para la Clasificación Integrada de Revistas Científicas (CIRC)

En el momento de cerrar este artículo los investigadores encargados de la CIRC (2ª edición 2011/2012) son [13]:

- Daniel Torres-Salinas. Grupo Ec3 - Universidad de Navarra, Pamplona
- Elea Giménez Toledo. Grupo EPUC - IEDCYT-CCHS, Madrid
- Evaristo Jiménez Contreras. Grupo Ec3 - Universidad de Granada, Granada
- Emilio Delgado López-Cózar. Grupo Ec3 - Universidad de Granada, Granada
- María Bordons. Grupo Acute - IEDCYT-CCHS, Madrid
- Elías Sanz Casado. Grupo LEMI - Universidad Carlos III, Madrid
- Eduardo Bergasa Balda. Fundación Dialnet, Universidad de La Rioja
- Laura López Martínez. Fundación Dialnet, Universidad de La Rioja

Repositorios de documentación científica

Hasta abril de 2012 estaban registrados 3888 repositorios de información científica en todo el mundo de los que 133 (3,4%) son españoles [14].

El “peso” de los repositorios especializados en información biomédica y medicina está en el 4% en el cómputo mundial y en el 3% en España.

En la figura 10 se recoge gráficamente la distribución de los repositorios en el mundo y en España.

Desde 2003 el crecimiento del número de repositorios es progresivo (ver figura 11) [14] con incremento de actividad institucional (ver figura 12) [9]. Como puede observarse la mayor proporción la ocupan instituciones (generalmente universidades).

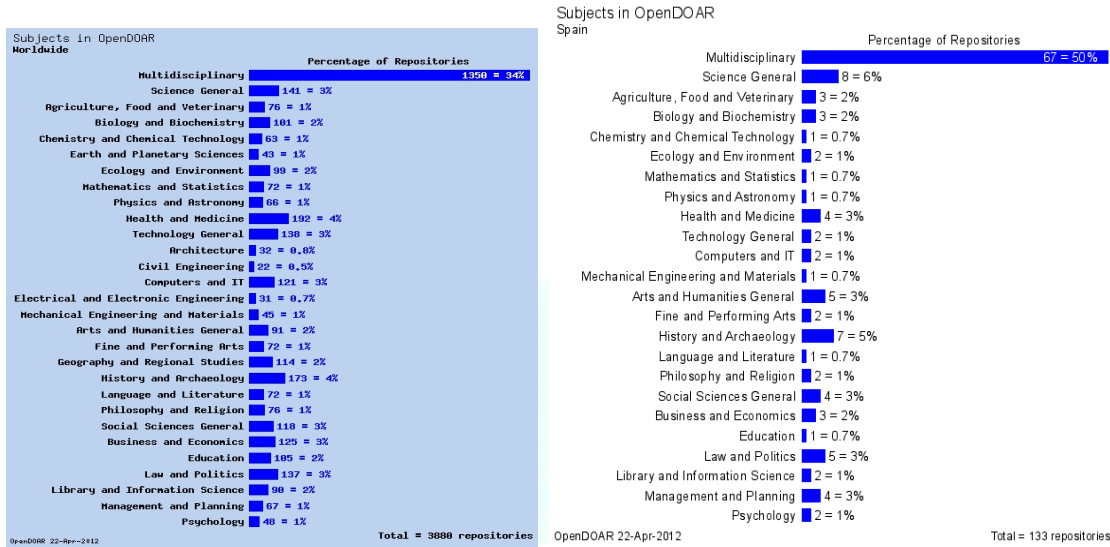


Figura 10. Distribución de repositorios de información científica según las disciplinas (A: en el mundo; B: en España)

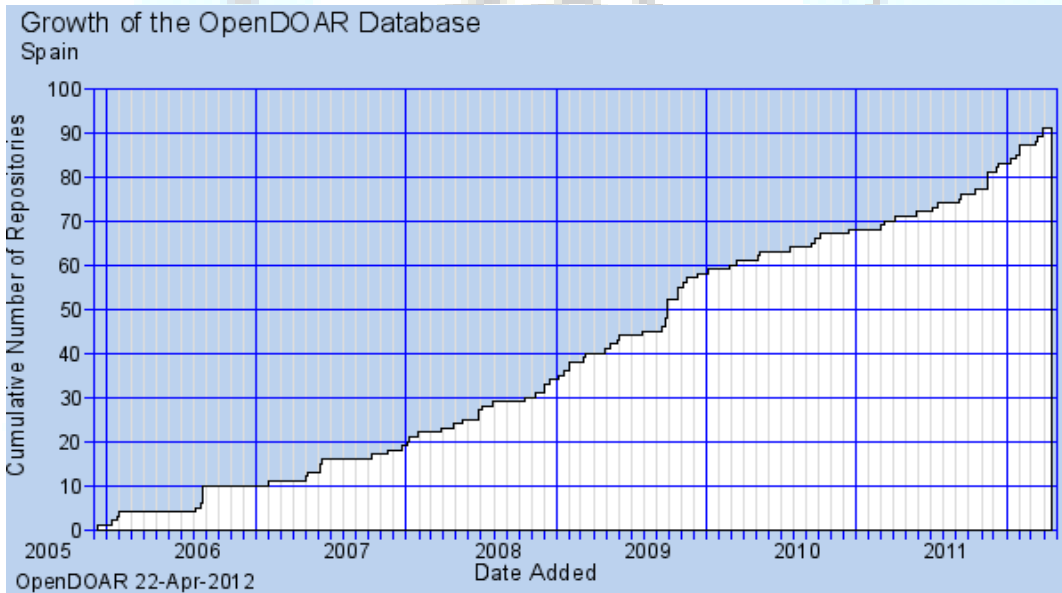


Figura 11. Evolución del número de repositorios en España

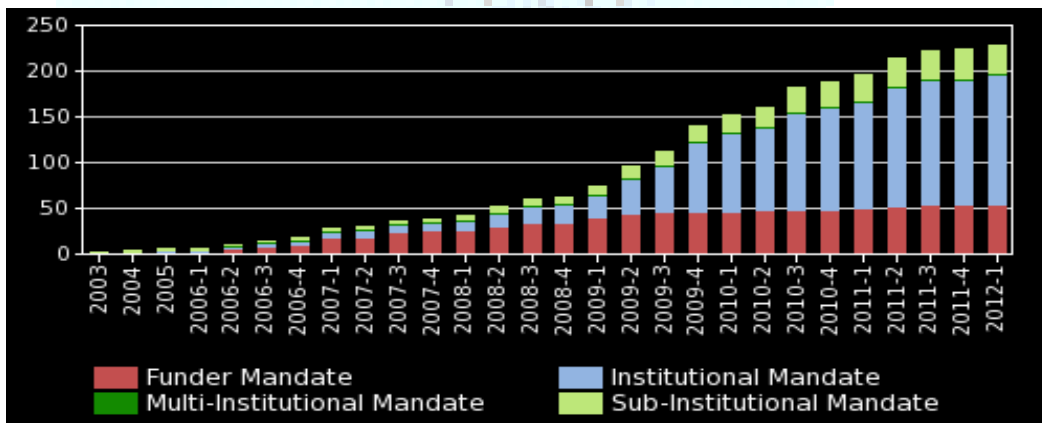


Figura 12. ROARMAP. Evolución de los repositorios en el mundo distribuidos según la entidad promotora (con financiación, multi-institucional, institucional, sub-institucional)

Quién nos ve

Gracias a la actividad llevada a cabo en los repositorios la información puede ser buscada y hallada por los lectores en los buscadores.

La actividad de la página de alojamiento de la revista desde enero de 2011, aproximadamente cuando ésta se hace visible desde los repositorios, ha sido progresiva como puede observarse en la figura 13 obtenida de los registros de Google Analytics [15].

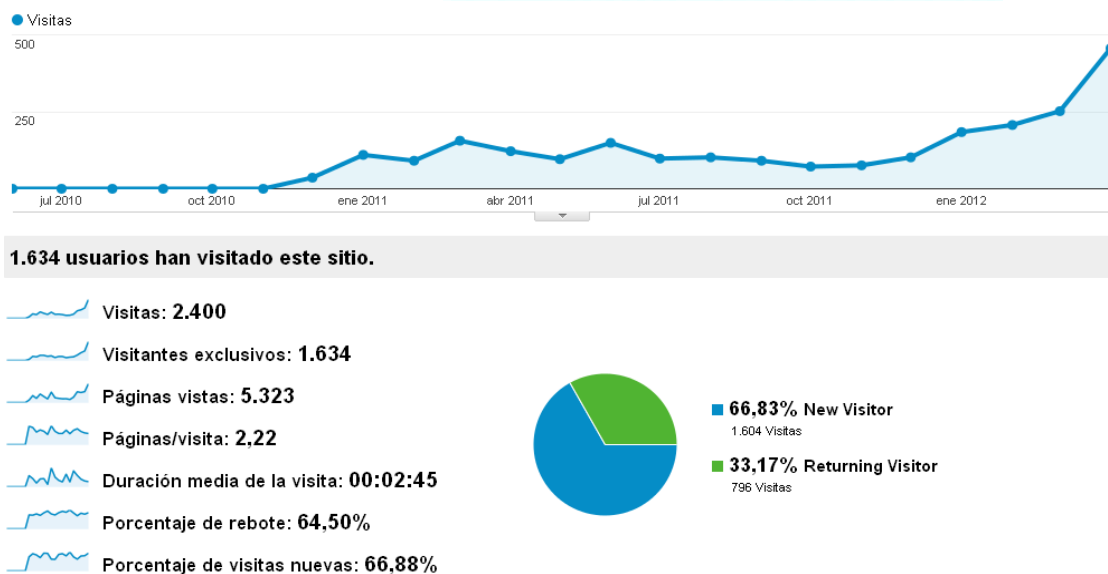


Figura 13. Accesos a la página principal de la revista hasta mayo de 2012 (Google Analytics)

La mayor proporción de accesos se realizan en idioma castellano, inglés y portugués desde las áreas geográficas hispanoparlantes (figura 14), con incremento en el uso de dispositivos móviles (180 usuarios; 180/2400= 7,5%) como se recoge en la figura 15.

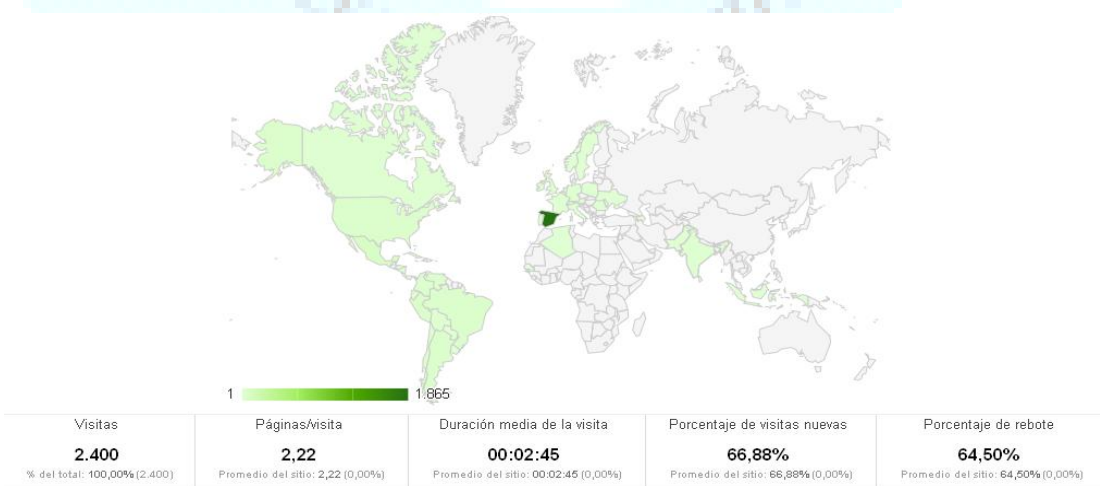


Figura 14. Distribución mundial de la procedencia de los accesos a la información

Visitas	Páginas/visita	Duración media de la visita	Porcentaje de visitas nuevas	Porcentaje de rebote
180 % del total: 7,50% (2.400)	1,54 Promedio del sitio: 2,22 (-30,62%)	00:00:56 Promedio del sitio: 00:02:45 (-66,31%)	68,89% Promedio del sitio: 66,88% (3,01%)	72,22% Promedio del sitio: 64,50% (11,97%)

Información del dispositivo móvil								
	Visitas	↓	Páginas/visita	Duración media de la visita	Porcentaje de visitas nuevas	Porcentaje de rebote		
<input type="checkbox"/>	1.		Apple iPhone	79	1,52	00:00:59	60,76%	70,89%
<input type="checkbox"/>	2.		Apple iPad	47	1,68	00:01:04	80,85%	70,21%
<input type="checkbox"/>	3.		(not set)	9	1,56	00:00:17	100,00%	77,78%
<input type="checkbox"/>	4.		HTC Hero	3	1,00	00:00:00	33,33%	100,00%
<input type="checkbox"/>	5.		SonyEricsson LT15i Xperia Arc	3	1,67	00:00:49	100,00%	66,67%
<input type="checkbox"/>	6.		Asus Eee Pad Transformer TF101	2	2,50	00:00:17	100,00%	50,00%
<input type="checkbox"/>	7.		HTC Desire	2	2,50	00:01:15	50,00%	0,00%
<input type="checkbox"/>	8.		Nokia 5800d XpressMusic	2	2,50	00:05:00	50,00%	50,00%
<input type="checkbox"/>	9.		Nokia N97 mini	2	1,00	00:00:00	0,00%	100,00%
<input type="checkbox"/>	10.		Samsung GT-I9100 Galaxy S II	2	2,00	00:01:06	50,00%	50,00%

Figura 15. Dispositivos móviles utilizados en el acceso a la revista (registro de Google Analytics)

Quién publica y qué se publica

Los autores que publicaron en la revista hasta abril de 2012 son de procedencia interna en un 62% y externa a la Sociedad en el 38% (figura 16).



Figura 16. Distribución de los autores que publicaron en la revista hasta abril de 2012

La mayoría de los trabajos publicados lo fueron sobre casos clínicos (73%) (figura 17). A primera vista se observa el interés de los autores por comunicar casos clínicos que por su baja frecuencia, su dificultad en el diagnóstico o en el tratamiento consideraron necesario comunicarlo.



Figura 17. Clasificación de los trabajos publicados hasta abril de 2012

Copyright

Uno de los aspectos que han ido modificándose en los últimos años con la implantación progresiva de las revistas Open Access es la política de derechos de propiedad de los autores y de los editores.

Respecto al uso que los autores pueden hacer de su obra, como ya referimos el sistema SHERPA/RoMEO [10, 11] clasifica las revistas según la política de derechos de autoarchivo y asigna un color desde el blanco en el que no se permite el autoarchivo hasta el verde en el que se admite el autoarchivo desde la versión del autor (pre-print) hasta la versión final del editor post-print (nuestra revista: color azul) (figura 18).

Color RoMEO	Política de autoarchivo
Verde	Se puede archivar el pre-print y el post-print o versión de editor/PDF
Azul	Puede archivar el post-print (ie la versión final posterior a la revisión por pares) o versión de editor/PDF
Amarillo	Puede archivar el pre-print (ie la versión previa a la revisión por pares)
Blanco	El archivo no está formalmente admitido
	Más sobre colores y restricciones
o	Ver todas las editoriales

Figura 18. Política de autoarchivo (RoMEO)

La política de derechos se hace pública en la página principal de acceso a la revista (figura 19).

Derechos de propiedad

- Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja es una revista en acceso abierto (Open Access).
- Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja se adhiere a los criterios Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 España (CC BY-NC-ND 3.0).
- Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja adquiere los derechos de distribución y reproducción desde la recepción del trabajo.
- Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja aloja sus contenidos en la web: <http://www.revistaorl.com>.
- Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja puede ceder derechos para incluir sus contenidos completos en otros repositorios institucionales.
- Los autores pueden disponer de una **copia post-publicación** (post-print) para su inserción en **repositorio institucional o web personal** inmediatamente después de su publicación haciendo mención de la cita bibliográfica original.

Figura 19. Derechos de propiedad

Respecto al uso que pueden hacer los lectores de las obras descargadas la política de derechos de propiedad se recoge en la Licencia de Creative Commons [16] que en el caso de la revista tiene las características: Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 3.0 España (CC BY-NC-ND 3.0). Es decir, los lectores pueden utilizar los artículos siempre que citen la fuente, no modifiquen sus contenidos y no obtengan beneficio económico. Los usuarios identificarán la licencia a través del logotipo (figura 20)

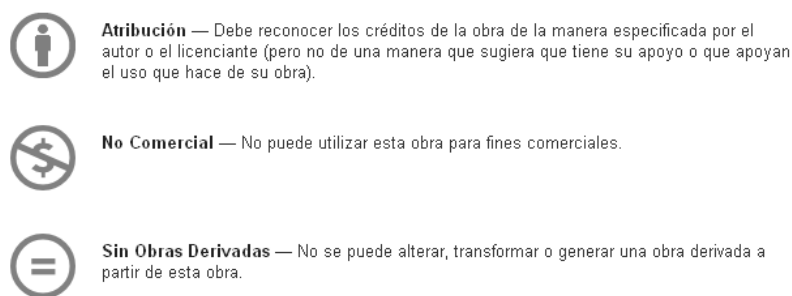


Figura 20. Condiciones generales de la licencia y logotipo de la licencia de Creative Commons

Impacto de las publicaciones

Para medir la penetración de las publicaciones en los grupos-diana se utiliza el concepto de impacto. El factor impacto es un cociente obtenido de dos datos: en el numerador el número veces que ha sido citada la revista en un año de artículos publicados en un periodo de tiempo determinado y en el denominador el número total de documentos publicados por esa revista en ese mismo periodo (generalmente por dos o tres años). Un ejemplo de cálculo de impacto por dos años se recoge en la figura 21.

Hay diversas fórmulas y cálculos.

El factor impacto de las revistas biomédicas se mide desde:

Journal Citation Reports (JCR)

Institute for Scientific Information (ISI)

Science Citation Index-Expanded (SCI Thomson Reuters)

Para ser evaluada, la revista ha de ser admitida en estos índices.

Las bases de datos suelen evaluar los cocientes de impacto de sus revistas (caso de Índice Médico Español –IME- o SciELO [17])

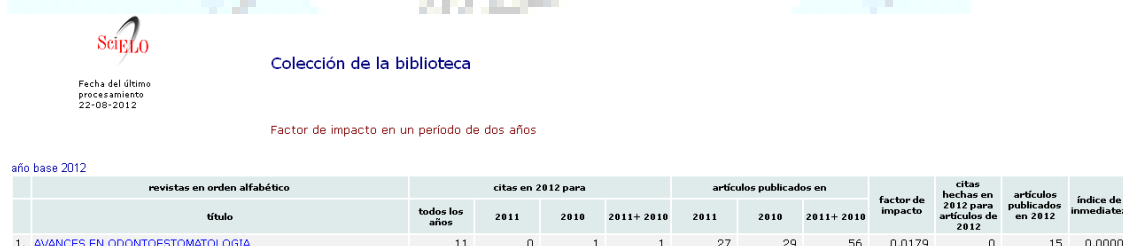


Figura 21. Ejemplo de cálculo de factor impacto de una revista por dos años (base de datos SciELO)

Otro dato de interés es el número de descargas de un artículo determinado desde las bases de datos o repositorios. La base de datos Citebase [18] calcula tanto el número de descargas de un trabajo como las citaciones (sólo en publicaciones Open Access). Un ejemplo de estos cálculos se recogen en la figura 22. Del gráfico se deduce que la probabilidad de que un artículo sea citado se incrementa proporcionalmente al tiempo que lleve publicado y al número de descargas.

Otro dato interesante de los cálculos de Citebase es que recopila la información desde Google Scholar [7] y e-Print [19].

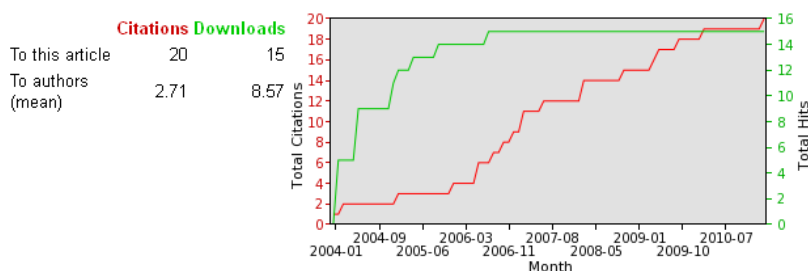


Figura 22. Ejemplo de cálculos de citaciones y descargas de un artículo medido por la base de datos Citebase (corresponde al artículo: Chialvo, D R. Critical brain networks (2004-02-20) In PHYSICA A 340 756 (2004))

Google Scholar elabora también el impacto de las publicaciones mediante dos índices [20] (figura 23):

- **Índice h:** es el mayor número h, de forma que h publicaciones se han citado al menos h veces.
- **Índice i10:** recoge las publicaciones que se han citado al menos diez veces.

Desde 2012 ya se dispone de los cálculos para nuestra revista que ayuda a los autores y editores a realizar el seguimiento de los artículos.



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

Revista de Otorrinolaringología
 Otolaryngology - Head and Neck Surgery - Safety patient - airway
 Dirección de correo verificada de revistaorl.com
[Página principal](#)



Figura 23. Índices medidos en Google Scholar sobre las citaciones de artículos. Índice h e Índice i10. Índice h: La segunda columna muestra la versión "actual" del cálculo, que es el mayor número h, de forma que h publicaciones se han citado al menos h veces más en los últimos 5 años. Índice i10: La segunda columna muestra la versión "actual" de esta estadística, que son las publicaciones que se han citado al menos diez veces más en los últimos 5 años.

La incorporación progresiva de la revista a bases de datos más especializadas incrementarán su visibilidad e impacto.

Conclusiones

- La comunicación de los avances científicos y técnicos en Medicina es una necesidad.
- La revista cubre esa necesidad facilitando el intercambio de información entre los especialistas.
- El sistema de acceso abierto es el idóneo.
- Garantiza unos criterios de calidad.
- Garantiza el compromiso de mantener los derechos de los autores a conservar y difundir sus trabajos.
- Permite que la información sea visible y accesible a través de los repositorios y buscadores.
- Permite evaluar el grado de difusión y penetración de la información (impacto).

Agradecimientos

Junta Directiva de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León Cantabria y La Rioja

Comité Editorial de la revista

Autores que han participado enviando sus trabajos

Revisores que han ayudado a mejorar los contenidos

Google por facilitar con sus herramientas el alojamiento, distribución y comunicación en todos sus aspectos

DIALNET que aloja los contenidos íntegros y aporta valor añadido

e-REVISTAS (CSIC)

DOAJ

Bibliografía

[1] Ruiz Pérez S, Alperin JP. OJS: Sistema de Gestión de Revistas Electrónicas. En:

<http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/143>. Vol 3, No 9 (2007). [Consultado el 13-10-2012].

[2] Latindex. En: <http://www.latindex.unam.mx/latindex/queesLatindex.html> . [Consultado el 13-10-2012].

[3] Dialnet. En: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=15982>. [Consultado el 13-10-2012].

[4] DOAJ. En: <http://www.doaj.org/doaj?func=searchArticles&q1=2171-9381&f1=issn&b1=and&q2=&f2=all>. [Consultado el 13-10-2012].

[5]. E-Revistas. En: http://www.erevistas.csic.es/ficha_revista.php?oai_iden=oai_revista631.

[Consultado el 13-10-2012].

[6] Recolecta. En: <http://www.recolecta.net/buscador/index2.jsp>. [Consultado el 13-10-2012].

[7] Google Scholar. En: <http://scholar.google.es>. [Consultado el 13-10-2012].

[8] ROAR (Registry of Open Access Repositories). En: <http://roar.eprints.org/cgi/users/home?screen=NewEPrint>. [Consultado el 13-10-2012].

[9] ROARMAP (Registry of Open Access Repositories Mandatory Archiving Policies). En: <http://roarmap.eprints.org/>. [Consultado el 13-10-2012].

[10] SHERPA. En: <http://www.sherpa.ac.uk>. [Consultado el 13-10-2012].

[11] RoMEO. En: <http://www.sherpa.ac.uk/romeo/journalbrowse.php>. [Consultado el 13-10-2012].

[12] Torres-Salinas D, Giménez-Toledo E, Bordons M, Sanz-Casado E, Jiménez-Contreras E, Delgado-López-Cózar E. Clasificación Integrada de Revistas Científicas (CIRC). 2º edición 2011/12. Disponible en: <http://epuc.cchs.csic.es/circ>. [Consultado el 13-10-2012].

[13] Grupo de trabajo CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). En: <http://epuc.cchs.csic.es/circ/que.html>. [Consultado el 13-10-2012].

[14] Open DOAR (Directory of Open Access Repositories). En: <http://www.opendoar.org/>. [Consultado el 13-10-2012].

[15] Google Analytics. En: <http://www.google.com/analytics/>. [Consultado el 13-10-2012].

[16] Creative Commons (España). En: <http://es.creativecommons.org/pmf/>. [Consultado el 13-10-2012].

[17] SciELO. En: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>. [Consultado el 13-10-2012].

[18] Citebase Search. En: <http://www.citebase.org/>. [Consultado el 13-10-2012].

[19] E-eprints. En: <http://www.eprints.org/>. [Consultado el 13-10-2012].

[20] Scholar Citations. En: <http://scholar.google.es/citations>. [Consultado el 13-10-2012].

Enlaces relacionados

[Grupo Ec3 - Universidad de Navarra, Pamplona](#)

[Grupo EPUC - IEDCYT-CCHS, Madrid](#)

[Grupo Ec3 - Universidad de Granada, Granada](#)

[Grupo Acute - IEDCYT-CCHS, Madrid](#)

[Grupo LEMI - Universidad Carlos III, Madrid](#)

[Fundación Dialnet](#)

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

Carta al Director

Sobre el XX Congreso de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja celebrado en Logroño los días 25 y 26 de mayo de 2012

About the XX Congress of the Otorhinolaryngological Society of Castilla y León, Cantabria and La Rioja (Logroño, May 25 and 26, 2012)

Pedro Díaz de Cerio Canduela

Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja). España
pdiazcerio@gmail.com

Recibido: 11/09/2012

Aceptado: 11/09/2012

Publicado: 17/10/2012

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:

Díaz de Cerio-Canduela P. Sobre el XX Congreso de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja celebrado en Logroño los días 25 y 26 de mayo de 2012. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012;3(26):233-235

Sr. Director

Tras una pausa para aclarar las ideas, es momento de realizar una valoración personal del pasado congreso de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja.

Antes de desgranar lo que ha supuesto este congreso quiero expresar la ilusión personal que me ha proporcionado este reto. Desde que hace unos años recalé en esta Sociedad no he recibido de ella más que parabienes y creo justo intentar devolver parte de lo que he recibido. Espero que los asistentes no hayáis sufrido de una u otra manera carencias o encontrado defectos durante vuestra estancia en Logroño, si ha sido así asumo toda la responsabilidad y me disculpo.

En algunas ocasiones, la enorme carga de trabajo derivada de la organización ha sido una losa pesada, principalmente porque he asumido la mayor parte de ella. La satisfacción del deber cumplido compensa.

En los tiempos que corren, las palabras crisis y dificultad económica se han oído con demasiada asiduidad. El asunto económico de la organización ha sido con diferencia el que más quebraderos de cabeza ha supuesto. En realidad, todas las actividades del congreso se han visto de una manera u otra supeditadas a esta triste realidad. Como bien sabemos, los ingresos de un congreso vienen de la cuota de inscripción y de las aportaciones de los laboratorios médicos y de las compañías de instrumental. Este último apartado se ha visto disminuido en gran medida por los severos ajustes económicos a los que se han visto sometidas dichas empresas. Con todo ello, puedo celebrar que se ha realizado un congreso adaptado al presupuesto disponible.

Esto nos lleva a un punto de reflexión que se ha comentado en numerosos foros y que nosotros, como sociedad, debemos debatir: ¿deberíamos modificar el formato de congreso? ¿Y cómo? En mi opinión, el congreso debe seguir teniendo una frecuencia anual, de no ser así corremos el riesgo de caer en el olvido. El formato que propongo es una reunión de una mañana y una tarde, preferentemente en un sábado, para no obstruir la labor profesional de los asistentes. La mañana se puede dedicar a un tema concreto o mesas redondas de debate y la tarde a la presentación de casos clínicos y entrega de los premios Victorino Ruano, cena de confraternización y clausura.

Considero vital dar un importante espacio a la presentación de casos clínicos de los miembros de la sociedad, fundamentalmente pensando en el trabajo de los residentes de nuestros hospitales. Los residentes son la "cantera" y tenemos que prestarles la importancia que merecen, es nuestro deber formarles.

Y al hilo de los premios Victorino Ruano podemos hacer un par de propuestas. La primera es instaurar un modelo común de valoración o puntuación con dos evaluadores independientes y un formulario de puntuación con varios ítems de valoración. La segunda propuesta es modificar el concepto de comunicación tipo póster, eliminar el formato físico y utilizar únicamente el formato digital. Podemos hablar de una comunicación en una única diapositiva y de defensa ultrarrápida.

Sobre la temática de la jornada matinal, cada organizador puede realizarla como mejor crea, sepa o pueda, pero considero oportuno utilizar a los propios miembros de la sociedad para la confección de la misma. Esta medida, además de abaratar los costes de desplazamiento y de manutención de los invitados, nos da la oportunidad de valorar más nuestro trabajo. Desterremos por fin el tópico de que lo que viene de fuera es mejor que lo de casa, tenemos grandes otorrinolaringólogos en nuestra sociedad. Así lo hemos hecho en los últimos congresos y la calidad científica de los mismos ha rayado a un gran nivel.

En definitiva, organizar un congreso es un trabajo arduo, a veces, incluso ingrato pero merece la pena y sin duda volvería a meterme en tal "fregao".

Gracias a todos los asistentes y, si la crisis lo permite, nos veremos en once años...

Pedro Díaz de Cerio Canduela

Vicepresidente del Comité Organizador del XX Congreso de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja.

Logroño, 2012

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

Caso clínico

Hallazgos otoneurológicos en la oftalmoplejia internuclear. Presentación de un caso

Neurotology findings in the internuclear ophthalmoplegia. Case report

Carmen Sánchez-Blanco, Raquel Yáñez-González, Rubén Martín-Hernández, Diego Hernando Macías-Rodríguez, José Carlos Gómez (), Ángel Batuecas Caletrío*

Hospital Universitario de Salamanca. Unidad de Otoneurología. Servicio de ORL y PCF. *Servicio de Neurología. Salamanca. España.

Contacto: abatuc@yahoo.es

Recibido: 02/10/2012

Aceptado: 05/10/2012

Publicado: 10/11/2012

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:

Sánchez-Blanco C, Yáñez-González R, Martín-Hernández R, Macías-Rodríguez DH, Gómez JC, Batuecas-Caletrío A. Hallazgos otoneurológicos en la oftalmoplejia internuclear. Presentación de un caso. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012; 3(27):236-242

Resumen

En la oftalmoplejía internuclear se produce una paresia de la aducción del ojo ipsilateral a la lesión y un nistagmo de abducción en el ojo contralateral. Esta patología implica una lesión del fascículo longitudinal medial, pudiendo aparecer aislada ó asociada a otras patologías.

Debido a que en ocasiones esta enfermedad debuta como mareo ó inestabilidad, los pacientes que la presentan son frecuentemente derivados a la consulta de otoneurología, donde se ha de realizar un estudio exhaustivo que puede revelar la presencia del nistagmo característico de esta patología y una normofunción vestibular.

Presentamos el caso de una paciente que acudió a consulta de otoneurología con clínica de mareo de meses de evolución no acompañado de otra sintomatología.

Palabras clave: Nistagmo; oftalmoplejía internuclear; Videonistagmografía; Vertigo central

Neurotology findings in the internuclear ophthalmoplegia. Case report

Summary

Internuclear ophthalmoplegia is characterized by a paresis of the adduction of the affected eye and abduction nystagmus of the contralateral eye. This pathology implies an injury of the longitudinal medial fascicle. It can appears isolated or associated with other pathologies.

Sometimes this disease begins with a disequilibrium. That is why patients are usually referred to an otoneurology specialist, where they are thoroughly examined to show the typical nystagmus without vestibular failure.

In this paper we present a patient who came to the otoneurology specialist. She suffered from desequilibrium without other symptoms for several months.

Keywords: Nystagmus; Internuclear ophthalmoplegia; Videonystagmography; central vertigo

Introducción

La oftalmoplejia internuclear unilateral se manifiesta como una paresia de la aducción del ojo ipsilateral a la lesión y un nistagmo de abducción en el ojo contralateral. En ocasiones puede verse una desviación oblicua. Si la convergencia de la mirada está preservada la lesión es caudal [1,2].

Esta patología implica una lesión del fascículo longitudinal medial (FLM), que puede ser aislada o asociada a otras patologías [3].

- Aislada:

Esclerosis múltiple (típicamente bilateral), fármacos (fenotiazinas, tricíclicos, barbitúricos), traumatismos, miastenia grave y accidente vascular del tronco del encéfalo.

- Asociada:

Paraneoplásica, tumores, hidrocefalia, meningoencefalitis, trastornos nutricionales o metabólicos.

En jóvenes suele ser bilateral, y presentarse dentro de un cuadro de esclerosis múltiple y en ancianos suele ser unilateral y de causa vascular [4].

La oftalmoplejia internuclear puede ser un ejemplo de nistagmo disociativo que acontece cuando se presenta una anomalía en los nervios motores oculares o sus conexiones internucleares. Cualquier patología que afecte al fascículo longitudinal medial en el tronco del encéfalo puede provocar un cuadro similar.

Como quiera que estos pacientes pueden referir como síntoma fundamental el mareo o inestabilidad y con frecuencia son derivados a la consulta de ORL es necesario tenerla en cuenta a la hora de establecer un diagnóstico diferencial [5].

Descripción

Paciente que acude a la consulta de Otoneurología por presentar cuadro de mareo mantenido, de meses de evolución, sin sensación de giro de objetos concomitante ni cortejo vegetativo. El cuadro de mareo empeoraba con los movimientos cefálicos en bipedestación pero no en sedestación. Tampoco se relacionaba con cefalea. La paciente no refería ningún tipo de alteración auditiva asociada al proceso.

Como antecedentes de interés la paciente refiere HTA en tratamiento, Diabetes Mellitus tipo II en tratamiento y una miastenia ocular.

La realización de una exploración otoneurológica completa puso de manifiesto un nistagmo vertical inferior en la mirada central y a la izquierda que disminuía con la inhibición de la mirada (típico central).

Imposibilidad de la aducción del ojo derecho en el seguimiento o

rastreo y normalidad de motilidad ocular para el ojo izquierdo. (Figura 1)

La maniobra oculocefálica no es valorable por la presencia del nistagmo y las pruebas posicionales horizontales y de Dix y Hallpike eran igualmente normales. La prueba de los índices, Romberg y Unterberguer tambien eran normales. Otoscopia normal.

En la exploración instrumental se observan unas sacadas hipermetricas en el plano horizontal (>120%) y unas sacadas hipermétricas en el plano vertical (>125%). (Figura 2)

El seguimiento es claramente patológico con una imposibilidad de sobrepasar la linea media en abducción para el ojo derecho. (Figura 3)

El registro videooculográfico pone de manifiesto un nistagmo vertical inferior que disminuye con la inhibición de la fijación de la mirada. (Figura 4)

Finalmente, en la prueba calórica presenta una normofunción vestibular.



Figura 1. Movimiento ocular. Imposibilidad adducción ojo derecho

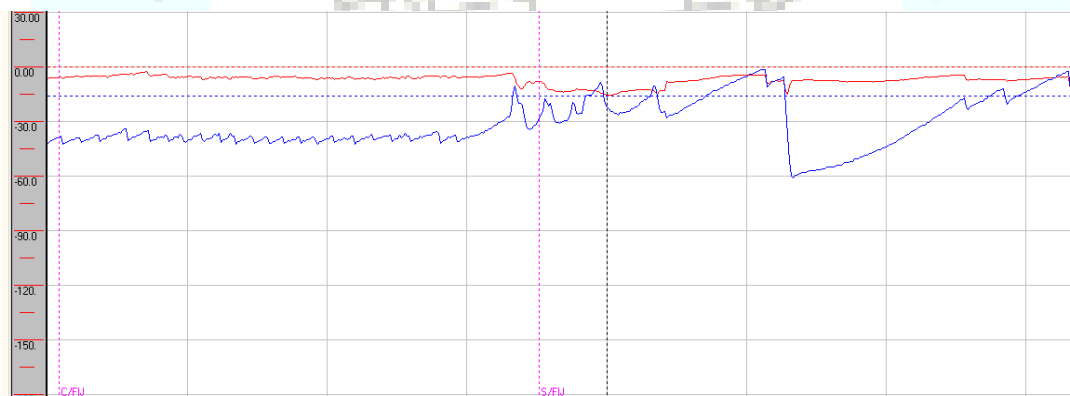


Figura 2. Nistagmo espontáneo vertical inferior en mirada izquierda. Disminución de la frecuencia nistágmica al inhibir la fijación de la mirada

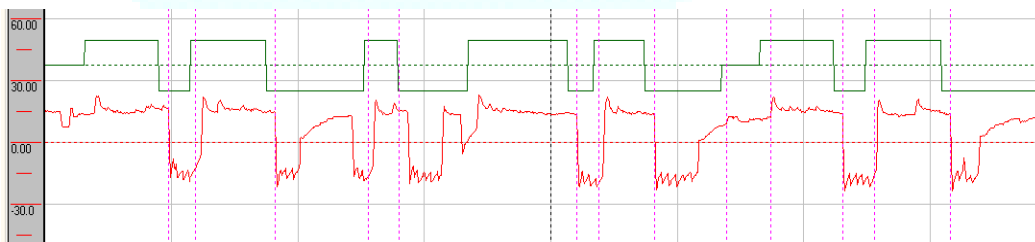


Figura 3. Sacadas verticales hipermétricas. Nistagmo en mirada inferior

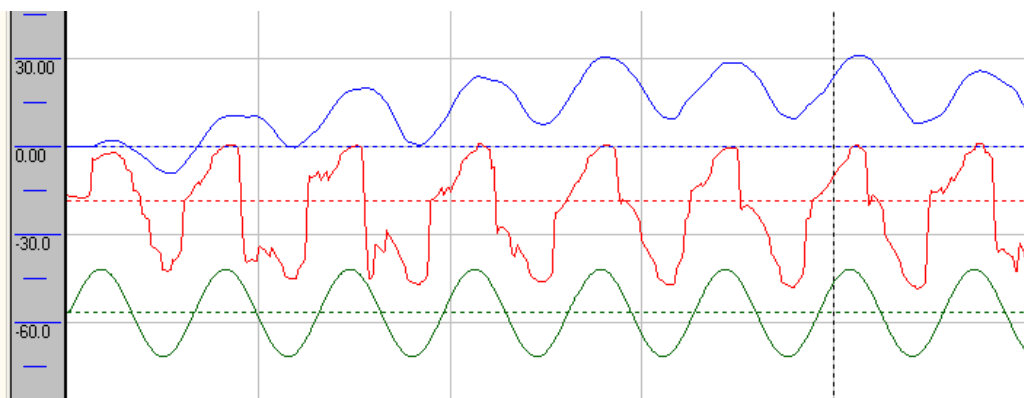


Figura 4. Seguimiento ojo derecho. Interrupción en línea media en el seguimiento hacia la izquierda

Discusión

Recuerdo anatómico: Fascículo longitudinal medial[6]

El FLM se sitúa a cada lado de la línea media inmediatamente anterior a la sustancia gris de la fosa romboidea.

El FLM está compuesto por fibras ascendentes y descendentes homolaterales y heterolaterales que transmiten los impulsos procedentes de diversas fuentes hacia los núcleos de los nervios motores del globo ocular y de la nuca implicados en los movimientos oculares y cefalogiros.

Constituyentes del FLM:

1. Fibras del núcleo de la comisura posterior y del núcleo intersticial situados en la vecindad del diencéfalo que representan el componente extrapiramidal.
2. Fibras internucleares que asocian núcleos de los nervios oculomotor, troclear, abducens y el núcleo del nervio accesorio. El abducens está comunicado con el oculomotor por un fascículo denominado intercalar.
3. Fibras homolaterales y heterolaterales de los núcleos vestibulares que ponen en comunicación los centros del equilibrio con los centros motores de los globos oculares.
4. Fibras de otros centros del tronco del encéfalo.

Sistema vestibulo-ocular[5].

La información sobre el movimiento de la cabeza llega de los canales semicirculares por el nervio estatoacústico a los núcleos vestibulares. Éstos se conectan con los núcleos de los nervios oculomotores ipsi y contralaterales mediante fibras que discurren por el FLM. Los núcleos vestibulares también establecen conexiones con otras estructuras relacionadas con los movimientos sacádicos y de persecución como son la formación reticular protuberencial paramediana (FRPP), el núcleo intersticial rostral (NIR) del FLM en la

formación reticular mesencefálica y el lóbulo flóculo-nodular del cerebelo. En la FRPP se integran las señales que controlan los movimientos conjugados horizontales y en el NIR se organizan los movimientos verticales.

Fijación ocular

El movimiento horizontal sacádico implica la activación de los músculos agonistas de ambos ojos pero a su vez la inhibición de los antagonistas.

Para ello las *neuronas de activación rápida* (NAR) situadas en la parte rostral de la formación reticular pontina paramediana (FRPP), crean la orden premotora inmediata y descargan en los núcleos motores correspondientes del motor ocular externo ipsilateral. Este núcleo posee interneuronas que, a través del fascículo longitudinal medial, interactúa para iniciar la movilización del agonista del otro ojo (recto interno). También existe otro grupo de NAR que se localizan en la parte caudal y generan un efecto inhibitor de los músculos antagonistas del movimiento. Para finalizar el movimiento sacádico es necesario la activación de los músculos antagonistas al movimiento a través del integrador neuronal[7].

Oftalmoplejia internuclear

La oftalmoplejia internuclear tiene características diferentes según se afecten las fibras anteriores o posteriores del fascículo longitudinal medial.

La lesión de fibras anteriores se manifiesta como[8].:

- Falta de aducción en la mirada lateral ipsilateral.
- No respuesta a estímulos calóricos.
- Conserva la convergencia.
- Nistagmo en el ojo abducido por exceso inervacional, este nistagmo se observa en el ojo que abduce, batiendo en el sentido de la desviación de la mirada. Se trata pues de un nistagmo disociado, que aparece solo monocular (Nistagmo atáxico de Harris) [9].
- Deterioro del seguimiento vertical

La lesión en fibras posteriores es rara y se produce por interrupción de la vía que va del FRPP al núcleo del VI par ipsilateral. Se manifiesta como:

- Falta de abducción en la mirada lateral ipsilateral.
- Se conservan los reflejos calóricos.

En ocasiones puede haber visión borrosa o doble y síntomas neurológicos[10].

Existe un síndrome que engloba una parálisis de la mirada conjugada horizontal hacia el lado de la lesión y una oftalmoplejia internuclear ipsilateral que se conoce con el nombre de Síndrome del uno y medio. El único movimiento respetado es la abducción del ojo contralateral, por lo general expresión de una lesión pontina unilateral con participación del núcleo del VI par craneal y/o de la formación reticular pontina paramediana y del fascículo longitudinal del mismo lado[2,11]

Se debe valorar la realización de la prueba del edrofonio para descartar una miastenia grave, una RMN de mesencéfalo y protuberancia para descartar lesiones vasculares y analítica con estudio del líquido cefalorraquídeo para descartar trastornos inflamatorios. Además se debe hospitalizar al paciente para una correcta valoración neurológica y observación [3].

Bibliografía

1. Gallego J, Herrera M, Navarro MC. Manifestaciones oftalmológicas de la enfermedad cerebrovascular. *Anales Sis San Navarra*. 2008; 31: 13-22.
2. Estruch Riba R, Urbano Marquez A. Manifestaciones cardinales y aproximación al paciente con sintomatología de SNC. En: Farreras-Rozman: *Medicina interna*. Elsevier 16ª ed. 2009. Volumen II. Cap12. Pp. 1389
3. Garcia Suarez E, Reinoso Montalvo C, Redondo Marcos I. Alteraciones de la motilidad ocular. En: Bengoa González A. *Atlas Urgencias en Oftalmología*. Glosa. 2003. Cap 2; pp 242-252.
4. Plum F. Trastornos neurooftalmológicos y de los pares craneales. En: Beers MH. *Manual Merck de diagnóstico y terapia*. 1999. 10ª ed; Cap 178
5. Baloh RW, Yee RD, Honrubia V. Internuclear ophtalmoplegia I. Saccades and dissociated nystagmus. *Arch Neurol*. 1966. 35: 484-489
6. Rouvière H, Delmas A: *Anatomía humana descriptiva topográfica y funcional*. Sistema nervioso central, vías y centros nerviosos. Tronco del encéfalo y cerebelo. Masson. 2005. 11ª ed. Tomo 4. capítulo III; pp 259-260.
7. Cogan DG. Internuclear ophtalmoplegia, typical and atypical. *Arch Ophthalmol* 1970. 84; 583-589
8. López García JS, Mata Díaz E, García Lozano I, Al-Assir I, Martínez Garchitorena J. Alteraciones de la motilidad ocular asociadas a patología del SNC. *Acta Estrabológica*. 1997; 26: pp 5-13.
9. Perea J. Nistagmo oto-neurológico. En: Perea J. *Estrabismos*. Artes graficas Toledo. 2008. 2ª Ed; Cap. 14: pp 619.
10. Muri RM, Meienberg O. The clinical spectrum of internuclear ophtalmoplegia in multiple sclerosis. *Arch Neurol*. 1985; 42: 851-855
11. Zamardibe ID, Maxit MJ. Síndrome del uno y medio de Fisher y parálisis facial periférica como forma de presentación de la arteritis de células gigantes. *Medicina*. 2000; 60: 245-248

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

Póster

Estudio de correlación entre TC y anatomía patológica en la valoración de adenopatías cervicales en pacientes laringectomizados con vaciamiento cervical

Correlation study between ct and pathology in assessing cervical lymphadenopathy into laryngectomees neck dissection

Juan Pablo Pelegrín-Hernández; Diego Hellín-Meseguer; Dolores Abellán-Rivero; M. Dolores Morales-Cano; Daniel Rodríguez-Sánchez
Servicio de Otorrinolaringología y Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.España.
jppelegrin@gmail.com

Recibido: 22/10/2012

Aceptado: 28/10/2012

Publicado: 10/11/2012

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:

Pelegrín-Hernández JP, Hellín-Meseguer D, Abellán-Rivero D, Morales-Cano MD, Rodríguez-Sánchez D. Estudio de correlación entre TC y anatomía patológica en la valoración de adenopatías cervicales en pacientes laringectomizados con vaciamiento cervical. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3 (28): 243-246

Resumen	La presencia de metástasis ganglionar cervical en el dato clínico pronóstico con mayor relevancia en el cáncer de cabeza y cuello. Utilizando esta premisa nos proponemos la realización de un estudio retrospectivo donde se analizan todos los pacientes con diagnóstico de carcinoma laringeo o que fueron sometidos a vaciamiento ganglionar cervical desde las fechas de Enero de 2008 hasta Agosto de 2011; con el objetivo de analizar las características de las adenopatías metastásicas en TC, analizar el grado de correlación entre los hallazgos radiológicos encontrados en Tc y el resultado de la Anatomía Patológica y finalmente estudiar la sensibilidad, especificidad de la Tc en la detección adenopatías cervicales metastásicas. Como conclusiones destacamos un alto grado de correlación entre los hallazgos radiológicos de la Tc en la detección de adenopatías metastásicas y los resultados de la Anatomía Patológica; así como, el alto grado la sensibilidad y especificidad de la Tc en la detección de adenopatías metastásicas.
Palabras clave	Adenopatía metastásica; TC; Anatomía Patológica; Carcinoma laríngeo; Vaciamiento cervical
Summary	The presence of cervical nodal metastases in clinical data more relevant prognosis in head and neck cancer. Using this premise, we propose conducting a retrospective study analyzed all patients with laryngeal carcinoma or who underwent cervical lymph node dates from January 2008 until August 2011, with the aim of analyzing the characteristics of metastatic lymphadenopathy on CT, analyze the degree of correlation between radiological findings found in Tc and the result of Pathology and finally study the sensitivity and specificity of CT in detecting metastatic cervical lymphadenopathy. As findings highlight a high degree of correlation between radiographic findings of CT in the detection of metastatic lymph nodes and the results of Pathology, and the high degree of sensitivity and specificity of CT in detecting lymph node metastases.
Keywords	metastatic adenopathy; CT; Pathological Anatomy; laryngeal Carcinoma; Next Dissection

ESTUDIO DE CORRELACIÓN ENTRE TC Y ANATOMÍA PATOLÓGICA EN LA VALORACIÓN DE ADENOPATÍAS CERVICALES EN PACIENTES LARINGECTOMIZADOS CON VACIAMIENTO CERVICAL

Juan Pablo Pelegrín-Hernández; Dolores Abellán-Rivero; Diego Hellín-Meseguer; M. Dolores Morales-Cano; Daniel Rodríguez-Sánchez. Servicio de Otorrinolaringología y Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN

La presencia de metástasis ganglionar cervical es el dato clínico pronóstico de mayor relevancia en el cáncer de cabeza y cuello. Objetivos:

1. Revisar las características de las adenopatías metastásicas en TC.
2. Analizar el grado de correlación entre los hallazgos radiológicos encontrados en TC en las adenopatías metastásicas cervicales y el resultado de la anatomía patológica en el carcinoma laríngeo.
3. Estudiar la sensibilidad (S) y especificidad (E) de la TC en la detección de adenopatías cervicales metastásicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de carcinoma laríngeo que fueron sometidos a vaciamiento ganglionar cervical desde enero del 2008 hasta agosto del 2011. Durante este período, 36 pacientes fueron sometidos a 67 vaciamientos ganglionares cervicales por carcinoma laríngeo. Previamente, a todos ellos se les realizó una TC cervical con contraste para la evaluación de la neoplasia primaria así como de las adenopatías metastásicas.

Se consideraron adenopatías patológicas en la TC aquellas mayores de 15 mm de diámetro menor axial, aquellas que presentaban necrosis central, adenopatías múltiples (más de tres ganglios agrupados en el territorio de drenaje del tumor primario) y cuando se observaban signos de diseminación extranodal. Se revisaron las adenopatías obtenidas de los vaciamentos en anatomía patológica.

Se dividió a los pacientes en dos grupos en función de si entre la TC y la cirugía había menos o más de 30 días.

Se realizó el análisis estadístico calculando la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de la TC en la detección de adenopatías metastásicas cervicales. Se utilizó como gold standard de referencia el resultado de la anatomía patológica.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 57 vaciamentos cervicales funcionales (VCF) (31 derechos y 26 izquierdos), 7 vaciamentos radicales (VCR) (3 derechos y uno izquierdo) y 3 delíneos.

De todos los pacientes había 35 varones y una mujer. En 25 de ellos se había realizado la TC y la posterior cirugía en menos de un mes.

En el VCF derecho realizado menos de 30 días después del TC se observó una sensibilidad de la TC del 50% y una especificidad del 94%. Pasados los 30 días la S era del 50% y la E del 87%.

En el VCF izquierdo realizado menos de 30 días después de la TC la S era del 66% y la E del 94%. Después de 30 días la S era del 50% y la E del 100%.

En el VR izquierdo la S era del 66% y en el VR derecho del 100%.

La correlación encontrada entre la TC y la anatomía patológica fue del 77%.

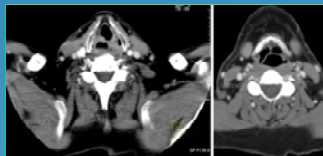


FIG. 2. TCMD cuello con contraste i.v. Verdadero Negativo. [TCMD y VC (-)].

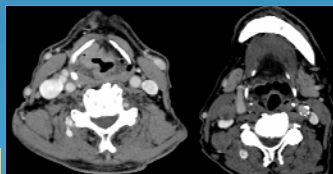


FIG. 3. TCMD cuello con contraste i.v. Verdadero Positivo. [TCMD y VC (+)].

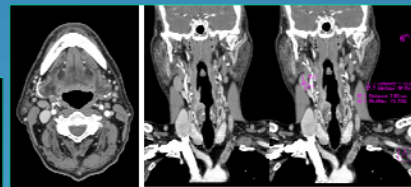


FIG. 4. TCMD cuello con contraste i.v. Falso Positivo. [TCMD (+) y VC (-)].

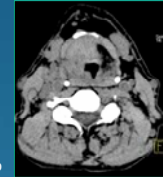


FIG. 1. TCMD cuello sin contraste (alergia). Falso Negativo [TCMD (-) y VC (+)].

CONCLUSIONES

Se observó un alto grado de correlación entre los hallazgos radiológicos de la TC en la detección de adenopatías metastásicas y los resultados de la anatomía patológica.

La sensibilidad y la especificidad de la TC en la detección de adenopatías metastásicas cervicales es elevada. Ambas, S y E, disminuyen cuando el período entre la realización de la TC y la cirugía es mayor de 30 días.

BIBLIOGRAFÍA

1. Inarra Unzuarrunzaga, Esther; Gorriño Angulo, Miren; Vidales Arechaga, Luisa; Aguirre Larraocochas, Urko; Iriondo Bedalsuameta, Juan Ramón. Capacidad predictiva de la TC para evaluar las adenopatías cervicales en los tumores de cabeza y cuello. Acta Otorrinolaringol Esp. 2006;62:443-7.
2. Alama Marcekatrenu, X; Henríquez Alarcón, M; Zubeta Lizaur, A; C Vea Ore, J; Algaba Guimerá, J. Palpación y TC para evaluar las adenopatías cervicales en los tumores de cabeza y cuello. Acta Otorrinolaringol Esp. 2004; 55:82- 9.



63 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial
Oviedo, del 6 al 9 de octubre de 2012



Reg. nº 0373

El Dr. Cristóbal López-Cortijo Gómez de Salazar, Secretario General de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

CERTIFICA

que la COMUNICACIÓN PÓSTER titulada

“Estudio de correlación entre TC y anatomía patológica en la valoración de adenopatías cervicales en pacientes laringectomizados con vaciamiento cervical.”

de los doctores *Juan Pablo Pelegrín-Hernández; Dolores Abellán-Rivero; Diego Hellín-Mesguer; M. Dolores Morales-Cano; Daniel Rodríguez-Sánchez. - Servicio de Otorrinolaringología y Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

ha sido presentada durante el 63 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial, celebrado en Oviedo del 6 al 9 de octubre de 2012.

Y para que conste y a instancias del interesado, lo firma en Oviedo, a nueve de octubre de dos mil doce.

Cristóbal López-Cortijo Gómez de Salazar



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

Póster

Linfoma laríngeo: Una entidad poco frecuente

Laryngeal lymphoma: an uncommon pathology

Jhonder Xavier Salazar-Guilarte, Manuela Sancho-Mestre.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario de Alicante.
Alicante. España.
jhoxasagui@hotmail.com

Recibido: 27/10/2012

Aceptado: 28/10/2012

Publicado: 10/11/2012

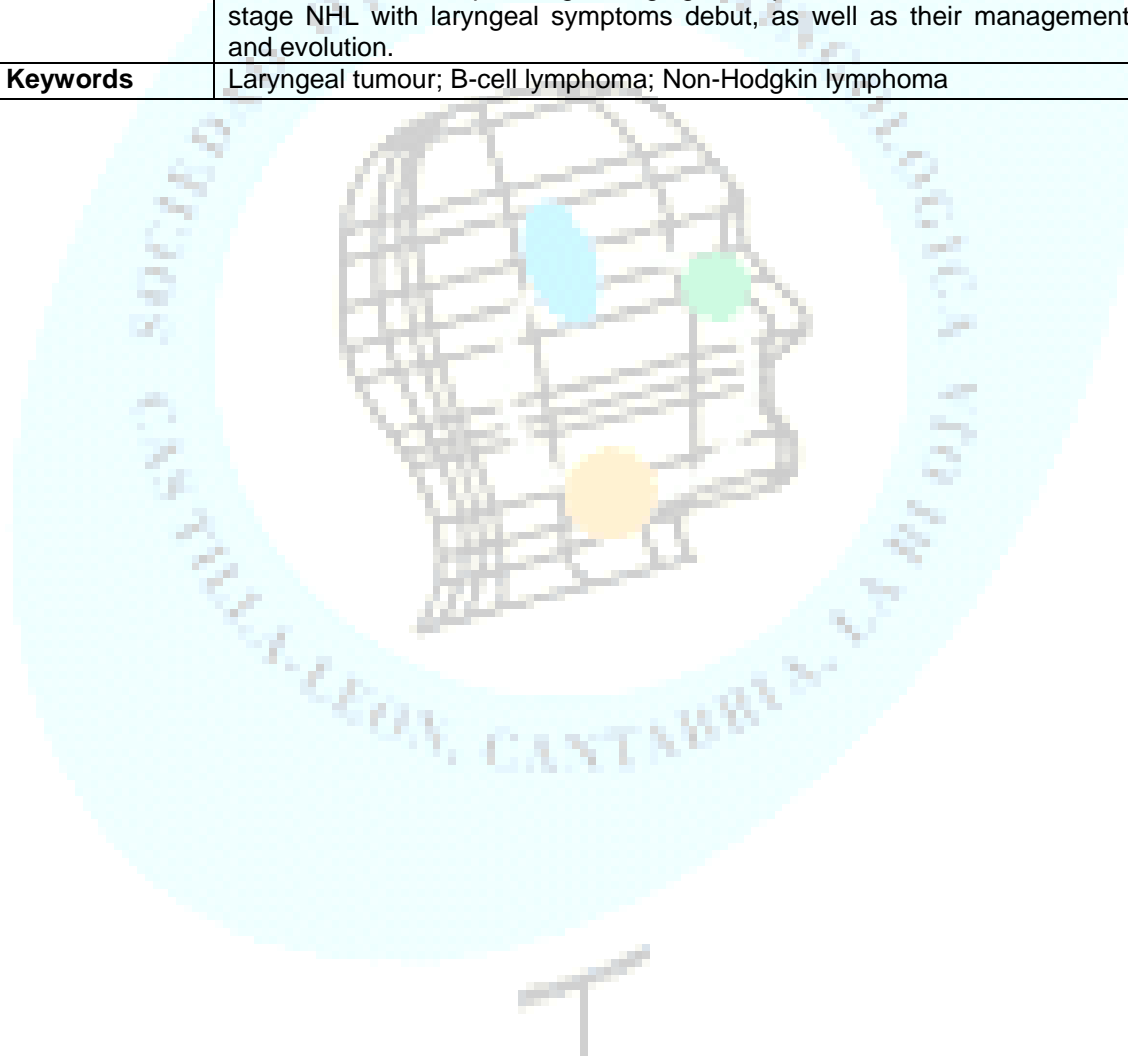
Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

Salazar-Guilarte JX, Sancho-Mestre M. Linfoma laríngeo: Una entidad poco frecuente. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3 (29): 247-250

Resumen	Los tumores laríngeos primarios hematológicos son muy raros, representan menos del 1%. El linfoma no Hodgkin, 2do en frecuencia después del plasmacitoma, tiene una localización extranodal en larínge excepcional aunque de buen pronóstico. Su sintomatología es inespecífica con disfonía, disnea, tos, disfagia y pérdida de peso. Su tratamiento actual es controvertido, dependiendo muchas veces de la característica anatomopatológica y del estadiaje. Presentamos un caso de LNH en estadio avanzado que debuta con síntomas laríngeos, así como su manejo y evolución.
Palabras clave	Tumores de laringe; Linfoma de células B; Linfoma no Hodgkin
Summary	Haematological primary laryngeal tumors are very rare, less than 1%. The Non Hodgkin lymphoma (NHL), 2nd in frequency after plasmacytoma, has an exceptional extranodal laryngeal location but with good prognosis. The symptoms are nonspecific with dysphonia, dyspnea, cough, dysphagia and weight loss. Current treatment is controversial, often depending of the characteristics and pathologic staging. We present a case of advanced stage NHL with laryngeal symptoms debut, as well as their management and evolution.
Keywords	Laryngeal tumour; B-cell lymphoma; Non-Hodgkin lymphoma





61 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial
Valencia 2010 6-9 Noviembre



AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT
Hospital General Universitari d'Alicante y C.E. Babel



Linfoma laríngeo: Una entidad poco frecuente.

Salazar Guilarte, Jhonder Xavier; Sancho Mestre, Manuela
Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General Universitario, Alicante, España

Introducción: Los linfomas extranodales se originan no solo en sitios que contienen tejido linfoide como el intestino o la glándula parótida, sino también en tejido no linfoide como el tiroides, estómago o laringe. Los tumores laríngeos primarios hematológicos son muy raros, representan menos del 1%. El linfoma no Hodgkin, es el 2º en frecuencia después del plasmacitoma, y según nuestro conocimiento, de los de extirpe de células B existen poco más de 100 casos reportados en la literatura internacional. La mayoría se desarrollan a partir de colecciones linfoideas de la lamina propia supraglótica y ventrículos laríngeos. Su tratamiento sigue siendo controvertido.

Caso clínico: Varón de 39 años, fumador de 35 años/paquete, y bebedor moderado quien consulta por disfonía y odinodisfagia de varios meses de evolución, sin hemoptisis, pérdida de peso o disnea. Fibroscopia: tumoración submucosa supraglótica lateral izquierda que ocupa epiglotis, banda y repliegue aritenopiglótico ipsilateral, con buena movilidad de cuerdas vocales. Cuello: no adenopatías palpables.

TC cervical: engrosamiento asimétrico de supraglotis de predominio izquierdo, desde base de lengua hasta plano glótico de unos 3 cm. con invasión de EPE, BV, F, RAE y RFE izquierdos con cierre de seno piriforme homolateral. Contacta ampliamente con el ala tiroidea de ese lado (fig. 4).

Laringoscopia directa (fig. 1 y 2) - biopsia, con resultado AP de Linfoma No Hodgkin (LNH) de estirpe celular B (CD 20+, CD 45+ y CD 79+). (fig. 5 y 6).

Estudios de extensión: Proteinograma y hemograma normal, serología VIH, VEB, CMV y Hepatitis B negativo, biopsia de médula ósea y aspirado bronquial sin evidencia de malignidad. TC toracoabdominopélvico: Infiltrado en segmento apical de LSD y otro en segmento superior LSI, leve esplenomegalia, engrosamiento marcado de asas intestinales, adenopatías retroperitoneales paraaórticas (fig. 3).

Con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin B Estadio IV, en COCC, se decide radioquimioterapia concomitante. 7 ciclos de QT (CHOP-R) con frecuencia cada 21 días y RT cérvico-mediastínico.

Seguimiento: PET-TC sin presencia de alteraciones (fig. 7). Actualmente (24 meses postdiagnóstico) el paciente permanece asintomático, y con respuesta completa al tratamiento (fig. 8 y 9).



Fig 1 Tumoración que abarca desde la base de la lengua hasta glotis.



Fig 2 Protrusión endolaríngea de la tumoración.



Fig 3 TC toracoabdominopélvico con extensión de linfoma en bajo, hígado y pulmón.



Fig 4 TC cervical pre-tratamiento



Fig 5 Estudio con hematoxilina-eosina que muestra infiltración difusa por población celular monomorfa, linfoblastos.



Fig 6 Positividad de marcadores inmunohistoquímicos para estirpe B.



Fig 7 PET-TC que confirma remisión completa, solo escasos focos para el momento del estudio (5 sesión QT-RT)



Fig 8 Fibroscopia post tratamiento



Fig 9 TC cervical, disminución notable de tumoración posterior a QT-RT

Discusión: En estos tumores la sintomatología predominante es inespecífica como la disfonía, disnea, tos, disfagia y pérdida de peso. En este caso, la afectación laríngea fue el debut de la enfermedad. Debemos considerar el diagnóstico diferencial con tumores carcinoides, escamosos de células pequeñas o paragangliomas, destacando para ello la importancia del estudio inmunohistoquímico para definir la variedad celular. Son tumores de buen pronóstico, dado que tienden a permanecer en su lugar de origen. El tratamiento depende de la característica anatomopatológica y del estadio.

- Perez MC, Plaza G, Villalón L, et al. Linfoma laríngeo primario. Acta otorrinolaringol Esp. 1999; 50 (1): 68-71.
- Ansell S, Habermann T, Hoyew J, et al. Primary laryngeal lymphoma. Laryngoscope 1997; 107: 1502-1506.
- MacLennan KA, Schofield JB. Haemopoietic neoplasms. En: Ferrito A, ed. Neoplasms of the larynx. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone; 1993; 327-336.
- Cioffier B, et al. CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma. N Eng J Med 2002; 346: 235-42



61 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO FACIAL

Reg. n.º 892

El Dr. Primitivo Ortega del Álamo, Presidente de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

CERTIFICA

que la COMUNICACIÓN PÓSTER titulada "Linfoma laríngeo: Una entidad poco frecuente. Presentación de un caso." de los Dres. Salazar G, Jhonder X; Sancho M, Manuela; Vadillo, Ana; Sanz, Begoña; Gras A. Juan R. Hospital General Universitario de Alicante

ha sido presentada y leída durante el 61 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial, celebrado en Valencia del 5 al 9 de noviembre de 2010.

Y para que conste y a instancias del interesado, lo firma en Valencia, a diecinueve de noviembre de dos mil diez.

Primitivo Ortega del Álamo

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

Caso clínico

Melanoma primario en ganglio linfático cervical. A propósito de un caso.

Primary lymph node melanoma. Case presentation.

Luis M. Torres-Morientes *, Gonzalo Puente-López **, Tamara Keituqwa-Yáñez **, Fernando Sánchez-González **, Julián López-Ríos Velasco **, Victoria Pérez-Holgado ***, Pedro Pérez-Cidoncha ***.

*Servicio de ORL y Patología Cérvico-Facial. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. **Servicio de ORL y Patología Cérvico-Facial. Hospital Don Benito-Villanueva (Badajoz). ***Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Don Benito-Villanueva (Badajoz).

luismitorres27@yahoo.es

Recibido: 24/09/2012

Aceptado: 13/11/2012

Publicado: 18/11/2012

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:

Torres-Morientes LM, Puente-López G, Keituqwa-Yáñez T, Sánchez-González F, López-Ríos-Velasco J, Pérez-Holgado V, Pérez-Cidoncha P. Melanoma primario en ganglio linfático cervical. A propósito de un caso. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3 (30): 251-256

Resumen	Los melanomas que afectan inicialmente a los ganglios linfáticos, sin lesión primaria identificada, tradicionalmente se han denominado melanomas metastásicos de origen desconocido (MMOD). Su etiología o historia natural no es bien conocida y no hay un consenso unánime de tratamiento. Aunque son casos excepcionales, los hallazgos encontrados nos hacen plantearnos la existencia de un grupo de melanomas hasta ahora considerados como MMOD. Las últimas teorías los definen como verdaderos melanomas primarios de ganglios linfáticos con una evolución biológica diferente.
Palabras clave	melanoma; ganglio linfático; primario; metástasis.
Summary	Melanomas that initially affect the lymph nodes without an identified primary lesion traditionally have been termed unknown origin metastatic melanomas (UOMM). Its etiology or natural history is not well known and there is no unanimous consensus of treatment. Although they are exceptional cases, clinical findings make us consider the existence of a group of melanomas until now regarded as UOMM. The latest theories defined them as true primary melanomas of lymph nodes with a different biological evolution.
Keywords	melanoma; lymph node; primary; metastasis

Introducción

El 25% de los melanomas se localizan en la región de la cabeza y el cuello, localizándose un 60% de estos en la cara, principalmente en las mejillas. Hay muchos factores de riesgo en los melanomas cutáneos; individuales (piel blanca, rubios, ojos claros, pecosos, pelirrojos), exposición solar intermitente e intensa, factores genéticos, antecedentes familiares, nevus, cánceres de piel diferentes e inmunosupresión. Existen fundamentalmente 6 tipos de melanomas; melanoma de extensión superficial (75%), nodular, desmoplásico, léntigo maligno, léntigo acral y melanomas mucosos (2%), estos últimos con muy mal pronóstico. Sin embargo, existen melanomas localizados en vísceras y ganglios linfáticos sin una lesión primaria o mucosa reconocible [1]. La clasificación actual es la de *The American Joint Committee on Cancer* (AJCC) revisada en el año 2002 y el estadio III corresponde a la afectación ganglionar. El tratamiento electivo es quirúrgico, en estadios iniciales con biopsia del ganglio centinela y a partir del estadio III disecciones ganglionares y tratamiento adyuvante posterior (radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia con Interferon) [1].

En lo que respecta a los melanomas primarios de ganglios linfáticos se han comparado su comportamiento biológico con los melanomas de igual estadio con primario conocido encontrándose datos contradictorios en cuanto a la supervivencia [2, 3,4]. Tampoco hay guías terapéuticas claras y algunos autores recomiendan la linfadenectomía exclusiva mientras que otros añaden el tratamiento adyuvante como protocolo del estadio III [2,3].

Descripción

Paciente de 49 años de edad remitida desde el Servicio de Medicina Interna para valoración de adenopatía supraclavicular de tiempo de evolución. Como antecedentes significativos presenta un ictus isquémico con hemiparesia residual derecha, intervenida de endometriosis y varias intervenciones de lesiones verrucosas inespecíficas ciliares y palpebrales izquierdas con resultados anatómo-patológicos de pólipos fibroepiteliales. En la exploración cervical se observa una tumoración aislada de 2 cm de diámetro localizada en el área V derecha de consistencia blanda y rodadera. El resto de la exploración ORL es normal. La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) presenta citología maligna compatible con metástasis ganglionar de melanoma. El estudio de extensión (Tomografía Computarizada cervico-tóraco-abdominal) únicamente muestra la adenopatía supraclavicular y una masa renal de 3 cm compatible con un angiomiolipoma. Se realiza una valoración dermatológica con una exploración normal y una tomografía de emisión de positrones mas tomografía computarizada (PET-TC) observando una adenopatía única hipermetabólica supraclavicular derecha compatible con enfermedad neoplásica y el resto del estudio sin otros focos hipermetabólicos (figuras 1 y 2). Se realiza un Vaciamiento Cervical Funcional Ganglionar (VCFG) bilateral sin incidencias y es remitida al Servicio de Oncología Médica para tratamiento adyuvante (figura 3). En el estudio anatomopatológico se observa una metástasis de melanoma maligno en uno de 28 ganglios aislados e histiocitosis sinusal con numerosos melanófagos en el VCFG derecho (figura 4) y 17 ganglios sin evidencia de malignidad en el VCFG izquierdo.

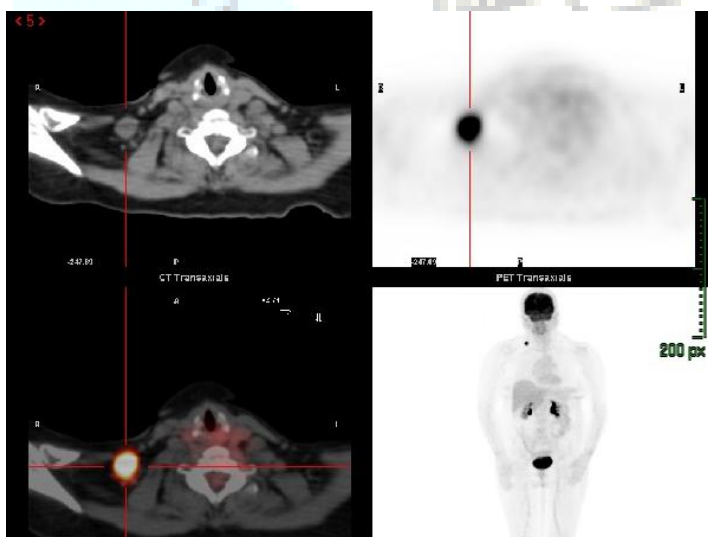


Figura 1. Captación hipermetabólica en PET-TC.

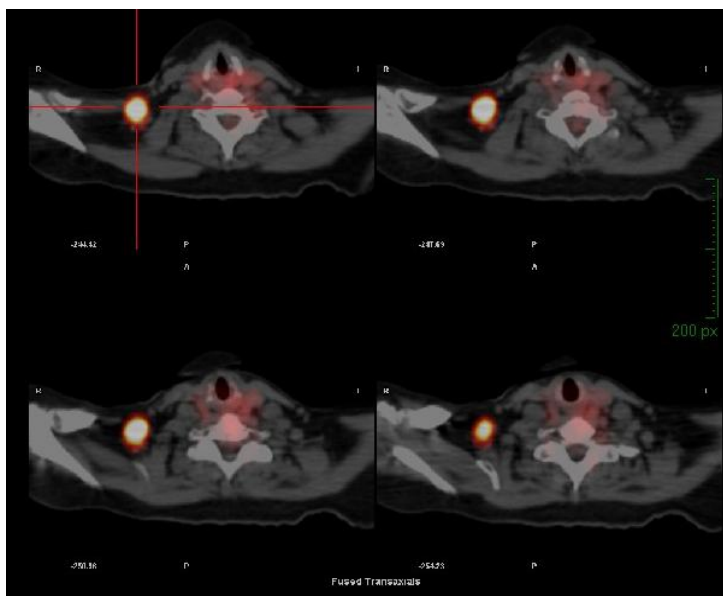


Figura 2. Adenopatía hipermetabólica supraclavicular en PET-TC.



Figura 3. Adenopatía azulada supraclavicular derecha.

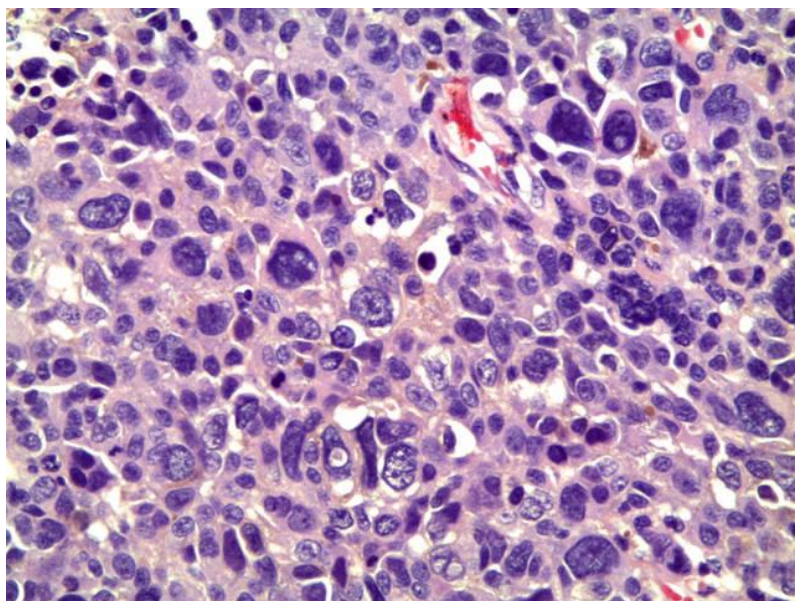


Figura 4. Células neoplásicas poligonales (epitelioides) con marcado pleomorfismo y atipia nuclear. Observamos pseudoinclusiones nucleares, figuras de mitosis y pigmentos melánicos en el citoplasma de algunas ellas.

Discusión

Hay varias series representativas en la literatura que muestran una supervivencia mayor de los melanomas primarios ganglionares respecto a las metástasis adenopáticas con tumor primario conocido con tasas de supervivencia del 55% y 62% a los 5 y 4 años respectivamente [2, 3,4]. También hay autores que discrepan en cuanto al estadio de estos melanomas ganglionares; estadio I, III o IV, en función de considerarlos melanomas primarios o metastásicos [3]. En cuanto a los criterios de exclusión de los MMOD Das Gupta (1963) estableció una serie premisas; no debe haber historia de regresión de lesión cutánea, extirpación cutánea previa o exanteración orbitaria salvo que exista la posibilidad de revisión y confirmación histológica de que no es melanoma. Tampoco casos de cicatrices previas con drenaje a la localización de la metástasis. En nuestro caso se confirmó histológicamente como pólipos fibroepiteliales las exéresis cutáneas previas. Cormier y cols (2006) añadieron la confirmación inmunohistoquímica del melanoma y la exclusión de localizaciones inusuales (urogenital, otorrinolaringológico y ocular) [4]. En nuestra paciente se tomó la decisión de realizar una disección ganglionar bilateral debido a los antecedentes de exéresis de lesiones cutáneas palpebrales contralaterales al melanoma, aún con un resultado anatomopatológico benigno. En la linfadenectomía únicamente se encontró un ganglio con metástasis de melanoma maligno y en el resto histiocitosis sinusal con numerosos melanófagos. Hasta ahora los ganglios linfáticos infiltrados por melanoma se han considerado en la literatura como adenopatías metastásicas, basándose en varias teorías; melanoma primario desconocido en localizaciones raras, previamente extirpado o mal

diagnosticado clínica o anatomopatológicamente, melanoma que ha regresado o una transformación maligna de las células melanocitarias del ganglio linfático. Por lo tanto, hasta ahora ha prevalecido la posibilidad de melanomas de origen metastásicos pero últimamente parece que puedan tratarse de melanomas primarios ganglionares como ya señalaron Shenoy y cols (1987) [2].

Así pues, el considerarlos como melanomas primarios (estadio I) o melanomas metastásicos (estadio III o IV) es fundamental a la hora de la estrategia terapéutica. Algunos autores proponen únicamente la disección ganglionar y la mayoría, además de la linfadenectomía, un tratamiento adyuvante, como en nuestro caso [2,3].

Por lo tanto podríamos concluir que hay un subgrupo de melanomas primarios localizados en los ganglios linfáticos con una evolución biológica diferente y favorable con posibilidad de no desarrollar metástasis a distancia y el tratamiento habría que individualizarlo en cada caso.

Bibliografía

1. Díaz JP, Cuello GA, Llorente JL. Melanomas de cabeza y cuello. Capítulo 127. Libro virtual de formación en ORL. Disponible en: [http://www.seorl.net/gestor/upload/clv127\(3\).pdf](http://www.seorl.net/gestor/upload/clv127(3).pdf). [Consultado el 29-10-2012].
2. Arias I, Michelena MJ, Mujika K, Rezola R, Soga E, Elorriaga K, Albistur JJ, Pericás I. Melanoma primario de ganglio linfático. A propósito de 3 casos con comportamiento biológico favorable. Rev Esp Patol 2009;42:39-45.
3. Cormier JN, Xing I, Feng L, Huang X, Davidson L, Gershenwald JE et al. Metastatic melanoma to lymph nodes in patients with unknown primary sites. Cancer 2006;106:2012-20.
4. Katz KA, Jonasch E, Hodi FS, Soiffer R, Kwitkiwski K, Sober AJ et al. Melanoma of unknown primary: experience at Massachusetts General Hospital and Dana-Farber Cancer Institute. Melanoma Res. 2005;15:77-82.

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

Artículo original

Documento de interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre Atención Primaria y Otorrinolaringología.

Referral letter: evaluation of quality of communication between Primary Health Care and Otolaryngology.

*Juan Pablo Pelegrín-Hernández**, *Aaron Esteban Hernández-Cervantes***, *Aldo Estevez-Monción***, *Diego Hellín-Meseguer**, *Luis Miguel Amorós-Rodríguez**.

*Especialista en Otorrinolaringología. **Especialista en Atención Primaria.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.
jppelegrin@gmail.com

Recibido: 14/10/2012

Aceptado: 13/11/2012

Publicado: 18/11/2012

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:

Pelegrín-Hernández JP, Hernández-Cervantes AE, Estevez-Monción A, Hellín-Meseguer D, Amorós-Rodríguez LM. Documento de interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre Atención Primaria y Otorrinolaringología. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3 (31): 257-265

Resumen	El documento de interconsulta, es una herramienta fundamental en el enlace entre la Atención Primaria y el segundo nivel asistencial, por lo que el objetivo de este estudio es valorar la calidad de este documento, en la interconsulta hacia el Servicio de Otorrinolaringología, como especialidad de alta demanda. Con este fin se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y observacional, donde se analizaron todos los documentos de interconsulta enviados desde los centros de Atención Primaria durante un mes, y se utilizaron los criterios de calidad previamente definidos por Izabal et al. En el estudio se incluyeron 144 documentos de interconsulta, de los cuales 40,3% eran varones y 59,7% mujeres, la edad promedio fue de 50 años. En referencia al nivel de calidad se encontró que el 77,1% era aceptable, un 13,9 % bueno y un 9% malo. Respecto al cumplimiento de los criterios de calidad, se hallaron resultados muy dispares; apareciendo parámetros como la legibilidad y el padecimiento actual en un alto número de interconsultas, en contra de antecedentes personales y examen físico que apenas venían reflejados. En conclusión se puede decir que existe un gran margen de mejoras, fundamentalmente en los apartados de examen físico y antecedentes personales. Para lograr esta meta es importante y adecuado elaborar una guía de derivación de pacientes, que establezca claramente las pautas a seguir en el proceso de interconsulta y derivación de pacientes.
Palabras clave	interconsulta; derivación de pacientes; Atención primaria; Otorrinolaringología; calidad de información
Summary	The Referral letter, is a fundamental tool in the link between Primary Care and second care level. So the main objective of this study is to evaluate the quality of this document on Otolaryngology Department as a high demand specialty. For this purpose, we conducted a prospective, descriptive and observational study, which analyzed all referral letter sent it from Primary Health Care Centers for a month, and used quality criteria previously defined by Izabal et al. The study included 144 referral letters, which 40.3% were male and 59.7% women, mean age was 50 years. In reference to the quality level, we found that 77.1%, was acceptable, 13.9% good and 9% poor. Regarding compliance with quality criteria, we were found very different results, appearing as readability parameters and current condition in a high number of psychiatric liaison, against personal history and physical exam came barely reflected. In conclusion we can say, there are an improvement can be done, mainly in the sections on physical examination and medical history. To achieve this goal is important and appropriate to develop a referral guide, which clearly establishes the guidelines to follow in the referral patient process.
Keywords	interconsultation; referral of patient; Primary Care; ENT, Otolaryngology; quality of information

Introducción

La Atención Primaria constituye el primer eslabón que relaciona directamente al paciente con el sistema sanitario, mostrando entre sus características principales la accesibilidad, coordinación e integridad de sus prestaciones.

Una de las principales funciones del médico de familia es la resolución de aquellos casos que se encuentren a su alcance; así como, la derivación a un nivel especializado de los casos que bien por su complicación científica o por su limitación material o en pruebas diagnósticas, no pueden ser resueltos en

el nivel primario.

La derivación es aquella situación en la que se produce una transferencia de la responsabilidad (en todo o en parte) del cuidado del paciente desde el médico de atención primaria al especialista [1, 2, 3]. La atención especializada atiende los procesos cuya complejidad excede la capacidad de la atención primaria [4]. La otorrinolaringología es una especialidad amplia, que maneja multitud de patología de la práctica diaria a nivel primario. Representa una de las cuatro especialidades con más alta tasa de derivación desde la atención primaria [5]. Para garantizar una correcta continuidad entre ambos niveles, es necesario que funcionen adecuadamente los canales de comunicación. Siendo el documento de interconsulta el canal de comunicación básico entre los profesionales de atención primaria y secundaria [1,6].

El objetivo de este trabajo es analizar los documentos de interconsulta enviados desde los centros de Atención Primaria hasta el Servicio de Otorrinolaringología, como especialidad de alta demanda, con el fin de evaluar la calidad de la comunicación entre ambos niveles, con la intención de encontrar puntos en los que se pueda mejorar.

Material y método

Se ha llevado a cabo un estudio prospectivo, descriptivo y observacional, donde se han analizado los documentos de interconsulta enviados desde los centros de atención primaria correspondientes al área I de Salud de la Región de Murcia (Murcia/oeste), hacia el servicio de especialidades de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, durante el mes de Mayo del año 2012.

El área I de salud de la Región de Murcia engloba un total de 47 centros de salud y consultorios. Para el estudio se han obtenido documentos de interconsulta procedentes de 9 centros de salud: El Palmar, Espinado, Algezares, Campo de Cartagena, La Alberca, La Nora, Mula y Sangonera la Verde; los cuales representan el total de interconsultas recibidas bajo el formato de documento de interconsulta en el mes de Mayo del año 2012.

La recolección de datos se ha llevado a cabo a partir de los documentos de interconsulta presentados por los propios pacientes en el servicio de especialidades de otorrinolaringología. Al finalizar el día laboral, los miembros del estudio se han reunido para la recopilación de los datos de las interconsultas de los pacientes atendidos en la consulta de "zona" (consulta dedicada al manejo de los pacientes derivados desde atención primaria) y así obtener los datos pertinentes para la realización del estudio. El período de recolección de datos correspondió a los 23 días laborales propios del mes de Mayo de 2012, obteniendo un total de 144 documentos.

El documento de interconsulta desde Atención Primaria hasta la especializada, creado a través del programa informático "OMI", es el modelo oficial del servicio Murciano de Salud, utilizado en toda la red de la Región de Murcia. El circuito habitual que sigue el documento de interconsulta en nuestra área de salud es el siguiente: el paciente recibe en mano la derivación por parte del médico de AP y lo entrega en el Servicio de Admisión del centro para solicitar la cita; una vez pasado el plazo pertinente, es el propio paciente el que, documento en mano, lo presenta en las consultas externas del Servicio de

Otorrinolaringología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Las variables recopiladas en el documento de interconsulta para verificar el cumplimiento y el nivel de calidad, así como para conocer las características de la población derivada fueron las siguientes: edad del paciente, sexo, fecha de derivación, legibilidad de los datos, filiación del paciente, referencias a antecedentes personales, referencia a tratamiento de forma crónica, referencia a padecimiento actual, referencia a exploración física, referencia a pruebas complementarias, referencias a medidas terapéuticas para el proceso actual y motivo de interconsulta.

La valoración de los criterios de calidad de los documentos de interconsulta, se ha llevado a cabo mediante criterios de calidad ya empleados en otros estudios [1,6,7,8]. El análisis del cumplimiento de los criterios de calidad se ha llevado a cabo mediante el seguimiento de las recomendaciones de Rubio et al [8] (tabla 1) modificadas parcialmente [7]. Finalmente para agrupar los documentos por niveles de calidad en buenos, aceptables y malos se han seguido las recomendaciones de Irazábal y Gutiérrez [1] modificadas de Morera et al [6] (tabla 2).

Tabla 1. Criterio en el cumplimiento del documento de interconsulta

1. Constancia de datos de filiación
2. Legibilidad
3. Referencia a antecedentes personales
4. Referencia a medicación habitual
5. Referencia a sintomatología
6. Referencia a exploración física
7. Referencia a pruebas complementarias
8. Referencias a medidas terapéuticas para el proceso actual
9. Figura diagnóstico de presunción o diagnóstico diferencial
10. Motivo de consulta o derivación

Modificada de Rubio et al [8].

Tabla 2. Niveles de calidad de los documentos de interconsulta

1. Bueno, si contiene: Antecedentes personales y familiares, si procede tratamiento que sigue habitualmente.
Datos suficientes de la enfermedad actual, con exploraciones complementarias si procede.
Impresión diagnóstica, diagnóstico diferencial o motivo de consulta.
2. Aceptable: Queda claro el motivo de interconsulta.
Presenta datos suficientes de la enfermedad actual, aunque no todos los incluidos en el apartado anterior.
3. Malo: Ilegible.
Sin datos suficientes para la valoración de la enfermedad actual.
Ausencia de información.

Recomendaciones de Irazábal y Gutiérrez [1] modificadas de Morera et al [6].

Todos los datos han sido agrupados y analizados en el programa Excel para la elaboración de los resultados y las figuras.

Resultados

Durante el período de tiempo seleccionado para el presente estudio, se encontró un total de 144 documentos de interconsultas recibidas en el Servicio de Otorrinolaringología procedentes de Atención Primaria, que cumplieron los criterios de ingreso al estudio. A continuación en la tabla 3 se describen las interconsultas estudiadas, según sexo.

Tabla 3. Interconsultas según sexo.

Descripción	Pacientes (n)	Porcentaje (%)
Total de interconsultas	144	100
Total de IC con pacientes hombres	58	40,3
Total de IC con pacientes mujeres	86	59,7

La edad promedio del grupo de documentos de interconsultas estudiadas fue de 50 años. En el análisis por sexo, la edad promedio de los pacientes de género masculino fue de 51,43 años, mientras que de género femenino fue de 50,12 años. En cuanto al nivel de calidad de las interconsultas realizadas, se encontró que el 77,1% de las interconsultas se clasificaron dentro de un nivel de calidad aceptable, un 13,9% se encontraron en un nivel de calidad bueno y un 9% en un nivel de calidad de interconsulta malo, tal y como se puede ver en la figura 1.



Figura 1. Interconsultas según nivel de calidad (granate: aceptable, azul:bueno, verde: malo).

Con respecto al cumplimiento de las características que definen la calidad de la interconsulta se encontraron: legibilidad (100%), filiación (100%), motivo de interconsulta (98,6%), padecimiento actual (91%), tratamiento crónico (77,8%), tratamiento actual (62,5%), antecedentes personales (57,9%). Además se encontró un déficit importante en la categoría de examen físico en el que sólo el 24,3% de las interconsultas estudiadas cumplían con este ítem. Se puede apreciar en la figura 2, los porcentajes de cumplimiento de los criterios de

calidad de las interconsultas.

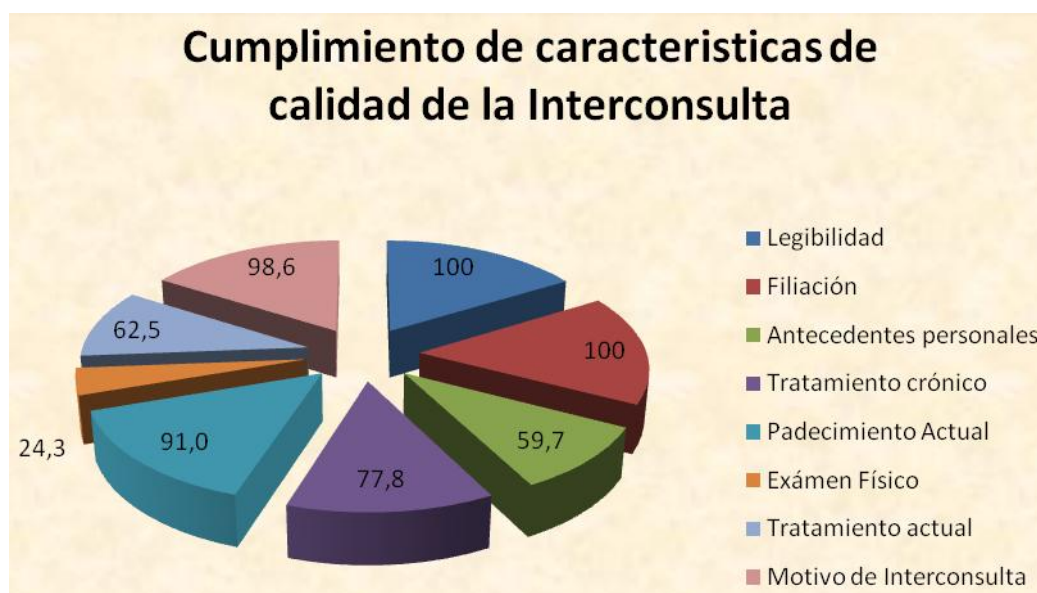


Figura 2. Cumplimiento de características de calidad de las interconsultas (azul oscuro: legibilidad, granate: filiación, verde: antecedentes personales, violeta: tratamiento crónico, azul mar: padecimiento actual, marrón: examen físico, azul claro: tratamiento actual, rosa palo: motivo de interconsulta).

En cuanto al resultado de las interconsultas, la gran mayoría (81%) necesitó de pruebas complementarias por lo que requirieron una nueva cita de seguimiento. El 3% se remitieron a otras especialidades y sólo el 16% de los casos recibieron el alta en la primera visita.

Discusión

Como centro de referencia de la Comunidad Autónoma de Murcia, el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca es un lugar inmejorable para poder exponer una idea amplia de la situación real del nivel de calidad de las interconsultas realizadas por los Servicios de Atención Primaria hacia los Servicios de Especialización de los niveles terciarios. En nuestro caso, el Servicio de Otorrinolaringología del hospital Universitario Virgen de la Arrixaca cumple con las expectativas del estudio, tanto por el gran volumen de pacientes que maneja, como por el grado de especialización del mismo.

Al igual que en otros estudios relacionados, en ningún momento se ha pretendido valorar la indicación de la derivación del paciente al especialista en Otorrinolaringología [7]. No es el cometido de este estudio calificar la actuación de los profesionales de Atención Primaria, sino más bien analizar objetivamente la información del documento con criterios previamente establecidos.

La Otorrinolaringología es una especialidad muy compleja dónde encontramos multitud de patologías diversas, muchas de ellas manejadas en el campo de Atención Primaria. Para Joan Llobera Cánaves y otros autores [1,9] es la cuarta especialidad con más alta tasa de derivación desde Atención

Primaria, tan sólo por detrás de especialidades como Traumatología, Oftalmología y Dermatología, lo que demuestra la importancia del conocimiento y manejo adecuado del paciente otorrinolaringológico en el ámbito de la medicina primaria. Creemos, al igual que Rubio et al, que no es siempre la complejidad del proceso lo que indica la derivación, sino más bien el nivel de formación en una u otra especialidad o la voluntad de asumir más o menos cargas de trabajo [8]. Al igual que en estudios previos [10], hay un predominio de las derivaciones a las especialidades quirúrgicas/médico quirúrgicas, lo que puede estar asociado con una falta de preparación del médico de familia y de medios técnicos en la consulta de Atención Primaria [9]. Nuestros niveles de calidad encontrados en el estudio se asemejan considerablemente a los hallados en la bibliografía revisada, si bien es cierto que con determinadas particularidades. Siendo la legibilidad imprescindible para garantizar la correcta transmisión de información, en nuestro estudio encontramos claras diferencias con otros autores ya que el 100% de los documentos de interconsulta han sido filiados correctamente, en comparación con otros estudios en los que persiste desde un 4,7% [7] hasta un 7% de ilegibilidad [8]. Del mismo modo, encontramos tasas del 100% de las interconsultas con correcta filiación. Creemos que el desarrollo informático aplicado a Atención Primaria ha sido el gran responsable de este avance. Estos criterios mencionados junto con los de padecimiento actual (91%) han sido los de mayor calidad en nuestras interconsultas. Los criterios que por su incumplimiento tuvieron más peso en la falta de calidad, los más deficitarios, y por tanto donde más hay que incidir para mejorar la calidad global de nuestras interconsultas, son la exploración física (24,3%) frente al 32% [7] y al 46% [8] de la literatura; el tratamiento actual (62,5%) frente al 19,2% [7] y 56,7% [8] de la literatura. Mención aparte merece la solicitud de pruebas diagnósticas complementarias donde tan sólo en el 2,8% de nuestras interconsultas se han encontrado; frente al 7,9% [7] y 63% [8] de la bibliografía.

En general nuestro nivel de calidad de interconsultas podemos considerarlo adecuado, con un 77% de las mismas calificadas como aceptables, frente a un 13,9% buenas y tan sólo un 9% malas.

Hemos valorado los resultados de nuestras interconsultas en función del manejo que haya recibido el paciente por parte del especialista en otorrinolaringología. La mayoría de nuestros pacientes (81%) han necesitado de un seguimiento por el especialista, lo que consideramos una correcta derivación; un 16% recibieron el alta en el mismo momento de la primera consulta y un 3% fueron derivados a otros especialistas. En estos dos últimos parámetros debemos incidir para la mejora de la derivación al especialista. Entendemos que el hecho de que un paciente sea dado de alta en la primera consulta es un signo de mala derivación; ya que podría ser manejado en la consulta de atención primaria de forma correcta acompañado de una exploración física adecuada. Con respecto al hecho de que se hayan tenido que derivar a otros especialistas en un 3% de los casos, es para nosotros un dato significativo de que existen confusiones en lo que al área otorrinolaringológica concierne; el hecho de ser una especialidad con límites fronterizos muy difíciles de precisar junto con otras especialidades como cirugía maxilofacial, digestivo o incluso oftalmología hacen muy difícil precisar la correcta interconsulta.

La mayoría de pacientes derivados han sido mujeres (59,7%), al igual que en otros estudios [9]; esto corresponde con el hecho de que la media de mujeres atendidas por cada médico es mayor en todos los grupos de edad. El promedio de edad de los pacientes es de 50,7 años.

Uno de nuestros objetivos planteados al comenzar el diseño del estudio fue encontrar la mejor manera de que los resultados obtenidos sirvieran como bases firmes para establecer mejoras en los documentos de interconsulta y en la comunicación entre la atención primaria y el especialista en otorrinolaringología. Como medida correctora resultaría muy útil la discusión de los resultados globales en una reunión conjunta con representantes de los diferentes centros de salud del área I de salud, con la idea de que la información y el conocimiento de nuestra práctica habitual de trabajo sirvieran de estímulo de mejora [8,11]. Del mismo modo, sería para nosotros necesario establecer sesiones entre los profesionales sanitarios con la finalidad de poder establecer criterios conjuntos de derivación tanto de pertinencia (guías clínicas) como de condiciones de calidad del documento interconsulta [8], que mejoren la satisfacción de todos los profesionales implicados y constituya un acercamiento entre los mismos, para tratar al paciente de forma integral en cualquiera de los niveles en los que se encuentre.

Conclusiones

Se puede decir que existe un gran margen de mejora en los documentos de interconsulta desde las unidades de Atención Primaria y la especialidad de Otorrinolaringología, especialmente en los apartados de examen físico y antecedentes personales utilizados como criterios de calidad. Para lograr esta meta es importante y adecuado elaborar una guía de derivación de pacientes, que establezca claramente las pautas a seguir en el proceso de interconsulta y derivación de pacientes.

Bibliografía

1. Irazabal L, Gutierrez B. ¿funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria*.1996;17:376-381.
2. Alonso Pérez de Ágreda JP, Febrel Bordejé M, Huelin Domeco de Jarauta J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gac Sanit* 2000;14:122-130.
3. Buitrago F. Relación entre niveles asistenciales. *Aten Primaria*.1996;17:239-240.
4. Aranaz JM, Buil JA. Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre asistenciales. *Med Clin (Barc)*.1996;106:182-184.
5. Llobera J. La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada. *Gac Sanit*.1988;9:271-275.
6. Morera J, Custodi J, Sánchez L, Miaja F. Análisis de la calidad de la información transmitida entre Atención Primaria y Atención Especializada. *Medifam*.1995;1:132-140.

7. Moreno-Martínez F, Casals-Sánchez JL, Sánchez-Rivas JM, Rivera-Irigoin R, Vázquez Sánchez MA. Documento de interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre atención primaria y especializada. *Semergen*.2008;34:218-223.
8. Rubio V, Rodrigue ML, Sanpedro E, Victores C, Alechiguerra A, Barrio JL. Evaluación de la calidad de la comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta. *Aten Primaria*.2000;26:681-684.
9. De Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria*.2005;35:146-151.
10. Bertakis KD, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA. Predictors of patient referrals by primary care residents to specialty care clinics. *Fam Med*. 2001;33:203-209.
11. Huertas I, Pereiró J, Sanfélix J, Rodríguez R. Mejora de la calidad de la hoja de interconsulta a través de la información. *Aten Primaria*.1996; 17:317-320.
12. Roset Monrós P, Hernando López T, Lobón Agúndez MC, Rodríguez Fernández C, Sabugal Rodelgo G, Martín Álvarez R, et al. ¿Existen diferencias en la calidad de los partes interconsulta emitidos por los dos modelos asistenciales de Atención Primaria (Equipo de Atención Primaria/modelo tradicional)? *Semergen*.1999;25:195-197.
13. Gervas J, García Olmos LM, Simó J, Peiró S. Seminario de innovación 2007. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria*.2008;40:253-255.

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

Artículo original

Importancia de la maniobra de impulso óculo-cefálico o Head impulse test en la consulta otorrinolaringológica general.

Importance of head thrust test like bedside test in ENT outpatient clinic

Angel Batuecas Caletrio(*), Angel Muñoz Herrera (*), Adolfo Miguel Bronstein(**)
(*Unidad de Otoneurología. Servicio de ORL y PCFF. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España. IBSAL (**Neurotology Unit, Department of Clinical Neuroscience, Imperial College London, Charing Cross Hospital, London w6 8rf, United Kingdom
abatuc@yahoo.es

Recibido: 11/11/2012

Aceptado: 27/11/2012

Publicado: 30/11/2012

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:

Batuecas-Caletrio A, Muñoz Herrera A, Bronstein AM. Importancia de la maniobra de impulso oculo-cefálico o Head impulse test en la consulta otorrinolaringológica general. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3 (32): 266-270

Resumen	La maniobra de impulso oculocefálico es una prueba sencilla que aporta gran información en el estudio de los pacientes con patología vestibular. A pesar de una relativa baja sensibilidad, su especificidad es muy alta por lo que puede ser de gran ayuda tanto en el diagnóstico del déficit vestibular severo como en el diagnóstico diferencial de patologías vestibulares agudas como la Neuritis vestibular. En este trabajo se repasa la fisiología del reflejo vestibulo-oculomotor, la realización de la prueba, la interpretación de los resultados así como las ventajas de su realización
Palabras clave	Maniobra oculocefálica; Maniobra de impulso cefálico; Reflejo vestibulo-oculomotor; Neuritis Vestibular; Vértigo.
Summary	Head thrust test is a simple test that provides great information in the study of patients with vestibular pathology. Despite a relatively low sensitivity, the specificity is very high so it can be helpful in diagnosing severe vestibular deficit as in the differential diagnosis of acute vestibular disorders such as neuritis vestibular. In this paper we review the physiology vestibulo-oculomotor reflex, performing the test, the interpretation of the results and the advantages of its realization
Keywords	Head thrust test; Head impulse test; Vestibulo-ocular reflex; Vestibular Neuritis; Vertigo

Introducción

Desde su descripción en 1988 por Halmagyi y Curthoys [1], la maniobra de impulso oculocefálico (MOC) ha venido adquiriendo una relevancia cada vez mayor en la exploración rutinaria de los pacientes con trastornos vestibulares. Esta maniobra pone de manifiesto déficits vestibulares unilaterales severos con una mayor sensibilidad y especificidad que otros test que se aplican habitualmente en la exploración de este tipo de pacientes [2].

Se basa en el normal funcionamiento del reflejo vestibulo-oculo-motor (VOR) que se encarga de una función muy específica: la de estabilizar la mirada en el espacio durante los movimientos cefálicos. El VOR es lo que nos permite ver con claridad mientras andamos, movemos la cabeza o cuando miramos a través de la ventana cuando viajamos en coche. Este reflejo se produce por la generación de movimientos oculares de fase lenta de igual velocidad y sentido contrario al movimiento de la cabeza.[3]

Material y método

Realización de la prueba

Con el paciente en posición sentada, se le pide que fije la mirada en un punto, generalmente la nariz del explorador, o el centro de la frente. El paciente debe ser advertido de que debe mantener la mirada fija en un punto, que no debe cerrar los ojos y que se le va a mover la cabeza con movimientos cortos y rápidos, pero sin producirle daño. Una vez el paciente tiene fijada la mirada en ese punto, intentando que no se produzcan parpadeos durante la prueba y con el cuello suficientemente relajado, se le realizan movimientos de giro rápidos, intensos y cortos de unos 10-15° hacia la derecha y la izquierda (Figura 1). Para evitar que el paciente prevea la dirección del giro de la cabeza, se puede

seguir un ritmo alternante no regular [4].

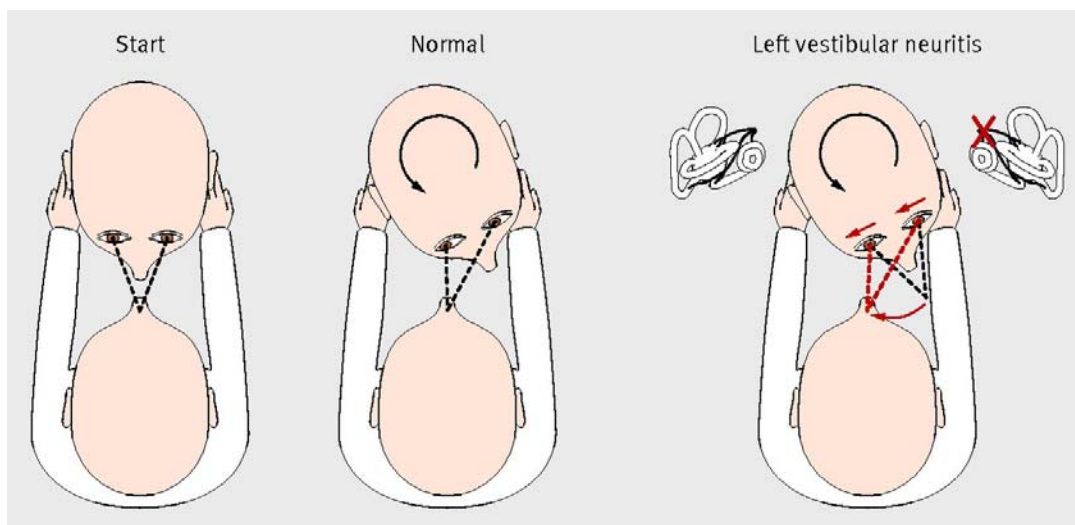


Figura 1. Realización de la prueba: En las dos primeras imágenes se representa una exploración normal, donde el paciente es capaz de mantener la fijación de la mirada en la nariz del explorador. En la tercera imagen, un paciente con un déficit vestibular izquierdo es incapaz de hacerlo y necesita realizar una sacada de refijación derecha para volver a fijar la mirada en la nariz del explorador. (Tomado de: Kaski D, Bronstein AM. Making a diagnosis in patients who present with vértigo. *BMJ*. 2012;2;345:e6544. Doi: 10.1136/bmj.e6544. Con permiso)

Resultados

Interpretación de la prueba

Un paciente con un sistema vestibular normofuncionante es capaz de mantener la posición de la mirada fija en un punto a pesar de la realización del movimiento de la cabeza. Sin embargo, en un paciente con déficit vestibular severo, cuando se estimula el lado hipofuncionante, los ojos seguirán la dirección del giro de la cabeza en un primer momento para hacer, a continuación, una sacada de corrección que devuelva la mirada al punto de fijación. Como ejemplo, un paciente con un déficit vestibular severo izquierdo podrá mantener la fijación de la mirada cuando se le estimule el lado derecho, pero cuando se estimule el izquierdo (girando la cabeza hacia ese lado), los ojos seguirán el movimiento de la cabeza para hacer una o varias sacada de corrección derechas a continuación (Figura 1).

Discusión

La maniobra de impulso oculocefálico o Head-thrust test es un recurso exploratorio sencillo que puede aportar gran información en la exploración del

paciente con patología vestibular. Los movimientos cortos, rápidos y precisos para poner de manifiesto un déficit vestibular (que haga que el paciente no pueda mantener la mirada fija en un punto y necesite hacer sacadas de corrección para volver a fijar la mirada), precisan de entrenamiento en la realización de la prueba; pero una vez que se es capaz de realizarla con precisión la información que aporta es inestimable.

Cuando se compara la información ofrecida por la maniobra de impulso oculocefálico con los resultados de la prueba calórica la Sensibilidad de la prueba oscila entre el 34-39% pero la Especificidad es muy alta (97-100%). Esto es, en pacientes con déficits vestibulares grandes, es altamente improbable que la prueba sea negativa.

Si consideramos solamente déficits vestibulares muy grandes, la sensibilidad de la prueba aumenta [5, 6].

Algunos estudios han indicado que una paresia canalicular del 42.5% es el punto de inflexión a partir del cual la probabilidad de que la maniobra de impulso oculocefálico se haga positiva es mayor [7].

La maniobra de impulso oculocefálico resulta especialmente útil en los déficits vestibulares unilaterales agudos o en los crónicos con gran déficit canalicular como la neuritis vestibular. No lo es tanto en pacientes con lesiones vestibulares periféricas crónicas, compensadas e incompletas. Por ello, esta maniobra puede ayudar en el diagnóstico diferencial de entidades que pueden presentarse en Urgencias con una sintomatología parecida como lo son la neuritis vestibular y el infarto cerebeloso agudo, donde la normalidad en la maniobra puede ponernos en aviso de que nos encontramos ante una patología de carácter central [8, 9].

Un ejemplo evidente de pacientes con déficit vestibular severo son aquellos a los que se les ha practicado una resección de un schwannoma vestibular. Estos pacientes presentan una pérdida completa de función vestibular del lado intervenido que se compensa a nivel central con el tiempo. Sin embargo, la maniobra de impulso oculocefálico es siempre positiva. Por ello consideramos que, para los especialistas no iniciados en la exploración vestibular, pueden ser buenos candidatos a la realización de la prueba y la valoración de los resultados al realizarla del médico explorador [10].

Conclusiones

La maniobra de impulso oculocefálico es una herramienta fundamental en la exploración del sistema vestibular en el contexto del paciente con vértigo.

Aunque precisa de un ligero entrenamiento, es útil, rentable y de gran valor informativo.

Cuando la maniobra es negativa, es altamente sugestivo de normalidad, o lesión menor, en el sistema vestibular y, por otro lado, cuando es claramente positiva sugiere un daño vestibular severo.

Consideramos que esta maniobra ha de ser realizada a todos los pacientes que acuden a la consulta Otorrinolaringológica con un posible problema vestibular dentro de la exploración rutinaria.

Bibliografía

1. Halmagyi GM, Curthoys IS. A clinical sign of canal paresis. *Arch Neurol.* 1988; 45: 737-739
2. Wuyts F. Principle of the head impulse (Thrust) test or Halmagyi head thrust test (HHTT). *B-ENT.* 2008; 4: 23-25.
3. Bronstein AM. Vestibular reflexes and positional manoeuvres. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2003; 74: 289-293.
4. Bronstein A, Lempert T. Dizziness. A practical approach to diagnosis and management. Ed. Cambridge University Press. 2007: 40.
5. Harvey SA, Wood DJ. The oculocephalic response in the evaluation of the dizzy patient. *Laryngoscope.* 1996; 106 :6-9
6. Beynon GJ, Jani P, Baguley DM. A clinical evaluation of head impulse testing. *Clin Otolaryngol* 1998; 23: 117-122.
7. Perez N, Rama-Lopez J. Head impulse and Caloric test in patients with dizziness. *Otology Neurotol.* 2003; 24: 913-917
8. Halmagyi GM, Cremer PD. Assessment and treatment of dizziness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2000; 68: 129-134.
9. Kaski D, Bronstein AM. Making a diagnosis in patients who present with vértigo. *BMJ.* 2012;2;345:e6544. Doi: 10.1136/bmj.e6544. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5809?view=long&pmid=22945954>. [Consultado el 15 Nov 2012].
10. Halmagyi GM, Cremer PD. Assessment and treatment of dizziness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2000; 68 :129-134.

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

Artículo original

Tratamiento quirúrgico endoscópico de patología de vía aérea superior mediante microelectrodos. Nuestra experiencia.

Transoral approach to upper airway disease with microdissection electrodes. Our experience.

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

Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Hospitalario de Soria. Soria. España.
meluali@hotmail.com

Recibido: 19/11/2012

Aceptado: 27/11/2012

Publicado: 30/11/2012

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:

El-Uali Abeida M, Martínez Subías JJ, Del Rey Tomás-Biosca FJ, Hernández Caballero D, Heras Domínguez R, Garzón Calles JA. Tratamiento quirúrgico endoscópico de patología de vía aérea superior mediante microelectrodos. Nuestra experiencia. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3 (33): 271-276.

Resumen	Exponemos los resultados a corto plazo de nuestra experiencia en la exéresis endoscópica de lesiones que afectan a la vía aérea superior mediante microelectrodos de disección. Quisiéramos destacar que aunque llevamos utilizando esta técnica muy poco tiempo, hemos comprobado que es de aprendizaje relativamente fácil, de manejo simple y que proporciona un corte limpio de tejidos, sin evidenciar hasta la fecha de hoy ninguna complicación hemorrágica, ni de tipo cicatricial postoperatorio.
Palabras clave	microelectrodos de tungsteno; microcirugía laríngea; cordectomía; laringuectomía supraglótica.
Summary	We present our initial experience in endoscopic removal of upper airway lesions using microelectrodes. We want to emphasize that though we have been using this technique for a short time, we have verified that it is easy to learn and simple to manage and provides a clean cutting of tissues. Up to now we have had no hemorrhagic or cicatricial complications.
Keywords	tungsten microelectrodes; laryngeal microsurgery; cordectomy; supraglottic laryngectomy.

Introducción

La técnica de resección de tumores de laringe por vía endoscópica, en especial mediante láser, supuso un gran cambio conceptual cualitativo en el tratamiento de estas lesiones antes solo abordadas por vía externa. El dominio progresivo de estas técnicas de cirugía endoscópica por parte de los especialistas, trajo consigo una ampliación progresiva de la indicación quirúrgica, como la exéresis de algunos tumores localmente avanzados, la cirugía del divertículo de Zenker, la resección de estenosis glótica, etc. También cabe resaltar que el avance en la experiencia acumulada en este tipo de cirugía ha contribuido en parte a la aparición de otras técnicas alternativas y/o complementarias como es en este caso la exéresis endoscópica de tumores laríngeos mediante microelectrodos.

El objetivo principal de este trabajo consiste en exponer nuestra experiencia inicial en la exéresis endoscópica de lesiones que afectan la vía aérea superior mediante microelectrodos de disección, técnica quirúrgica descrita y desarrollada por el Profesor Basterra y cols [1].

Material y método

Técnica quirúrgica e instrumentación

A continuación exponemos de forma resumida la técnica quirúrgica, tal como fue expuesta por sus autores (Basterra et al., 2006) [1,2]. Tras la intubación anestésica realizamos una microcirugía endolaríngea en suspensión según técnica habitual. Todo el material usado aquí (pinzas, tubos de aspiración, etc.) es similar al utilizado en la cirugía láser. Por lo que refiere al instrumento de corte, consiste en unos microelectrodos cuya longitud útil total es de 21cm y en su extremo distal puede ser de diferentes ángulos (90°, 135° y 180°). Los microelectrodos se unen a la pieza de mano de un bisturí eléctrico, que se

conecta a una fuente de generación eléctrica convencional. La potencia eléctrica necesaria, se regula en función de si estamos resecando tejido blando o cartílago, generalmente entre 5 y 20W.

Pacientes

Desde que empezamos a emplear esta técnica quirúrgica, 21 pacientes fueron intervenidos en nuestro servicio, 10 de ellos fueron diagnosticados de carcinoma de glotis, 4 de carcinoma supraglótico, 4 de papilomatosis laríngea, 1 quiste vallecular. y 2 estenosis laríngea. En el caso de los pacientes con carcinoma a todos ellos, previamente se les realizó una biopsia de la lesión confirmando el diagnóstico.

Tabla 1. Pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide (CEBD: carcinoma epidermoide bien diferenciado; CEMD: carcinoma moderadamente diferenciado).

Paciente	edad	Localización de tumor	Histología	Estadio	Cirugía realizada	Seguimiento
1	66	Cuerda vocal izquierda	CEMD	T1aN0M0	Corpectomía transmuscular	26 meses
2	80	Cuerda vocal izquierda	CEMD	T1aN0M0	Corpectomía transmuscular	18 meses
3	47	Cuerda vocal izquierda	CEBD	T1aN0M0	Corpectomía transmuscular	17 meses
4	61	Cuerda vocal derecha	CEBD	T1aN0M0	Corpectomía transmuscular	18 meses
5	89	Cuerda vocal izquierda	CEBD	T1aN0M0	Corpectomía transmuscular	24 meses
6	61	Cuerda vocal derecha	CEBD	T1aN0M0	Corpectomía transmuscular	30 meses
7	56	Cuerda vocal derecha	CEBD	T1aN0M0	Corpectomía transmuscular	1 mes
8	78	Cuerda vocal derecha	CEBD	T1aN0M0	Corpectomía transmuscular	7 meses
9	62	Comisura anterior	CEBD	T2N0M0	Exéresis subpericóndrica	3meses
10	68	Comisura anterior	CEMD	T2N0M0	Exéresis subpericóndrica	2meses
11	60	Repliegue ariepiglótico, banda y ventrículo izquierdos	CEBD	T2N0M0	Laringuectomía parcial supraglótica	16 meses
12	67	Cara laríngea de epiglotis	CEBD	T1N0M0	Laringuectomía parcial supraglótica	24 meses
13	56	Cara laríngea de epiglotis	CEBD	T1N0M0	Laringuectomía parcial supraglótica	27 meses
14	62	Borde libre y cara laríngea de epiglotis	CEBD	T1N0M0	Laringuectomía parcial supraglótica	26 meses

Resultados

Desde el 1 de marzo de 2010 hasta 30 de octubre de 2012, 21 pacientes fueron intervenidos de cirugía endoscópica mediante microelectrodos de

disección. Todos los pacientes eran varones, excepto el caso del quiste de vallécula que era mujer. Cuatro fueron los casos de papilomatosis laríngea intervenidos con esta técnica, en los que cabe destacar que se trataba de una papilomatosis cordal limitada, en los que realizamos una exéresis conservadora, no evidenciándose hasta el momento actual recidiva alguna.

En lo referente a los pacientes diagnosticados de carcinoma laríngeo, en la tabla 1 se resumen sus principales características clínicas. La edad media era de 65,21 años. Ninguno de los pacientes con carcinoma glótico precisó de traqueotomía previa. En el caso de los pacientes con carcinoma supraglótico, todos fueron carcinomas epidermoides bien diferenciados, con estadio N0. Únicamente en el paciente con estadio T2, realizamos vaciamiento ganglionar cervical, traqueotomía y radioterapia complementaria. Al finalizar la radioterapia, este paciente desarrolló un edema progresivo en ambos aritenoides que le causaba disnea sobretodo al realizar pequeños esfuerzos. En el resto de pacientes optamos por el control y seguimiento periódico. No hubo ninguna complicación intraoperatoria o postoperatoria de tipo hemorrágico o cicatricial a nivel laríngeo en relación con esta técnica quirúrgica. Un paciente tuvo una recidiva tumoral local no tributaria de una nueva resección laríngea parcial a los 13 meses, precisando laringuectomía total. El resto de pacientes están libres de enfermedad, con un seguimiento medio de 14,6 meses para los pacientes con carcinoma glótico y de 23,25 meses para los supraglóticos.

En lo que respecta a los 2 casos de estrechamiento de vía aérea resecaados endoscópicamente mediante microelectrodos, un caso se corresponde a estenosis cicatricial glótica en un paciente intervenido previamente de cirugía laríngea externa (laringuectomía frontolateral anterior) que no se pudo decanular y el segundo era el paciente operado de laringuectomía parcial endoscópica y posteriormente radiado.

Discusión

En el presente estudio, no se ha pretendido llevar a cabo una valoración de los resultados oncológicos asociados al uso de esta técnica quirúrgica, ya que por una parte, nuestra serie de casos es muy limitada y por otra, el tiempo de seguimiento de los pacientes es escaso. De esta manera, únicamente queríamos compartir nuestra experiencia con el uso de microelectrodos de disección en la resección endoscópica de tumores laríngeos. Desde que empezamos a utilizar esta técnica y salvando algunas peculiaridades, nos hemos adaptado bastante rápido a ella, puesto que estamos familiarizados con la cirugía endolaríngea con instrumentación fría y porque la preparación de dicho instrumental es rápida y fácil para el personal de enfermería.

Uno de las ventajas que hemos observado en la realización de este tipo de cirugía es que la técnica de corte de estos terminales permite desarrollar una mayor nitidez en el corte y mantener la sensación de tacto con los tejidos que se seccionan, lo que facilita el control de los planos durante la cirugía; gracias a los distintos ángulos que tienen en su porción distal los terminales, la resección de tejido se realiza en todo momento bajo control visual. Por lo que

respecta a las complicaciones asociadas a la técnica, cabe mencionar que en nuestros pacientes intervenidos no hemos advertido ninguna hemorragia intraoperatoria de especial cuantía, siendo controladas fácilmente, aplicando directamente el microelectrodo sobre el tejido en modo de coagulación o realizando la hemostasia mediante una micropinza; del mismo modo no tuvimos ninguna complicación hemorrágica en el postoperatorio.

En relación a nuestra modesta casuística, todos los pacientes diagnosticados de carcinoma de cuerda vocal fueron tratados en estadio T1 (siendo de esta manera tumores localizados en una única cuerda vocal y con conservación de su movilidad) y en todos ellos realizamos una cordectomía transmascular. En el caso especial de los carcinomas de comisura anterior, en los 2 casos había extensión tumoral muscular pero sin afectación de cartílago tiroideos, por lo que la exéresis de comisura se realizó a nivel ras del pericandrio tiroideo. La estancia media hospitalaria de estos enfermos fue de 2 días. Como complicación menor, citamos la presencia de enfisema cervical moderado en uno de los pacientes operados de comisura anterior en el postoperatorio inmediato que se resolvió en los siguientes días sin problemas.

En el caso de pacientes diagnosticados de carcinomas supraglóticos, todos fueron carcinomas epidermoides bien diferenciados, tres casos en estadio T1 y uno en T2. En todos estos pacientes llevamos a cabo una resección parcial de tejido supraglótico y realizamos vaciamiento ganglionar cervical homolateral profiláctico en el paciente con estadio T2. En los demás casos puesto que eran todos estadios T iniciales, con histología bien diferenciados y en el estudio de extensión ninguna de ellos asoció metástasis cervical o a distancia, optamos por realizar un seguimiento estrecho del paciente. Únicamente en el paciente al que se llevó a cabo el vaciamiento ganglionar cervical se precisó realizar traqueotomía temporal. Una vez finalizada la cirugía colocamos una sonda nasogástrica de alimentación que mantuvimos hasta comprobar una correcta tolerancia oral. La estancia media para estos enfermos fue de 5 días.

En el seguimiento postoperatorio en la consulta no registramos ninguna complicación tal como formación de granulomas, estenosis glótica, etc. Parece ser que no existen diferencias significativas entre el uso de láser CO₂ y el de los electrodos de microdissección en modo de corte en este tipo de cirugía en lo que respecta al daño tisular agudo o crónico [2,3].

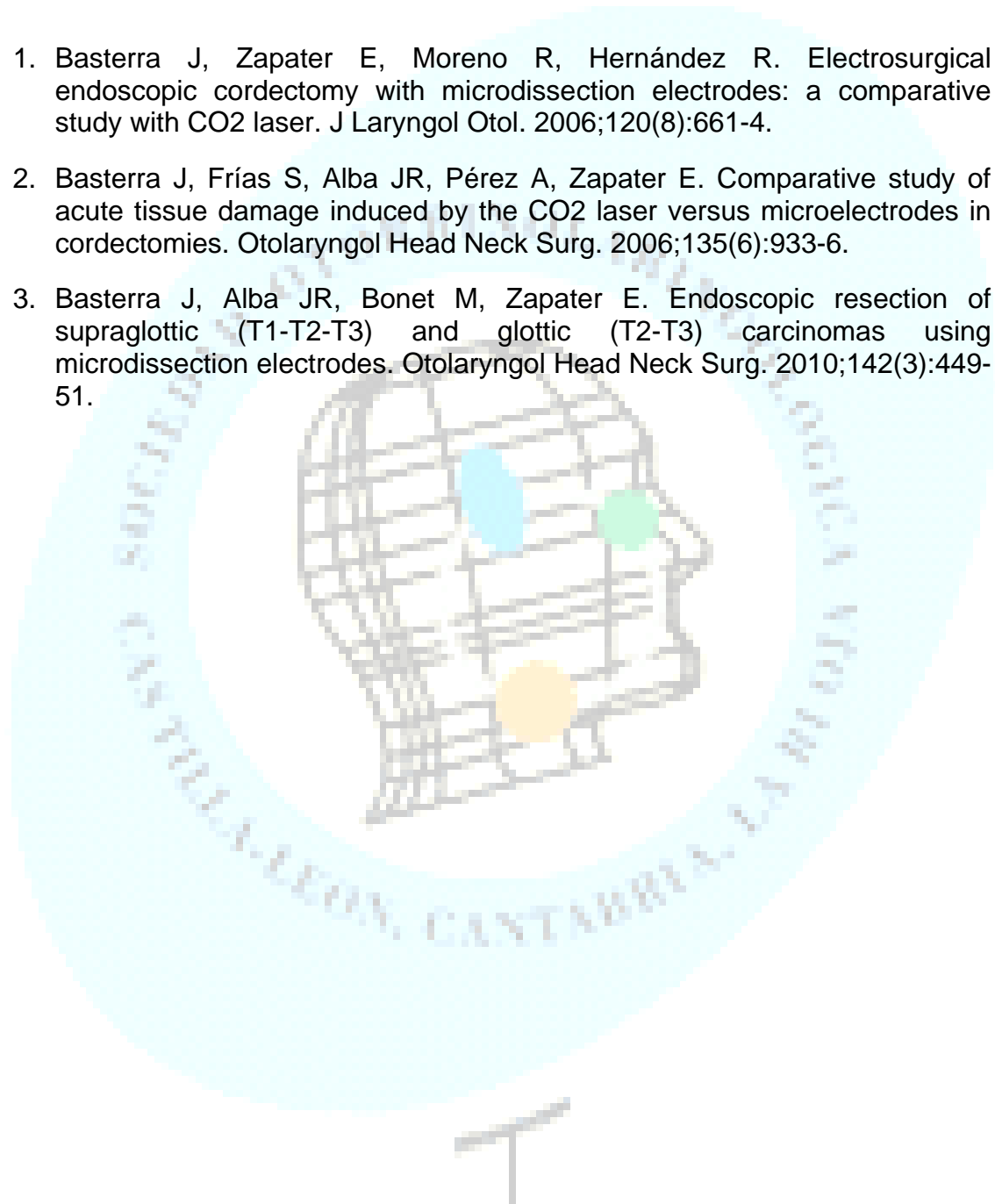
Conclusiones

1. La resección de tejidos mediante microelectrodos, proporcionar un corte tisular nítido con un mínimo daño sobre los tejidos equiparable al láser, así como la percepción del tacto sobre el tejido que está trabajando.
2. Presenta una curva de aprendizaje relativamente corta, sobretudo para otorrinolaringólogos habituados a practicar cirugía laríngea con instrumentación fría.
3. Se trata de una técnica de bajo coste económico, lo que permite que sea más fácilmente disponible y pueda utilizarse como una herramienta complementaria al láser en el tratamiento del cáncer de laringe, o como

una alternativa para servicios de ORL, que no disponen de un dispositivo láser que les permita llevar a cabo este tipo de cirugía [3] .

Bibliografía

1. Basterra J, Zapater E, Moreno R, Hernández R. Electrosurgical endoscopic cordectomy with microdissection electrodes: a comparative study with CO2 laser. *J Laryngol Otol.* 2006;120(8):661-4.
2. Basterra J, Frías S, Alba JR, Pérez A, Zapater E. Comparative study of acute tissue damage induced by the CO2 laser versus microelectrodes in cordectomies. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;135(6):933-6.
3. Basterra J, Alba JR, Bonet M, Zapater E. Endoscopic resection of supraglottic (T1-T2-T3) and glottic (T2-T3) carcinomas using microdissection electrodes. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;142(3):449-51.



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

Caso clínico

Carcinoma fusocelular de orofaringe: una variante poco frecuente de carcinoma epidermoide

Spindle cell carcinoma of the oropharynx: a rare variant of squamous cell carcinoma

Rebeca de la Fuente-Cañibano(1), Miguel Ángel Alañón-Fernández(1), Cristina María Murillo-Lázaro(2), Manuel Ruiz-González (1), Jorge Crespo del Hierro (1), Manuel Morales-Puebla (1), Eduardo García del Castillo (1) y Juan Crespo-Serrano (1).

Hospital General Universitario de Ciudad Real. (1). Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. (2.) Servicio de Anatomía Patológica
rbkfue@yahoo.es

Recibido: 23/10/2012

Aceptado: 24/11/2012

Publicado: 10/12/2012

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:

Fuente-Cañibano R, Alañón-Fernández MA, Murillo-Lázaro CR, Ruiz-González M, Crespo-Hierro J, Morales-Puebla M, García-Castillo E, Crespo-Serrano J. Carcinoma fusocelular de orofaringe: una variante poco frecuente de carcinoma epidermoide. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3 (34): 277-282

Resumen	El carcinoma fusocelular es una variedad maligna y poco frecuente del carcinoma de células escamosas. Es una tumoración constituida por una doble proliferación celular: una sarcomatosa de células fusocelulares y otra carcinomatosa de células epiteliales. Aunque puede afectar a cualquier parte del organismo, es más frecuente encontrarla en vías aerodigestivas superiores. Afecta con mayor frecuencia a varones entre la 6ª y 7ª décadas de la vida. Tiene un comportamiento agresivo con tendencia a la recurrencia. El alcohol y tabaco han sido identificados como los factores de riesgo más importantes. Su diagnóstico histológico es complicado y muchas veces es necesario recurrir a técnicas de inmunohistoquímica y al uso del microscopio electrónico. En la actualidad, se le atribuye un origen epitelial.
Palabras clave	carcinoma fusocelular, tabaco, alcohol, inmunohistoquímica
Summary	Spindle cell carcinoma is a malignant and rare squamous cell carcinoma. It's a double examination showed a cell proliferation: a cell sarcomatous spindle cell and a carcinomatous epithelial cells. Although it can affect any part of the body, is found more commonly in the upper aerodigestive tract. It occurs more frequently in males between the 6th and 7th decades of life. Its behavior is aggressive with a tendency to relapse. Alcohol and smoking have been identified as the most important risk factors. The histological diagnosis is difficult and is often necessary to use immunohistochemistry and electron microscopy. At present, it is believed that origin is epithelial.
Keywords	spindle cell carcinoma, smoking, alcohol, immunohistochemistry

Introducción

El carcinoma fusocelular es una variante maligna y muy poco frecuente del carcinoma epidermoide. Se caracteriza por una proliferación simultánea de células epiteliales malignas y células fusiformes de tipo sarcomatoso, por lo que se considera un tumor bifásico [1-6].

Este tipo de crecimiento ha generado diversas hipótesis sobre su origen y comportamiento, lo que se refleja en la variada terminología utilizada para designarlo: carcinoma fusocelular, pseudosarcoma, carcinosarcoma, carcinoma de células escamosas pseudosarcomatoso, carcinoma sarcomatoso, carcinoma metaplásico, carcinoma fusocelular, carcinoma pleomórfico, carcinoma epidermoide – variedad de células fusiformes [7,8].

En la actualidad se le atribuye un origen epitelial, aunque algunos autores siguen dudando de ello [9].

Puede localizarse en cualquier epitelio corporal, aunque las vías aerodigestivas superiores, laringe y cavidad oral, son su lugar de asiento más frecuente, siendo la piel, el esófago y los senos paranasales localizaciones menos frecuentes [10,11].

Descripción

Mujer de 82 años cuyo antecedente destacable es amigdalectomía a los 20 años, sin hábitos tóxicos, que presentaba odinodisfagia y sensación de cuerpo extraño faríngeo de un mes de evolución.

A la exploración se comprobó la existencia de una tumoración vegetante con fondo úlcero-necrótico situada en surco amígdalógico derecho de 2 cm de diámetro. Mediante nasofibroscopia visualizamos mínima extensión hacia la hemibase de lengua derecha, que se constató mediante palpación. El tamaño

de la lesión era de 2 cm de diámetro (T1N0M0). En la exploración cervical no se palpaban adenopatías.

Se biopsió la lesión, y el resultado fue carcinoma de células fusocelulares. Se realizó estudio anatomopatológico mediante tinción con hematoxilina-eosina (Fig. 1 y 2).

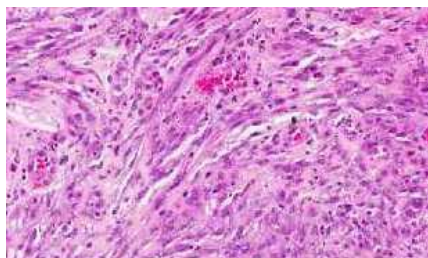


Figura 1 Microscopía: tinción Hematoxilina- Eosina

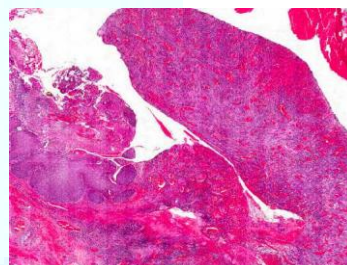


Figura 2 Hematoxilina-Eosina: Pieza de extirpación

Mediante técnicas de inmunohistoquímica se obtuvieron marcadores epiteliales positivos (pancitoqueratinas AE1-AE3 y citoqueratina 18) (Fig.3). Resultaron negativas la actina, la desmina, bcl-2 y CD-99.

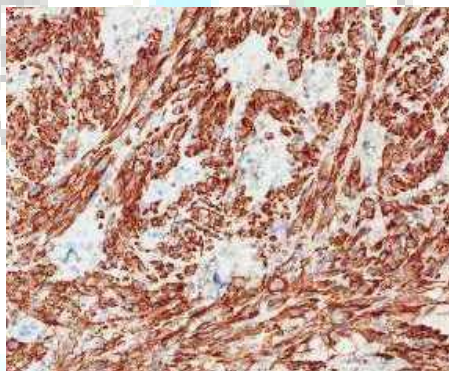


Figura 3: Inmunohistoquímica: AE1 y AE3 +

Se realizó un TAC cérvico-torácico-abdomino-pélvico que descartó metástasis locorregionales y a distancia, que mostraba engrosamiento a nivel de pilar amigdalino y aire en su interior sin que se apreciara relación con la luz faríngea (Fig. 4).

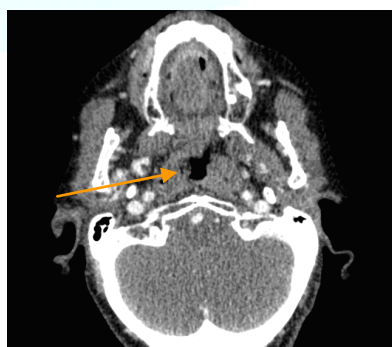


Figura 4 TAC cérvico-facial

Se realizó tratamiento quirúrgico con resección de la lesión (Fig.5) mediante bisturí eléctrico con márgenes amplios y vaciamiento ganglionar funcional derecho. No se administraron tratamientos complementarios.

El resultado anatomopatológico del vaciamiento fue negativo para adenopatías patológicas y los márgenes de resección del tumor estaban libres de tumor.



Figura 5 Tumoración surco amigdalino-glosa

Discusión

El carcinoma fusocelular es una neoplasia maligna rara, variante del carcinoma epidermoide, que afecta fundamentalmente a varones en relación 10:1 respecto a las mujeres. Son más frecuentes entre la 6^o y 7^o década de la vida. Su localización más frecuente son las vías aerodigestivas superiores [1]. Los factores predisponentes más importantes son el tabaco, el alcohol, la mala higiene oral, las radiaciones y los traumatismos previos [1,2]. Se considera también relevante el hecho de no haber encontrado ningún factor de riesgo. Su diagnóstico histológico es complicado y muchas veces es necesario utilizar técnicas de inmunohistoquímica [3].

Se caracteriza por la proliferación simultánea de dos tipos celulares: células epiteliales (componente minoritario) y células sarcomatosas (componente principal), pudiendo identificarse elementos heterólogos, osteo, condro o rhabdomiosarcomatoso, que parecen estar asociados a radioterapia previa [3,4]. Existen diversos términos para su designación: carcinosarcoma, pseudosarcoma, carcinoma sarcomatoso, carcinoma metaplásico y carcinoma fusocelular.

Los factores pronósticos implicados incluyen la invasión en profundidad del tumor, localización, metástasis ganglionares cervicales, tamaño tumoral, grado de diferenciación, positividad para queratina, estadio y morfología tumoral, invasión vascular y metástasis a distancia [4].

Su forma de presentación habitual es una masa exofítica, ulcerada, de crecimiento rápido, siendo menos frecuente la forma de presentación infiltrante. Su comportamiento es más agresivo cuando se localiza en la cavidad oral [4,5].

Presenta un alto grado de recurrencia local y frecuentemente producen metástasis locoregionales siendo raras las metástasis a distancia. Se recogen una tasa de metástasis linfáticas del 24% -50% según las series. Estas metástasis pueden ser epiteliales, sarcomatosas o mixtas [5,6].

Existen varias teorías sobre su génesis [5,6,7]. La primera, defendida por Lane, cree que se trata de una respuesta benigna a un carcinoma epidermoide

subyacente.

Sherwin, piensa que es una combinación de una reacción benigna reactiva y una variante del carcinoma epidermoide. Minckler apoya la teoría de que se trata de un verdadero sarcoma. Años más tarde, Leventon y Zarbo, consideran que el origen del tumor se encuentra en una célula madre pluripotencial que podría exhibir la diferenciación tanto mesenquimal como epitelial, llegando a exponer que el componente sarcomatoso podía suponer una metaplasia del componente epitelial. Posteriormente Ellis y cols creen que el tumor se origina de una célula epitelial que pierde la expresión de queratina. Slootweg y cols (1989) relacionan la expresión de queratina con el fenotipo celular [7]. Al respecto, observaron que en dos casos de carcinoma epidermoide que recidivaron como carcinomas fusocelulares había una menor expresión de esta proteína, mientras que en un caso de carcinoma fusocelular que recidivó como carcinoma epidermoide había una mayor expresión de la misma. En el año 1996, Thompson demuestra que en ambos tipos celulares existe una alteración común en el gen supresor de tumores p53 y en la ciclina D1 [8,9]. En la actualidad la teoría más aceptada es que el tumor procede de una célula epitelial, que sufre una transición hacia células de tipo mesenquimal [10].

Las células epiteliales expresan citoqueratinas, e-caderina, alfa y beta cateninas y EMA, mientras que en las fusocelulares, expresan vimentina y disminuyen la expresión de citoqueratinas y e-caderinas. La disminución de las e-caderinas, provoca una disminución en la adhesión intercelular y explican el cambio de morfología de epitelial a fusocelular, permitiendo el crecimiento más difuso, justificando así la agresividad y metástasis del tumor [10,11].

Lauwers y cols (1998) encuentran que el componente sarcomatoso presenta áreas más aneuploides que el carcinomatoso, y una mayor actividad biológica midiendo el TPI (Índice de proliferación tumoral) mediante inmunorreactividad [12].

Aunque la tasa de supervivencia y respuesta al tratamiento son todavía controvertidas, el carcinoma fusocelular ha sido descrito como más agresivo que el carcinoma Espinocelular. Ellis y Corio publicaron 59 casos de carcinoma fusocelular con una tasa de supervivencia del 36% [13]. Olsen y colaboradores publicaron 34 pacientes con carcinoma fusocelular de laringe e hipofaringe con una tasa de supervivencia media a los 3 años del 56,8% [7].

El tratamiento de elección es el quirúrgico con escasa respuesta al tratamiento complementario con radioterapia.

Bibliografía

1. Rizzardi C, Frezzini C, Maglione M, Tirelli G, Melato M. A look at the biology of spindle cell squamous carcinoma of the oral cavity: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:264-8.
2. Marioni G, Bottin R, Staffieri A, Altavilla G. Spindle-cell tumours of the larynx: diagnostic pitfalls. A case report and review of the literature. *Acta Otolaryngol* 2003;123:86-90.
3. Guillen DR, Martin HL, Cockerell CJ. Cellular spindle cell proliferations of skin. *Adv Dermatol* 2001;17:339-84.
4. Handra-Luca A, Terris B, Couvelard A, Molas G, Degott C, Flejou JF.

Spindle cell squamous carcinoma of the oesophagus: an analysis of 17 cases, with new immunohistochemical evidence for a clonal origin. *Histopathology* 2001;39:125-32

5. Ansari-Lari MA, Hoque MO, Califano J, Westra WH. Immunohistochemical p53 expression patterns in sarcomatoid carcinomas of the upper respiratory tract. *Am J Surg Pathol* 2002;26:1024-31.

6. Ballo MT, Garden AS, El-Naggar AK, Gillenwater AM, Morrison WH, Goepfert H, Ang KK. Radiation therapy for early stage (T1-T2) sarcomatoid carcinoma of true vocal cords: outcomes and patterns of failure. *Laryngoscope* 1998;108:760-3.

7. Slootweg P, Roholl P, Müller H, Lubsen H. Spindle-cell carcinoma of the oral cavity and larynx. Immunohistochemical aspects. *J Cranio-Max-Fac Surg.* 1989;17:234-6.

8. Olsen KD, Lewis JE, Suman VJ. Spindle cell carcinoma of the larynx and hypopharynx. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;116:47-52.

9. Ferreras J, Junquera LM, Lopez JS, González M, Villarreal P, Cerrato E. Spindle cell carcinoma of the oral cavity. Report of a case. *Med Oral* 2000;5:47-53.

10. Kriskovich M, Harnsberger H, Haller J. Spindle cell carcinoma of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998;107:436-8.

11. Sigel JE, Skacel M, Bergfeld WF, House NS, Rabkin MS, Goldblum JR. The utility of cytokeratin 5/6 in the recognition of cutaneous spindle cell squamous cell carcinoma. *J Cutan Pathol* 2001;28:520-4.

12. Lauwers G, Grant L, Scott G, Carr N, Sobin L. Spindle cell squamous carcinoma of the esophagus: analysis of ploidy and tumor proliferative activity in a series of 13 cases. *Human Pathology* 1998;29:863-8

13. Ellis GL, Corio RL. Spindle cell carcinoma of the oral cavity. A clinicopathologic assessment of fifty-nine cases. *Oral Surg.* 1980; 50(6): 523-34

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

Caso clínico

Mixofibrosarcoma del seno maxilar: caso clínico.

Myxofibrosarcoma of the maxillary sinus: a case report.

Olalla Castro-Macia, Nieves Rodriguez-Acevedo, Dionisio Alonso-Párraga, Alberto Pérez-Pedrosa Ana Quintana-Sanjuas, Miriam Hamdan-Zabarce, Jose Manuel Melendez-García
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Hospital Xeral-Cies. Vigo (Pontevedra). España.
olallacastro82@hotmail.com

Recibido: 21/11/2012

Aceptado: 05/12/2012

Publicado: 18/12/2012

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:

Castro-Macia O, Rodriguez-Acevedo N, Alonso-Párraga D, Pérez-Pedrosa A, Quintana-Sanjuas A, Hamdan-Zabarce M, Meléndez-García JM. Mixofibrosarcoma del seno maxilar: caso clínico. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3 (35): 283-290

Resumen	El mixofibrosarcoma, también denominado variante mixoide del histiocitoma fibroso maligno, se localiza predominantemente en extremidades y retroperitoneo de varones de edad adulta. Su incidencia en el área ORL es muy baja, por lo que su diagnóstico es a menudo complicado. Presenta alto índice de recidivas, aunque menor de metástasis a distancia. El único tratamiento efectivo es la resección quirúrgica completa, con escasa respuesta a quimio y radioterapia. Presentamos el caso de un mixofibrosarcoma de alto grado de seno maxilar y fosa nasal izquierdos, tratado con cirugía y quimioradioterapia con mala evolución clínica.
Palabras clave	Sarcomas nasosinuales, mixofibrosarcoma, variante mixoide del histiocitoma fibroso maligno..
Summary	Myxofibrosarcoma, also known as myxoid variant of malignant fibrosis histiocytoma, is often located in the extremities and retroperitoneum of adult males. Its incidence in the ENT area is very low, therefore its diagnosis is often complicated. It has a high rate of local recurrence, although it has low rate of distant metastases. The only effective treatment is complete surgical resection, with little response to chemotherapy and radiotherapy. We present the case of a high-grade myxofibrosarcoma of the left maxillary sinus and nasal cavity, wich we treated with surgery and chemoradiation, but with bad clinical evolution.
Keywords	Sinonasal sarcomas, myxofibrosarcoma, myxoid variant of malignant fibrosis histiocytoma.

Introducción

El mixofibrosarcoma, también denominado variante mixoide del histiocitoma fibroso maligno representa en la actualidad una entidad histiopatólogica propia[1]. Suele localizarse en extremidades y retroperitoneo de varones de edad adulta, y su incidencia en el área ORL es muy baja, variando según las series entre 2-10% [1,2,3]. La localización en los senos paranasales representa aproximadamente el 30% [2]. Presentamos el caso de un mixofibrosarcoma de alto grado de seno maxilar y fosa nasal, tratado con cirugía y quimioradioterapia con mala evolución clínica.

Descripción

Varon de 66 años de edad diagnosticado un año y medio antes de Síndrome de Görgham (osteolisis craneal inespecífica), tras un traumatismo facial. En seguimiento en el servicio de ORL por cuadro de hipoacusia, vértigo y acúfeno debido a su enfermedad, refiere insuficiencia respiratoria nasal izquierda de días de evolución, asociada a algias nasales y rinorrea sero-hemática ipsilateral. En la exploración clínica se visualiza una gran tumoración polipoidea que ocupa toda la fosa nasal izquierda de consistencia fibrosa y coloración negruzca, sin ser sangrante ni dolorosa a la palpación.

Se realiza una RMN que es informada como una masa cuyo probable origen es el seno maxilar izquierdo, que ocupa toda la fosa nasal hasta la rinofaringe. Presenta crecimiento rápido (ya que no se evidencia en estudio previo de hacia 8 meses) y remodela estructura ósea e hiato del seno maxilar. Debido a su marcada hipointesidad de señal en T1 que presenta tejido hipercaptante de la

lesión, sugeriría un contenido mixoide por lo que habría que descartar una lesión de estirpe sarcomatosa (figuras 1 y 2).



Figura 1. Hiperintensidad de señal en T2.



Figura 2. Marcada hipointensidad en T1, que presenta tejido hipercaptant

La primera biopsia realizada es informada como neoplasia mesenquimal compatible con sarcoma fibromixoide de bajo grado. Ante los hallazgos descritos se decide realizar exéresis de la lesión, previa embolización de la arteria maxilar interna, mediante cirugía endoscópica nasosinusal y degloving hemifacial izquierdos combinados (figura 3). Se observa una lesión que ocupa toda la fosa nasal izquierda, etmoides, seno maxilar izquierdo alcanzando fosa infratemporal. Sobresale hacia orofaringe por coana y por vestíbulo nasal 4cm (figura 4).

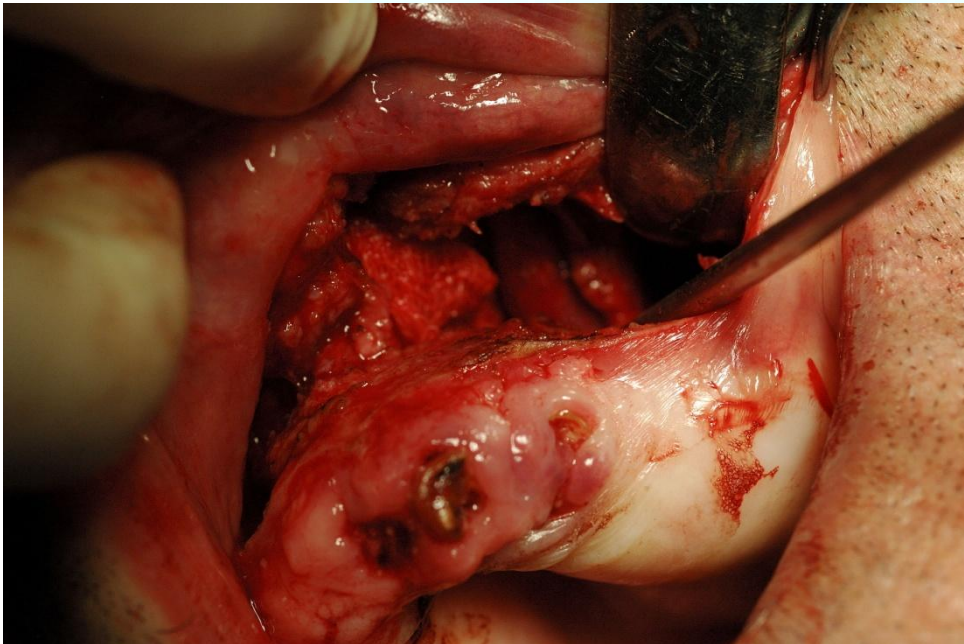


Figura 3. Abordaje del degloving hemifacial izquierdo.



Figura 4. Extensión externa de la lesión a través del vestíbulo

La tumoración es resecada en tres fragmentos debido a su gran tamaño, siendo el primero de 5x2x2 cm, el segundo 4x3x1, cms y el tercero de 4,9x2x1,7 cm. La biopsia definitiva revela un tumor fusocelular con abundante matriz mixoide, con áreas poco celulares y de bajo grado, otras mayoritarias de grado intermedio, y algunas de alto grado (figura 5). El estudio inmunohistoquímico muestra intensidad para viementina, siendo negativas actina, desmina, HMD45, ALK, Bcl2, CD57, neurofilamentos y CD34. Existe expresión intensa y difusa de CK7 (marcador epitelial). Por lo tanto el aspecto histológico recuerda al de un mixofibrosarcoma de alto grado (histiocitoma fibroso maligno variante mixoide), aunque la mayoría del tumor es de grado bajo, los focos de alto grado hacen que el diagnóstico deba ser mixofibrosarcoma de alto grado (figura 6). El paciente es llevado a comité de oncología y se decide tratamiento quimioterápico complementario, con cisplatino (debido a la expresión de CK7) y radioterapia hasta 73 Gy de lecho quirúrgico y 45 Gy sobre niveles ganglionares II, III acabando dicho tratamiento a los tres meses de la cirugía.

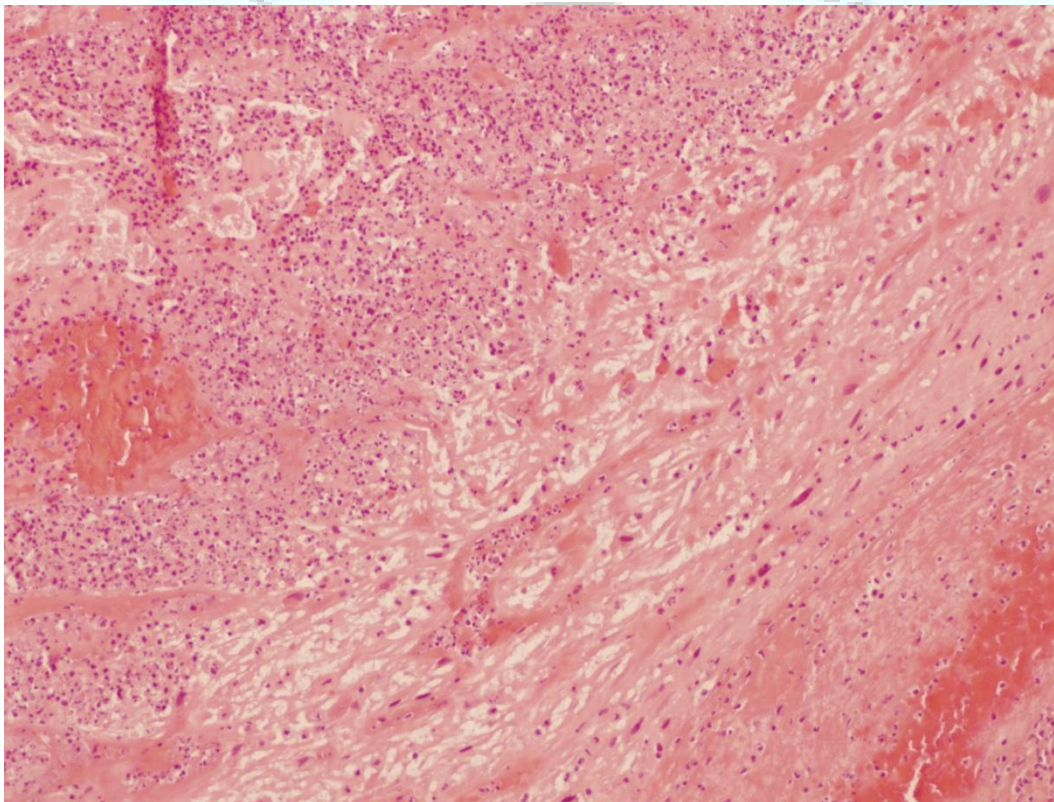


Figura 5. Proliferación de células fusiformes rodeadas por una matriz fibromixoide con celularidad histiocítica focal, atipia y áreas focales de inflamación aguda y necrosis.

En la RMN post-quirúrgica de control se observa una lesión nodular ovalada de 2 cm con mayor captación de contraste, que podría estar en relación con restos tumorales en el cuerpo del hueso maxilar izquierdo. El TC no demuestra actividad metastásica a distancia, pero en una biopsia realizada en este intervalo de tiempo presenta todavía actividad tumoral, por lo que se decide actitud radical de primera intención ante la dificultad de control ulterior de recidiva, indicándose esquema Epiadriamicina e Ifosfamida con uroprotección

MESNA y soporte G-CSF. El paciente presenta un período libre de enfermedad de año y medio en donde sigue revisiones periódicas y controles radiológicos en donde no se evidencia actividad tumoral. En la última RMN de control, al año y medio de la cirugía, se identifica una lesión redondeada de nueva aparición en fosa nasal izquierda que se extiende a seno maxilar, compatible con recidiva y confirmada con biopsia. Se realiza nuevo rescate quirúrgico mediante cirugía endoscópica y abordaje Caldwell-Luc combinado. La evolución clínica del paciente no fue satisfactoria presentando persistencia de la lesión y fallecimiento posterior.

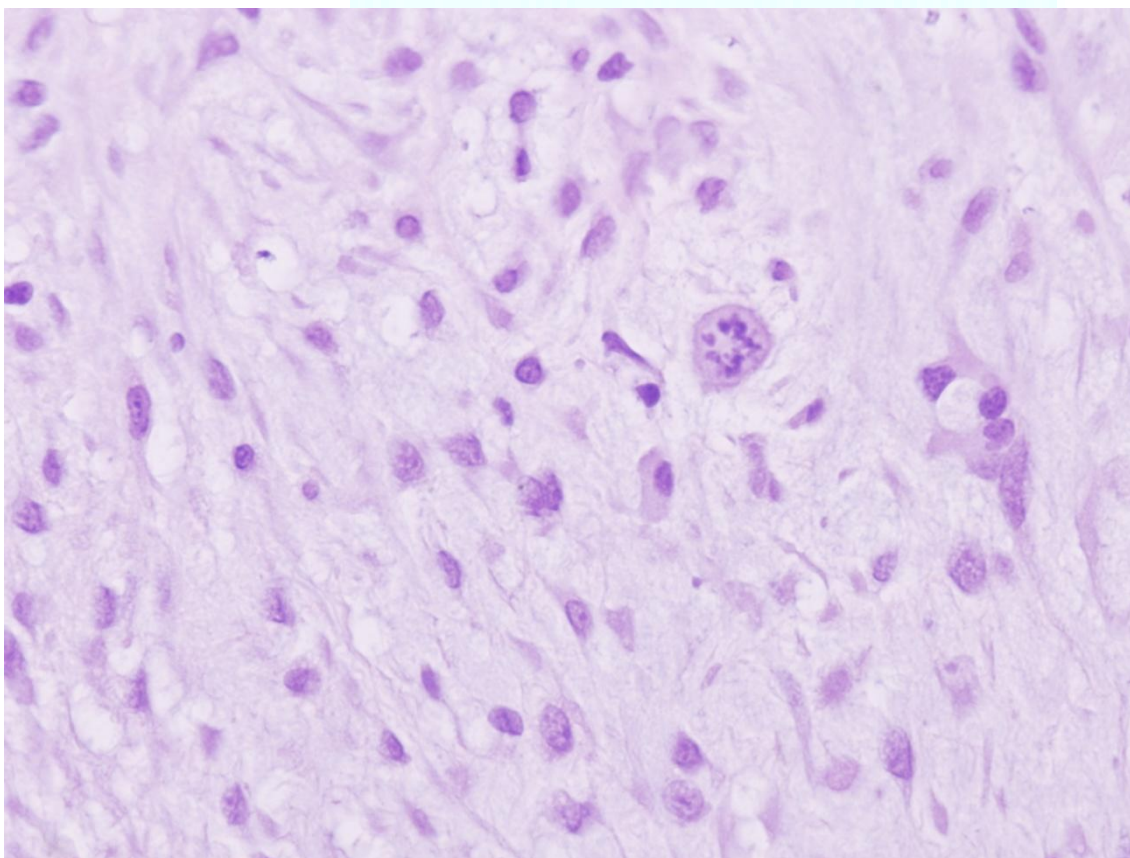


Figura 6. Imagen de mitosis atípica

Discusión

Los carcinomas epidemoides y adenocarcinomas, representan la gran mayoría de tumores malignos localizados en senos y fosas nasales. Los sarcomas representan menos del 1% de las neoplasias de cabeza y cuello [4], por lo que su diagnóstico es infra-estimado frecuentemente. Las características clínicas no ayudan a realizar un diagnóstico, ya que la sintomatología no difiere del de otras lesiones localizadas en el tracto sinusal, como es el caso de nuestro paciente que presentaba obstrucción nasal, rinorrea sero-hemática y algias faciales. Aunque las pruebas de imagen pueden ayudarnos en su diagnóstico,

es especialmente en este tipo de tumores donde el estudio anatomopatológico es fundamental, a la vez que complicado, lo cual se hace presente en la literatura revisada [5], y como en nuestro caso en donde la primera biopsia fue erróneamente informada como sarcoma fibromixoide de bajo grado, siendo la pieza quirúrgica definitiva, junto con la consulta a un experto, los que dieron el diagnóstico correcto de mixofibrosarcoma de alto grado. Por ello debemos tener en cuenta al hacer el diagnóstico diferencial, todo el espectro de lesiones mesenquimales, tanto benignas como malignas, como fascitis nodular, mixoma, spindle cell lipoma, nerve myxoma, myxoid liposarcoma, myxoid chondrosarcoma, MFH o low-grade fibromyxoid sarcoma [6]. La variante mixoide del MFH fue descrita por primera vez en 1977 por Weiss and Enzinger [7]. Posteriormente Merck et al [8] la denomina mixofibrosarcoma. Se describe como una neoplasia mesenquimal de origen fibroblástico que presenta una apariencia altamente mixoide e hipocelular, y mejor pronóstico que otras variantes no-mixoides [4]. Esto se debe al menor índice de metástasis a distancia que presenta 20-25% [9,10]. Según Mentzel et al [11] existen tres grados de diferenciación, según la celularidad, atipia y mitosis. Este tipo de tumores se caracteriza por una alta tasa de recidiva local, estimada entorno al 50-61% [4,9]. La evolución natural es la progresión de lesiones de bajo a alto grado, co-existiendo áreas de distintos grado en la misma lesión [6,9]. Se ha comprobado que la probabilidad de recidiva aumenta significativamente cuando el tamaño de la tumoración alcanza los 5 cm [6], debido a que el mayor tamaño dificulta la resección de márgenes libres. Tanto el tamaño, grado histológico y márgenes son factores independientes de supervivencia [10]. Sin embargo la mortalidad solo dependerá del grado histológico, por su asociación a mayor índice de metástasis a distancia [10]. El único tratamiento curativo es la resección quirúrgica completa, con márgenes libres. La radioterapia suele aplicarse en aquellos casos en los que existan dudas sobre los márgenes de resección, el tamaño sea mayor a 5 cm, localización muy profunda o irreseccable, y en casos de recidiva [2,10]. El papel de la quimioterapia en los sarcomas de tejidos blandos es un tema de debate, aunque en los pocos casos descritos hasta el momento de mixofibrosarcomas de cabeza y cuello no ha aportado beneficio alguno. En nuestro caso se optó por la opción de cisplatino en primer lugar por la expresión de CK7 y posibilidad de tumor epitelial atípico. Estudios adicionales con biología molecular confirmaron el origen mesenquimal de la neoplasia, y la expresión de CK7 no tendría valor diagnóstico, habiéndose descrito también en otros sarcomas (sarcomas sinoviales, tumores malignos de vainas, sarcomas epitelioides) sin que hasta el momento existan referencias de su expresión en el mixofibrosarcoma.

Conclusiones

El mixofibrosarcoma es una entidad rara en el área ORL, por lo que su diagnóstico es a menudo difícil. Presenta alto índice de recidivas locales, y escasa respuesta a quimioradioterapia. El único tratamiento es la resección quirúrgica completa.

Bibliografía

1. Li X, Chen X, Shi Z, Chen Y, Ye J, Qiao L et al. Primary myxofibrosarcoma of the parotid: case report. *BMC Cncer* 2010; 10:246.
2. Paul K. Y. Lam, Nigel Trendell-Smith, Jimmy H.C. Li, Y.W Fan, Anthony P.W.Yuen. Myxofibrosarcoma of the sphenoid sinus. *The journal of Laryngology & otology*. June 2001; 116:464-466.
3. Nakara S, Uemura H, Kurita T, Suzuki M, Fji T, Tomita Y et al. A case of myxofibrosarcoma of the maxilla with difficulty in preoperative diagnosis. *Int J Clin Oncol* 2011; DOI 10.1007/s 10147-0111-0302-7.
4. Gugatschka M, Beham A, Stammberger H, Schmid C and Friedrich G. First case of a myxofibrosarcoma of the vocal folds: case report and review of the literature. *Journal of voice* 2008; 24(3): 374-376.
5. Weiss SW, Goldblym JR and Folpe AL. *Enzinger & Weiss's soft tissue tumors*. Fifth edition. Philadelphia. 2008:312-316.
6. Nishimura G, Sano D, Hanashi M, Yamanaka S, Tanigaki Y, Taguchi T et al. Myxofibrosarcoma of the hypopharynx. *Auris Nasus Larynx* 2006;33:93-96.
7. Weiss SW, Enzinger FM. Myxoid variant of malignant fibrous histiocytoma. *Cancer* 1977; 39:1672-16 85.
8. Merck C, Angervall L, Klindblom LG, Oden A. Myxofibrosarcoma: a malignant soft tissue tumor of fibroblastic-histiocytic origin. *Acta Pathol Microbiol Scand Suppl* 1983; 282:1-40.
9. Udaka T, Yamamoto H, Shiomori T, Fujimura T, Suzuki H. Myxofibrosarcoma of the neck. *The journal of Laryngology & otology* 2006;120:872-874.
10. Sanfilippo R, Miceli R, Grosso F, Fiore M, Puma E, Pennacchioli E et al. Myxofibrosarcoma: Pronostic Factors and survival in a series of patients treated at a single institution. *Ann Surg oncol* 2011; 18:720-725.
11. Mentzel T, Calonje E, Wadden C, Camlejohn RS, Beham A, Samith MS et al. Myxofibrosarcoma: clinicopathologic analysis of 75 cases with emphasis on the low-grade variant. *Am J Surg Pathol* 1996;20:391-405.

□

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

Caso clínico

Linfangioma quístico cervical en el adulto

Neck cystic lymphangioma in an adult

*María Rey-Marcos, Víctor Martín-Sánchez, Cristina Cordero-Civantos, Pedro Blanco-Pérez, Ángel Batuecas-Caletrío, Manuel Tapia-Risueño**
Servicio de ORL. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. España.
*Servicio de ORL. Hospital de El Bierzo (León). España.
faragullar@hotmail.com

Recibido: 09/11/2012

Aceptado: 18/11/2012

Publicado: 18/12/2012

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:

Rey-Marcos M, Martín-Sánchez V, Cordero-Civantos C, Blanco-Pérez P, Batuecas-Caletrío A, Tapia-Risueño M. Linfangioma quístico cervical en el adulto. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3 (36): 291-296

Resumen	Los linfangiomas o higromas quísticos son tumores benignos e infrecuentes de la infancia con excepcional aparición en la edad adulta. Se localizan de forma preferente a nivel cervicofacial. Se clasifican como tumores vasculares con origen en el sistema linfático. El tratamiento de elección es la cirugía o la escleroterapia, según los casos. Presentamos el caso de un linfangioma cervical en adulto que recibió tratamiento quirúrgico en nuestro servicio.
Palabras clave	Higroma quístico; linfangioma cervical.
Summary	Lymphangiomas or cystic hygromas are benign and infrequent in childhood with exceptional occurrence in adulthood. Preferentially located at cervicofacial. They are classified as vascular tumors arising in the lymphatic system. The treatment of choice is surgery or sclerotherapy. We report the case of a cervical lymphangioma in adults who received surgical treatment in our department.
Keywords	Cystic hygroma, cervical lymphangioma.

Introducción

Los linfangiomas son tumores benignos compuestos por quistes cuya pared es un endotelio que encierra contenido linfático. Se localizan preferentemente a nivel cervicofacial. Alrededor del 50% de los linfangiomas están presentes al nacer y el 90% se diagnostican en los dos primeros años de vida [1,2]

La aparición en la edad adulta es muy poco frecuente y se debe descartar causa adquirida o iatrogénica.

La RMN es la prueba complementaria más eficaz para confirmar el diagnóstico, realizar el estudio de extensión y ayudar a la elección terapéutica, aunque la confirmación definitiva viene dada por la anatomía patológica de la pieza quirúrgica [3].

Descripción

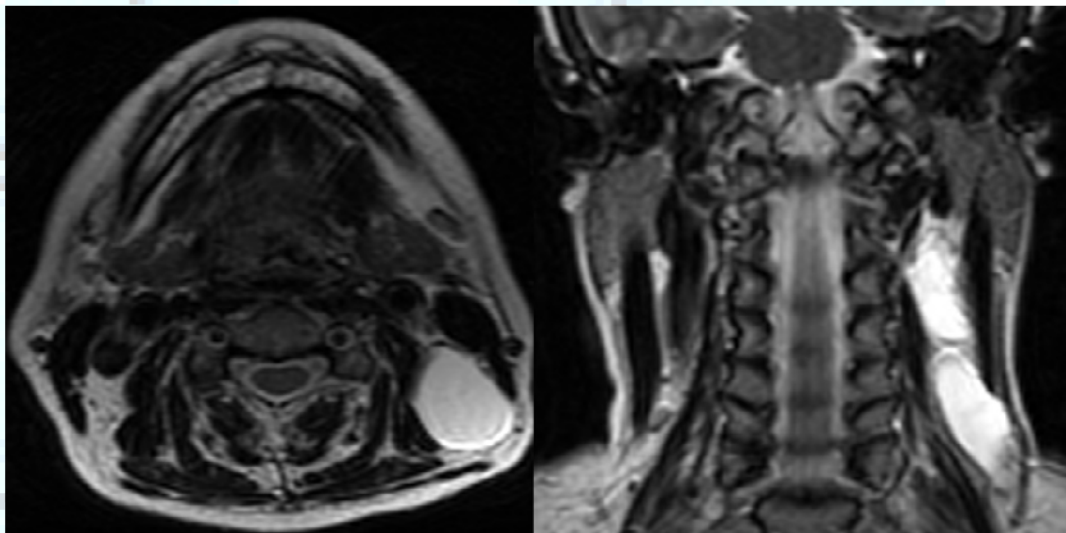
Presentamos el caso de una mujer de 49 años remitida a nuestro servicio por tumoración laterocervical blanda asintomática de unos 4 años de evolución, que en los últimos 6 meses ha ido aumentando progresivamente. La paciente refiere que en ocasiones la lesión varía de tamaño, siendo mayor por la mañana y disminuyendo a lo largo del día.

En la exploración se palpa una tumoración en triángulo cervical posterior de unos 6 cm, de consistencia blanda y elástica que no se adhiere a planos profundos, sin signos de flogosis y no dolorosa a la palpación.

La paciente no presenta antecedentes personales de interés. El resto de la exploración ORL resultó normal.

La RMN describe imagen quística bilobulada que se extiende desde región supraclavicular izquierda por detrás de músculo esternocleidomastoideo, posterior a carótida y yugular izquierdas, hasta región parotídea. Con unas

dimensiones de 11 cm de diámetro craneocaudal 1,8 lateral y 1,5 anteroposterior. Presentó imágenes hiperintensas en T2. (Figuras 1,2)
El resultado de la PAAF es compatible con linfangioma.

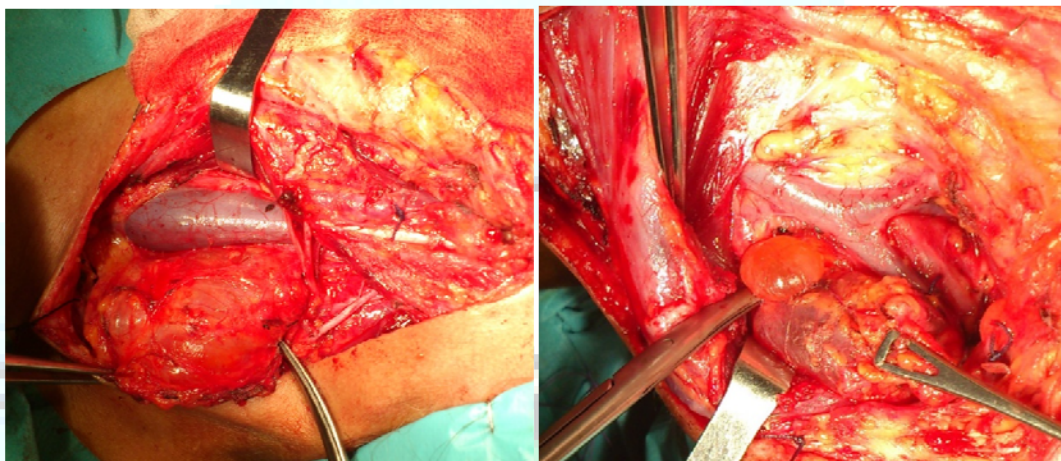


Figuras 1 y 2: RM cervical tras administración de contraste. Se aprecia imagen de semiología quística, con algún tabique en su interior, bilobulada, que se extiende desde la región supraclavicular por detrás del esternocleidomastoideo, posterior a la carótida y yugular izquierdas, las cuales no están infiltradas, hasta región parotídea, mide 11 cm. de diámetro craneocaudal por 1,8 lateral y de 15 anteroposterior

Teniendo en cuenta el aspecto multiquístico de la lesión y su importante extensión, se decidió tratamiento quirúrgico frente a terapias esclerosantes.

Se intervino a la paciente bajo anestesia general. Se realizó cervicotomía externa y se disecaron planos hasta visualizar dos tumoraciones cubiertas de una fina membrana transparente y contenido líquido seroso. Al quiste superior se accedió anteriormente a esternocleidomastoideo (Fig. 3) y al inferior por vía posterior al músculo (Fig. 4). Se consigue la extirpación completa del tumor con preservación de estructuras vasculares, nerviosas y glandurares del cuello. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y se le dió el alta al tercer día. El informe anatopatológico informó sobre las muestras enviadas, fragmento cilíndrico de 5x1 cm. en formol con superficie externa que presenta lobulillos grasos, al corte cavitado. Tumor cervical en formol que mide 6x2 cm. de eje mayor; al corte multicavitado. Se confirmó el diagnóstico de linfangioma quístico.

El tiempo transcurrido desde la intervención hasta el momento actual es de 6 meses, en los cuales la paciente se ha encontrado asintomática. Aunque la escisión quirúrgica de la lesión fue completa macroscópicamente, todavía no podemos descartar la posibilidad de recidiva, por lo que la paciente sigue revisiones periódicas.



Figuras 3 y 4: Imágenes de la intervención donde se objetiva la tumoración bilobulada. En Fig. 3 objetivamos la tumoración quística inferior a nivel de yugular interna, a la cual se accedió por vía retro esternocleidomastoidea y en la Fig. 4 vemos el quiste más superior con varios lóbulos, a nivel de salida del tronco tirolinguofacial y extendiéndose superiormente.

Discusión

Los linfangiomas respecto a la histología pueden considerarse hamartomas, es decir, estructuras anómalas de células normales localizadas en su lugar anatómico habitual. Se clasifican dentro de las anomalías vasculares, por estar constituidas por cavidades revestidas de un endotelio [4].

En la actualidad han pasado a clasificarse según su morfología [2]; microquísticas, los menores de 5 mm y macroquísticas, los superiores a 5 mm. Respecto a la patogenia existen varias teorías [5]:

- secuestro de tejido linfático, que evoluciona por su propia cuenta;
- defecto de fusión con el sistema venoso;
- obstrucción de los vasos linfáticos, causante de su dilatación y acumulación de linfa;

Existen formas infrecuentes del adulto, que posiblemente sean secundarias a un defecto del sistema linfático que se descompensa en condiciones patológicas con un aumento del volumen de linfa (por ejemplo un episodio inflamatorio o traumático) [4].

En los últimos años existen avances a nivel molecular. Varios factores de crecimiento, como prox1, el factor de crecimiento endotelial vascular C (VEGF-C) y su receptor VEGFR-3 son esenciales para el desarrollo del tejido linfático y probablemente estén implicados en la formación de los linfangiomas [5,6,7]. Por tanto, la investigación se orienta hacia los tratamientos antiangiogénesis y a la modulación de los factores de crecimiento.

La presentación clínica más frecuente corresponde a una tumoración cervical aislada asintomática. Es de consistencia blanda, indolora y no inflamatoria. La masa es translucida.

Se puede realizar una punción en caso de duda diagnóstica o con fines descompresivos.

La exploración de referencia es la RM. El aspecto es característico, son

hiperintensos en T2 y la señal es intermedia en T1. Sólo los tabiques se realzan durante la inyección de gadolinio.

El objetivo del tratamiento consiste en suprimir el linfangioma, y evitar secuelas funcionales, ya que es un tumor benigno.

En la actualidad se considera tratamiento de elección la escleroterapia, cuando el tratamiento quirúrgico es difícil. Aunque es menos eficaz que la cirugía, presenta menos efectos secundarios y complicaciones. La cirugía sigue siendo de primera elección si hay lesiones multiquísticas extensas, cuando fracasa la escleroterapia o en las localizaciones que puedan causar dificultad respiratoria durante la escleroterapia.

La escleroterapia se basa en la inyección intraquística de un producto que provoca una reacción inflamatoria y después una fibrosis responsable de su retracción. La sustancia más utilizada en la actualidad es un liofilizado de estreptococos piógenos, cuya virulencia se ha reducido mediante un tratamiento con penicilina: el OK-432 [8,9]. El tratamiento consiste en una o varias inyecciones intralesionales. Se describen como efectos secundarios, inflamación local, febrícula y absceso en el punto de punción.

El alcohol puro también parece ser un producto esclerosante fácil de usar [10]. El tratamiento es igual en niños y adultos.

Conclusiones

El linfangioma quístico, aunque inusual en la edad adulta, debe formar parte del diagnóstico diferencial de los tumores cervicales. La RM confirma el diagnóstico y estudia la extensión, lo que ayuda para orientar la opción terapéutica. En la forma macroquística, sobre todo cervical, se considera que la primera opción terapéutica es la escisión quirúrgica, que debe ser completa para evitar recidivas. Como tratamiento alternativo se consiguen buenos resultados con sustancias esclerosantes.

Bibliografía

1. Giguère CM, Bauman NM, Smith RJ. New treatment options for lymphangioma in infants and children. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2002;111:1066-1075.
2. Bloom DC, Perkins JA, Manning SC. Management of lymphatic malformations. *Curr Op Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;12:500-504.
3. Kennedy T.L., Whitaker M., Pellitteri P., Wood E. Cystic hygroma/lymphangioma: a rational approach to management. *Laryngoscope.* 2001;111:1929-1937
4. McDevitt H, Kubba H, Macara L, Reynolds B, Simpson J. Four cases of congenital airway obstruction: optimising perinatal management. *Acta Paediatr.* 2007;96:1536-154
5. Wiegand S, Eivazi B, Barth PJ, von Rautenfeld DB, Folz BJ, Mandic R, Werner JA. Pathogenesis of lymphangiomas. *Virchows Arch.* 2008;453:1-8
6. Hirakawa S, Hong YK, Harvey N, Schacht V, Matsuda K, Lieberman T,

Detmar M. Identification of vascular lineage-specific genes by transcriptional profiling of isolated blood vascular and lymphatic endothelial cells. *Am J Pathol.* 2003;162:575-586.

7. Huang HY, Ho CC, Huang PH, Hsu SM. Co-expression of VEGF-C and its receptors, VEGFR-2 and VEGFR-3, in endothelial cells of lymphangioma. Implication in autocrine or paracrine regulation of lymphangioma. *Lab. Invest.* 2000; 81:1729-1734

8. Mello-Filho FV, Tone LG, Kruschewsky LS. The use of Picibanil (OK-432) for treatment of lymphangioma in the head and neck. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2002;68:552-556.

9. Rautio R, Keski-Nisula L, Laranne J, Laasonen E. Treatment of lymphangiomas with OK-432 (Picibanil). *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2003;26:31-36,

10. Deveikis JP. Percutaneous Ethanol Sclerotherapy for Vascular Malformations in the Head and Neck. *Arch Facial Plast Surg.* 2005;7:322-325.

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

Caso clínico

Hipoacusia neurosensorial bilateral de predominio en 2000Hz secundaria a la mutación del gen de la Conexina 26

Sensoryneural hearing loss with predominantly fall in 2000Hz secondary to connexin 26 gene mutation

Carmelo Morales-Angulo, Eloy Cortizo-Vázquez, Leticia M Acle-Cervera, Carla Sanchís-Picó, Sandra P Vergara-Pastrana
Servicio de ORL y Patología Cérvico-Facial. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España
k486@humv.es

Recibido: 16/10/2012

Aceptado: 07/12/2012

Publicado: 18/12/2012

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:

Morales-Angulo C, Cortizo-Vázquez E, Acle-Cervera LM, Sanchís-Picó C, Vergara-Pastrana S. Hipoacusia neurosensorial bilateral de predominio en 2000Hz secundaria a la mutación del gen de la Conexina 26. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3 (37): 297-302

Resumen	Las mutaciones en el gen de la conexina 26 dan lugar a hipoacusia neurosensorial prelocutiva de inicio en la infancia, habitualmente de carácter severo/profundo, aunque se han descrito hipoacusias leves o moderadas con algunas mutaciones. Se describe el caso clínico de una niña con una hipoacusia con caída predominantemente en 2000Hz que presentaba una mutación bialélica del gen de la conexina 26 (M34T/N206S). Tras una revisión de la literatura y los hallazgos del caso descrito podemos concluir que los pacientes con hipoacusia neurosensorial prelocutiva con predominio en la frecuencia 2000 Hz precisan descartar la presencia de mutaciones en el gen de la conexina 26, concretamente la mutación M34T.
Palabras clave	hipoacusia neurosensorial; genética; conexina 26.
Summary	Mutations in the connexin 26 gene result in prelocutive sensorineural hearing loss beginning in childhood, usually severe or profound, although it have been reported slight to moderate hearing loss with some mutations. We present the case of a girl who had a hearing loss with predominantly fall in 2000Hz presenting a biallelic mutation in the connexin 26 gene (M34T/N206S). After a review of the findings of our case and in the medical literature we can conclude that patients with prelocutive sensorineural hearing loss in the frequency 2000 Hz require to rule out mutations in the connexin 26 gene like the M34T.
Keywords	sensorineural hearing loss, genetic, connexin 26.

Introducción

La hipoacusia prelocutiva afecta aproximadamente a 1 de cada 1000 niños [1]. Se calcula que el 60% tienen un origen genético, en su mayor parte heredado de forma autosómico recesiva [2]. Por otra parte, las mutaciones en el gen de la conexina 26 (GJB2) constituyen la causa más frecuente de hipoacusia neurosensorial no sindrómica autosómico recesiva, habiéndose estimado que un 18% de los niños con hipoacusia neurosensorial presentan mutaciones bialélicas en el citado gen, y un 12% presentan mutaciones en un solo alelo [2,3,4,5].

La mutación más frecuente del GJB2 asociada a hipoacusia en población europea es la 35delG [2,6], entre judíos Ashkenazi la 167delT [3] y en asiáticos la 235delC [4]. Sin embargo, más de 30 mutaciones diferentes han sido identificadas en dicho gen; algunas de las cuales sin implicación en el desarrollo de hipoacusia [7].

Descripción

Paciente de 6 años de edad cuya familia refiere sospecha de hipoacusia desde los 3 años de edad. Sin antecedentes familiares de hipoacusia ni de patología sindrómica; el embarazo, parto y periodo neonatal cursaron sin incidencias. El desarrollo psicomotor era normal para su edad y no presentaba acúfenos ni mareo. Tampoco refería antecedentes de otitis.

La exploración de cabeza y cuello era normal, no objetivándose signos de patología polimalformativa. En la otoscopia el fondo del tímpano aparecía

retraído con una timpanometría plana. En la audiometría tonal se objetivó una hipoacusia mixta bilateral leve con un componente neurosensorial con caída de predominio en 2000 Hz. Se le diagnosticó una otitis serosa bilateral que fue tratada con corticoides tópicos nasales y antibióticos orales. Tres meses después, tras la desaparición de la otitis serosa, presentaba una audiometría con hipoacusia neurosensorial bilateral leve con predominio en 2000Hz. (Figura 1)

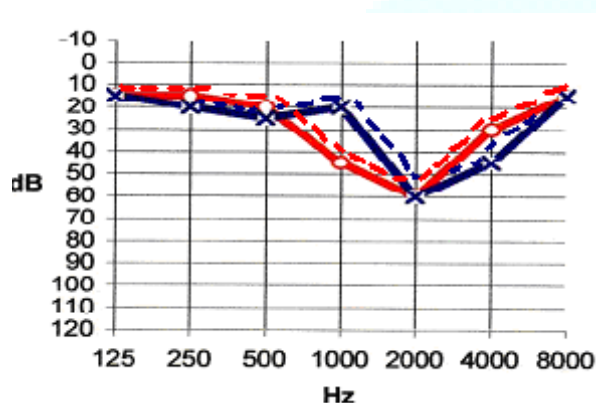


Figura 1. Hipoacusia neurosensorial con predominio para la frecuencia de 2000 Hz

Los potenciales evocados auditivos de tronco (PEAT) mostraban datos sugestivos de hipoacusia neurosensorial moderada, con umbral en 60 db y de origen coclear. La Tomografía computerizada (TC) de hueso temporal fue normal. Las audiometrías realizadas cada 6 meses durante dos años de seguimiento no demostraron progresión de la hipoacusia. El estudio audiométrico realizado a los padres fue normal. Tras la obtención de un consentimiento informado, se realizó un estudio genético tanto a los padres como a la niña siguiendo la metodología descrita por Gallo y Cols. [15]. En la paciente se detectó la mutación M34T/N206S en el gen de la conexina 26, siendo la madre portadora heterocigota de la mutación M34T y presentando el padre la mutación N206S también en heterocigosis.

El diagnóstico final fue de Hipoacusia neurosensorial secundaria a la mutación M34T/N206S del gen de la conexina 26, no siendo susceptible de tratamiento médico o quirúrgico. Durante 4 años de seguimiento no se han objetivado cambios audiométricos.

Discusión

La relación causal entre la asociación de mutaciones en la secuencia del gen de la conexina 26 que aparece en pacientes con hipoacusia neurosensorial no sindrómica, y el fenotipo auditivo de los pacientes afectados, se basa en criterios standard. Estos criterios incluyen la segregación de las mutaciones, su ausencia en controles, la aparición de efecto predicho en la función de la

proteína y los datos derivados del análisis funcional [8].

Aunque la implicación de mutaciones como la 35delG del GJB2 como gen recesivo causante de hipoacusia neurosensorial está claramente demostrado, no ocurre lo mismo con otras mutaciones del gen GJB2 como la M34T en la que los resultados aportados por publicaciones previas son contradictorios. Inicialmente la mutación M34T fue propuesta como una mutación dominante tras el análisis de una familia con queratosis palmoplantar, y posteriormente, tras otros estudios de los miembros familiares, se demostró que la asociación de la mutación M34T con hipoacusia profunda solo aparecía cuando estaba asociada a una mutación dominante de la GJB2, la D66H [16,17]. El hallazgo del alelo M34T en pacientes con audición normal sugiere que la variante de la secuencia no actúa como dominante. Sin embargo, la asociación de M34T en heterocigosis compuesta con hipoacusia neurosensorial no sindrómica sugeriría un modo de acción recesivo [13,18,19]. Son escasos los audiogramas ilustrados en trabajos previos sobre pacientes con la mutación M34T. Houseman y cols. [8] publicaron la audiometría de un paciente homocigoto para la mutación M34T con una caída en todas las frecuencias, y al igual que en nuestro caso, con un predominio en 2000 Hz. Cucci y cols. [19] publicaron los audiogramas de 11 pacientes con hipoacusia neurosensorial autosómico recesiva, que presentaban la mutación M34T en al menos uno de los alelos del GJB2, tres de cuales presentaban también un predominio en la frecuencia de 2000 Hz., siendo uno de ellos portador de la mutación M34T/M34T, otro portador de la mutación M34T en heterocigosis, sin encontrarse otra mutación de la conexina 26 en el otro alelo, y el tercero la M34T/V95M. Sin embargo, en un artículo sobre el perfil audiométrico de 54 pacientes con hipoacusia neurosensorial y mutaciones en el gen de la conexina 26, en la que no apareció ninguno con la mutación M34T, en ningún caso se encontró un perfil auditivo con caída en 2000 Hz [6]. Esto podría hacer pensar que la presencia de la mutación M34T, tanto en homocigosis como en heterocigosis compuesta con determinadas mutaciones en el otro alelo de la conexina 26, como la de nuestro trabajo (N206S), podría desencadenar hipoacusia neurosensorial leve/moderada, con un porcentaje significativo de casos con predominio en esta frecuencia. Según los resultados obtenidos en los PEAT, en nuestra paciente el lugar de la lesión se encuentra a nivel coclear, sin demostrarse malformaciones en la TC del hueso temporal. La mutación N206S ha sido descrita en 2 pacientes con hipoacusia neurosensorial en heterocigosis compuesta con la mutación 35delG en el otro alelo de la conexina 26, y en otro paciente también con hipoacusia en heterocigosis aislada. Dado que no ha sido descrito ningún caso en la literatura de hipoacusia neurosensorial en pacientes con la mutación M34T/N206S, se precisan otros estudios de pacientes con muescas audiométricas en 2000 Hz, o con predominio en la misma, para confirmar estos datos.

La mutación M34T en los alelos del GJB2 produce un cambio del aminoácido metionina por tirosina en la posición 34 de la secuencia de aminoácidos. Se ha encontrado que esta mutación es frecuente en el Reino Unido, Irlanda y Alemania [8,9]. No está claro el papel que juega esta mutación en la génesis de hipoacusia neurosensorial. Para algunos autores, la mutación M34T de la conexina 26 no constituye un alelo mutante recesivo causante de DFNB1

[10,11], dado que se han descrito pacientes con audición normal que presentaban la mutación M34T en heterocigosis compuesta con la mutación 35delG en el otro alelo [12] y la 167delT [10]. Sin embargo, en otros estudios se sugiere que el alelo M34T podría actuar como un gen recesivo de sordera, cuando se presenta en homocigosis, o en heterocigosis compuesta con otras mutaciones del GJB2 [8,13]. La mutación N206S del GJB2 ha sido descrita en heterocigosis en varios pacientes con hipoacusia neurosensorial, sin descripción de los hallazgos audiométricos [5,14].

Conclusiones

En pacientes con hipoacusia neurosensorial prelocutiva, de predominio en 2000 Hz., debe sospecharse la presencia de la mutación M34T en el gen GJB2 (conexina 26).

Bibliografía

1. Morales-Angulo C, Alvaro Gonzalez de Aledo, Bonilla C, Mazón A. Programa de detección precoz de hipoacusia en neonatos en Cantabria. Resultados del primer año de funcionamiento. Acta Otorrinolaring Esp 2003;54:475-82.
2. Estivill X, Fortina P, Surrey S, Rabionet R, Melchionda S, D'Aguma, et al. Connexin-26 mutations in sporadic and inherited sensorineural deafness. Lancet 1998;351:394-398.
3. Men are Morell RJ, Kim HJ, Hood LJ, Goforth L, Friderici K, Fisher R, et al. Mutations in the connexin 26 gene (GJB2) among Ashkenazi Jews with nonsyndromic recessive deafness. N Engl J Med 1998;339:1500-1505.
4. Kudo T, Ikeda K, Kure S, Matsubara Y, Oshima T, Wanatabe K, et al. Novel mutations in the connexin 26 gene (GJB2) responsible for childhood deafness in the Japanese population. Am J Med Genet 2000;90:141-145.
5. Kenna MA, Wu BL, Cotanche DA, Korf BR, Rehm HI. Connexin 26 studies in patients with sensorineural hearing loss. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127:1037-1042.
6. Denoyelle F, Marlin S, Weil D, Moatti L, Chauvin P, Garabédian E-N, Petit C. Clinical features of the prevalent form of childhood deafness, DFNB1, due to a connexin-26 gene defect: implications for genetic counselling. Lancet 1999;353:1298-1303.
7. Van Camp G and Smith JR: Hereditary hearing loss home-page. <http://hgins.uia.ac.be/dnalab/hhh/> 2002.
8. Houseman MJ, Ellis A, Pagnamenta A, Di W, Rickard S, Osborn AH. Genetic analysis of the connexin-26 M34T variant identification of genotype

M34T/M34T segregatin with mild-moderate non-syndromic sensorineural hearing loss. *J Med Genet* 2001;38:20-25.

9. Zoll B, Petersen L, Lange K, Gabriel P, Kiese-Himmel C, Rausch P, et al. Evaluation of Cx26/GJB2 in german hearing impaired persons: mutation spectrum and detection of disequilibrium between M34T (c.101T>C) and -493del10. *Hum Mut* 2003;21:98.

10. Griffith AJ, Chowdhry AA, Kurima K, Hood LJ, Keats B, Berlin CI, et al. Autosomal recessive nonsyndromic neurosensory deafness at DFNB1 not associated with the compound-heterozygous GJB2 (connexin 26) genotype M34T/167delT. *Am J Hum Genet* 2000;67:745-749.

11. Griffin AJ. Genetic anlysis of the connexin-26 M- Δ Tvariant. *J Med Genet* 2001;38:E24.

12. Marlin S, Garabédian D-N, Roger G, Moatti L, Matha N, Lewin P, et al. Connexin 26 gene mutation in congenitally deaf children:pitfalls for genetic counselling. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;127:927-933.

13. Wilcox SA, Saunders K, Osborn AH, Arnold A, Wunderlich J, Kelly T, et al. High frequency hearing loss correlated with mutations in the GJB2 gene. *Hum Genet* 2000;106:399-405.

14. Wu BL, Lindeman N, Lip V, Adams A, Amato RS, Cox G, et al. Effectiveness of sequencing connexin 26 (GJB2) in cases of familiar or sporadic childhood deafness referred for molecular diagnostic testing. *Genet Med* 2002;4:279-288.

15. Gallo-Terán J, Morales-Angulo C, Del Castillo I, Villamar M, Moreno-Pelayo MA, Garcia-Mantilla J, Moreno F. Incidencia de las mutaciones A1555G en el ADN mitocondrial y 35delG en el gen GJB2 (conexina 26) en familias con hipoacusia neurosensorial postlocutiva no sindrómica en Cantabria. *Acta Otorrinolaring Esp* 2002;53:563-571.

16. Kelsell DP, Dunlop J, Stevens HP, Lench HJ, Liang JN, Parry G, et al. Connexin 26 mutations in hereditary non-syndromic sensorineural deafness. *Nature* 1997;387:80-83.

17. Kelsell DP, Wilgoss AL, Richard G, Stevens HP, Munro CS, Leigh IM. Connexin mutations associated with palmoplantar keratoderma and profound deafness in a single family. *Eur J Hum Genet* 2000;8:141-144.

18. Kelley PM, Harris DJ, Comer BC, Askew JW, Fowler T, Smith SD, et al. Novel mutations in the connexin 26 gene (GJB2) that cause autosomal recessive (DFNB1) hearing loss. *Am J Hum Genet* 1998;62:792-799.

19. Cucci RA, Prasad S, Kelley PM, Green GE, Storm K, Willocx S, et al. The M34T allele variant of connexin 26. *Genetic Testing* 2000;4:335-344.

Normas para la publicación de artículos.**Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja.**

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja es una publicación electrónica continua de acceso libre (Open Access) de ámbito y distribución mundial destinada a la publicación de artículos sobre Otorrinolaringología y áreas relacionadas tanto clínicas como experimentales (ciencias básicas, audición, lenguaje, gestión).

La revista está indexada en los repositorios DOAJ, DIALNET, e-Revistas y Latindex.

El acceso abierto a los textos completos está en: <http://www.revistaorl.com>.

Contenido

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja consta de los siguientes contenidos:

Editorial	Artículo breve remitido por el Director de la revista u otro miembro del Consejo Editorial sobre algún tema de actualidad o de interés conceptual.
Artículo original	Artículos de investigación básica, experimental o clínica. Estudios de series de casos con elaboración estadística. Metaanálisis.
Caso clínico	Si incluyen hasta 6 casos clínicos descriptivos. Las series de casos con contenido exclusivamente descriptivo se incluirán en este apartado
Artículo de revisión	Revisiones bibliográficas sistemáticas sobre un tema.
Técnica quirúrgica	Descripción de una técnica operatoria
Imagen comentada	Incluye hasta 4 imágenes comentadas de un mismo caso clínico o sobre un mismo tema
Carta al Director	Comentario breve sobre algún artículo publicado en la revista. Incluirá en la bibliografía el artículo comentado.
Suplemento	Se publicarán como suplemento: monografías, libros, tesis doctorales, guías, protocolos y manuales. El Consejo Editorial podrá encargar la elaboración de documentos a un autor o grupo de trabajo que se publicarán como suplemento.

Remisión de manuscritos

Los manuscritos destinados a su publicación se remitirán por correo electrónico al Director de Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja a la dirección: envíos@revistaorl.com

En el correo electrónico se hará referencia al título del artículo, una breve presentación de su interés en su publicación y a que no hay conflicto de intereses entre sus autores.

En el caso de ensayos clínicos debe aportarse la documentación correspondiente de la autorización por el Comité de Ética del centro hospitalario o de investigación correspondiente.

Los artículos con fotografías que incluyan pacientes que potencialmente pudieran ser identificados deben acompañarse del documento que refleje expresamente que dichas imágenes fueron obtenidas y se publican con consentimiento del paciente.

Presentación de los manuscritos

1. Los trabajos deben ser inéditos, no haberse enviado simultáneamente a otras revistas ni estar aceptados para su publicación.

En el caso de que se hayan publicado debe indicarse expresamente en el texto e incluir la cita bibliográfica.

2. Extensión, número de figuras y tablas máximos permitidos. No hay límites. No obstante en la tabla se recogen algunas orientaciones para los autores:

	Palabras	Figuras	Tablas	Referencias bibliográficas
Editorial	1000	0	0	0
Artículo original	5000	6	6	60
Caso clínico	3000	3	3	25
Artículo de revisión	7000	6	6	80
Técnica quirúrgica	2000	3	3	5
Imagen comentada	2000	3	3	5
Carta al Director	500	0	0	5
Suplemento	20000	Sin límite	Sin límite	Sin límite

3. Para la redacción de los trabajos, los autores pueden utilizar como guía los Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org>) elaborados por el Grupo de Vancouver con acceso disponible desde la web de la revista (www.revistaorl.com, en la página de NORMAS)

4. Los artículos deben redactarse en la plantilla original en formato Word rtf correspondiente disponible en la web (www.revistaorl.com).

El manuscrito debe enviarse en un único documento con las tablas y figuras insertadas en el texto en su posición definitiva. No deben enviarse archivos adjuntos.

El manuscrito debe tener el formato final para ser publicado.

5. El Comité Editorial decidirá la clasificación final del artículo.

Estructura del manuscrito

El manuscrito consta básicamente de:

Título	En español e inglés
Autores	Nombre y apellidos (unidos por guión)
Centro de trabajo o institución	Centro de trabajo. Institución.
Contacto	Enlace de correo electrónico del primer firmante. Este enlace será público en el artículo
Declaración de conflicto de intereses	Declaración expresa de que no hay conflicto de intereses.
Resumen en castellano	Máximo 250 palabras.
Palabras clave en castellano	Máximo 6 palabras separadas por “;” Preferentemente términos MeSH.
Resumen en inglés	Con el título en inglés en el encabezado
Palabras clave en inglés	Máximo 6 separados por “;”
Texto	Estructurado en introducción, material y método , resultados, discusión y bibliografía (además de referencias relacionadas)
Tablas	Las tablas figurarán numeradas con números arábigos según el orden de aparición en el texto. Deben ser mencionadas en el texto. Deben tener un encabezado breve que explique el objeto de la tabla. El contenido de la tabla debe ser entendido por el lector sin necesidad de leer el texto y la información no debe ser redundante en el texto. El número de tabla y su explicación deben situarse en la cabecera de la tabla.
Figuras	Numeradas por orden de citación en el texto con números arábigos. Debe contener un pie de figura con un texto breve que explique el objeto de la figura. El número de figura y su explicación deben situarse al pie de la figura.
Introducción	Motivación, justificación y objetivo del trabajo
Material y Método Pacientes y Método	En los casos clínicos se hará descripción del caso o casos clínicos. En los trabajos de investigación se hará referencia al diseño del estudio y los métodos de evaluación estadística, poder y los grados de significación estadística. En los artículos de revisión se incluye la metodología seguida en la revisión bibliográfica.
Resultados	Resumidos, evitando repetir la información ya detallada en tablas o figuras.
Discusión	No deben figurar conceptos no reflejados previamente en introducción o resultados.
Conclusiones	
Agradecimiento	A personas o instituciones
Bibliografía	El número de referencia en el texto debe aparecer entre corchetes [] por orden de aparición en el texto. Es importante citar fuentes bibliográficas españolas. En caso de haber publicaciones relacionadas en

	<p>Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja estas referencias han de citarse.</p> <p>Para las citaciones bibliográficas se utilizarán las normas Vancouver (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (http://www.icmje.org)).</p> <p>El nombre de la revista figurará en su forma abreviada. A continuación el año, volumen, número y página inicial y final del artículo.</p>
Referencias relacionadas	<p>Incluye bibliografía relacionada con el artículo con el título y el enlace web de acceso directo entre paréntesis. Puede incluir citas de artículos no citados en la bibliografía. Estos artículos no tienen referencia en el texto ni van numerados</p>

Abreviaturas: Pueden emplearse abreviaturas en el texto. Deben definirse en el texto la primera vez que se mencionen. Las abreviaturas de las unidades de medida serán las recomendadas en Rev Esp Cardiol. 2004;57:538-56.

Formato del texto: Letra Arial de 12 puntos. El texto ha de escribirse en texto natural en minúscula evitando párrafos sólo en mayúsculas.

Formato de las citas bibliográficas:

Se seguirán las normas de Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org>)^{1, 2}

Las normas tienen acceso directo desde la web de la revista (www.revistaorl.com) en NORMAS³.

Ejemplos para las citas bibliográficas:

Cita de un artículo:	Gautam P, Gaul T, Luthra N. Prediction of difficult mask ventilation. Eur J Anaesthesiol. 2005; 22:638-640.
Si artículo tiene más de 6 autores se citarán los 6 primeros seguido de "et al."	Timmermann, W; Dralle, H; Hamelmann, W; Thomusch, O; Sekulla, C; Meyer, Th, et al. Reduziert das intraoperative Neuromonitoring die recurrensparese rate bei Schilddrüsenoperationen?. Zentralbl Chir. 2002. May;127:395-399.
Citación de un libro:	Stokes, M: Fisioterapia en la rehabilitación neurológica. Elsevier. 2ª Ed. 2004. Cap. 9; pp. 167-170.
Capítulo de libro:	Jaggi, A.; Birch, R.; Dean, L.; Johnson, K.; Tripp, S: Lesiones de los nervios periféricos. En: Stokes, M: Fisioterapia en la rehabilitación neurológica. Elsevier. 2ª Ed. 2004. Cap. 9; pp. 167-170.
Artículo electrónico:	Cernea CR, Brandão LG, Hojaj FC, De Carlucci D Jr, Brandão J, Cavalheiro B, et al. Negative and positive predictive values of nerve monitoring in thyroidectomy. Head Neck. 2011; Mar 16: [5 p.]. doi: 10.1002/hed.21695. (acceso 29/12/2011).
Ejemplo 2:	Riera, A, Trinidad Pinedo, J. Radical Neck Dissection. En: http://www.emedicine.com/ent/TOPI502.HTM . Aug 15, 2007.

¹ [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication](http://www.icmje.org/urm_full.pdf) (In: http://www.icmje.org/urm_full.pdf)

² Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas. Rev. Esp. Salud Publica [serial on the Internet]. 1997 Mar [cited 2011 Dec 25]; 71(2): 89-102. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57271997000200002>.

³ [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication](http://www.icmje.org/urm_full.pdf)

[Requisitos de uniformidad](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200002&lng=en) (enlace a Scielo)

[Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200002&lng=en)

Proceso del manuscrito

1. Recepción del manuscrito.

Los manuscritos son recibidos por el director de la revista.

A cada manuscrito se le asigna un número que facilitará su identificación durante el proceso de evaluación.

2. Evaluación del manuscrito. Evaluadores externos. Evaluación por pares.

El director realiza una primera evaluación de las características formales del trabajo y puede remitirlo a sus autores para que el manuscrito se ajuste a las normas.

El manuscrito anónimo es enviado a un evaluador externo al Consejo Editorial y a un evaluador del Comité Editorial.

El manuscrito está accesible en la web del Comité Editorial.

Para ayudar a la evaluación se utiliza la guía de evaluación disponible en la web del Comité Editorial.

Se procura que el tiempo de evaluación no exceda de 8 días aunque puede prorrogarse según la complejidad del artículo.

Los resultados de la evaluación, las observaciones y las correcciones que hubieran de hacer los autores cada evaluador las recoge en el formulario de la guía de evaluación que a su vez es remitido a los autores.

El plazo de tiempo para realizar las correcciones se procura que no exceda de 8 días aunque es prorrogable según la complejidad del trabajo. Una vez realizadas las correcciones el manuscrito se reenvía al evaluador que debe decidir si se han realizado las correcciones según sus sugerencias.

3. Aceptación o rechazo. Realizada la evaluación, los evaluadores orientarán hacia la aceptación o rechazo del trabajo. El director decidirá la aceptación o rechazo según las observaciones de los evaluadores. El director podrá solicitar a los autores aclaraciones los aspectos que convenga. El director podrá solicitar la reevaluación del manuscrito por otros miembros del Consejo Editorial o por expertos externos.

Los manuscritos han de cumplir las características formales para ser publicados.

El director comunicará por correo electrónico la aceptación o rechazo del trabajo para su publicación.

4. Publicación. El director comunicará por correo electrónico, al autor de contacto la publicación del artículo y la reseña bibliográfica.

Responsabilidades éticas

1. Conflicto de intereses. En el manuscrito ha de dejarse constancia de que no hay conflicto de intereses.
2. Declaración de las fuentes de financiación si las hubiera.
3. Declaración de los patrocinios si los hubiera
4. Artículos originales de investigación: deben ajustarse a la Ley de Investigación Biomédica (Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica).
5. En artículos derivados de estudios de experimentación humana, ensayos clínicos: Documento certificado del Comité de Ética del centro hospitalario. En estudios multicéntricos debe acompañarse certificado de cada centro.
6. Consentimiento informado. En caso de fotografías que pudieran identificar al paciente o menores de edad ha de acompañarse documento firmado por los autores indicando que la documentación se ha obtenido y se publica con consentimiento del paciente o de su representante legal.
7. Experimentación con animales. Declaración expresa de ajustarse al Real Decreto 1201/2005, de 10 de octubre, sobre protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos.
En el apartado PLANTILLAS de la web de la revista (www.revistaorl.com) se incluyen los documentos correspondientes.
8. Confidencialidad. Durante el proceso de evaluación, aceptación y publicación, Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja garantiza la confidencialidad en el manejo de la información. Durante todo el proceso la relación del director con los autores será personalizada.
9. Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja se adherirá a cualquier recomendación o legislación en materia de comunicación científica que establezca la Unión Europea.

Derechos de propiedad

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja es una revista en acceso abierto (Open Access).

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja se adhiere a los criterios Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 España (CC BY-NC-ND 3.0).

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja adquiere los derechos de distribución y reproducción desde la recepción del trabajo.

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja aloja sus contenidos en la web: <http://www.revistaorl.com>.

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja puede ceder derechos para incluir sus contenidos completos en otros repositorios institucionales.

Los autores pueden disponer de una copia post-publicación (post-print) para su inserción en repositorio institucional o web personal inmediatamente después de su publicación haciendo mención de la cita bibliográfica original.

RESUMEN

Recomendaciones para los autores.

Remisión del manuscrito: por correo electrónico a envios@revistaorl.com

Formato: en la plantilla original correspondiente disponible en la web www.revistaorl.com (PLANTILLAS)

Texto: Arial 12 puntos. Evitar párrafos completos en mayúsculas.

Formato: Word rtf

Artículo en un solo documento con las tablas y figuras insertadas en el texto.

Bibliografía: numeración por orden de aparición en el texto. Formato Vancouver.



Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios

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

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

Director:

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Javier Martínez Subías (Soria)

Pablo Casas Rodera (León)

Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)

María Jesús Velasco García (Ávila)

Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)

José Luis Alonso Treceño (Palencia)

Comité Externo Nacional:

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)

Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)

Luis Lassaleta Atienza (Madrid)

Francisco García Purriños (Murcia)

José Luis Llorente Pendás (Asturias)

Constantino Morera Pérez (Valencia)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

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

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Resúmenes de comunicaciones

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

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

Publicado:
17/06/2012

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

Referencia del artículo:

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

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

Resumen

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

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

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

Summary

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

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

Índice

página

Resúmenes de las comunicaciones orales	4-16
---	-------------

- COMPENSACIÓN VESTIBULAR Y NORMALIZACIÓN DEL REFLEJO VESTIBULO-OCULOMOTOR TRAS LA CIRUGÍA DEL SCHWANOMA VESTIBULAR.
- ANESTESIA EN ORL. ACTUALIZACIÓN Y REVISIÓN.
- ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA VALORADA EN LA UNIDAD DE FONIATRÍA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2012.
- CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EN CABEZA Y CUELLO CON COLGAJOS LIBRES.
- TONSILOLITO PALATINO GIGANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.
- AUSENCIA CONGENITA BILATERAL DEL ESTRIBO. A PROPÓSITO DE UN CASO
- REHABILITACIÓN AUDITIVA CON IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS (BAHA) EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID, NUESTRA EXPERIENCIA
- IMPLANTES COCLEARES BILATERALES EN POBLACIÓN INFANTIL: ADQUISICIÓN DE LA BINAURALIDAD.
- ANÁLISIS DE VOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A TIROIDECTOMÍA.
- CIERRE ENDOSCÓPICO DE FISTULAS LCR. Nuestra experiencia
- COLESTEATOMA PRIMARIO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
- CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PEDIÁTRICA (PRESS) PARA LA RINOSINUSITIS
- INESTABILIDAD Y FLUCTUACIÓN CÓCLEOVESIBULAR SECUNDARIO A UNA HIDROCEFALIA
- BARBARISMOS Y TÉRMINOS ERRÓNEOS EN EL LENGUAJE MÉDICO

Resúmenes de los pósters	17-32
---------------------------------	--------------

- PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR EN BASE DE LENGUA
- SÍNDROME DE EAGLE. A PROPÓSITO DE UN CASO
- PAROTIDITIS RECURRENTE JUVENIL. SERIE DE CASOS
- LINFOMA PRIMARIO BILATERAL DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA
- TIROPLASTIA TIPO I DE ISSHIKI MODIFICADA. COMO LO HACEMOS.
- DISNEA SEVERA POR PÓLIPO GIGANTE ANTROCOANAL
- PARÁLISIS RECURRENTE IZQUIERDA SECUNDARIA A ANEURISMA DEL CAYADO AÓRTICO
- HALLAZGO CASUAL DE GRAN TUMORACION PARAFARÍNGEA EN PACIENTE CON ADENOMA PARATIROIDEO.
- EVALUACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE CORNETES CON RADIOFRECUENCIA.
- PROPTOSIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LINFOMA NO HODKING EN EL MARCO DE INMUNOSUPRESIÓN POST-TRASPLANTE
- FÍSTULA AV EPICRANEAL POSTRAUMÁTICA Y TRATAMIENTO ESCLEROSANTE LOCAL. CASO CLÍNICO
- HIPOACUSIA Y MALFORMACIÓN DE OÍDO INTERNO
- HIPOACUSIA SÚBITA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE
- HETEROGENEIDAD EN LA CLÍNICA AUDITIVA EN PACIENTES CON MUTACIÓN EN EL GEN COL 1A1 (OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA)
- BOCIO ENDOTORÁCICO: ¿TRAQUEOTOMÍA?
- ESPACIO PTERIGOIDEO: CURIOSA LOCALIZACIÓN DE ADENOMA PLEOMORFO
- CILINDROMA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. ABORDAJE QUIRÚRGICO
- SIALOADENITIS CRÓNICA ESCLEROSANTE (TUMOR DE KÜTTNER). A PROPÓSITO DE UN CASO



Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

CONGRESO 2012. LOGROÑO 25-26 de mayo.



Comunicaciones orales

COMPENSACIÓN VESTIBULAR Y NORMALIZACIÓN DEL REFLEJO VESTIBULO-OCULOMOTOR TRAS LA CIRUGÍA DEL SCHWANOMA VESTIBULAR.

ANGEL BATUECAS CALETRÍO(*), ANGEL MUÑOZ HERRERA(*), SANTIAGO SANTA CRUZ RUIZ(*), ANGEL MAILLO(**), PABLO SOUSA(**), ALVARO OTERO(**)

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

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

abatuc@yahoo.es

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

nachoarm80@hotmail.com**Resumen**

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

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

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

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

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

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

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

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

Médico Foniatra. Hospital Virgen Concha del CAZA, Zamora.

esantosp@saludcastillayleon.es**Resumen**

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

Material y Métodos: Se elabora un estudio estadístico.

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

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

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

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

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

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

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

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

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA EN CABEZA Y CUELLO CON COLGAJOS LIBRES.

TERESA COLLAZO LORDUY

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

tcollazolorduy@gmail.com**Resumen**

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

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

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

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

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

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

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

TONSILOLITO PALATINO GIGANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

Licenciado Especialista en ORL.

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

reyfj@hotmail.com

Resumen

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

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

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

Palabras clave: tonsilolito; amígdala; cálculo

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

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

Hospital General Yagüe de Burgos

crisibi82@hotmail.com**Resumen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicio ORL-PCF Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

jtavarez98@yahoo.es**Resumen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resumen

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

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

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

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

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

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

ANÁLISIS DE VOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A TIROIDECTOMÍA.

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

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

teresita_00@hotmail.com

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Tiroidectomía; análisis de voz; análisis acústico

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

CIERRE ENDOSCOPICO DE FISTULAS LCR. Nuestra experiencia

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

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

jsp002@gamil.com

Resumen

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

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

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

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

Palabras clave: Rinolicuorrea; LCR; Cirugía endoscópica nasosinusal

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

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

SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA- HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA DE ZAMORA

kikekoska@yahoo.es**Resumen**

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

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

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

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

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

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

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

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PEDIÁTRICA (PRESS) PARA LA RINOSINUSITIS

<i>Pablo Crespo Escudero</i>

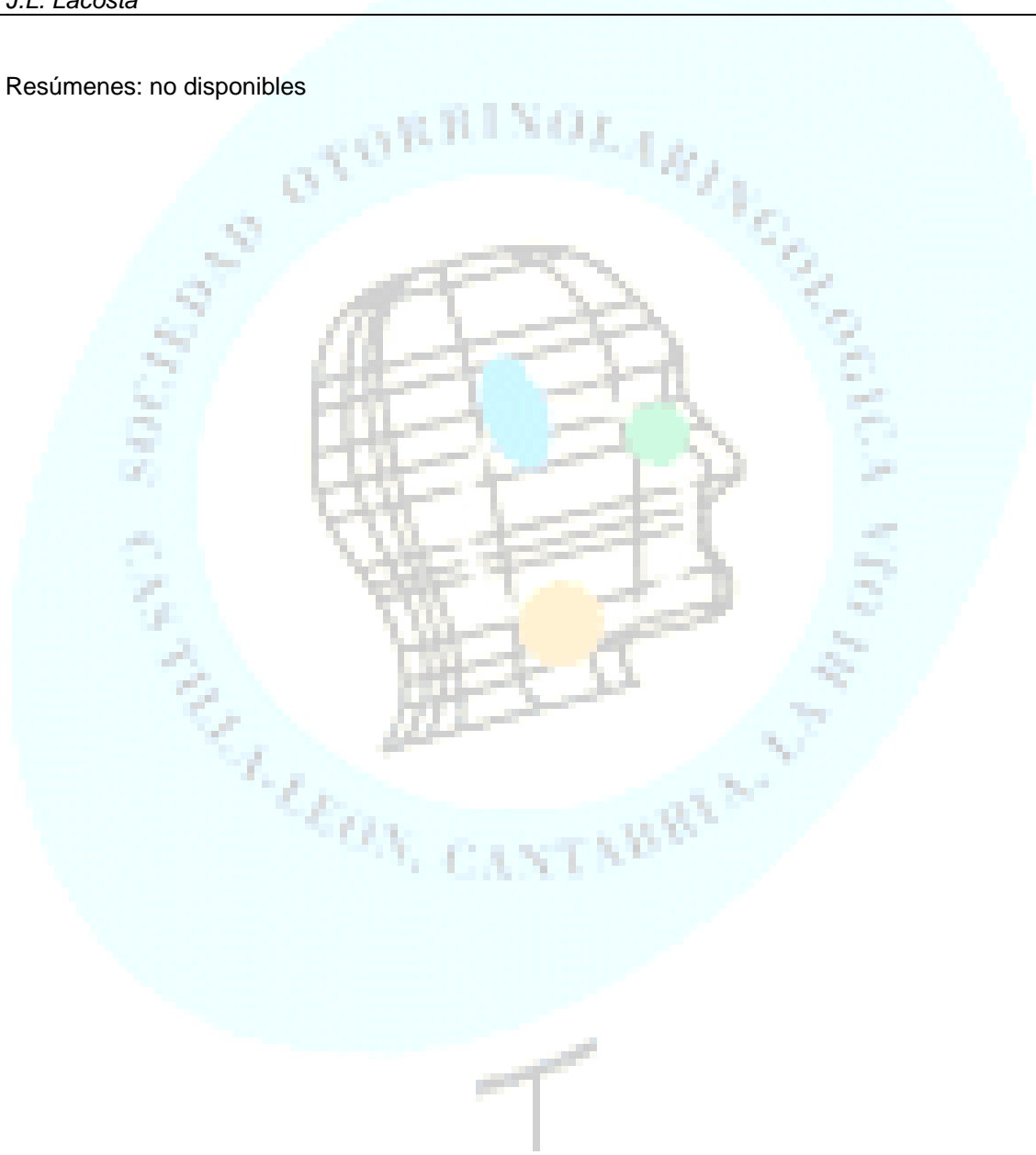
INESTABILIDAD Y FLUCTUACIÓN CÓCLEOVESIBULAR SECUNDARIO A UNA HIDROCEFALIA
--

<i>E. Martín, C. Zschaeck</i>

BARBARISMOS Y TÉRMINOS ERRÓNEOS EN EL LENGUAJE MÉDICO
--

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

Resúmenes: no disponibles





Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

CONGRESO 2012. LOGROÑO 25-26 de mayo.



Comunicaciones pósters

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR EN BASE DE LENGUA

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

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

susanamedicina@gmail.com

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital General Yagüe- Burgos

crisibi82@hotmail.com**Resumen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL GENERAL YAGÜE DE BURGOS

jpersa@hotmail.com**Resumen**

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

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

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

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

Se trataron con antiinflamatorios con respuesta completa.

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

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

Palabras clave: parotiditis, tumefacción, serología, tratamiento

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

LINFOMA PRIMARIO BILATERAL DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA

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

Servicio ORL Hospital Clínico Universitario de Valladolid

* Servicio Anatomía Patológica Hospital Clínico Universitario de Valladolid

edumen2@gmail.com

Resumen

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

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

Se realiza parotidectomía superficial derecha.

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

Resultado anatomopatológico: linfoma B folicular grado 2 multifocal.

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

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

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

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

Palabras clave: Linfoma; Parótida

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

TIROPLASTIA TIPO I DE ISSHIKI MODIFICADA. COMO LO HACEMOS.

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

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

machezegarra@hotmail.com

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISNEA SEVERA POR PÓLIPO GIGANTE ANTROCOANAL

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

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

susanamedicina@gmail.com

Resumen

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

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

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

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

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

Palabras clave: Pólipo antrocoanal; disnea severa

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

PARÁLISIS RECURRENCIAL IZQUIERDA SECUNDARIA A ANEURISMA DEL CAYADO AÓRTICO

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

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

machezegarra@hotmail.com**Resumen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicio ORL-PCF Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

jtavarez98@yahoo.es**Resumen:**

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

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

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

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

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

EVALUACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE CORNETES CON RADIOFRECUENCIA.

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

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

teresita_00@hotmail.com

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Hipertrofia de cornetes; radiofrecuencia

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

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

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

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

**Servicio de radiodiagnóstico del HUMV

***Servicio de anatomía patológica del HUMV

kiara_onil@hotmail.com

Resumen

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

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

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

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

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

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

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

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

FÍSTULA AV EPICRANEAL POSTRAUMÁTICA Y TRATAMIENTO ESCLEROSANTE LOCAL. CASO CLÍNICO

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

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

dr.michael_bauer@hotmail.com

Resumen

Introducción: Fístulas arteriovenosas del cuero cabelludo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HIPOACUSIA Y MALFORMACIÓN DE OÍDO INTERNO

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

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

faragullar@hotmail.com

Resumen

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: hipoacusia, malformación, CAI.

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

HIPOACUSIA SÚBITA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Acle Cervera L., García Zornoza R., Cortizo

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

Servicio de Otorrinolaringología.

*Servicio de Neurofisiología.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

leticia_acle@hotmail.com**Resumen**

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

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

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

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

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

Palabras clave: Esclerosis Múltiple; primera manifestación; hipoacusia súbita

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

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

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

Servicio de Otorrinolaringología.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

leticia_acle@hotmail.com**Resumen**

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

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

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

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

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

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

Palabras clave: Osteogénesis imperfecta, heterogeneidad auditiva, mutación COL1A1

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

BOCIO ENDOTORÁCICO: ¿TRAQUEOTOMÍA?

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

ESPACIO PTERIGOIDEO: CURIOSA LOCALIZACIÓN DE ADENOMA PLEOMORFO

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

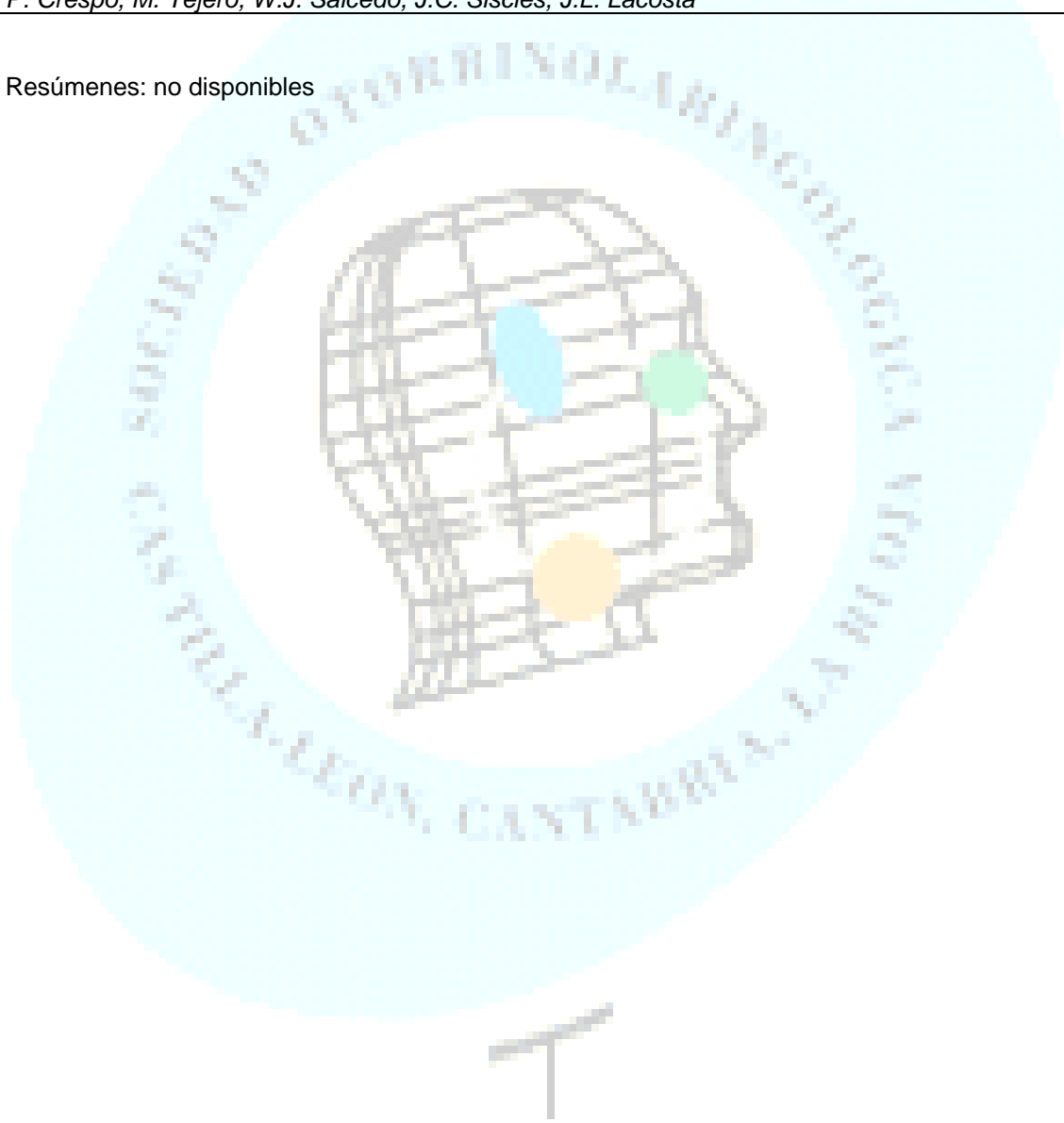
CILINDROMA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. ABORDAJE QUIRÚRGICO

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

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

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

Resúmenes: no disponibles



2012. Vol. 3