

LIBRO DE ABSTRACTS SVORL-CCC

XVI CONGRESO SVORL-CCC



Índice

PROGRAMA	4
PONENCIAS	7
MESA REDONDA: PUNTOS CLAVE LA MIRINGOPLASTIA	8
Dalmau, J.; Domenech, I.; Campos, A.; Ruiz de la Cuesta, F.	
CONFERENCIA: LA PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES EN ÁMBITO SANITARIO. ASPECTOS PRÁCTICOS ENTRE EL INTERÉS DEL PROFESIONAL SANITARIO Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE	8
Viguri, J.	
MESA REDONDA: TÉCNICAS EN CENS ¿QUÉ SE PUEDE HACER CON UN ENDOSCOPIO?	8
García, A.; Botero Vargas, M. A.; Fito, L.; Garcia Zamora, E.	
MESA: MANEJO BÁSICO DE LA APNEA DEL SUEÑO PARA ORL	8
Albiol, L.(1); Carrasco, M.; Valenzuela, M.; Muñoz, N., Pérez, T.	
CONFERENCIA: TÉCNICA CIT EN CIRUGÍA DE AMÍGDALAS Y OTRAS INDICACIONES DE LA COBLACIÓN	9
León, J.	
CONFERENCIA: REHABILITACIÓN DE LA VOZ CON PRÓTESIS FONATORIA PROVOX EN COLGAJO VISCERAL	9
Brunet Garcia, A.	
MESA REDONDA: ¿QUÉ HACEMOS CUANDO NO ES POSIBLE REALIZAR TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS EN EL CÁNCER DE LARINGE?	9
Faubel, M.; Sancho, M.; Vendrell, B.; Zapater, E.	
COMUNICACIONES	10
COLGAJO RETROAURICULAR EN ISLA Y PUERTA GIRATORIA, NUESTRA EXPERIENCIA	11
Mora Sánchez, C.; Oishi, N.; Gimeno Coret, M.; Sebastián Gil, E.; Campos Catalá, A.	
ESTRIDOR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO. REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA EN NUESTRO CENTRO DE 2018-2022	11
Del Amo Martínez, L. I.	
DEBILIDADES DE MODELOS DE LENGUAJE DE GRAN TAMAÑO (CHATGPT Y BING CHAT) EN ORL. HABILIDAD PARA PROVEER REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
Martínez Moreno, M.; Martínez Ruiz de Apodaca, P.; González Turienzo, E.; Domínguez Celis, F.; Dinu Pistolea, R.; Dalmau Galofre, J.	
CARCINOMA ESCAMOSO DE VESTÍBULO NASAL	13
Gimeno Coret, M.; García Navalón, C.; Sebastián Gil, E.; López Sánchez, I.; Gómez Gómez, M.J.; Alba García, J. R.; Mora Sanchez, C.; Orozco Núñez, S.; Rodríguez Prado, C.; Zapater Latorre, E.	
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE SUBGLÓTICO, UN DIAGNÓSTICO EXCEPCIONAL EN LARINGE	14
Dinu Pistolea, R.; Domínguez Celis, F.; González Turienzo, E.; Martínez Moreno, M.; Cuesta González, M. T.; Dalmau Galofre, J.	
CARCINOMA DE GLÁNDULA PARATIROIDES: PRESENTACIÓN DE 4 CASOS	14
Domínguez Celis, F.; Gonzalez Turienzo, E.; Martinez Moreno, M.; Dinu Pistolea, R.; Guallart Domenech, F.; Dalmau Galofre, J.	
UTILIDAD Y CAPACIDAD PREDICTIVA DE LOS POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS EN LA CIRUGÍA DE LA OTOESCLEROSIS	15
Gordillo Gayo, N.; Guillen Martinez, A.; Faubel Serra, M.	
REVISIÓN DE CASOS RECIENTES DE MENINGIOMAS DE PLANUM ESFENOIDAL	16
Marrero Perez, J. C.; Pérez Carbonell, T.; Calvo Gómez, J.; Taleb Ferroukhi, C.; Ferrer Baixauli, F.; Talamantes Escribà, F.	

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE FOSAS NASALES CON AFECTACIÓN DE PALADAR	17
Gimeno Torres, L.; Pérez Carbonell, T.; Calvo Gómez, J.; Intraprendente Martini, J. F.; Vallejo García, A.; Marrero Pérez, J. C.; Taleb Ferroukhi, C.	
ESTESIONEUROBLASTOMA: REPORTE DE UN CASO	18
Mascareño Orellana, L.; Pérez Carbonell, T.; Marco Algarra, J.	
ESPONDILODISCITIS TRAS PRÓTESIS FONATORIA	19
Reyes Pujols, E. P.; Marrero Pérez, J. C.; Mascareño Orellana, L. D. L.; Marco Sanz, M.; Marco Algarra, J.	
FRACTURA DEL CARTÍLAGO TIROIDES. ¿TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O CONSERVADOR?	20
Soriano Micó, M.; Albiol Varella, L.; Botero Vargas, M. A.; Faubel Serra, M.	
SCHWANNOMA LINGUAL COMO ANTESALA AL SÍNDROME DE PREDISPOSICIÓN A TUMORES RABDOIDES	21
Soriano Micó, M.; Botero Vargas, M. A.; Gordillo Gayo, N.; Faubel Serra, M.	
EXÉRESIS Y RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE COLGAJO NASOFONTAL DE CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS EN DORSO NASAL	22
Vallejo García, A.; Pérez Carbonell, T.; Taleb Ferroukhi, A. C.; Calvo Gómez, J.; Gimeno Torres, L.	
EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DURANTE EL PRIMER AÑO POSTQUIRÚRGICO EN PACIENTES CON CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO	23
Orozco Núñez, S.; Oishi Konari, M. N.; Izquierdo Luzon, J.; Martínez Expósito, F.; Mora Sánchez, C.; Rodríguez Prado, C.; Gimeno Coret, M.; Zapater Latorre, E.	
IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A DESCOMPRESIÓN ORBITARIA ENDOSCÓPICA POR ORBITOPATÍA DE GRAVES	24
Almanzo, S.; Saro-Buendía, M.; Muñoz Fernández, N.; Krstulovic, C.; Mellidez Acosta, R.; Fito Martorell, L.; Mosquera, N.; España Gregori, E.; Armengot Carceller, M.; García Piñero, A.	
CANVAS (CEREBELLAR ATAXIA, NEUROPATHY AND VESTIBULAR AREFLEXIA SYNDROME): ESTUDIO EN 22 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO GENÉTICO CONFIRMADO	25
Almanzo, S.; Tortajada Torralba, I.; Astray Gómez, S.; Sevilla Mantecón, T.; Castilla Jiménez, A.; Armengot Carceller, M.; Pérez Guillén, V.	
FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO	26
González Turienzo, E.; Domínguez Celis, F.; Martínez Moreno, M.; Dinu Pistolea, R.; López Mollá, C.; Dalmau Galofre, J.	
ENFERMEDAD DE MADELUNG-SÍNTESIS DE LA ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	27
Zarco Gallego, L.; Marrero Pérez, J. C.; Escorihuela García, V.; Marco Carmona, M.; Orts Alborch, M.	
TUMORES NASOSINUSALES VASCULARES Y EMBARAZO	28
Cabrera Guijo, J.; García Piñero, A.; Fito Martorell, L.; Muñoz Fernandez, N.; Mosquera Lloreda, N.; Jaramillo Ángel, N.; Saro Buendía, M.; Armengot Carceller, M.	
NEUROMA DEL NERVO AURICULAR MAYOR TRAS PAROTIDECTOMÍA: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO A 10 AÑOS	29
Bancalari Díaz, C.; Saro-Buendía, M.; Almanzo, S.; Marcos Peña, M. A.; Llópez Carratalá, I.; Rubio Fernández, A.; Collado Martín, D.; Perolada Valmaña, M. J.; Armengot Carceller, M.	
EPIGLOTITIS NECROTIZANTE CON MEDIASTINITIS EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO	30
Astray Gómez, S.; Collado Martín, D.; Bancalari Díaz, C.; Hernández Moya, A.; Armengot Carceller, M.	
MARSUPIALIZACIÓN ENDOSCÓPICA ENDONASAL DEL QUISTE NASOGENIANO: UNA TÉCNICA SENCILLA Y EFICAZ CON ESCASA MORBILIDAD Y BAJA TASA DE RECURRENCIAS	31
Rodríguez Prado, C.; García LLiberós, A.; Gómez Gómez, M. J.; García Navalón, C.; Orozco Núñez, S.; Gimeno Coret, M.; Mora Sánchez, C.; Zapater Latorre, E.	
CASOS CLÍNICOS	32
HEMATOMA SUPRAGLÓTICO POR TRAUMATISMO: ¿UNA CAUSA DE PARÁLISIS DE CUERDA VOCAL?	33
Tortajada Torralba, I.; Saro Buendía, M.; Armengot Carceller, M.	
CÚPULA LIGERA SECUNDARIA A CIRUGÍA DE IMPLANTE COCLEAR: UNA COMPLICACIÓN DE VÉRTIGO	33
Astray Gomez, S.; Almanzo, S.; Castilla Jiménez, A. B.; Armengot Carceller, M.; Pérez Guillén, V.	
NEVUS INTRADÉRMICO EN CONDUCTO AURICULAR EXTERNO	34
Orozco Núñez, S.; Oishi Konari, M.; Mora Sánchez, C.; Rodríguez Prado, C.; Gimeno Coret, M.; Zapater, E.	

MANIFESTACIONES NASOSINUSALES DE LA LEISHMANIA	34
Orozco Núñez, S.; García-Lliberós De Miguel, A.; García Navalón, C.; Gómez Gómez, M.; Mora Sánchez, C.; Rodríguez Prado, C.; Gimeno Coret, M.; Zapater, E.	
ADENOCARCINOMA ASINTOMÁTICO EN BASE DE LENGUA	35
Orozco Núñez, S.; Alba García, J.; Ángel De Miguel, A.; Oishi Konari, M.; López Sánchez, I.; Hernández Sandemetrio, R.; Mora Sánchez, C.; Rodríguez Prado, C.; Gimeno Coret, M.; Zapater, E.	
ANGIOLIPOMA FARINGOLARÍNGEO	36
Gimeno Coret, M.; Gómez Gómez, M.; Hernández Sandemetrio, R.; Alba García, J.; López Sánchez, I.; Oishi Konari, M.; Mora Sánchez, C.; Orozco Núñez, S.; Rodríguez Prado, C.; Zapater, E.	
MENINGITIS CON FOCO OTÓGENO EN LA UCI. NUESTRO MANEJO	37
Rodríguez Prado, C.	
MPOX PHARYNGITIS	37
Saro Buendia, M.; Jaramillo Angel, N.; Bancalari Diaz, C.; Cabrera Guijo, J.; Palacios-Díaz, R. D.; Suarez-Urquiza, P.; Mansilla-Polo, M.; Armengot Carceller, M.	
SARCOMA INDIFERENCIADO TIPO BCOR NASOSINUSAL	38
Palma, A.; Monjas Cánovas, I.; Mateo Espinosa, A.; Paredes Osado, J. R.; Mauri Barberá, J.	
CARCINOMA DE GLÁNDULAS PARATIROIDES: SERIE DE 4 CASOS	39
Domínguez Celis, F.	

PROGRAMA



PROGRAMA

Jueves | 1 febrero

15:45-
16:00h

INAUGURACIÓN

Dr. Guillermo Severá Ferrándiz. *Presidente de la Sociedad Valenciana de ORL y CCC.*

Dra. Marta Faubel. *Presidenta del Comité Organizador.*

16:00-
17:30h

MESA REDONDA: PUNTOS CLAVE LA MIRINGOPLASTIA.

Moderador: Dr. José Dalmáu. *Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia.*

Panelistas:

Dr. Iván Domenech. *Hospital General Universitario de Castellón.*

Dr. Agustín Campos. *Hospital General Universitario de Valencia.*

Dr. Félix Ruiz de la Cuesta. *Hospital General Universitario de Alicante.*

17:30-
18:15h

CONFERENCIA: LA PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES EN ÁMBITO SANITARIO. ASPECTOS PRÁCTICOS ENTRE EL INTERÉS DEL PROFESIONAL SANITARIO Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE.

Prof. Jorge Viguri. *Universitat Jaume I de Castellón.*

18:15h

DESCANSO

18:45h

DEFENSA COMUNICACIONES

Moderador: Dr. Andrés Hernández. *Hospital Comarcal de Vinaròs.*

Viernes | 2 Febrero

09:30-10:30h **MESA REDONDA: TÉCNICAS EN CENS
¿QUÉ SE PUEDE HACER CON UN
ENDOSCOPIO?**

Moderador: Dr. Alfonso García. Hospital
Universitari i Politècnic La Fe de Valencia.

Panelistas:

Dra. Mayra Botero. Hospital General
Universitario de Castellón.

Dr. Lucas Fito. Hospital Universitari i Politècnic La Fe
de Valencia y Hospital IMED de Valencia.

Dr. Enrique García. Hospital Vega Baja de
Orihuela.

10:30h PAUSA CAFÉ

11:00-12:30h **MESA: MANEJO BÁSICO DE LA APNEA DEL
SUEÑO PARA ORL.**

Moderadora: Dra. Laura Albiol. Hospital General
Universitario de Castellón.

Panelistas:

Dra. Marina Carrasco. Hospital Universitario
Doctor Peset de Valencia y Hospital IMED de
Valencia.

Dra. Marta Valenzuela. Hospital Lluís Alcanyís de
Xàtiva.

Dra. Noelia Muñoz. Hospital Universitari i Politècnic
La Fe de Valencia.

Dr. Tomás Pérez. Hospital Clínico Universitario de
Valencia.

12:30-13:15h **CONFERENCIA: TÉCNICA CIT EN CIRUGÍA
DE AMÍGDALAS Y OTRAS INDICACIONES
DE LA COBLACIÓN.**

Dr. Johan León. Hospital Sant Joan de Deù,
Barcelona.

13:15-14:15h **DEFENSA COMUNICACIONES**

Moderador: Dr. Miguel Armengot. Hospital
Universitari i Politècnic la Fe de Valencia.

14:15h COMIDA

16:00-16:40h **CONFERENCIA: REHABILITACIÓN DE LA
VOZ CON PRÓTESIS FONATORIA PROVox
EN COLGAJO VISCERAL.**

Dra. Aina Brunet. Hospital Universitari Bellvitge
de Barcelona.

16:40-17:20h **MESA REDONDA: ¿QUÉ HACEMOS
CUANDO NO ES POSIBLE REALIZAR
TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS EN EL
CÁNCER DE LARINGE?**

Moderador: Dra. Marta Faubel. Hospital
General de Castellón.

Panelistas:

Dra. Manuela Sancho. Hospital General
Universitario de Alicante.

Dr. Bosco Vendrell. Fundación Instituto Valenciano
de Oncología.

Dr. Enrique Zapater. Hospital General
Universitario de Valencia.

17:20-17:25h **ACTO DE CLAUSURA**

Dra. Rocío Ramos Aparici. Directora Médica Hospital
General Universitario de Castellón.

17:25h CAFÉ

17:45-18:00h **ENTREGA PREMIOS**18:00h **ASAMBLEA GENERAL**

PONENCIAS



MESA REDONDA: PUNTOS CLAVE LA MIRINGOPLASTIA

DALMAU, J. (1); DOMENECH, I. (2); CAMPOS, A. (3); RUIZ DE LA CUESTA, F. (4)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia. (2) Hospital General Universitario de Castellón. (3) Hospital General Universitario de Valencia. (4) Hospital General Universitario de Alicante.

CONFERENCIA: LA PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES EN ÁMBITO SANITARIO. ASPECTOS PRÁCTICOS ENTRE EL INTERÉS DEL PROFESIONAL SANITARIO Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE

VIGURI, J.

Universitat Jaume I de Castellón.

MESA REDONDA: TÉCNICAS EN CENS ¿QUÉ SE PUEDE HACER CON UN ENDOSCOPIO?

GARCÍA, A. (1); BOTERO VARGAS, M. A. (2); FITO, L. (1); GARCIA ZAMORA, E. (3)

(1) Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, (2) Hospital General de Castellón, (3) Hospital Vega Baja de Orihuela.

La cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) comprende un amplísimo abanico de técnicas quirúrgicas que se ha ido ampliando progresivamente desde su generalización en los años 90. Desde las técnicas más sencillas, como la toma de biopsias, a los más complejos abordajes expandidos más allá de los senos paranasales, su aprendizaje comprende una serie de etapas progresivas. Dichas etapas suponen un afianzamiento de conocimiento y experiencia que solamente con la formación y el tiempo se pueden ir superando una tras otra.

La pretensión de esta mesa redonda es hacer un repaso de algunas de las técnicas más utilizadas en CENS, desde el punto de vista de ponentes dedicados a la Rinología, con diversos grados de experiencia profesional y con procedencias geográficas diferentes en la Comunidad Valenciana.

Para su desarrollo, el formato elegido es la presentación de videos quirúrgicos cortos (en torno a un minuto de duración). En ellos se muestra cada una de las técnicas CENS que se comentan y se pide a los ponentes que den su opinión respecto a diferentes aspectos: indicaciones de la técnica, contraindicaciones, complicaciones, aprendizaje, experiencia personal, resultados, aportaciones propias y consejos.

El objetivo es proporcionar al público la visión de los ponentes sobre estas técnicas de CENS y difundir algunos consejos, al tiempo que solventar dudas e incorporar la experiencia de los asistentes, con el fin de enriquecer el conocimiento de unos y de otros.

MESA: MANEJO BÁSICO DE LA APNEA DEL SUEÑO PARA ORL

ALBIOL, L.(1); CARRASCO, M. (2); VALENZUELA, M. (3); MUÑOZ, N. (4), PÉREZ, T. (5)

(1) Hospital General Universitario de Castellón. (2) Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia y Hospital IMED de Valencia. (3) Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva. (4) Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia. (5) Hospital Clínico Universitario de Valencia.

LO BÁSICO DE LA ENDOSCOPIA DE SUEÑO INDUCIDO (DISE)

VALENZUELA GRAS, M.

Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva.

La endoscopia del sueño inducido o Drug-Induced Sleep Endoscopy (DISE) consiste en la valoración de la vía aérea superior de pacientes con trastornos respiratorios del sueño (TRS) bajo sedación para conocer las zonas y forma de la obstrucción con el objetivo de mejorar el tratamiento de estos pacientes. Es una exploración válida, segura y útil para el diagnóstico topográfico de los TRS. Se realiza en pacientes con roncopatía y apnea del sueño cuando se buscan tratamientos alternativos a la CPAP, cuando no hay tolerancia a ésta, en AOS residual tras cirugía o cuando hay un mal resultado de los dispositivos de avance mandibular. Sus contraindicaciones son muy restringidas a pacientes con riesgo quirúrgico alto y a gestantes. Su realización requiere de un ambiente tranquilo con medidas de reanimación básicas, monitorización anestésica y fármacos

sedantes; así como de fibroscopio y sistema de grabación. En cuanto a la clasificación de los hallazgos se recomienda el uso de la escala VOTE.

CONFERENCIA: TÉCNICA CIT EN CIRUGÍA DE AMÍGDALAS Y OTRAS INDICACIONES DE LA COBLACIÓN

LEÓN, J.

Hospital Sant Joan de Deù, Barcelona.

CONFERENCIA: REHABILITACIÓN DE LA VOZ CON PRÓTESIS FONATORIA PROVOX EN COLGAJO VISCERAL

BRUNET GARCIA, A.

Hospital Universitari Bellvitge de Barcelona.

La incidencia del carcinoma de hipofaringe es del 0.63-0.8 por 100.000, siendo más prevalente en Hombres. En la mayoría de los casos, la exéresis de parte o de la totalidad de la pared de la hipofaringe precisa de reconstrucción. Esta constituye un desafío importante especialmente en la cirugía de rescate. El colgajo visceral gastro-omental es uno de los colgajos de elección en faringolaringectomía total después de terapia multimodal. Después de este tipo de cirugía el paciente experimenta un cambio importante en la calidad de vida. Es por este motivo que como cirujanos debemos intentar, en la medida de lo posible, minimizar el impacto de estos cambios. La colocación de una prótesis fonatoria de forma primaria disminuye la ansiedad del paciente durante el postoperatorio. En este Trabajo describimos un caso de una paciente tratada mediante faringolaringectomía total y reconstrucción con colgajo gastro-omental, como tratamiento de rescate, y colocación primaria de una prótesis fonatoria, con buen resultado funcional.

MESA REDONDA: ¿QUÉ HACEMOS CUANDO NO ES POSIBLE REALIZAR TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS EN EL CÁNCER DE LARINGE?

FAUBEL, M. (1); SANCHO, M. (2); VENDRELL, B. (3); ZAPATER, E. (4)

(1) Hospital General de Castellón. (2) Hospital General Universitario de Alicante. (3) Fundación Instituto Valenciano de Oncología. (4) Hospital General Universitario de Valencia.

comunica ciones



COLGAJO RETROAURICULAR EN ISLA Y PUERTA GIRATORIA, NUESTRA EXPERIENCIA

MORA SÁNCHEZ, C. (1); OISHI, N. (1); GIMENO CORET, M. (1); SEBASTIÁN GIL, E. (1); CAMPOS CATALÁ, A. (1)

(1) Hospital General de Valencia

Palabras clave: Colgajo retroauricular en isla y puerta giratoria (CIPG)–Tumores concha auricular–Defectos concha auricular–Reconstrucción pabellón auricular

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

El tratamiento quirúrgico de las lesiones malignas de concha y conducto auditivo externo (CAE) y su posterior reconstrucción supone un reto para el cirujano, por ser una región anatómica compleja y con importante demanda estética y funcional. El colgajo retroauricular en isla y puerta giratoria (CIPG) ha sido utilizado en los últimos años, por su versatilidad, reproducibilidad, baja morbilidad postoperatoria y sus buenos resultados según las series citadas. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia con el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo (serie de 4 casos clínicos) basado en la reconstrucción con la técnica de CIPG tras la extirpación de lesiones malignas de concha y tercio externo del CAE, entre los años 2020 y 2023.

RESULTADOS

En todos los casos se logró una cirugía con márgenes oncológicos seguros y el cierre completo del defecto mediante el CIPG, con resultados tanto estéticos como funcionales óptimos.

CONCLUSIÓN

El CIPG es una opción que considerar en el tratamiento reconstructivo tras la exéresis de lesiones tumorales de concha auricular y conducto auditivo externo.

REFERENCIAS

- 1 Papa G, Stocco C, Arnez ZM. Middle-retroauricular Island Flap: A New Axial Flap for Reconstruction of Non-helical Ear Defects. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020 Nov 20;8(11):e3207. doi: 10.1097/GOX.0000000000003207. PMID: 33299688; PMCID: PMC7722565.
- 2 Dubernard X, Kleiber JC, Brenet E, Louges MA, Veleine Y, Labrousse M, Makeieff M, Bazin A, Chays A. Les tumeurs de l'oreille [The tumors of the ear]. *Presse Med*. 2017 Nov;46(11):1079-1088. French. doi: 10.1016/j.lpm.2017.09.016. Epub 2017 Oct 31. PMID: 29097033.
- 3 Iljin A, Antoszewski B, Durko M, Zieliński T, Stabryła P, Pietruszewska W. External ear carcinoma: evaluation of surgical and reconstructive management with postauricular island flap. *Postepy Dermatol Alergol*. 2022 Dec;39(6):1134-1140. doi: 10.5114/ada.2022.122608. Epub 2022 Dec 22. PMID: 36686011; PMCID: PMC9837570.

ESTRIDOR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO. REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA EN NUESTRO CENTRO DE 2018-2022

DEL AMO MARTÍNEZ, L. I.

Hospital General Universitario de Alicante

Palabras clave: Estridor, paciente pediátrico, laringomalacia, epiglotitis, quistes subglóticos, hemangioma subglótico, casuística

INTRODUCCIÓN

El estridor es un ruido respiratorio que se presenta predominantemente durante la inspiración y que resulta del paso de un flujo aéreo turbulento por una zona de obstrucción parcial de la vía aérea. En la bibliografía publicada, la laringomalacia es su principal causa (65 a 75%). Siguiendo muy por detrás otras causas como la parálisis de cuerdas y otras causas de obstrucción tanto a nivel glótico como subglótico.

OBJETIVO

Revisar nuestra experiencia en el HGUADB en los últimos 5 años en el estudio de pacientes pediátricos con estridor.

PACIENTES Y MÉTODOS

Entre enero 2018 y diciembre 2022 ingresaron un total de 1454 pacientes (urgentes y programados) en el servicio de ORI en HGUADB; de los pacientes ingresados, 14 niños presentaron el como diagnóstico principal estridor. La edad promedio de aparición del estridor fue de 16,6 meses (rango: 6 h y 120 meses), 9 casos eran de sexo femenino (64%).

RESULTADOS

El estridor fue congénito en 6 de los casos (42,8%). La causa más frecuente del estridor fue la estenosis subglótica postintubación (36%) seguida de laringomalacia (14%) y las membranas laríngeas (14%). La media de días de ingreso fue de 22,14 días. A todos los pacientes se les realizó estudio de la VA, al 64% con NFC en consulta y hasta un 84% con LD en el quirófano. Al 93% se les realizó prueba de imagen, siendo la más frecuente la radiografía cervico-torácica (100% de los estudiados por imagen), seguida de la RMN (38%) y finalmente el TC cervical (23%). El 50% precisó tratamiento quirúrgico, siendo el más frecuente la microcirugía laríngea (71% de los operados).

REFERENCIAS

- ¹ Carter J, Rahbar R, Brigger M, Chan K, Cheng A, Daniel SJ, et al. International Pediatric ORL Group (IPOG) laryngomalacia consensus recommendations. *Int J Pediatr Otorhinolaryngology*. 2016;86:256–61.
- ² Robbins A, Landry AM. Supraglottoplasty, cold technique. *Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022;33(3):175–8.
- ³ Jacobs IN. Laser supraglottoplasty. *Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022; 33(3):179–83.
- ⁴ Watson GJ, Malik TH, Khan NA, Sheehan PZ, Rothera MP. Acquired paediatric subglottic cysts: a series from Manchester. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007;71(4):533–8.
- ⁵ Drolet BA, Frommelt PC, Chamlin SL, et al. Initiation and use of propranolol for infantile hemangioma: report of a consensus conference, *Pediatrics* 131(1):128–140, 2013.

DEBILIDADES DE MODELOS DE LENGUAJE DE GRAN TAMAÑO (CHATGPT Y BING CHAT) EN ORL. HABILIDAD PARA PROVEER REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MARTÍNEZ MORENO, M. (1); MARTÍNEZ RUIZ DE APODACA, P. (1); GONZÁLEZ TURIEÑO, E. (1); DOMINGUEZ CELIS, F. (1); DINU PISTOLEA, R. (1); DALMAU GALOFRE, J. (1)

(1) Hospital Dr. Peset de Valencia

Palabras clave: IA, Inteligencia artificial, Chat GPT, Bing Chat, Referencias bibliográficas

INTRODUCCIÓN

La inteligencia artificial (IA) está cada vez más presente en la medicina. ChatGPT y Bing Chat son herramientas de inteligencia artificial con un gran potencial de aplicación médica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se solicitó a dos chatbots que elaboraran un texto sobre patología en el área de ORL y citaran artículos científicos en los que se basaron para redactar el texto solicitado. Posteriormente se evaluó la idoneidad de estas referencias bibliográficas revisándolas en PubMed, Google Scholar, Web of Science y Scopus.

RESULTADOS

En el estudio ChatGPT solo se alcanzaron 49 referencias. En el estudio de Bing Chat solo se alcanzaron 44 referencias. El porcentaje de títulos apropiados fue del 29,54% para Bing Chat y del 14,28% para ChatGPT. La tasa de referencias totalmente apropiadas fue del 20,45% para Bing Chat y del 0% para ChatGPT. En cuanto al DOI, de los 49 artículos de ChatGPT, en 30 de ellos el DOI realmente existía, pero sólo en seis de esos 30 (20%) el DOI era apropiado. En Bing Chat, once de los 44 artículos tenían un DOI verdadero a pesar de tener un título inapropiado. Sin embargo, sólo tres de estos once artículos (27,27%) correspondieron al tema solicitado.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados expuestos en este artículo, se puede decir que ChatGPT 3.5 y Bing Chat no son herramientas confiables para proporcionar referencias bibliográficas sobre los temas de ORL de los que hablan. Se ha observado que Bing Chat supera a Chat GPT en esta función, pero la proporción de citas erróneas los convierte en herramientas inadmisibles para este propósito.

REFERENCIAS

- ¹ Beam, A. L., Drzen, J. M., Kohane, I. S., Leong, T. Y., Manrai, A. K., & Rubin, E. J. (2023). Artificial intelligence in medicine. *New England Journal of Medicine*, 388(13), 1220-1221
- ² Dave, T., Athaluri, S. A., & Singh, S. (2023). ChatGPT in medicine: an overview of its applications, advantages, limitations, future prospects, and ethical considerations. *Frontiers in Artificial Intelligence*, 6, 1169595
- ³ Lee, P., Bubeck, S., & Petro, J. (2023). Benefits, limits, and risks of GPT-4 as an AI chatbot for medicine. *New England Journal of Medicine*, 388(13), 1233-1239.

CARCINOMA ESCAMOSO DE VESTÍBULO NASAL

GIMENO CORET, M. (1); GARCÍA NAVALÓN, C. (1); SEBASTIÁN GIL, E. (1); LÓPEZ SÁNCHEZ, I. (1); GÓMEZ GÓMEZ, M.J. (1); ALBA GARCÍA, J. R. (1); MORA SANCHEZ, C. (1); OROZCO NÚÑEZ, S. (1); RODRÍGUEZ PRADO, C. (1); ZAPATER LATORRE, E. (1)

(1) Hospital General Universitario de Valencia

Palabras clave: carcinoma vestíbulo nasal quiste vestíbulo nasal

El estudio exhaustivo de las lesiones tumorales del área ORL es fundamental en nuestra práctica clínica diaria. Existen tumores de apariencia benigna sin signos de alarma que pueden sufrir cambios en la exploración que deben ponernos en alerta. Es el caso de un paciente de 61 años con una tumoración quística de aspecto redondeado a nivel de vestíbulo nasal izquierdo, sin signos de malignidad a la exploración ni en pruebas de imagen, en seguimiento por el otorrinolaringólogo de zona. El paciente comienza con empeoramiento progresivo del dolor en la zona, así como ulceración de la lesión, por lo que acude a urgencias. Tras tomas de biopsia, la anatomía patológica no revela la existencia de un carcinoma. Las pruebas de imagen y la exploración física sugieren un proceso maligno, por lo que se decide exéresis de la lesión en el quirófano con toma de biopsias extemporáneas: carcinoma escamoso infiltrante G1 de fosa nasal. Se realizó una resección con márgenes amplios mediante abordaje paralateronasal y fresado del maxilar con reconstrucción con colgajo de deslizamiento, así como un vaciamiento submaxilar bilateral.

El informe AP definitivo tras la cirugía confirmó el diagnóstico extemporáneo, márgenes y vaciamientos libres de infiltración: pT1N0M0.

Se pone en valor en este caso la necesidad de seguimiento de las lesiones tumorales, aunque tengan aspecto benigno, por la posibilidad de cambios en la exploración que sugieran una transformación maligna. Asimismo, ante una exploración muy sugestiva de malignidad, pese a la histología negativa, debemos indagar y realizar una toma de biopsias más exhaustiva y no descartar un proceso neoplásico por una primera biopsia negativa.

REFERENCIAS

- ¹ Iyer S, Akali NR, Rao NN. Nasal vestibule and columella cancer: a therapeutic and reconstructive conundrum. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2021 Apr 1;29(2):93-99. doi: 10.1097/MOO.0000000000000701. PMID: 33664194.
- ² Brisson RJ, Holtzman AL. Who Knows When it is Right Under Your Nose? A Case of Cutaneous Squamous Cell Carcinoma with Involvement of the Nasal Vestibule. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2023 Mar 15;115(4):817-818. doi: 10.1016/j.ijrobp.2022.11.041. PMID: 36822781.
- ³ Filtenborg MV, Lilja-Fischer JK, Sharma MB, Primdahl H, Kjems J, Plaschke CC, Charabi BW, Kristensen CA, Andersen M, Andersen E, Godballe C, Johansen J, Overgaard J, Petersen KB. Nasal vestibule squamous cell carcinoma: a population-based cohort study from DAHANCA. *Acta Oncol*. 2022 Feb;61(2):127-133. doi: 10.1080/0284186X.2021.1994646. Epub 2021 Oct 28. PMID: 34709956.
- ⁴ Başaran B, Aslan I, Tinaz ME, Başerer N, Yazicioğlu E. Oncological results of surgical treatment of malignant tumors of the nasal vestibule. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg*. 2007;17(3):133-7. PMID: 17873502.
- ⁵ Lambertoni A, Cherubino M, Battaglia P, De Col A, Giovannardi M, Antognoni P, Valdatta L, Karligkiotis A, Bignami M, Castelnuovo P, Turri-Zanoni M. Squamous Cell Carcinoma of Nasal Vestibule and Pyramid: Outcomes and Reconstructive Strategies. *Laryngoscope*. 2021 Apr;131(4):E1198-E1208. doi: 10.1002/lary.29107. Epub 2020 Oct 2. PMID: 33006408.
- ⁶ Koopmann M, Rudack C, Weiss D, Stenner M. Das Plattenepithelkarzinom des Naseneingangs – Eine Literaturübersicht [Squamous cell carcinoma of the nasal vestibule–Review of literature]. *Laryngorhinootologie*. 2018 Jun;97(6):379-391. German. doi: 10.1055/a-0592-7965. Epub 2018 Jun 11. PMID: 29890529.
- ⁷ Wang, C.C. (1976) 'Treatment of carcinoma of the nasal vestibule by irradiation', *Cancer*, 38(1), pp. 100–106. doi:10.1002/1097-0142(197607)38:1<100::aid-cnrcr2820380118>3.0.co;2-9.

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE SUBGLÓTICO, UN DIAGNÓSTICO EXCEPCIONAL EN LARINGE

DINU PISTOLEA, R. (1); DOMÍNGUEZ CELIS, F. (1); GONZÁLEZ TURIENZO, E. (1); MARTÍNEZ MORENO, M. (1); CUESTA GONZÁLEZ,

M. T. (1); DALMAU GALOFRE, J. (1)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia

Palabras clave: carcinoma mucoepidermoide, laringe, subglotitis

El 95% de los tumores malignos de la laringe son carcinomas epidermoides, siendo el otro 5% tumores de glándulas salivales menores, partes blandas, neuroepiteliales y cartilaginosos del esqueleto laríngeo.

El carcinoma mucoepidermoide es el tumor maligno más frecuente de las glándulas salivales, representando únicamente el 1% de los tumores laríngeos, por lo que su sospecha y diagnóstico son extremadamente difíciles.

Presentamos el caso de una mujer de 51 años valorada por molestias inespecíficas a nivel faríngeo. A la exploración laringoscópica se aprecia una tumoración a nivel subglótico posterior izquierdo de aspecto submucoso que impresiona de naturaleza cartilaginosa. Se realiza TC cervical, apreciándose tumoración excrecente compatible con lesión condral (condroma/condrosarcoma de bajo grado) dependiente de cara interna de cartílago cricoides. Tras la primera biopsia-exéresis de la lesión, la anatomía patológica informa la presencia de un tumor mixto o tumor epitelial-mioepitelial de bajo grado. Al realizarse una nueva exéresis de la lesión, se diagnostica carcinoma mucoepidermoide de bajo grado con índice de replicación bajo.

El tratamiento de estos tumores se realiza mediante resección quirúrgica con márgenes pudiéndose combinar con radioterapia adyuvante.

REFERENCIAS

- 1 Poutoglidis A, Forozidou E, Fyrmipas G, Mantsopoulos K, Chrysanthou C, Galanis N, Paraskevas G, Savvakis S, Karamitsou P. Clinical Behavior of the Mucoepidermoid Carcinoma of the Larynx-A Scoping Review. *Laryngoscope*. 2023 Nov 17. doi: 10.1002/lary.31190. Epub ahead of print. PMID: 37975437.
- 2 Skliris JP, Marini K, Poutoglidis A, Matzarakis I, Karamitsou P. A Case of Mucoepidermoid Carcinoma of the Larynx. *Cureus*. 2023 Jan 31;15(1):e34455. doi: 10.7759/cureus.34455. PMID: 36874656; PMCID: PMC9980684.
- 3 Cumberworth VL, Narula A, MacLennan KA, Bradley PJ. Mucoepidermoid carcinoma of the larynx. *J Laryngol Otol*. 1989 Apr;103(4):420-3. doi: 10.1017/s0022215100109132. PMID: 2654308.
- 4 Ferlito A, Recher G, Bottin R. Mucoepidermoid carcinoma of the larynx. A clinicopathological study of 11 cases with review of the literature. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 1981;43(5):280-99. doi: 10.1159/000275548. PMID: 7022306.
- 5 Pérez Ortín, Polo López, Fragola Arnau. Libro virtual de formación en ORL, capítulo 14, Tumores malignos de Laringe, ISBN 978-84-692-5637-4

CARCINOMA DE GLÁNDULA PARATIROIDES: PRESENTACIÓN DE 4 CASOS

DOMINGUEZ CELIS, F. (1); GONZALEZ TURIENZO, E. (1); MARTINEZ MORENO, M. (1); DINU PISTOLEA, R. (1); GUALLART DOMENECH, F. (1); DALMAU GALOFRE, J. (1)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia

Palabras clave: Carcinoma de paratiroides, serie de casos, hipercalcemia, paratiroidectomía.

El carcinoma paratiroideo es un tumor maligno derivado de las células parenquimatosas de las glándulas paratiroides. Clásicamente se ha descrito que esta rara patología es responsable solo del 1% de las causas de hiperparatiroidismo primario, siendo atribuido un 75-80% de los casos a un adenoma de paratiroides, en un 15% a hiperplasia glandular y un pequeño porcentaje también al adenoma doble.¹ A diferencia de los adenomas presenta una alta tasa de recidiva local y mayor posibilidad de metástasis regional y a distancia.² Respecto a las manifestaciones clínicas la mayoría viene dada por la hipercalcemia más que por infiltración de estructuras vecinas. Los valores de calcio plasmáticos suelen ser bastante más elevados que las otras etiologías, al igual que los valores de PTH. Los criterios anatomopatológicos del carcinoma paratiroideo son los descritos por Castleman.³ El tratamiento de elección es la exéresis de la glándula paratiroidea, la hemitiroidectomía ipsilateral, el vaciamiento ganglionar del lado afectado y la resección de las estructuras invadidas por el tumor, más el istmo tiroideo. El análisis histopatológico es crucial en el diagnóstico definitivo de esta patología.

A continuación presentamos 4 casos clínicos de nuestro hospital a lo largo de 20 años:

Presentamos a tres mujeres y un varón. Edad media de 55,5 años. Todos los casos presentaron niveles de calcio plasmático corregido con albúmina por sobre 13,5 mg/dl y niveles de PTH medio de 1035 pg/ml. Clínicamente una paciente presentó clínica litiasica asociada a mialgias, pérdida de memoria, astenia y náuseas. Otra paciente debutó con una taquicardia paroxística supraventricular e hipercalcemia. Los otros dos pacientes se presentaron con hipercalcemia sintomática que no respondía a tratamiento médico. En la exploración física dos de los pacientes no presentaban hallazgos patológicos, mientras que en dos de ellos existía un nódulo cervical izquierdo palpable de consistencia media, no adherida sin adenopatías palpables en ninguno de los cuatro pacientes. La ecografía cervical junto a la gammagrafía planar fue la prueba de elección en todos los casos y en todos ellos fue positiva de paratiroides anormal. Solo en un caso se realizó SPECT/TC. La cirugía de elección fue paratiroidectomía y hemitiroidectomía ipsilateral. En todos se realizó una vía abierta, PTH intraoperatoria y análisis histopatológico extemporáneo. En tres pacientes se realizó hemitiroidectomía contralateral (completó tiroidectomía) junto a paratiroidectomía total. En ninguno de los pacientes se realizó autotransplante de las glándulas paratiroides no afectas macroscópicamente. Solo en un paciente se realizó vaciamiento ganglionar del lado afecto y el mismo paciente fue el único que presentó como complicación síndrome de hueso hambriento y parálisis de cuerda vocal derecha incluso con monitorización del nervio recurrente. Solo una paciente requirió tratamiento complementario a la cirugía con quimioterapia paliativa tras hallazgo de metástasis ósea y pulmonar en el seguimiento.

El seguimiento promedio fue de 3,38 años, principalmente porque una paciente falleció en el seguimiento por enfermedad avanzada metastásica y el otro paciente solo lleva 6 meses de seguimiento tras la cirugía.

La sobrevida es de 75% en nuestra pequeña serie de casos.

REFERENCIAS

- Herrera, A. A., Aranda, P., & Díaz, J. A. (2007). Cáncer de paratiroides: revisión de literatura. *Revista Española de Enfermedades Metabólicas Óseas*, 16(6), 124–129. doi:10.1016/s1132-8460(07)73511-0
- Wang CA, Gaz RD. Natural history of parathyroid carcinoma. Diagnosis, treatment, and results. *Am J Surg*. 1985 Apr;149(4):522-7. doi:10.1016/s0002-9610(85)80050-7. PMID: 3985291.
- Schantz A, Castleman B. Parathyroid carcinoma. A study of 70 cases. *Cancer*. 1973 Mar;31(3):600-5. doi: 10.1002/1097-0142(197303)31:3<600::aid-cncr2820310316>3.0.co;2-0. PMID: 4693587.
- Wynne AG, van Heerden J, Carney JA, Fitzpatrick LA. Parathyroid carcinoma: clinical and pathologic features in 43 patients. *Medicine (Baltimore)*. 1992;71:197-205.
- Busaidy NL, Jiménez C, Habra MA, Schultz PN, El-Naggar AK, Clayman GL, et al. Parathyroid carcinoma: a 22-year experience. *Head Neck*. 2004;26:716-26.
- Byrd C, Kashyap S, Kwartowitz G. Parathyroid Cancer. [Updated 2023 Jul 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519038/>
- Shane E. Clinical review 122: parathyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001;86: 485-93.
- Albarracín A, Candel MF, Rodríguez JM, Soria T, Tomás F, Aguayo JL et al. Cancer de paratiroides. Presentación de dos casos. *Cir Esp*, 48 (1999), pp. 565-568
- Carcinoma delle paratiroidi. Esperienza chirurgica su tre casi. *Minerva Chir* 1994; 49: 1343-1347.
- Khan MW, Worcester EM, Straus FH, Khan S, Staszak V, Kaplan EL. Parathyroid carcinoma in secondary and tertiary hyperparathyroidism. *J Am Coll Surg*. 2004;199:312-9

UTILIDAD Y CAPACIDAD PREDICTIVA DE LOS POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS EN LA CIRUGÍA DE LA OTOESCLEROSIS

CORDILLO GAYO, N. (1); GUILLEN MARTINEZ, A. (2); FAUBEL SERRA, M. (1)

(1) Hospital General de Castellón, (2) Hospital Santa Lucía

Palabras clave: otoesclerosis, PEATC, onda V, vía aérea, vía ósea

INTRODUCCIÓN

La otoesclerosis es una patología que afecta a la conducción ósea del sonido por una fijación de la platina del estribo. Su principal tratamiento es la cirugía eliminando este foco otoesclerótico fijo y sustituyéndolo por una prótesis que facilite la conducción de la onda sonora. El estudio audiológico previo está estandarizado, sin embargo, el papel de los potenciales auditivos del tronco del encéfalo (PEATC) intraoperatorios en esta patología no está definido.

OBJETIVOS

Conocer el estado audiológico y cómo se comportan los PEATC en pacientes intervenidos de otosclerosis.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio observacional descriptivo de pacientes intervenidos de otosclerosis entre los meses de enero y mayo en el Hospital de Santa Lucía. Se realiza un estudio audiológico antes de la cirugía, inmediatamente después y al mes de la misma.

RESULTADO

De los 11 pacientes intervenidos el 54.54% fue intervenido del oído izquierdo con una vía aérea media en 67.84 dB (+/-15 db) prequirúrgica y un umbral de detección en el PEATC de 76.81 db (+/-13.47db ($p<0.001$)). La media del umbral en los PEATC prequirúrgicos con postquirúrgicos inmediatos presentan un coeficiente r de Pearson de 0,91 ($p<0.001$) y con los PEATC al mes de la cirugía de 0,96 ($p<0.001$).

CONCLUSIONES

Los PEATC se presentan como una prueba objetiva y útil en la predicción de los resultados audiológicos a largo plazo de los pacientes sometidos a cirugía de otosclerosis y sus posibles complicaciones.

REFERENCIAS

- 1 Srivastava, R., Cho, W., & Fergie, N. (2021). The Use of Lasers in Stapes Surgery. *Ear, nose, & throat journal*, 100(1_suppl), 73S– 76S. <https://doi.org/10.1177/0145561320937828>
- 2 Batson, L., & Rizzolo, D. (2017). Otosclerosis: An update on diagnosis and treatment. *JAAPA : official journal of the American Academy of Physician Assistants*, 30(2), 17–22. <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000511784.21936.1b>
- 3 Andreu-Arasa, V. C., Sung, E. K., Fujita, A., Saito, N., & Sakai, O. (2019). Otosclerosis and Dysplasias of the Temporal Bone. *Neuroimaging clinics of North America*, 29(1), 29–47. <https://doi.org/10.1016/j.nic.2018.09.004>
- 4 Ealy, M., & Smith, R. J. H. (2011). Otosclerosis. *Advances in otorhino-laryngology*, 70, 122–129. <https://doi.org/10.1159/000322488>
- 5 Nazarian, R., McElveen, J. T., Jr, & Eshraghi, A. A. (2018). History of Otosclerosis and Stapes Surgery. *Otolaryngologic clinics of North America*, 51(2), 275–290. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2017.11.003>
- 6 Antonelli P. J. (2018). Prevention and Management of Complications in Otosclerosis Surgery. *Otolaryngologic clinics of North America*, 51(2), 453–462. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2017.11.015>
- 7 Bartel, R., Sanz, J. J., Clemente, I., Simonetti, G., Viscacillas, G., Palomino, L., Asarta, I., & Lao, X. (2021). Endoscopic stapes surgery outcomes and complication rates: a systematic review. *European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology–Head and Neck Surgery*, 278(8), 2673–2679. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06388-8>
- 8 G. Trinidad, G. Trinidad y E. de la Cruz. Puesta al día en las técnicas. Potenciales evocados auditivos. *Anales de Pediatría Continuada*. 5. pag 296- 301. 2008. DOI:10.1016/S1696- 2818(08)74884-4
- 9 Cabrera Abreu, I., Báez Martín, M., Galvizo, R., Macías, R., & Álvarez, L.. (2009). Hallazgos en el potencial evocado auditivo de tallo cerebral de pacientes con vértigo periférico. *Enfermería Global*, (15) Recuperado en 24 de abril de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695- 6142009000100005&lng=es&tlng=es.
- 10 Ling D. The six sounds test. Inc W. Estabrooks (ed.). *Auditory verbal therapy and practice*. Washington, DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing; 2006.

REVISIÓN DE CASOS RECIENTES DE MENINGIOMAS DE PLANUM ESFENOIDAL

MARRERO PEREZ, J. C. (1); PÉREZ CARBONELL, T. (1); CALVO GÓMEZ, J. (1); TALEB FERROUKHI, C. (1); FERRER BAIXAULI, F. (1); TALAMANTES ESCRIBÀ, F. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia

Palabras clave: Meningioma, base cráneo anterior, planum esfenoideal, cirugía endoscópica de base de cráneo

INTRODUCCIÓN

Los meningiomas son los tumores cerebrales primarios más comunes, originados en las células aracnoideas o meningoteliales de la membrana aracnoidea. Los de base de cráneo anterior constituyen alrededor del 6% de todos los meningiomas, ubicándose comúnmente en el surco olfatorio, planu esfenoideal y tubérculo selar. El abordaje endoscópico endonasal minimiza la retracción del tejido cerebral sano, reduce el sangrado y mejora la recuperación.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos 3 casos de meningiomas de base de cráneo anterior intervenidos en los últimos 18 meses, 2 casos noveles y una reintervención de una recidiva más de 10 años después de la primera intervención. Todos los tumores involucraban el planum esfenoidal, se encontraban confinados medialmente a las arterias carótidas internas, no invadían la lámina papirácea ni la lámina cribosa. Se presentan las características de los pacientes y de sus tumores, su olfato y visión previa a la cirugía, la técnica quirúrgica utilizada, la estancia hospitalaria, las complicaciones asociadas y el grado de resección de cada tumor. Además, se aportan pruebas de imagen e imágenes intraoperatorias.

DISCUSIÓN

La cirugía mínimamente invasiva ha demostrado que acelera la recuperación, reduce los riesgos operatorios y conduce a resultados comparables o, en algunos casos, mejores. Los meningiomas de la base anterior del cráneo son tumores desafiantes que colindan con los nervios olfativos y ópticos, comprimen los lóbulos frontales e invaden los senos nasales y los canales ópticos. Enfoques tradicionales como el pterional, bifrontal, transbasal y orbitocigomático son efectivos para resecar estos tumores, aunque las morbilidades asociadas con la retracción cerebral, la transección del seno sagital, la manipulación del nervio óptico y la cicatrización de heridas ofrecen espacio para mejoras.

No todos los meningiomas de la base anterior del cráneo son susceptibles a enfoques mínimamente invasivos y hay falta de consenso respecto a la selección de casos. La mayoría de los centros tienden a favorecer uno u otro enfoque y aplicar este enfoque universalmente a todos los tumores, en lugar de adoptar una estrategia de selección cuidadosa de casos basada en un conjunto de criterios definidos.

La selección de casos y toma de decisiones son cruciales, especialmente para técnicas mínimamente invasivas como la endoscopia nasal. Algunos autores han elaborado un algoritmo para seleccionar adecuadamente los casos susceptibles de intervención transnasal endoscópica. Estos autores determinan la idoneidad del abordaje en función de la extensión lateral tumoral con respecto a las carótidas internas y lámina papirácea, la extensión anterior al seno esfenoidal, la presencia o ausencia de olfato y la invasión de la lámina cribiforme. Además, defienden el uso de técnicas combinadas.

La cirugía endoscópica nasal para estos tumores es efectiva y segura siempre que estos tumores que no lateralicen más allá de las arterias carótidas, nervios ópticos o lámina papirácea.

REFERENCIAS

- 1 Abbassy M, Woodard TD, Sindwani R, Recinos PF. An Overview of Anterior Skull Base Meningiomas and the Endoscopic Endonasal Approach. *Otolaryngol Clin North Am.* 2016;49(1):141-152. doi:10.1016/j.otc.2015.08.002
- 2 Ottenhausen M, Rumalla K, Alalade AF, et al. Decision-making algorithm for minimally invasive approaches to anterior skull base meningiomas. *Neurosurg Focus.* 2018;44(4). doi:10.3171/2018.1.FOCUS17734

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE FOSAS NAALES CON AFECTACIÓN DE PALADAR

GIMENO TORRES, L. (1); PÉREZ CARBONELL, T. (1); CALVO GÓMEZ, J. (1); INTRAPRENDENTE MARTINI, J. F. (1); VALLEJO GARCÍA, A. (1); MARRERO PÉREZ, J. C. (1); TALEB FERROUKHI, C. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia

Palabras clave: Carcinoma adenoide quístico de fosas nasales Técnica quirúrgica

El carcinoma adenoide quístico es un tumor infrecuente que representa aproximadamente un 1% de los tumores de cabeza y cuello y cuyo origen se encuentra típicamente en las glándulas salivares. Habitualmente su crecimiento es insidioso, sin embargo, progresa de forma agresiva, produciendo recurrencia a nivel local así como invasión perineural y metástasis a distancia.

El objetivo de la comunicación es describir un caso clínico de un carcinoma adenoide quístico con invasión a fosas nasales y una revisión de los casos publicados hasta el momento.

Se presenta el caso clínico de una paciente mujer de 73 años que acude a otorrinolaringología de otro centro hospitalario en junio de 2023 por insuficiencia respiratoria nasal y epistaxis por FND. Se le realizó una nasofibroscopia y se visualiza un pólipo que ocupa toda la FND y no invade la fosa contralateral. Se solicita una RM que muestra una masa polilobulada en FND que ocupa la práctica totalidad de la misma, desplaza ligeramente el tabique óseo contralateralmente y cruza a la FNI en el tercio central de la cavidad nasal por la parte inferior del tabique. Remodela y desplaza la pared medial de seno maxilar sin alcanzar la pared de la órbita. También se observa ocupación de las celdas etmoidales anteriores, posteriores

derechas y del esfenoides del mismo lado. Se extiende a cavum obliterando casi por completo la VA y anteriormente la masa se visualiza por la narina derecha. No se identifican adenopatías. Se decidió completar el estudio con TC, PET-TC y biopsia.

La paciente se derivó al Hospital Clínico Universitario de Valencia y se perdió el seguimiento hasta noviembre del 2023. Cuando acudió a CCEE de ORL del HCUV la exploración física pone en evidencia, además de lo descrito con anterioridad, una posible infiltración tumoral del paladar duro. Se toma muestra que se envía a AP. Se solicita de nuevo una RM maxilofacial, un TC facial y un PET-TC. En dichas pruebas se confirma ausencia de enfermedad a distancia y de adenopatías afectas. A nivel tumoral se confirma la infiltración del paladar duro y hay discordancia de si pudiera existir infiltración del cartílago alar derecho. Sin embargo en la exploración no impresiona estar afecto.

El resultado de AP sugiere que la estirpe tumoral es de un adenocarcinoma nasal.

Tras comentar el caso en el comité oncológico y consensuar con la paciente se decide cirugía con intención radical.

En la intervención quirúrgica se realizó una exeresis de la tumoración junto con el septum nasal y se asoció una resección de la porción afecta del paladar duro, que posteriormente se ha cubierto con un obturador.

Tras la cirugía la AP confirmó que la estirpe tumoral es de carcinoma adenoide quístico.

Tras esta se ha iniciado tratamiento adyuvante con RT, que está recibiendo actualmente la paciente.

REFERENCIAS

- ¹ Fang Y, Peng Z, Wang Y, et al. Current opinions on diagnosis and treatment of adenoid cystic carcinoma. *Oral Oncol.* 2022;130:105945. doi:10.1016/j.oraloncology.2022.105945
- ² Castelnovo P, Turri-Zanoni M. Adenoid Cystic Carcinoma. *Adv Otorhinolaryngol.* 2020;84:197-209. doi:10.1159/000457939
- ³ Michel G, Joubert M, Delemazure AS, Espitalier F, Durand N, Malard O. Adenoid cystic carcinoma of the paranasal sinuses: retrospective series and review of the literature. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2013;130(5):257-262. doi:10.1016/j.anorl.2012.09.010

ESTESIONEUROBLASTOMA: REPORTE DE UN CASO

MASCAREÑO ORELLANA, L. (1); PÉREZ CARBONELL, T. (1); MARCO ALGARRA, J. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia

Palabras clave: estesioneuroblastoma, neuroblastoma olfatorio, tumor nasal, oncología, rinología, cirugía endoscópica nasosinusal, clasificación de Kadish, clasificación de Dulguerov, clasificación de Hyams, Draf III

El estesioneuroblastoma o neuroblastoma olfatorio es un tumor maligno que se origina en las células neuroepiteliales olfatorias del techo nasal. Representa el 2-7% de los tumores nasosinuales, según las series, y es el tumor nasal más frecuente en jóvenes (1).

La clínica es inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico precoz. Esta puede incluir obstrucción nasal, epistaxis, hiposmia, exoftalmos, masa nasofaríngea con posible extensión local hacia órbita, senos paranasales o incluso lóbulo frontal (2).

Para el estadiaje clínico se utilizan, de forma habitual, dos clasificaciones, la de Kadish y cols. y de Dulguerov y cols.; ésta última basada en el sistema TNM (3)

La prueba diagnóstica gold standard es la histología. La clasificación histológica de Hyams, lo divide en cuatro grados, siendo los grados I-II tumores de bajo grado y III-IV de alto grado (4)

La prueba de imagen de elección es la tomografía computada (TC). Se recomienda, además, la resonancia magnética (RM), que evaluará afectación de estructuras como la órbita y la extensión intracerebral.

En un 10-15% de los pacientes hay afectación ganglionar.

El tratamiento de elección es quirúrgico, por abordaje endoscópico o combinado craneo-endoscópico, con habitual RT postoperatoria (5).

Pese a ser tumores quimiosensibles, la QT se suele utilizar en estadios localmente avanzados. El tratamiento profiláctico del cuello no está indicado (6).

La supervivencia general es del 75% a los 5 años.

Se presenta el caso de un paciente varón de 39 años que, en estudio por cefalea frontoparietal izquierda, presenta hallazgos en TC de tumor en fosa nasal izquierda, con extensión etmoidal anterior y cambios sinusales en relación a obstrucción osteo-meatal. La RM determina una lesión de 39x17x25 mm, con infiltración del bulbo olfatorio, pero sin infiltración del

parénquima frontal. Se toma una biopsia inicial, cuyo estudio histológico informa una lesión compatible con esteseoneuroblastoma grado II-III. En estudio radiológico de extensión, no se evidencia enfermedad a distancia.

Se decide realizar un tratamiento quirúrgico, mediante un abordaje transcribiforme en conjunto con Equipo de Neurocirugía. En fosa nasal derecha se realiza un colgajo nasoseptal (Hada) y septoplastia endoscópica, junto con apertura de senos.

En fosa nasal izquierda se realiza debulking del tumor, que ocupa prácticamente la totalidad de la fosa, con exéresis de mucosa de septum y suelo para estudio histológico, más apertura de senos. Luego se realiza septectomía posterior y Draf III, comunicando ambos senos frontales y visualizando tabla posterior de ambos. Por su parte, Neurocirugía inicia desde dicha zona abordaje transcribiforme. Se observa afectación del bulbo olfatorio izquierdo, realizándose resección. No se observa afectación macroscópica del parénquima cerebral (giro recto). Se realiza un cierre multicapas del defecto.

Posteriormente a cirugía, el paciente completa tratamiento adyuvante con radioterapia.

En seguimiento a los 2 años del tratamiento, el paciente no muestra signos de recidiva y presenta una buena calidad de vida.

A modo de conclusión, pese a que el esteseoneuroblastoma es un tumor poco frecuente, es conveniente conocer las características de esta entidad y valorar la importancia del trabajo multidisciplinar para optimizar los outcomes de nuestros pacientes.

REFERENCIAS

- 1 Actualización en ORL y CCC[WebApp SEORL. Sección Rinología, alergia y base de cráneo anterior. Capítulo 47: Tumores malignos nasosinusales. Disponible en <https://www.actualizacion.seorl.net/article?id=5e58d73d-0d44-4926-b03a-15ac0aca0133>. Consultado el 11 de enero de 2024.
- 2 Treatment of pediatric esthesioneuroblastoma with smell preservation. Maggiore G1, Lazio MS2, Gallo O1. Auris Nasus Larynx. 2018 Oct;45(5):1107-1112. DOI:10.1016/j.anl.2018.02.003.
- 3 Esteseoneuroblastoma o neuroblastoma olfatorio. Benet M, Sergio et al. Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello 77(1):63-68. March 2017. DOI:10.4067/S0718-48162017000100009.
- 4 Esthesioneuroblastoma: prognosis and management. Morita A1, Ebersold MJ, Olsen KD, Foote RL, Lewis JE, Quast LM. Neurosurgery. 1993 May;32(5):706-14;discussion 714-5. DOI: 10.1227/00006123-199305000-00002.
- 5 Spanish consensus for the management of sinonasal tumors. López F, Grau JJ, Medina JA, Alobid I. Acta Otorrinolaringol Esp. 2017;68(4):226-34. DOI: 10.1016/j.otorri.2016.07.001.
- 6 Importance of neoadjuvant chemotherapy in olfactory neuroblastoma treatment: Series report and literature review. Bartel R1, Gonzalez-Compta X2, Cisa E2, Cruellas F2, Torres A3, Rovira A2, Manos M2. Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed). 2018;69(4):208-213. DOI: 10.1016/j.otorri.2017.07.001.

ESPONDILODISCITIS TRAS PRÓTESIS FONATORIA

REYES PUJOLS, E. P. (1); MARRERO PÉREZ, J. C. (1); MASCAREÑO ORELLANA, L. D. L. L. (1); MARCO SANZ, M. (1); MARCO ALGARRA, J. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia

Palabras clave: Prótesis fonatoria, espondilodiscitis, complicaciones prótesis

INTRODUCCIÓN

La restauración de la función fonatoria es uno de los principales objetivos de la rehabilitación tras una laringectomía total, dado el impacto que tiene en la calidad de vida del paciente. La prótesis fonatoria ofrece la posibilidad de producir una voz más natural, inteligible y socialmente aceptable, comparado con la voz erigmofónica. A pesar de que su inserción, uso diario y recambios son relativamente sencillos, se han descrito algunas complicaciones menores y mayores; como la que presentamos en el siguiente caso.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 65 años intervenido de laringectomía total por carcinoma glótico en 2016, sometido a recolocación de prótesis fonatoria por punción traqueo-esofágica secundaria bajo control esofagoscópico. Al tercer día de la intervención acude a urgencias por cervicalgia, omalgia bilateral, y fiebre de 38.9°C con elevación de reactantes de fase aguda en analítica. Al examen físico se constata la prótesis in situ, con mucosa circundante sana y sin evidencia de secreción ni exudados patológicos. En ausencia de signos de complicación local, se decide alta con antibioterapia, analgesia y control precoz en consultas. Tras 5 días de tratamiento, el paciente se mantiene afebril, pero persiste la cervicalgia y omalgia, por lo que solicitamos TAC cervico-torácico que no informa de hallazgos patológicos y se complementa con RMN cervical donde se objetivan cambios inflamatorios en la médula ósea de los cuerpos vertebrales C6 y C7, con masa de partes blandas pre y paravertebral, así como absceso epidural que provoca compresión medular, sin mielopatía asociada. Se procede al ingreso del paciente, retirada de prótesis y se envía a cultivo microbiológico en el que se aíslan *Acinetobacter*

pittii, *Rothia mucilaginosa* y *Streptococcus anginosus*, ajustándose antibioterapia según antibiograma en conjunto con la Unidad de Enfermedades Infecciosas, con ceftriaxona 2g /24h, clindamicina 600mg/8h, ciprofloxacino 400mg/12h y Fluconazol 200mg/12h. Se descarta el manejo quirúrgico ante la ausencia de focalidad neurológica y signos de alarma. Tras 4 semanas de tratamiento intravenoso, el paciente presenta buena evolución clínico-radiológica. Se decide alta con tratamiento antibiótico oral con ciprofloxacino, clindamicina y fluconazol hasta completar 12 semanas. En las sucesivas visitas el paciente niega presentar dolor y se observa discreta mejoría en controles radiológicos.

DISCUSIÓN

Las complicaciones de la colocación de prótesis fonatorias son comunes, entre ellas destacan la formación de granulomas, fugas o la colonización fúngica. Otras más graves y menos frecuentes incluyen abscesos paraesofágicos, celulitis, aspiración bronquial de la prótesis, osteomielitis cervical y espondilodiscitis. Existen únicamente 3 casos similares documentados en la bibliografía. Algunos proponen como posibles teorías la dehiscencia de la pared posterior faríngea tras la colocación del esofagoscopio rígido, la punción accidental de la pared posterior esofágica y el decúbito crónico de la prótesis de una longitud mayor de la necesaria. En nuestro caso, sospechamos que pudo ser provocada por punción accidental de la pared esofágica posterior.

CONCLUSIÓN

Ante un dolor cervical persistente, así como otros signos como fiebre u omalgia tras la inserción por punción de una prótesis fonatoria, se debe sospechar en una espondilodiscitis como complicación.

REFERENCIAS

- Massaro, N., Verro, B., Greco, G., Chianetta, E., D'Ecclesia, A., & Saraniti, C. (2021). Quality of Life with Voice Prosthesis after Total Laryngectomy. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, 33(118), 301–309. <https://doi.org/10.22038/IJORL.2021.53724.2832>
- González-Paz, T., Nehme-Paz, A. R., Rodríguez-Acevedo, N., & Arán-González, I. (2016). Espondilodiscitis cervical secundaria a inserción de prótesis fonatoria. *Acta Otorrinolaringologica Espanola*, 67(4), 239–241. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2015.07.003>
- İmre, A., Pinar, E., Çallı, Ç., Sakarya, E. U., Öztürkcan, S., Öncel, S., & Katılmış, H. (2013). Complications of tracheoesophageal puncture and speech valves: retrospective analysis of 47 patients. *Trakeaözofageal fistül açılması ve konuşma protezinin komplikasyonları: 47 hastanın retrospektif analizi. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg*, 23(1), 15–20. <https://doi.org/10.5606/kbbihtisas.2013.49354>
- Dayanku Norsuhazenah PS, Baki MM, Mohamad Yunus MR, Sabir Husin Athar PP, Abdullah S. Complications following tracheoesophageal puncture: a tertiary hospital experience. *Ann Acad Med Singap*. 2010 Jul;39(7):565-4. PMID: 20697675.
- Bolzoni, A., Peretfi, G., Piazza, C., Farina, D., & Nicolai, P. (2006). Cervical spondylodiscitis: A rare complication after phonatory prosthesis insertion. *Head and Neck*, 28(1), 89–93. <https://doi.org/10.1002/hed.20311>
- Stramandinoli E, Ayache S, de la Roche Saint Andre G, Strunski V. Spondylodiscite cervicale. Une complication rare des implants phonatoires [Cervical spondylodiscitis: a rare complication of phonatory implants]. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*. 2001 Dec;118(6):382-5. French. PMID: 11908341.

FRACTURA DEL CARTÍLAGO TIROIDES. ¿TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O CONSERVADOR?

SORIANO MICÓ, M. (1); ALBIOL VARELLA, L. (1); BOTERO VARGAS, M. A. (1); FAUBEL SERRA, M. (1)

(1) Hospital General de Castellón

Varón 52 años que acude a urgencias tras presentar traumatismo directo cerrado cervical anterior con ligera hemoptisis tras el traumatismo.

A su llegada, paciente estable, eupneico con disfonía, odinofagia y disfagia. A la palpación no se observa crepitación, aunque si cierta asimetría en el cartílago tiroides. Se realiza nasofibrolaringoscopia, donde se observa hematoma importante que desplaza las estructuras con colapso del seno piriforme izquierdo. Glotis permeable con ambas cuerdas vocales aparentemente móviles. No se observa exposición de cartílago ni disrupción de la mucosa.

Ante la sospecha de posible fractura o luxación del cartílago tiroides, se decide realización de TAC cervical, cuyo resultado es de fractura impactada y luxada con un gap cartilaginoso de hasta 7 mm de la lámina izquierda del cartílago tiroides. Calibre de la vía aérea conservado.

Tras resultados, exploración y la estabilidad del paciente, fractura del cartílago tiroides única y estable, que correspondería a una fractura tipo 3 en la clasificación de Schaefer, se decide en las primeras horas tratamiento conservador con oxigenoterapia, corticoterapia, antibióticos intravenosos, monitorización estrecha, elevación del cabecero de la cama y reposo vocal.

Unas horas más tarde, se revalora al paciente y las pruebas complementarias, creando dudas de que realmente sea una fractura única, siendo la exploración la misma, por lo que se decide intervención quirúrgica.

Durante la intervención se objetiva una fractura múltiple, lo que la convierte en un tipo 4 según la clasificación de Schaefer. Se estabiliza la fractura con miniplacas. Tras la intervención, se completa tratamiento antibiótico y se decide alta con seguimiento clínico y radiológico.

DISCUSIÓN

La fractura del cartílago tiroides es muy rara en nuestro medio y puede pasar desapercibida, sin embargo, su diagnóstico es muy importante ya que debe ser tratada en las primeras 24 horas para evitar complicaciones posteriores.

La primera actuación ante un traumatismo del cartílago tiroides es preservar vía aérea. Si el paciente presenta disnea, hemos de realizar una traqueotomía y después las pruebas complementarias.

Hoy día se acepta la clasificación de Schaefer como la válida para decidir el manejo quirúrgico versus conservador de las fracturas. Sin embargo, existe controversia en la tipo 3, caso de nuestro paciente, ya que es una fractura desplazada pero estable y contenida. Toda la literatura consultada trata la tipo 3 de manera conservadora, sin embargo Schaefer señala un tratamiento quirúrgico para ellas. El diagnóstico se basa en la nasofibrolaringoscopia y TAC, y si hay dudas, realizar una Resonancia magnética, siempre dentro de las primeras 24 horas tras el traumatismo.

Sin embargo, en nuestro caso, no se disponía de esa resonancia magnética y además con el TAC no se diagnosticó bien el tipo de fractura que era.

CONCLUSIÓN

La fractura de cartílago tiroides sigue siendo un reto diagnóstico y terapéutico. La atención inicial va dirigida a preservar vía aérea. El tratamiento se basa en la clasificación de Schaefer y ha de ser dentro de las primeras 24 horas.

REFERENCIAS

- ¹ Malvi A, Jain S (October 03, 2022) Laryngeal Trauma, Its Types, and Management. Cureus 14(10): e29877. DOI 10.7759/cureus.29877
- ² Moonsamy P, Sachdeva UM, Morse CR. Management of laryngotracheal trauma. Ann Cardiothorac Surg 2018;7(2):210-216
- ³ Ortiz L, Barahona L, Araya P, Zamorano R. Trauma laríngeo externo y fractura de cartílago tiroides. Revisión de la literatura. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2019; 79: 465-472
- ⁴ Gutierrez et al.: Ultrasonic-Aided Thyroid Cartilage Fixation. Laryngoscope, 133:1470–1472, 2023
- ⁵ Barrutieta Baztán G, Macón Liqueste E, Ortega del Álamo P. Traumatismo laríngeos. Estenosis laringotraqueales infantiles y del adulto. Capítulo 101. Libro virtual de formación en ORL
- ⁶ Hallak B, Von Wühl S, Boselie F, et al. Repair of displaced thyroid cartilage fracture using miniplate osteosynthesis BMJ Case Rep 2018;11:e226677

SCHWANNOMA LINGUAL COMO ANTESALA AL SÍNDROME DE PREDISPOSICIÓN A TUMORES RABDOIDES

SORIANO MICÓ, M. (1); BOTERO VARGAS, M. A. (1); GORDILLO GAYO, N. (1); FAUBEL SERRA, M. (1)

(1) Hospital General De Castellón

INTRODUCCIÓN

Mujer de 2 años, que acude con tumoración sobre el dorso lingual parte no móvil de crecimiento lento desde el nacimiento. No dolor, no disfagia, no sialorrea. Se observa tumoración redondeada, blanda a la palpación de aproximadamente 2.5 cm.

Se solicita ecografía lingual que se informa como sobreelevación de partes blandas. Se realiza exéresis completa. Se remite muestra a anatomía patológica.

Los resultados muestran: Tumoración de 2.8 x 2.5 x 1.5 cm que muestra proliferación de células fusiformes no encapsuladas con estudio inmunohistoquímico positivo difuso para S100. La tumoración es compatible con Schwannoma lingual, sin embargo, también se observa alta actividad proliferativa Ki67, unido a áreas que parecen infiltrar el músculo liso, no pudiéndose descartar malignidad. Se decide enviar muestra a Centro específico.

Los resultados del centro muestran expresión intensa y difusa de S100 y SOX 10, con presencia prácticamente exclusiva de cuerpos de Antonia A, que orientan a Schwannoma celular. Sin embargo, se observa pérdida de expresión del INI1, que apoya la mutación del gen supresor tumoral SMARCB1.

En este momento, se decide realizar estudio genético siendo positivo para el gen SMARCB1 en línea germinal.

DISCUSIÓN

Los schwannomas son tumores encapsulados del tejido nervioso, originados en las células de Schwann. Pueden ser indistinguibles de otros tumores. Representan el 25% de los tumores de cabeza y cuello, siendo sin embargo muy raro de la cavidad oral (< 1%). En cavidad oral, es más frecuente en la lengua, 2/3 de las veces en la parte móvil. Pueden afectar a cualquier nervio del cuerpo, (a excepción del I y II par craneal por no presentar vaina). Anatomopatológicamente se presentan cuerpos Antoni A, B y de Verocay, inmunohistoquímica negativa para citoqueratinas y SMA, fuertemente positiva para S100. Ki67 muy bajo.

Normalmente son asintomáticos y con crecimiento lento. Ecografía, TAC y RMN pueden ser de utilidad para su diagnóstico. La causa suele ser desconocida y la mayoría esporádicos, aunque existe un porcentaje asociado a enfermedades genéticas. El tratamiento es quirúrgico. Tienen alto grado de radioresistencia y la malignización es rara.

En nuestro caso, la descripción coincide con los Schwannomas, pero presenta características que podrían sugerir malignización, así como la mutación SMARCB1 en el tumor y en línea germinal, por lo que nos encontramos ante un "Síndrome de predisposición a tumores rabdoides". Los tumores rabdoides son tumores de crecimiento rápido, aparecen en el sistema nervioso central y riñón, aunque también en tejidos blandos y sistema nervioso periférico. Suelen afectar más a niños antes de los 5 años y tienden a diseminarse rápido, son difíciles de tratar y con pronóstico precario. Solo alrededor del 35% se incluye dentro de este síndrome.

Al presentar un resultado genético positivo, hemos de hacer seguimiento estrecho con RMN cerebral y ecografía abdominal.

CONCLUSIÓN

Los schwannomas linguales son tumores muy raros. Normalmente esporádicos, pero pueden estar en contexto de síndromes genéticos que deberíamos descartar. Su mayor característica es la presencia de cuerpos Antoni A y B y de Verocay y fuerte expresión inmunohistoquímica de S100. El tratamiento es quirúrgico.

REFERENCIAS

- Swain SK, et al. A Large Intraoral Sublingual Schwannoma in a Pediatric Patient: A Case Report. Iranian Journal of Otorhinolaryngology, Vol.33(5), Serial No.118, Sep-2021
- Manna F et al. Lingual Schwannoma in Pediatric Patients. The Journal of Craniofacial Surgery. Vol. 23, No. 5, Sep-2012
- Yun CB et al. Pediatric tongue schwannoma. World J Clin Cases 2021 August 26; 9(24): 7212-7217
- Bohla N et al. Schwannoma of the Tongue in a Paediatric Patient: A Case Report and 20-Year Review. Case Rep Dent. 2014;2014:780762
- Cohen M, Wang MB. Schwannoma of the tongue: two case reports and review of the literature. Eur Arch Otorhinolaryngol (2009) 266:1823–1829
- Asadi M et al. Schwannoma (neurilemmoma) of tongue: A rare case presentation and review of literature Clin Case Rep. 2023;11:e7235

EXÉRESIS Y RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE COLGAJO NASOFRONTAL DE CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS EN DORSO NASAL

VALLEJO GARCÍA, A. (1); PÉREZ CARBONELL, T. (1); TALEB FERROUKHI, A. C. (1); CALVO GÓMEZ, J. (1); GIMENO TORRES, L. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células escamosas de vestíbulo y pirámide nasal es una entidad poco frecuente, representando menos del 1% de tumores malignos de cabeza y cuello.

Son tumores con poca tendencia a la extensión a distancia en forma de metástasis, siendo más frecuente el crecimiento local con extensión a estructuras vecinas (tabique nasal, tejidos blandos premaxilares, paladar duro, etc).

Presentamos un caso clínico de una paciente atendida en el Hospital Clínico Universitario de Valencia y una revisión de los tumores de células escamosas y de la técnica quirúrgica empleada en su tratamiento.

CASO CLÍNICO

Mujer de 70 años que acude remitida de forma urgente desde el Centro de Especialidades por lesión en vestíbulo nasal derecho.

A la exploración física se observa una lesión friable anterior a cabeza de cornete inferior derecho, con afectación del dorso nasal ipsilateral, que se halla indurado. Mediante nasofibroscoopia flexible no se objetiva extensión de la lesión hacia cornetes ni meatos en fosa nasal derecha. Palpación cervical sin hallazgos.

En el estudio de imagen (TC y RMN) se visualiza una lesión nodular de 30 x 12 mm que afecta al ala nasal y surco nasogeniano derechos, con infiltración de piel y erosión de cartílago lateral nasal, hueso nasal y apófisis frontal del hueso maxilar derecho. En el PET-TC se observa una lesión nodular en región posterior de lóbulo superior izquierdo, subpleural, como único hallazgo.

Anatomía patológica informa de: "Carcinoma de células escamosas, infiltrante. HPV y EBER negativos".

Dadas las características de la lesión, junto con la extensión local de la misma, se informa a la paciente de la necesidad de tratamiento quirúrgico de la tumoración.

El abordaje terapéutico inicial se plantea mediante exéresis quirúrgica de la lesión y estructuras afectas y reconstrucción con colgajo nasofrontal en dos tiempos, junto con radioterapia. Tras el resultado de Anatomía patológica de la lesión extirpada, que informa de márgenes no afectos, se decide no iniciar tratamiento con radioterapia y seguimiento estrecho de la paciente.

DISCUSIÓN

Actualmente el tratamiento de elección del carcinoma de células escamosas en dorso/vestíbulo nasal no se encuentra estandarizado, siendo la escisión quirúrgica, la radioterapia y la braquiterapia, de forma exclusiva, o en conjunto, opciones a valorar en función de las características del tumor y el/la paciente.

Debido a las alteraciones estéticas resultantes del abordaje quirúrgico y/o radioterápico de estas lesiones la remodelación nasal y la reconstrucción de los defectos secundarios están emergiendo como cuestiones importantes a tener en cuenta dentro del abordaje multidisciplinar de estos/as pacientes.

EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DURANTE EL PRIMER AÑO POSTQUIRÚRGICO EN PACIENTES CON CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO

OROZCO NÚÑEZ, S. (1); OISHI KONARI, M. N. (1); IZQUIERDO LUZON, J. (2); MARTÍNEZ EXPÓSITO, F. (3); MORA SÁNCHEZ, C. (1); RODRÍGUEZ PRADO, C. (1); GIMENO CORET, M. (1); ZAPATER LATORRE, E. (1)

(1) Hospital General Universitario Valencia, (2) Hospital General Universitario de Elda, (3) Hospital General de Gandía

Palabras clave: Calidad de vida relacionada con la salud, Cáncer de cabeza y cuello, Cuestionario de Calidad de Vida en cáncer de cabeza y cuello

OBJETIVOS

Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes con cáncer de cabeza y cuello después del tratamiento quirúrgico durante 12 meses.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio prospectivo y descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes diagnosticados de cáncer primario de cabeza y cuello T2-T4 y tratados quirúrgicamente en nuestro departamento en el periodo de 2016 a 2020 completaron la encuesta EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-H&N35 en 4 ocasiones: 10 días después de cirugía, a los 3, 6 y 12 meses. Se realizó una descripción general y por grupos clasificados según edad, localización tumoral, tipo de cirugía laríngea y radioterapia adyuvante.

RESULTADOS

77 pacientes cumplieron los cuestionarios. En general, se observó una mejoría progresiva con pocas excepciones (dificultades económicas, dificultades sociales, la sexualidad, el dolor, los sentidos, los dientes, la boca seca, la saliva pegajosa y el uso de suplementos nutricionales). La CVRS fue superior entre los pacientes sometidos a cirugía laríngea total en todas las variables excepto tos, habla y sentidos. Los pacientes mayores de 65 años obtuvieron mejores puntuaciones de CVRS en relación con todas las variables excepto sexualidad uso de suplementos nutricionales, y uso de suplementos nutricionales y pérdida de peso. Los pacientes con tumores faríngeos obtuvieron peores puntuaciones que

los pacientes con neoplasia laríngea, a excepción de los pacientes con neoplasia laríngea. neoplasia, con excepción de la tos, el habla y los sentidos. Los pacientes que no recibieron radioterapia tuvieron mejores puntuaciones de CVRS que los que recibieron radioterapia.

CONCLUSIONES

La aplicación del mismo cuestionario a lo largo del tiempo permite evaluar la evolución de los pacientes.

REFERENCIAS

- ¹ List MA, Ritter-Sterr C, Lansky SB. A performance status scale for head and neck cancer patients. *Cancer* 1990; 66:564-569.
- ² Hammerlid E, Persson Lars-Olof, Sullivan M, Westin T. Quality-of-life effects of psychosocial intervention in patients with head and neck cancer. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 1999; 120:507-516.
- ³ De Graeff A, De Leeuw FtJ, Ros WJG, Hordijk GJ, Blijham GH, Winnubst AM. long-Term Quality of Life of Patients with Head and Neck Cancer. *Laryngoscope* 2000; 110:98-106.
- ⁴ Cárcamo M. Epidemiología y generalidades del tumor de cabeza y cuello. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2018;29(4):388-96.
- ⁵ Redondo-Martínez MP, Salcedo-Aguilar F, García-Jiménez MA, Monterde- Aznar M, Rodríguez-Almonacid FM, Marcos-Navarro AI. Prevalencia del insomnio y consumo de psicofármacos en ancianos de una zona básica de salud de Cuenca. *Aten Primaria* 2000; 25: 400-404. Mencionado en: Cilveti R. Mujer de 69 años con insomnio primario (caso clínico). *Somnus Volumen III número 2*, 2002. Publicaciones Permanyer.

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A DESCOMPRESIÓN ORBITARIA ENDOSCÓPICA POR ORBITOPATÍA DE GRAVES

ALMANZO, S. (1); SARO-BUENDÍA, M. (1); MUÑOZ FERNÁNDEZ, N. (1); KRSTULOVIC, C. (1); MELLIDEZ ACOSTA, R. (1); FITO MARTORELL, L. (1); MOSQUERA, N. (1); ESPAÑA GREGORI, E. (1); ARMENGOT CARCELLER, M. (1); GARCÍA PIÑERO, A. (1)

(1) Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

Palabras clave: Descompresión orbitaria endoscópica, Orbitopatía, Enfermedad de Graves.

INTRODUCCIÓN

La orbitopatía de Graves (GO) es un proceso autoinmune que puede ocasionar ceguera. En casos graves, puede estar indicada una descompresión orbitaria.

OBJETIVOS

Nuestros objetivos son: (1) determinar si la descompresión orbitaria puramente endoscópica (EOD) mejora la calidad de vida, (2) caracterizar la reducción de la proptosis tras EOD y (3) determinar si la mejora en calidad de vida está relacionada con el grado de reducción de la proptosis.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo durante 3 años, en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con GO grave e indicación de EOD. Se evaluó tanto la calidad de vida (cuestionario GO-QoL) como la proptosis (exoftalmómetro de Hertel). Ambas mediciones se realizaron preoperatoriamente y 12 meses tras la intervención.

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes. Se realizó en todos ellos una EOD, tras 12 meses se objetiva una mejoría en ambos parámetros del cuestionario GO-QoL: rendimiento visual (2,87 puntos, 11,2%) y apariencia física (5,75 puntos, 22,57%). El exoftalmómetro mostró una reducción de la proptosis media de 3,7 milímetros. En los casos con reducción de la proptosis > 5 milímetros, mejoran los parámetros de apariencia física del cuestionario GO-QoL.

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

En la evaluación del impacto de la EOD, se evalúan parámetros clínicos objetivos. No obstante, no debemos olvidar que el objetivo principal de esta intervención es mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto, el análisis de la percepción subjetiva de la calidad de vida es clave para comprender los resultados quirúrgicos. Nuestros resultados evidencian una mejoría general tanto en parámetros objetivos como subjetivos. Además, ambos parecen correlacionados cuando la reducción de la proptosis supera los 5 milímetros.

REFERENCIAS

- ¹ Bahn R. S. (2010). Graves' ophthalmopathy. The New England journal of medicine, 362(8), 726–738. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0905750>
- ² Bartalena, L., Kahaly, G. J., Baldeschi, L., Dayan, C. M., Eckstein, A., Marcocci, C., Marinò, M., Vaidya, B., Wiersinga, W. M., & EUGOGO (2021). The 2021 European Group on Graves' orbitopathy (EUGOGO) clinical practice guidelines for the medical management of Graves' orbitopathy. European journal of endocrinology, 185(4), G43–G67. <https://doi.org/10.1530/EJE-21-0479>
- ³ Sharma, A., Stan, M. N., & Rootman, D. B. (2022). Measuring Health-Related Quality of Life in Thyroid Eye Disease. The Journal of clinical endocrinology and metabolism, 107(Suppl_1), S27–S35. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac230>
- ⁴ Terwee, C. B., Dekker, F. W., Mourits, M. P., Gerding, M. N., Baldeschi, L., Kalmann, R., Prummel, M. F., & Wiersinga, W. M. (2001). Interpretation and validity of changes in scores on the Graves' ophthalmopathy quality of life questionnaire (GO-QOL) after different treatments. Clinical endocrinology, 54(3), 391–398. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.2001.01241.x>
- ⁵ Park, N. R., Moon, J. H., & Lee, J. K. (2019). Hertel exophthalmometer versus computed tomography scan in proptosis estimation in thyroid-associated orbitopathy. Clinical ophthalmology (Auckland, N.Z.), 13, 1461–1467. <https://doi.org/10.2147/OPH.S216838>
- ⁶ Ramli, N., Kala, S., Samsudin, A., Rahmat, K., & Abidin, Z. Z. (2015). Proptosis—Correlation and Agreement between Hertel Exophthalmometry and Computed Tomography. Orbit (Amsterdam, Netherlands), 34(5), 257–262. <https://doi.org/10.3109/01676830.2015.1057291>

CANVAS (CEREBELLAR ATAXIA, NEUROPATHY AND VESTIBULAR AREFLEXIA SYNDROME): ESTUDIO EN 22 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO GENÉTICO CONFIRMADO

ALMANZO, S. (1); TORTAJADA TORRALBA, I. (1); ASTRAY GÓMEZ, S. (1); SEVILLA MANTECÓN, T. (1); CASTILLA JIMÉNEZ, A. (1); ARMENGOT CARCELLER, M. (1); PÉREZ GUILLÉN, V. (1)

(1) Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

Palabras clave: CANVAS, Ataxia cerebelosa, Arreflexia vestibular, Neuropatía, Pruebas vestibulares

INTRODUCCIÓN

La asociación entre la ataxia cerebelosa y la arreflexia vestibular bilateral fue descrita por primera vez en 1991. Con el tiempo, se asoció con la neuropatía sensitiva, dando origen al acrónimo CANVAS (Síndrome de Ataxia Cerebelosa, Neuropatía sensitiva y Arreflexia Vestibular). La genética fue descubierta en 2019 en una población con ataxia de inicio tardío, manifestándose como una expansión anormal de repeticiones intrónicas AAGGG en ambas copias del gen del factor de replicación C, en la subunidad 1 (RFC1). Esta expansión patológica se encontró en el 100% de los casos familiares y en el 92% de los casos esporádicos cuando la tríada de síntomas estaba completa.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Investigar la variabilidad clínica y vestibular en pacientes con CANVAS, analizando la relación entre la genética, las manifestaciones clínicas y los resultados de pruebas vestibulares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio observacional y retrospectivo de pacientes con CANVAS genéticamente confirmado, realizado en un hospital de tercer nivel. Se analizaron datos demográficos, resultados de la prueba calórica y el video head impulse test (vHIT) para evaluar la función vestibular, y otras pruebas adicionales (electromiografía e imágenes de resonancia magnética) de cada paciente.

RESULTADOS

Se presentan datos de 22 pacientes con CANVAS (11 hombres, 11 mujeres) con diagnóstico genético (20 homocigotos AAGGG y 2 heterocigotos AAAAG/AAGGG). De ellos, 10 pacientes pertenecen a 3 familias, mientras que el resto son casos esporádicos. La edad de los pacientes osciló entre 51 y 83 años (edad media de 66 años). El inicio de los síntomas varió entre 40 y 79 años (edad media de 60 años), con presentaciones clínicas diversas. El síntoma más frecuente fue la neuropatía sensitiva, seguida de la inestabilidad, la tos y la ataxia. Solo en 9 pacientes el vHIT arrojó resultados anormales, mientras que, con las pruebas calóricas, la función vestibular estuvo alterada en 12 pacientes.

CONCLUSIONES

No en todos nuestros pacientes con diagnóstico genético se demuestran patrones clínicos o vestibulares consistentes, siendo notable la discrepancia entre los resultados del vHIT y las pruebas calóricas. Dada la variabilidad clínica y de los resultados vestibulares, es necesaria más investigación en esta nueva y relativamente rara enfermedad.

REFERENCIAS

- ¹ Dupré, M., Hermann, R. & Froment Tilikete, C. (2021). Update on Cerebellar Ataxia with Neuropathy and Bilateral Vestibular Areflexia Syndrome (CANVAS). *Cerebellum* 20, 687–700. <https://doi.org/10.1007/s12311-020-01192-w>
- ² Szmulewicz, D. J., Waterston, J. A., MacDougall, H. G., Mossman, S., Chancellor, A. M., McLean, C. A., Merchant, S., Patrikios, P., Halmagyi, G. M., & Storey, E. (2011). Cerebellar ataxia, neuropathy, vestibular areflexia syndrome (CANVAS): a review of the clinical features and video-oculographic diagnosis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1233, 139–147. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06158.x>
- ³ Szmulewicz, D. J., McLean, C. A., MacDougall, H. G., Roberts, L., Storey, E., & Halmagyi, G. M. (2014). CANVAS an update: clinical presentation, investigation and management. *Journal of vestibular research : equilibrium & orientation*, 24(5-6), 465–474. <https://doi.org/10.3233/VES-140536>
- ⁴ Fernandez-Rueda, M., García-Fernández, A., & Vergas-Gutiérrez, J. J. (2023). Variability in the Results of Vestibular Assessment in Patients with Genetically Confirmed Cerebellar Ataxia, Neuropathy, and Vestibular Areflexia Syndrome. *The journal of international advanced otology*, 19(5), 383–387. <https://doi.org/10.5152/iao.2023.22982>
- ⁵ Wu, T. Y., Taylor, J. M., Kilfoyle, D. H., Smith, A. D., McGuinness, B. J., Simpson, M. P., Walker, E. B., Bergin, P. S., Cleland, J. C., Hutchinson, D. O., Anderson, N. E., Snow, B. J., Anderson, T. J., Paermentier, L. A., Cutfield, N. J., Chancellor, A. M., Mossman, S. S., & Roxburgh, R. H. (2014). Autonomic dysfunction is a major feature of cerebellar ataxia, neuropathy, vestibular areflexia 'CANVAS' syndrome. *Brain : a journal of neurology*, 137(Pt 10), 2649–2656. <https://doi.org/10.1093/brain/awu196>
- ⁶ Infante, J., García, A., Serrano-Cárdenas, K. M., González-Aguado, R., Gazulla, J., de Lucas, E. M., & Berciano, J. (2018). Cerebellar ataxia, neuropathy, vestibular areflexia syndrome (CANVAS) with chronic cough and preserved muscle stretch reflexes: evidence for selective sparing of afferent Ia fibres. *Journal of neurology*, 265(6), 1454–1462. <https://doi.org/10.1007/s00415-018-8872-1>
- ⁷ Judge, P. D., Janky, K. L., & Barin, K. (2017). Can the Video Head Impulse Test Define Severity of Bilateral Vestibular Hypofunction?. *Otology & neurotology : official publication of the American Otological Society, American Neurotology Society [and] European Academy of Otolaryngology and Neurotology*, 38(5), 730–736. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000001351>

FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

CONZÁLEZ TURIENZO, E. (1); DOMÍNGUEZ CELIS, F. (1); MARTÍNEZ MORENO, M. (1); DINU PISTOLEA, R. (1); LÓPEZ MOLLÁ, C. (1); DALMAU GALOFRE, J. (1)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia

Palabras clave: fistula traqueoesofágica; cirugía de cabeza y cuello; oncología; radioterapia cervical

CASO CLÍNICO

Varón de 74 años, exfumador, con antecedentes oncológicos de carcinoma epidermoide glótico en 2004, tratado con laringectomía total y vaciamiento funcional bilateral y posterior radioquimioterapia (RTQT) adyuvante; con recidiva en 2006 a nivel supraclavicular tratada con cirugía y quimioterapia adyuvante, libre de enfermedad y portador de prótesis fonatoria. Posteriormente en 2018 adenocarcinoma de pulmón tratado con cirugía y RTQT adyuvante, libre de enfermedad. Acude a Urgencias por fuga de líquidos a la vía aérea tras las ingestas desde hacía unos 3 días, sospechando como primera posibilidad disfunción de la prótesis fonatoria con fuga a través de la misma. Sin embargo, no se observa fuga por esta tras la ingesta de agua y el paciente sigue presentando tos con la ingesta de agua tras el recambio de la prótesis por lo que se realiza una fibroscopia a través del estoma objetivando una fistula que comunica tráquea con esófago, situada unos cm inferior a la localización de la prótesis fonatoria. Se decide ingreso para estudio y colocación de gastrostomía percutánea. Se solicita TC cervicotorácico que objetiva dicha fistula, sin lesiones tumorales ni otros hallazgos que la justifiquen. Se consulta al servicio de Cirugía General del hospital quienes recomiendan en primer lugar la colocación de stent esofágico. El servicio de Medicina Digestiva coloca vía endoscópica el stent, pero en controles posteriores se objetiva aumento del tamaño de la fistula, siendo retirado el stent y falleciendo el paciente a las pocas semanas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las fistulas traqueoesofágicas (FTE) son comunicaciones anormales entre el esófago y la tráquea. Las FTE pueden ser congénitas o adquiridas, estando estas últimas asociadas a cirugía, radioterapia, quimioterapia, colocación de stent esofágicos o a invasión tumoral de la vía aérea. Ciertos factores como la desnutrición, infecciones asociadas, estado crítico y comorbilidades como diabetes mellitus, pueden agravar el proceso. La FTE asocia muy mal pronóstico con una supervivencia de semanas/meses en casos de FTE no intervenidas o tras fracaso terapéutico. Se debe sospechar la FTE por la presencia de tos con la ingesta, en especial de líquidos o sólidos de pequeño tamaño, desnutrición y neumonías de repetición, siendo estas últimas causas frecuentes de mortalidad. El diagnóstico se suele retrasar varios meses debido a la clínica inespecífica que asocia e incluye la combinación de hallazgos clínicos, pruebas radiológicas y endoscópicas. El tratamiento requiere un enfoque multidisciplinar y será conservador, quirúrgico o endoscópico teniendo en cuenta la etiología, el tamaño, la anatomía de la FTE y las comorbilidades del paciente, así como el pronóstico de su enfermedad.

REFERENCIAS

- ¹ Espíndola, L. A. V., Gutierrez, A. M. C., Saavedra, A., & Morales, E. A. S. (2021). Fístula traqueoesofágica, a propósito de un caso. Revista Colombiana de Neumología, 33(1), 37-42.
- ² Reed, M. F., & Mathisen, D. J. (2003). Tracheoesophageal fistula. Chest Surgery Clinics, 13(2), 271-289.
- ³ Ke, M., Wu, X., & Zeng, J. (2015). The treatment strategy for tracheoesophageal fistula. Journal of thoracic disease, 7(Suppl 4), S389.
- ⁴ Muniappan, A., Wain, J. C., Wright, C. D., Donahue, D. M., Gaissert, H., Lanuti, M., & Mathisen, D. J. (2013). Surgical treatment of nonmalignant tracheoesophageal fistula: a thirty-five year experience. The Annals of thoracic surgery, 95(4), 1141-1146.

ENFERMEDAD DE MADELUNG-SÍNTESIS DE LA ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ZARCO GALLEGU, L. (1); MARRERO PÉREZ, J. C. (1); ESCORIHUELA GARCÍA, V. (1); MARCO CARMONA, M. (1); ORTS ALBORCH, M. (1)

(1) Hospital Clínico de Valencia

Palabras clave: Enfermedad de Madelung, Lipomatosis simétrica múltiple, Síndrome de Launois-Bensaude, cirugía de cabeza y cuello, lipectomía, liposucción.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Madelung, también conocida como Lipomatosis simétrica múltiple, se da predominantemente en varones, de entre 30 y 60 años, con acúmulos grasos de depósito lento principalmente en cuello, hombros y miembros superiores.

Se ha documentado la asociación con el consumo de alcohol y las disfunciones mitocondriales, aunque los mecanismos patogénicos exactos son desconocidos. Otras formas autosómico-recesivas se asocian a variantes en el gen MNF2 (mitofusina 2), según diversos estudios.

El tratamiento incluye excisión quirúrgica, liposucción, o una combinación de ambas. Las recurrencias postcirugía abierta son del 39-51%, incluso a pesar de la abstinencia alcohólica, a lo largo de un tiempo medio de 1,7-3,8 años, según las series de casos revisadas.

CASO CLÍNICO

Varón de 53 años con diagnóstico de Enfermedad de Madelung que acude derivado desde Cir. Plástica tras ser comentado en Comité de Cabeza y Cuello para valoración de exéresis de lipomatosis cervical.

El paciente refiere sensación compresiva con aumento difuso e indoloro del perímetro cervical. No presenta síntomas de disfonía, odinodisfagia o disnea.

En su historial médico, destacan alergia a betalactámicos, nefrectomía por tumor renal, esplenectomía e ingreso en Medicina Interna por trombosis de venas axilar, basilíca y humeral.

Sin medicación de uso habitual. Antecedentes toxicológicos: consumo de alcohol de 5-6 cervezas diarias y consumo ocasional de cocaína. Sin historia de tabaquismo.

A la exploración física, se aprecia gran acúmulo de tejido adiposo elástico en toda la circunferencia cervical con mayor induración en cola de parótida derecha.

En informes de TC realizados, se refleja extensa infiltración cervical difusa por tejido graso no encapsulado, de distribución simétrica y bilateral. Lipomatosis que ocasiona acusado efecto masa sobre músculos esternocleidomastoideos, escalenos y perivertebrales, con extensión supraclavicular y mediastínica, así como hacia glándulas submaxilares y parótidas. Además, describen compromiso de espacio en región subclavia bilateral con obliteración de venas subclavias y, en menor grado, de venas yugulares. Desarrollo de circulación venosa colateral prepectoral.

Tras la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias, se confirma enfermedad de Madelung y se incluye para cirugía de exéresis de grasa cervical anterior por parte del Servicio de ORL, quedando pendiente la de la vertiente posterior en un segundo tiempo por Cir. Plástica.

Intraoperatoriamente, se identifica tejido graso entre platisma y fascia cervical superficial. Se realiza a nivel laterocervical bilateral exéresis de todo el tejido graso circundante respetándose estructuras como las glándulas submaxilares, nervios hipoglosos, venas yugulares internas y el hemitiroides de cada lado. Se realiza además exéresis de grasa en hueco supraclavicular con ligadura de vena cervical transversa. La cirugía finaliza situando dos redones bilateralmente, suturando por planos y colocando grapas y vendaje compresivo.

En el informe de anatomía patológica, se describe muestra de tejido adiposo maduro sin atipias separado por tractos finos de tejido conectivo, compatible con enfermedad de Madelung.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Madelung es una entidad infrecuente que puede cursar con síntomas compresivos, disfonía, disfagia o disnea. Para su abordaje, la cirugía abierta ha demostrado ser superior a otras técnicas, con menor tasa de recidivas.

REFERENCIAS

- ¹ Lemaitre M, Chevalier B, Jannin A, et al. Multiple symmetric and multiple familial lipomatosis. *Presse Med* 2021; 50:104077.
- ² Rocha N, Bulger DA, Frontini A, et al. Human biallelic MFN2 mutations induce mitochondrial dysfunction, upper body adipose hyperplasia, and suppression of leptin expression. *Elife* 2017; 6.
- ³ Brea-García B, Cameselle-Teijeiro J, Couto-González I, et al. Madelung's disease: comorbidities, fatty mass distribution, and response to treatment of 22 patients. *Aesthetic Plast Surg* 2013; 37:409.
- ⁴ Pinto CI, Carvalho PJ, Correia MM. Madelung's Disease: Revision of 59 Surgical Cases. *Aesthetic Plast Surg* 2017; 41:359.
- ⁵ Ujpa I M, Ne' meth ZS, Reichwein A, Szabo GY. Long-term results following surgical treatment of benign symmetric lipomatosis (BSL). *Int J Oral Maxillofac Surg* 2001; 30(6):479–483
- ⁶ Chen CY, Fang QQ, Wang XF, et al. Madelung's Disease: Lipectomy or Liposuction? *Biomed Res Int*. 2018 Feb 21;2018:3975974.

TUMORES NASOSINUSALES VASCULARES Y EMBARAZO

CABRERA GUIJO, J. (1); GARCÍA PIÑERO, A. (1); FITO MARTORELL, L. (1); MUÑOZ FERNANDEZ, N. (1); MOSQUERA LLOREDA, N. (1); JARAMILLO ÁNGEL, N. (1); SARO BUENDÍA, M. (1); ARMENGOT CARCELLER, M. (1)

(1) Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

Palabras clave: Hemangioma capilar lobulillar nasal. Granuloma piógeno. Tumor nasal. Epistaxis.

INTRODUCCIÓN

El hemangioma capilar lobulillar o granuloma piógeno, es un tumor benigno. Normalmente se asienta en la piel o en la mucosa de la cavidad oral, siendo poco frecuente en la mucosa nasal. Suele presentarse como una masa nasal anterior, que ocasiona clínica obstructiva y epistaxis frecuentes. Debido al espectro tan amplio de tumores nasales, el proceso diagnóstico de estos tumores no siempre es sencillo, por eso presentamos en este trabajo 2 casos que aparecen casi simultáneamente en el servicio, con planteamientos opuestos, pero con el mismo final.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos 2 casos clínicos con proceso diagnóstico bien diferenciado:

Caso 1: Mujer de 33 años, embarazada de 33 semanas, la cual va a presentar un curso clínico típico en este tipo de patología, con clínica de obstrucción nasal asociada a epistaxis. Durante la exploración se evidencia la masa y se realiza la extirpación con anestesia local, con resultado en la biopsia de hemangioma capilar lobulillar.

Caso 2: Mujer de 36 años, cuadro de 2 meses de evolución de obstrucción nasal y epistaxis, iniciando intraparto. En estudio con TC y biopsia se evidencia alta sospecha de angiosarcoma bien diferenciado. Tras exéresis quirúrgica, el diagnóstico definitivo resulta ser de hemangioma capilar lobulillar.

CONCLUSIÓN

El hemangioma capilar lobulillar se ha visto asociado a traumatismos nasales y alteración hormonal principalmente. A pesar de ser un tumor benigno, en este caso puede ser fácilmente confundido con un tumor maligno, por lo que conocer bien su fisiopatología y posible evolución nos llevará a un mejor manejo de estos tumores.

REFERENCIAS

- ¹ Puxeddu, R., Berlucchi, M., Ledda, G. P., Parodo, G., Farina, D., & Nicolai, P. (2006). Lobular capillary hemangioma of the nasal cavity: A retrospective study on 40 patients. *American Journal of Rhinology*, 20(4), 480–484. <https://doi.org/10.2500/ajr.2006.20.2878>
- ² Alabdulqader, A., & Alsuliman, Y. (2022). Rare presentation of bilateral lobular capillary hemangioma of the nasal septum: A case report. *Cureus*, 14(11), e31262. <https://doi.org/10.7759/cureus.31262>
- ³ Forte, D., Irañeta, A. S., Nabais, A., Figueiredo, A., Mafra, M., & Gonçalves, V. (2017). Nasal lobular capillary hemangioma as a complication after an endoscopic transsphenoidal gonadotrophin-producing pituitary adenoma resection. *Journal of Neurological Surgery Reports*, 78(1), e59–e61. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1600913>

- ⁴ Jia, H., Liu, X.-W., Li, Y., Guo, Y.-F., & Liu, Z.-P. (2022). A giant pyogenic granuloma gravidarum in the nasal cavity: A case report. *Ear, Nose, & Throat Journal*, 1455613221116337. <https://doi.org/10.1177/01455613221116337>
- ⁵ Salazar-Minaya, R., & Boero-Zunino, G. (2019). Hemangioma capilar lobular nasal. A propósito de un caso. *Revista medica herediana : organo oficial de la Facultad de Medicina "Alberto Hurtado", Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru*, 30(1), 50. <https://doi.org/10.20453/rmh.v30i1.3473>

NEUROMA DEL NERVIIO AURICULAR MAYOR TRAS PAROTIDECTOMÍA: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO A 10 AÑOS

BANCALARI DÍAZ, C. (1); SARO-BUENDÍA, M. (1); ALMANZO, S. (1); MARCOS PEÑA, M. A. (1); LLÓPEZ CARRATALÁ, I. (1); RUBIO FERNÁNDEZ, A. (1); COLLADO MARTÍN, D. (1); PEROLADA VALMAÑA, M. J. (1); ARMENGOT CARCELLER, M. (1)

(1) Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

Palabras clave: Neuroma traumático Parotidectomía Nervio auricular mayor Dolor neuropático

INTRODUCCIÓN

Los neuromas son una proliferación benigna de tejido neural que pueden surgir como complicación después de la sección del nervio auricular mayor durante intervenciones como la parotidectomía. Esta condición se caracteriza por una hiperplasia reactiva en respuesta a una lesión nerviosa durante el proceso de regeneración.

El síntoma predominante es el dolor neuropático, con aumento de volumen y mayor sensibilidad al tacto en la zona afectada. Su prevención durante la cirugía es fundamental. La extirpación quirúrgica ha demostrado ser el tratamiento más efectivo.

Este reporte presenta cinco casos de neuromas traumáticos del nervio auricular mayor tras parotidectomía, contribuyendo a la limitada literatura publicada sobre esta complicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo, analizando 300 pacientes intervenidos de parotidectomía en un centro de tercer nivel entre los años 2013 y 2023. Se analizaron diversos datos, incluyendo variables clínicas, pruebas de imagen y hallazgos histopatológicos. Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos consultando la base de datos PubMed, en los idiomas Español e Inglés, en los últimos 20 años.

RESULTADOS

De las 300 parotidectomías realizadas durante un periodo de 10 años, se identificaron cinco casos con complicaciones de neuroma del nervio auricular mayor, lo que representa una incidencia aproximada del 1.7%. La muestra del estudio incluye personas con edades comprendidas entre 47 y 70 años, constanding de tres mujeres y dos hombres. La presentación clínica predominante fue dolor neuropático en la zona de la intervención, manifestándose en un período variable desde 3 meses hasta varios años posterior a la cirugía. La resección quirúrgica fue realizada en todos los casos, siendo la histopatología consistente con neuroma traumático. Se reportó una recidiva en un caso, manejada con una nueva intervención, mientras que los demás pacientes experimentaron mejoría sintomática post-resección.

CONCLUSIÓN

La parotidectomía puede dar lugar a diversas complicaciones, como son parálisis facial, Síndrome Frey, pérdida de la sensibilidad cutánea, sialoceles, seroma o fistula salival. Siendo los neuromas del nervio auricular mayor muy infrecuentes. Es crucial prevenir la formación del neuroma durante la cirugía. Se recomienda realizar termocauterización del extremo proximal del nervio y utilizar la técnica de hundimiento en ojal en el musculo esternocleidomastoideo. La exéresis quirúrgica demostró ser la opción más efectiva.

Este estudio aporta valiosa información al presentar cinco casos de neuromas traumáticos del nervio auricular mayor tras parotidectomía, contribuyendo al conocimiento de esta infrecuente complicación.

REFERENCIAS

- ¹ Marcos VN, Kulcsar MAV, Hoff AO, Chammas MC, de Freitas RMC. How to Identify Cervical Traumatic Neuromas in the Post-operative Neck Dissection: Brief Review of the Cervical Plexus Ultrasound. *Ultrasound Med Biol*. 2022 Sep;48(9):1695-1710. doi: 10.1016/j.ultrasmedbio.2022.04.215. Epub 2022 Jun 7. PMID: 35688708.
- ² Yang HM, Kim HJ, Hu KS. Anatomic and histological study of great auricular nerve and its clinical implication. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2015 Feb;68(2):230-6. doi: 10.1016/j.bjps.2014.10.030. Epub 2014 Oct 31. PMID: 25465135.
- ³ Colella G, Borriello C, Lanza A, Rossiello R, Siniscalchi G. Neuroma traumatico del nervio grande auricolare. Caso clinico [Traumatic neuroma of the great auricular nerve. A clinical case]. *Minerva Stomatol*. 2002 Jun;51(6):279-83. Italian. PMID: 12147981.

- ⁴ Moss CE, Johnston CJ, Whear NM. Amputation neuroma of the great auricular nerve after operations on the parotid gland. Br J Oral Maxillofac Surg. 2000 Oct;38(5):537-8. doi: 10.1054/bjom.2000.0466. PMID: 11010790.
- ⁵ Hobsley M. Amputation neuroma of the great auricular nerve after parotidectomy. Br J Surg 1972; 59: 735-736.

EPIGLOTITIS NECROTIZANTE CON MEDIASTITIS EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

ASTRAY GÓMEZ, S. (1); COLLADO MARTÍN, D. (1); BANCALARI DÍAZ, C. (1); HERNÁNDEZ MOYA, A. (1); ARMENGOT CARCELLER, M. (1)

(1) Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

Palabras clave: epiglotitis necrotizante, mediastinitis, cirugía cervical

INTRODUCCIÓN

la epiglotitis aguda es un cuadro cada vez más infrecuente en la era de las vacunas, habiendo desplazado su epidemiología de la edad pediátrica a adultos con compromiso inmunitario. Sus posibles complicaciones, especialmente en sus formas más agresivas, pueden resultar potencialmente fatales.

MATERIAL Y MÉTODOS

se realiza una revisión bibliográfica de casos clínicos en la literatura a propósito de un caso.

CASO CLÍNICO

se presenta el caso de un varón de 40 años, fumador de 15 cigarrillos/día que acude por cuadro de disnea, sensación de ocupación faríngea, disfagia, estridor y fiebre de 3 días de evolución. Ante el hallazgo de epiglotitis/supraglotitis se realiza traqueotomía quirúrgica emergente tras fracaso de manejo médico e intubación orotraqueal. La TC mostró enfisema y lesiones inflamatorias/necrotizantes a nivel laríngeo, cervical y mediastínico. Se intervino de desbridamiento cervical y mediastínico precozmente (día 1 de ingreso), con salida de abundante material purulento. El cultivo del mismo demostró crecimiento de *S. anginosus*. En el día 24 de ingreso fue dado de alta, y posteriormente se decanuló de forma ambulatoria.

DISCUSIÓN

La epiglotitis enfisematosa necrotizante es una entidad rara y potencialmente mortal al producir compromiso de la vía aérea superior. Los casos en pacientes inmunocompetentes son excepcionales, únicamente 2 casos de los 11 que se encuentran descritos en la literatura, y tras su diagnóstico deben descartarse alteraciones inmunitarias subyacentes. El manejo difiere sustancialmente entre los casos publicados, así como los resultados en cada uno de los pacientes. La antibioterapia intensiva, y sobre todo el desbridamiento quirúrgico precoz son esenciales para un adecuado manejo.

REFERENCIAS

- ¹ Kong MS, Engel SH, Zalzal GH, Preciado D. Necrotizing epiglottitis and hemophagocytic lymphohistiocytosis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2009;73(1):119-125. doi:10.1016/j.ijporl.2008.09.028
- ² Klcova J, Mathankumara S, Morar P, Belloso A. A rare case of necrotising epiglottitis. J Surg Case Rep. 2011;2011(2):5. Published 2011 Feb 1. doi:10.1093/jscr/2011.2.5
- ³ C. Richardson. Necrotizing epiglottitis treated with early surgical debridement: A case report. American J of Otolaryngology. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2018.07.018>
- ⁴ Caballero M, Sabater F, Traserra J, Alòs L, Bernal-Sprekelsen M. Epiglottitis and necrotizing fasciitis: a life-threatening complication of infectious mononucleosis. Acta Otolaryngol. 2005;125(10):1130-1133. doi:10.1080/00016480510027475
- ⁵ Sengör A, Willke A, Aydın O, Gündes S, Almaç A. Isolated necrotizing epiglottitis: report of a case in a neutropenic patient and review of the literature. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2004;113(3 Pt 1):225-228. doi:10.1177/000348940411300311
- ⁶ Biem J, Roy L, Halik J, Hoffstein V. Infectious mononucleosis complicated by necrotizing epiglottitis, dysphagia, and pneumonia. Chest. 1989;96(1):204-205. doi:10.1378/chest.96.1.204

MARSUPIALIZACIÓN ENDOSCÓPICA ENDONASAL DEL QUISTE NASOGENIANO: UNA TÉCNICA SENCILLA Y EFICAZ CON ESCASA MORBILIDAD Y BAJA TASA DE RECURRENCIAS

RODRIGUEZ PRADO, C. (1); GARCÍA LLIBERÓS, A. (1); GÓMEZ GÓMEZ, M. J. (1); GARCÍA NAVALÓN, C. (1); OROZCO NÚÑEZ, S. (1); GIMENO CORET, M. (1); MORA SÁNCHEZ, C. (1); ZAPATER LATORRE, E. (1)

(1) Hospital General Universitario de Valencia

Palabras clave: Quiste nasogeniano; tumoración nasolabial; marsupialización endoscópica endonasal; exéresis sublabial.

INTRODUCCIÓN

El quiste nasogeniano es una lesión submucosa benigna de origen no odontógeno que usualmente se localiza en la región anterior del suelo de la fosa nasal, a nivel de la base del cartílago alar, y el labio superior. Son lesiones de crecimiento extraóseo, que se presentan como una tumefacción que eleva el ala nasal, indolora, blanda, desplazable y fluctuante. El diagnóstico es clínico y radiológico, siendo la Tomografía computarizada (TC) la prueba de imagen de elección. El diagnóstico diferencial se realiza con diversas lesiones benignas, si bien la localización en el surco nasogeniano es característica. El tratamiento de elección es quirúrgico, pudiendo realizarse mediante cirugía abierta tradicional con enucleación del quiste a través de un abordaje sublabial o mediante marsupialización por cirugía endoscópica endonasal. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis comparativo entre estas dos técnicas quirúrgicas.

CASO CLÍNICO

Presentamos a una mujer de 51 años que acude a consulta por una tumoración en la base del cartílago alar izquierdo de un año de evolución que crece progresivamente originándole clínica de obstrucción nasal y molestias. A la exploración se observa un abombamiento del suelo de la fosa nasal izquierda anterior a la cabeza del cornete inferior que se extiende al surco nasogeniano. La TC confirma la sospecha clínica de quiste nasogeniano. Se realiza la exéresis quirúrgica mediante marsupialización endoscópica endonasal. La recuperación postoperatoria es rápida y a los 6 meses existe una cicatrización completa de la mucosa nasal, sin signos de recidiva y con total resolución de la sintomatología de la paciente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

El quiste nasogeniano es una tumoración benigna de fácil manejo diagnóstico-terapéutico, si bien es importante realizar un buen diagnóstico diferencial y distinguirlo de otras tumoraciones que asienten típicamente en la misma localización. El diagnóstico definitivo lo proporciona la anatomía patológica, aunque las pruebas de imagen son de gran ayuda para descartar otras lesiones. Pese a que la TC es la prueba de imagen de elección, la RM ofrece también información, teniendo en cuenta que la ecografía es la más costo-efectiva. Existen diversos tipos de tratamiento siendo el quirúrgico el de elección. A pesar de que la exéresis quirúrgica por vía sublabial ha sido tradicionalmente la técnica empleada, existe una tendencia actual a realizar exclusivamente una marsupialización endoscópica al experimentar en los últimos años las numerosas ventajas que presenta: menor tiempo y sangrado intraoperatorios, menor dolor y parestesias postoperatorias, mayor rapidez de recuperación, ambulatoriedad y reducción del coste sanitario. En relación a la tasa de recurrencias, no se han encontrado diferencias significativas. Todas estas ventajas hacen que cada vez más especialistas estén sustituyendo la técnica tradicional por la endoscópica, logrando unos mejores resultados en cuanto a la recuperación y el confort del paciente. Se trata de una técnica sencilla y de fácil ejecución que los avances en las técnicas endoscópicas permiten realizar en la actualidad y que es interesante los otorrinolaringólogos incorporen en sus opciones de tratamiento dados los beneficios que aporta.

REFERENCIAS

- 1 Tsai HW, Chao WC, Lee YH, Tsai YT, Tsai MS, Lee YC. Sublabial excision versus transnasal endoscopic marsupialization for nasolabial cysts: A systematic review and meta-analysis. Clin Otolaryngol. 2024;49(1):102-108. doi:10.1111/coa.14105.
- 2 Almutairi A, Alaglan A, Alenezi M, Alanazy S, Al-Wutayd O. Nasolabial cyst: case report and review of management options. BMC Surg. 2020;20(1):10. Published 2020 Jan 10. doi:10.1186/s12893-020-0677-3
- 3 Lee DH, Yoon TM, Lee JK, Lim SC. Surgical treatment of nasolabial cysts in a single institute. J Laryngol Otol. Published online January 30, 2020. doi:10.1017/S0022215119002111
- 4 Sheikh AB, Chin OY, Fang CH, Liu JK, Baredes S, Eloy JA. Nasolabial cysts: A systematic review of 311 cases. Laryngoscope. 2016;126(1):60-66. doi:10.1002/lary.25433

CASOS CLÍNICOS



HEMATOMA SUPRAGLÓTICO POR TRAUMATISMO: ¿UNA CAUSA DE PARÁLISIS DE CUERDA VOCAL?

TORTAJADA TORRALBA, I. (1); SARO BUENDIA, M. (1); ARMENGOT CARCELLER, M. (1)

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

Presentamos el caso de un paciente varón de 50 años que tras traumatismo a nivel de laringe (agresión) refiere ronquera y odinofagia. A la exploración realizada mediante fibrolaringoscopia se objetiva un hematoma laríngeo supraglótico derecho que no colapsa vía aérea y que desplaza cuerda vocal derecha, impidiendo la correcta abducción de esta, que conserva su movilidad. En la tomografía computerizada de cuello se objetiva dicha lesión con una extensión craneocaudal de 3,2cm afectando a repliegue aritenopiglótico y seno piriforme ipsilaterales. Se decide ingreso del paciente con pauta de corticoides mg/kg y vigilancia estrecha. Tras 8 días de ingreso la evolución del paciente es favorable y se indica alta con control en consultas a las 2 semanas. En la visita de control se objetiva resolución del hematoma, pero aparece una parálisis de cuerda vocal derecha no presente durante el ingreso. Se decide seguimiento del paciente, a los 3 meses por traumatismo se aprecia recuperación de la movilidad de la cuerda vocal.

Los traumatismos a nivel de laringe son poco frecuentes, aunque pueden presentar una alta mortalidad debido a que pueden obstruir la vía aérea. En pacientes con antecedentes de traumatismo a este nivel es importante valorar en primer lugar la permeabilidad de la vía aérea, considerando en los casos de mayor gravedad realizar intubación o traqueotomía de urgencia.

Tras una primera valoración del paciente es importante realizar una anamnesis y exploración física detallada, incluyendo fibrolaringoscopia. La tomografía computarizada es de ayuda a la hora de valorar la extensión y gravedad de las lesiones, orientándonos hacia la aplicación de un manejo conservador o quirúrgico. En cualquier caso, la pronta aplicación de tratamiento (24-48h) mejorará el pronóstico y la morbimortalidad a largo plazo. El seguimiento del paciente es importante para valorar secuelas, para ello la estroboscopia puede sernos de ayuda. En la literatura se han presentado casos de parálisis de cuerda vocal tras hematoma a nivel laríngeo, pero en todos los casos la parálisis se desarrollaba de forma concomitante al hematoma. En nuestro caso el paciente desarrolló a posteriori esta afectación, lo cual nos lleva a plantearnos que pudiera deberse a que o bien el efecto de compresión del hematoma mantenido en el tiempo hubiera afectado finalmente la funcionalidad del nervio, o bien el proceso inflamatorio desarrollado.

CÚPULA LIGERA SECUNDARIA A CIRUGÍA DE IMPLANTE COCLEAR: UNA COMPLICACIÓN DE VÉRTIGO

ASTRAY GOMEZ, S. (1); ALMANZO, S. (1); CASTILLA JIMÉNEZ, A. B. (1); ARMENGOT CARCELLER, M. (1); PÉREZ GUILLÉN, V. (1)

Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

Se presenta el caso de una mujer de 54 años que es intervenida de implante coclear derecho debido a una hipoacusia neuropsensorial profunda bilateral, sin incidencias durante la cirugía. Tras ser dada de alta, acude al servicio de Urgencias tras iniciar un cuadro de intenso vértigo rotatorio al tumbarse en la cama. A la exploración se evidenció un nistagmo geotrópico persistente de dirección cambiante con los movimientos cefálicos en decúbito, sin latencia ni fatigabilidad, hallazgos compatibles con un vértigo posicional mediado por mecanismo de cúpula ligera.

DISCUSIÓN

Los síntomas vestibulares como vértigo, mareo o inestabilidad son algunos de los más frecuentes tras la cirugía de implante coclear. La cúpula ligera es un mecanismo raramente identificado, en el cual se genera un vértigo posicional con un nistagmo de unas características muy determinadas. Su fisiopatología se explicaría por la diferencia de densidad entre la endolinfa de la cúpula y la circundante a ella, por un paso de residuos inflamatorios al vestíbulo a través de la cocleostomía. Su tratamiento se basa en medidas sintomáticas con sedantes vestibulares y antieméticos, ya que las maniobras de reposición no son efectivas. Esta posiblemente sea una complicación infradiagnosticada, lo que pone de manifiesto la importancia de una adecuada exploración de las características del nistagmo a la hora de explorar al paciente con vértigo.

NEVUS INTRADÉRMICO EN CONDUCTO AURICULAR EXTERNO

OROZCO NÚÑEZ, S. (1); OISHI KONARI, M. (1); MORA SÁNCHEZ, C. (1); RODRIGUEZ PRADO, C. (1); GIMENO CORET, M. (1); ZAPATER, E. (1)

(1) Hospital General de Valencia

A nuestra consulta acuden pacientes derivados de centro de Especialidades, centros de atención primaria y urgencias para valorar posibles lesiones en el área de cabeza y cuello. En el conducto auricular externo solemos hallar frecuentemente formaciones polipoides, osteomas, lipomas, pero es infrecuente hallar tumores benignos como nevus melanocítico intradérmico. El nevus melanocítico intradérmico es un tumor cutáneo benigno muy frecuente en nuestro medio, el cual es inusual encontrarlo en pabellón auricular o conducto auditivo externo (CAE). Se puede clasificar según se trate de nevus intradérmicos congénitos o adquiridos, siendo estos últimos los que presentan bajo potencial de malignización.

Mujer de 71 años derivada desde Centro de Especialidades por lesión verrucosa en el CAE de varios años de evolución, asintomática. A la exploración física se objetivó lesión de aspecto verrucoso en el introito del CAE que estenosaba la luz >50%, con base de implantación sesil. Se realizó exéresis en el quirófano bajo anestesia local. Resultado anatomopatológico compatible con nevus intradérmico melanocítico. A día de hoy, libre de enfermedad, siguiendo revisiones periódicas.

Los nevus melanocíticos intradérmicos son tumores cutáneos muy frecuentes que se producen por la proliferación de melanocitos en la unión dermoepidérmica. Es infrecuente hallarlos en el conducto auricular externo. Suele presentarse con mayor prevalencia en varones de raza blanca, a pesar de que, en nuestro estudio, el sujeto es una mujer. Dentro de las manifestaciones clínicas, el paciente puede encontrarse desde asintomático, hasta presentar hipoacusia de conducción, otalgia, otitis media secretora... Dentro del diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta pólipos inflamatorios, encefaloceles, granulomas a cuerpo extraño, neoplasias malignas y benignas en el conducto auditivo externo, queratosis seborreicas, dermatofibroma. Se recomienda exéresis al momento del diagnóstico, para despistaje de malignidad.

Los nevus melanocíticos intradérmicos son tumores cutáneos benignos frecuentes en nuestro medio. Es infrecuente hallarlos en el CAE o pabellón auricular. Se recomienda su exéresis tan pronto se descubran para despistaje de posible malignidad.

REFERENCIAS

- 1 Lim, H. J., Kim, Y. T., Choo, O. S., Park, K., Park, H. Y., & Choung, Y. H. (2013). Clinical and histological characteristics of melanocytic nevus in external auditory canals and auricles. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 270(12), 3035-3042.
- 2 Alves, R. V., Brandão, F. H., Aquino, J. E., Carvalho, M. R., Giancoli, S. M., & Younes, E. A. (2005). Intra-dermal melanocytic nevus of the external auditory canal. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71, 104-106.
- 3 Borburema RM, Costa DF, Gomes LCPR, Hay BA, Duarte JCM, Bergonse GFR, Zardo LP. Nevus melanocítico intradérmico en meatoacústica externa: reporte de un caso y revisión de la literatura. Nevus melanocítico intradérmico del conducto auditivo externo: reporte de un caso y revisión de literatura. *Rev Med (Sao Paulo)*. 2019 noviembre- diciembre

MANIFESTACIONES NASOSINUSALES DE LA LEISHMANIA

OROZCO NÚÑEZ, S. (1); GARCÍA-LLIBERÓS DE MIGUEL, A. (1); GARCÍA NAVALÓN, C. (1); GÓMEZ GÓMEZ, M. (1); MORA SÁNCHEZ, C. (1); RODRIGUEZ PRADO, C. (1); GIMENO CORET, M. (1); ZAPATER, E. (1)

(1) Hospital General de Valencia

La leishmaniasis es una enfermedad crónica producida por un protozoo de la familia Leishmania. Es un patógeno intracelular obligado cuya transmisión se realiza a través de la picadura de la hembra de flebotomos infectados. Los principales reservorios son cánidos y roedores. Las fosas nasales suelen ser lugar de asentamiento de leishmaniasis mucocutánea debido a un alto tropismo por la mucosa nasal. Clínicamente puede producir obstrucción nasal, epistaxis y rinorrea, pudiendo progresar hasta ocasionar perforaciones septales y otras lesiones más agresivas al cabo de días o meses. Para la confirmación diagnóstica, se debe comprobar la presencia del parásito en los tejidos a través de un frotis o una biopsia de la lesión, cultivo in vitro o PCR de leishmania, esta última más sensible. Dentro de los tratamientos de elección se encuentran los antimoniales pentavalentes administrados por vía endovenosa en varias dosis consecutivas.

Varón de 37 años que acudió a consultas de ORL refiriendo insuficiencia respiratoria nasal derecha de años de evolución. A la exploración endoscópica se apreciaba una lesión de 2 cm en forma de placa elevada, indurada, de aspecto granulomatoso, en septum nasal derecho. Se completó el estudio con TC y RM nasosinusal y cervical confirmando la presencia de una masa de partes blandas dependiente del septum en fosa nasal derecha. Se tomó una biopsia, en la cual se objetivaron hallazgos compatibles con leishmaniasis mucocutánea mediante tinción de Giemsa. Junto con el servicio de infecciosas, se indicó tratamiento con anfotericina C por vía endovenosa durante 4 semanas consecutivas, en un total de 5 dosis, encontrándose el paciente tras 6 meses del fin del tratamiento, libre de enfermedad.

La leishmaniasis es una infección parasitaria que se puede manifestar de tres formas clínicas principales: cutánea, mucocutánea y forma sistémica o kala-azar. En España, la leishmaniasis es una zoonosis endémica. Las fosas nasales suelen ser ideales para el asentamiento de la leishmania sobre todo a nivel del área de Kiesselbach, donde hay condiciones favorables para el desarrollo de los amastigotes, al existir menor capacidad de destrucción macrofágica de amastigotes a 29°C con respecto a 33°C. En cuanto al diagnóstico diferencial, se incluyen principalmente otras enfermedades granulomatosas como la lepra, la tuberculosis, y la blastomycosis, tóxicos y vasculitis autoinmunes. Debemos sospecharla ante lesiones ulcerativas, indoloras con fondo granulomatoso y bordes indurados de más de 1 mes de evolución. En nuestro caso, no se sospechó en un primer momento, puesto que la lesión no impresionaba de úlcera, sino que se veía como una lesión expansiva procedente del septum con tabiques de fibrina en la superficie. Para un diagnóstico certero se necesita al menos una biopsia orientada y una TC nasosinusal y cervical que descarte otras lesiones asociadas en el área ORL. Dentro de los tratamientos de elección se encuentran los antimoniales pentavalentes, terapia elegida en nuestro caso, los cuales presentan una alta tasa de respuesta con bajos índices de recidiva.

REFERENCIAS

- 1 Abrar Adnan Suqati et al. Leishmaniasis mucocutánea: reporte de un caso y revisión de la literatura de una rara infección endonasal. Revista médica panafriana. 2020;36(292). 10.11604/pamj.2020.36.292.24543.
- 2 Beatriz, R. M. (s. f.). Leishmaniasis cutánea: una revisión centrada en Costa Rica. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152019000200082&script=sci_arttext
- 3 Miret J. Manual de Diagnóstico y Tratamiento de las Leishmaniasis. In Leishmaniasis PNdCdl, editor: Ministerio de Salud de Paraguay; 2018. p. 9-24.
- 4 Al-Hucheimi SN, Sultan BA, Al-Dhalimi MA. A comparative study of the diagnosis of Old World cutaneous leishmaniasis in Iraq by polymerase chain reaction and microbiologic and histopathologic methods. Int J Dermatol. 2009;48:404-408.
- 5 Arenas, R. (2015). Leishmaniasis en Dermatología. Atlas de Diagnóstico y tratamiento (6° ed). México: McGraw-Hill Medical.
- 6 Aronson, N. Weller, P. Baron, E. (2018). Cutaneous leishmaniasis: Clinical manifestations and diagnosis en UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc 2018. Extraído el 15 de octubre de 2018 desde <https://www.uptodate.com>.
- 7 Llanos-Cuenta, A. (2013). Leishmaniasis. En Parasitología humana. (1ª ed). México: McGraw-Hill Medical
- 8 Marcus Miranda Lessa, Hélio Andrade Lessa, Thomas W.N. Castro, Adja Oliveira, Albert Scherifer, Paulo Machado, Edgar M. Carvalho, Mucosal leishmaniasis: epidemiological and clinical aspects, Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, Volume 73, Issue 6, 2007, Pages 843-847, ISSN 1808-8694
- 9 Ramírez, B. R., & Mosca, C. O. (2021). PRESENTACIÓN DE UN CASO DE LEISHMANIASIS EN REGIÓN CERVICOFACIAL.
- 10 Mehregan, D. R., Mehregan, D. A., & Mehregan, A. H. (1997). Histopathology of cutaneous leishmaniasis. Gulf J Dermatol Venereol, 4(2), 1-9

ADENOCARCINOMA ASINTOMÁTICO EN BASE DE LENGUA

OROZCO NÚÑEZ, S. (1); ALBA GARCÍA, J. (1); ÁNGEL DE MIGUEL, A. (1); OISHI KONARI, M. (1); LÓPEZ SÁNCHEZ, I. (1); HERNÁNDEZ SAN-DEMETRIO, R. (1); MORA SÁNCHEZ, C. (1); RODRIGUEZ PRADO, C. (1); GIMENO CORET, M. (1); ZAPATER, E. (1)

(1) Hospital General de Valencia

Los tumores de lengua son los más frecuentes de la cavidad oral y orofaringe. Es el segundo tumor más frecuente del tracto aerodigestivo superior, hallándose el 40% en base de lengua. Predominancia del sexo masculino con respecto al femenino, en torno a la sexta y séptima década de la vida. Dentro de los factores de riesgo que favorecen su aparición encontramos consumo de alcohol y tabaco, infección por VPH, IMC >30 kg/m² o <18,4 kg/m², mala higiene dental, alimentación deficiente en frutas y verduras. Clínicamente puede provocar odinodisfaiga, sensación de cuerpo extraño, trismus, parestesias o ausencia de clínica. El 90% de los tumores son carcinomas epidermoides, representando menos del 2% los originados de las glándulas salivares menores.

Paciente mujer de 71 años remitida por hallazgo incidental de lesión en orofaringe al realizar PET/TAC de control por recidiva de cáncer de mama. Ausencia de sintomatología derivada de la lesión. A la exploración física se objetivó mediante fibroendoscopia una lesión exofítica de unos 3 cm en base de lengua que sobrepasaba la línea media, tomándose biopsia de la misma y siendo el resultado anatomopatológico de tumor primario de glándula salival menor, probable adenocarcinoma polimorfo de glándula salivar menor. Se decidió exéresis quirúrgica, llevándose a cabo una resección de la lesión mediante faringotomía lateral derecha, vaciamientos submaxilares bilaterales y traqueotomía quirúrgica.

Los tumores de glándulas salivares menores representan el 5-10% de todas las neoplasias malignas que hallamos en cabeza y cuello. Dentro de ellos, los subtipos más frecuentes son el mucoepidermoide y el carcinoma adenoide quístico, seguido de subtipos más infrecuentes como son el carcinoma de células acinares y el adenocarcinoma.

El adenocarcinoma primario es un tumor que deriva normalmente de las glándulas salivares menores. Pueden ser neoplasias de alto o bajo grado (siendo estas últimas más frecuentes en las glándulas salivares menores). Suele presentarse entre la 4ª y 6ª década de la vida. Clínicamente, pueden presentarse de manera asintomática o producir parestesias orales, sensación de cuerpo extraño, sensación de globo faríngeo, odinofagia, disfagia, sensación disneica, otalgia refleja, trismus, etc. Para el diagnóstico podemos utilizar pruebas de imagen como son el TAC con contraste i.v y RMN, obteniendo el diagnóstico definitivo tras el estudio anatomopatológico. El tratamiento va a depender de si el tumor presenta alto o bajo grado. Se ha objetivado que los tumores de alto grado suelen precisar tras el tratamiento quirúrgico radioterapia adyuvante, mientras que los tumores de bajo grado suelen responder correctamente a la exéresis quirúrgica sin recidivas tras ella.

REFERENCIAS

- 1 García Kass, A.I., Domínguez Gordillo, A.A., García Núñez, J.A., Cancela Rivas, G., Torres Salcines, J., & Esparza Gómez, G.C.. (2013). Revisión y puesta al día en cáncer de lengua. *Avances en Odontostomatología*, 29(5), 255-269.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000500005&lng=es&tlng=es.
- 2 Muir C, Weiland L. Upper aerodigestive tract cancers. *Cancer*. 1995 Jan 1;75(1 Suppl):147-53. doi: 10.1002/1097-0142(19950101)75:1+<147::aid-cn-cr2820751304>3.0.co;2-u. Erratum in: *Cancer* 1995 Jun 15;75(12):2978. PMID: 8000993.
- 3 Goldblatt, L. I., & Ellis, G. L. (1987). Salivary gland tumors of the tongue. Analysis of 55 new cases and review of the literature. *Cancer*, 60(1), 74-81.
- 4 Terán Muñoz, D., Pérez Sáez, J., Calle Cabanillas, M. I., Grijalba Uche, M., & Navazo Eguía, A. (2018). ADENOCARCINOMA ASINTOMÁTICO DE BASE DE LENGUA. *Revista ORL*, 9(6), 315. <https://doi.org/10.14201/orl.18279>.
- 5 Macfarlane, T.V., Macfarlane, G.J., Oliver, R.J. et al. The aetiology of upper aerodigestive tract cancers among young adults in Europe: the ARCAGE study. *Cancer Causes Control* 21, 2213–2221 (2010). <https://doi.org/10.1007/s10552-010-9641-3>.
- 6 Elzaudín-Mora R, Lara-Fernández N. Tratamiento combinado en cáncer de lengua. *Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello* [Internet]. 2021 Febrero; 5 (1). Disponible en: <http://revotorrino.sld.cu/INDEX.PHP/OTL/ARTICLE/VIEW/181>.
- 7 Velker, B. A., Louie, A. V., Velker, V. M., Kwan, K. F., Franklin, J. H., & Venkatesan, V. M. (2012). Adenocarcinoma not otherwise specified on dorsum of tongue: case report and literature review. *Current Oncology*, 19(5), 358-363.
- 8 Kraimer, K., Ganti, A., Plitt, M. A., Revenaugh, P., Stenson, K., Tajudeen, B. A., & Al-Khudari, S. (2021). Prognostic Indicators in Base of Tongue Adenocarcinoma: A Population-Based Analysis. *Ear, Nose & Throat Journal*, 100(5-suppl), 467S-471S

ANGIOLIPOMA FARINGOLARÍNGEO

GIMENO CORET, M. (1); GÓMEZ GÓMEZ, M. (1); HERNÁNDEZ SANDEMETRIO, R. (1); ALBA GARCÍA, J. (1); LÓPEZ SÁNCHEZ, I. (1); OISHI KONARI, M. (1); MORA SÁNCHEZ, C. (1); OROZCO NÚÑEZ, S. (1); RODRIGUEZ PRADO, C. (1); ZAPATER, E. (1)

Hospital General de Valencia

Las tumoraciones faringolaríngeas benignas pueden originar sensación de cuerpo extraño, molestias faríngeas, odinofagia e incluso disnea o disfonía por oclusión del plano glótico. Suelen comenzar siendo asintomáticos y generar una clínica derivada de su tamaño, generalmente larvada, que dificulta su diagnóstico. Presentamos un caso de angiolipoma faringolaríngeo en un hombre de 63 años, un tumor muy poco frecuente en esta localización, con evolución sintomática acelerada no descrita anteriormente en la literatura. El diagnóstico final fue anatomopatológico tras la exéresis transoral de las lesiones.

REFERENCIAS

- 1 Alobid, I. et al. (2004) 'Parapharyngeal angiolipoma causing obstructive sleep apnoea syndrome', *Acta Oto-Laryngologica*, 124(2), pp. 210–212. doi:10.1080/00016480310015722
- 2 Rai, D. and Verma, S. (2011) 'Angiolipoma larynx: A case report', *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 63(4), pp. 384–386. doi:10.1007/s12070-011-0221-y.
- 3 Mesolella, M. et al. (2007) 'Angiolipoma of the larynx', *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 136(1), pp. 142–143. doi:10.1016/j.otohns.2006.02.018.
- 4 Bochnia, M. et al. (2015) 'Angiofibrolipoma of the larynx: Case report and literature review', *Head & Neck*, 38(4). doi:10.1002/hed.2416

MENINGITIS CON FOCO OTÓGENO EN LA UCI. NUESTRO MANEJO

RODRIGUEZ PRADO, C. (I)
Hospital General de Valencia

La otitis media es un proceso infeccioso-inflamatorio del oído medio y/o la mastoides con acúmulo de efusión retrotimpánica. Es una de las infecciones más frecuentes y puede ocasionar complicaciones que conllevan una importante morbimortalidad. El drenaje y colocación de un tubo de ventilación es el mecanismo más eficiente que permite evacuar el contenido de la cavidad del oído medio, deteniendo la progresión de la infección. Para ello, empleamos como método la endoscopia de oído a pie de cama del paciente, con todas las ventajas que ello supone.

Presentamos cinco casos clínicos de pacientes con complicaciones centrales con foco otógeno, todos ellos adultos. La clínica común fue el deterioro de consciencia progresivo que conlleva a la necesidad de ingreso emergente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). A la exploración se evidenció en todos ellos, al menos una de las membranas timpánicas (MT) abombadas, eritemato-violáceas, con contenido retrotimpánico. Ante la sospecha de meningitis con foco otógeno, se cubrió con antibioterapia empírica intravenosa y se decidió miringotomía urgente junto con la colocación de un drenaje transtimpánico (DTT). Mientras el paciente persistía monitorizado y sin la necesidad de desplazamiento a quirófano, evitando todo lo que ello conlleva, se realizó mediante endoscopia, la paracentesis y colocación del DTT a pie de cama. Durante esta técnica, se tomaron cultivos de la otorrea para dirigir la antibioterapia. La evolución de tres de ellos fue muy favorable en los días siguientes. Las dos pacientes restantes, que ya presentaban gran deterioro a consecuencia de las complicaciones, fallecieron a los pocos días.

La otitis media es una infección que puede provocar graves complicaciones a nivel central, destacando la mastoiditis, los abscesos intracerebrales o epidurales, la trombosis del seno sigmoide o las meningitis. Una vez el paciente está monitorizado, se deberá realizar de manera urgente una miringotomía y también se suele dejar un tubo de drenaje. Esta técnica, clásicamente se realiza con un microscopio y con el paciente en el quirófano u otra opción podría ser la del traslado del microscopio al habitáculo del paciente. Nosotros, en cambio, optamos por emplear la técnica endoscópica. Esta permite realizar a pie de cama la paracentesis evacuadora y diagnóstica y la colocación del DTT. Solamente requiere el desplazamiento de una torre de endoscopia al habitáculo del paciente, una óptica de 0° y el material necesario para la colocación de un tubo de ventilación. Realizamos el procedimiento de forma rápida y sencilla, sin necesidad de movilización ni riesgo de desestabilización del paciente. Por tanto, disminuimos la necesidad de personal y de recursos. Esta cirugía resuelve la emergencia, pudiendo completarse con otras cuando el paciente esté más estable.

Referencias

- 1 Krause FJ. Otitis media aguda. Diagnóstico y manejo práctico. Rev Med Clin Condes. 2016;27(6):915-23. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7148879/>.
- 2 Guillén-Lozada E, Bartolomé-Benito M, Moreno-Juara Á. Surgical management of mastoiditis with intratemporal and intracranial complications in children. Outcome, complications, and predictive factors. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2023;171:111611. doi:10.1016/j.ijporl.2023.111611.
- 3 Mattos JL, Colman KL, Casselbrant ML, Chi DH. Intratemporal and intracranial complications of acute otitis media in a pediatric population. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014;78(12):2161-2164. doi:10.1016/j.ijporl.2014.09.032.
- 4 Hildrew D, Adams A, Winters R, Aslam R. Management of Complications of Acute Otomastoiditis in Solid Organ Transplant Patients. J La State Med Soc. 2016;168(3):104-106.

MPOX PHARYNGITIS

SARO BUENDIA, M. (I); JARAMILLO ANGEL, N. (I); BANCALARI DIAZ, C. (I); CABRERA GUIJO, J. (I); PALACIOS-DÍAZ, R. D. (I); SUAREZ-URQUIZA, P. (I); MANSILLA-POLO, M. (I); ARMENGOT CARCELLER, M. (I)
(I) Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

Monkeypox (recently renamed as mpox) is caused by a zoonotic orthopox virus known as monkeypox.1 Classically, it is presented with fever, lymphadenopathy, and a generalized cutaneous eruption. However, patients infected since the 2022 global outbreak showed more localised cutaneous lesions at different evolution stages and, less frequently, mucosal lesions.2-5 In absence of cutaneous lesions, diagnosis may be challenging. We share a case of mpox presented with acute pharyngitis, initially in absence of typical cutaneous lesions.

A 32-year-old female presented to our emergency department with odynophagia, bilateral neck pain and persistent fever for 15 days. On direct oropharyngeal examination, erythema and white ulcerative lesions in the posterior and lateral

oropharyngeal walls were observed (Figure 1). From these lesions, swabs were collected. Endoscopy showed similar findings in the nasopharyngeal region, with intense swelling and erythema. Moreover, lesions in the posterior aspect of the left tonsil were observed. Cutaneous eruption or genital lesions were not observed. Computed tomography ruled out related complications and showed bilateral cervical lymphadenopathy. However, 4 days later (after 19 days with symptoms) the patient presented with pruritic vesicles and oedematous papules with umbilication and, in some of them, central crusting. These lesions were located under the lower lip, in both upper extremities (including hands), right scapula and right breast (Figure 2). Under suspicion of varicella infection, skin and mucosal swabs were collected and acyclovir 10 mg per kg every 8 hours was started. However, three days later, polymerase chain reaction discarded varicella infection and, instead, monkeypox virus DNA was found. At confirmation, most lesions were resolving so specific antiviral therapy was not needed. Recommendations to avoid further spread of the virus were given by the department of preventive medicine and satisfactory clinical recovery was observed after two weeks.

Pharyngeal symptoms in absence of cutaneous lesions are the initial clinical presentation of mpox infection in 4.9% of the patients, being odynophagia present in 16.8%.^{1,5} The presence of white ulcerative lesions on the tonsillar surface has been described.³ Related pharyngeal complications like peritonsillar abscesses have been described.⁶ Our patient presented white ulcerative lesions, mainly located in the lateral and posterior walls of nasopharynx and oropharynx. The distribution of the lesions differed from reported cases of mpox pharyngitis: tonsils were almost unaffected (except for a 2-millimeter ulcer in the posterior aspect of the left tonsil) and nasopharyngeal swelling was the main finding. Due to absence of specific features of mpox pharyngitis, this entity was not suspected until the onset of cutaneous lesions 19 days later. Similar to the majority of the cases, our case was not severe, and thus antiviral therapy with Tecovirimat or other agents was not required.

These days, otolaryngologists and emergency physicians should suspect mpox in patients presenting atypical acute pharyngitis with white ulcerous lesions, even in absence of cutaneous lesions. Antiviral therapy is rarely needed, but an early mpox diagnosis is essential to apply preventive medicine measures and control spreading of this disease.

REFERENCIAS

- 1 Thornhill, J. P., Antinori, A., & Orkin, C. M. (2022). Monkeypox Virus Infection across 16 Countries-April-June 2022. Reply. *The New England Journal of Medicine*, 387(25), e69-e69.
- 2 Studemeister, L., Pai, S., Walsh, K., & Cooper, J. (2023). Acute Tonsillitis Due To Monkeypox. *The Journal of Emergency Medicine*, 64(2), 211-213.
- 3 Tarín-Vicente, E. J., Alemany, A., Agud-Dios, M., Ubals, M., Suñer, C., Antón, A., et al. (2022). Clinical presentation and virological assessment of confirmed human monkeypox virus cases in Spain: a prospective observational cohort study. *The Lancet*, 400(10353), 661-669.
- 4 Meng, X. (2022). Clinical manifestations of the pharynx in human monkeypox. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 50, 102465.
- 5 Patel, A., Bilinska, J., Tam, J. C., Fontoura, D. D. S., Mason, C. Y., Daunt, A., et al. (2022). Clinical features and novel presentations of human monkeypox in a central London centre during the 2022 outbreak: descriptive case series. *BMJ*, 378.
- 6 Davido, B., D'Anglejan, E., Baudoin, R., Dahmane, L., Chaud, A., Cortier, M., et al. (2022). Monkeypox outbreak 2022: an unusual case of peritonsillar abscess in a person previously vaccinated against smallpox. *Journal of Travel Medicine*, 29(6), taac082.

SARCOMA INDIFERENCIADO TIPO BCOR NASOSINUSAL

PALMA, A. (1); MONJAS CÁNOVAS, I. (1); MATEO ESPINOSA, A. (1); PAREDES OSADO, J. R. (1); MAURI BARBERÁ, J. (1)

(1) Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis

Los tumores malingos nasosinusales en edad pediátrica son entidades raras, que se presentan con clínica inespecífica, generando un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. Presentamos el caso de una paciente pediátrica que debuta con clínica de proptosis ocular, dolor y rinorrea purulenta. En las pruebas de imagen realizadas se presentó como un tumor sólido en región etmoidal, en el que destacaban las calcificaciones y espículas óseas de su interior, con invasión de órbita e intracraneal. Tras la toma de biopsias endoscópicas, se identificó un sarcoma nasosinusal indiferenciado tipo BCOR inicialmente tratado con esquema de quimioterapia, la cual no resultó lo suficientemente efectiva, optándose por realizar una nueva cirugía y añadir tratamiento con protonterapia. Actualmente, la paciente ha finalizado la protonterapia y está a la espera de control con resonancia magnética.

En la discusión se aborda la excepcionalidad de los tumores nasosinusales en edad pediátrica, destacando la importancia de una exploración física detallada y un enfoque de manejo multidisciplinar. Señalándose, que el caso particular del sarcoma BCOR, presenta un desafío terapéutico debido a la falta de protocolos de manejo. La protonterapia es una alternativa de tratamiento que puede considerarse en situaciones similares, con mala respuesta a otros tratamientos y en las que se requiera un control local de la lesión, rodeada de tejido sano altamente radiosensible.

CARCINOMA DE GLÁNDULAS PARATIROIDES: SERIE DE 4 CASOS

DOMÍNGUEZ CELIS, F. (1)

Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia

El carcinoma paratiroideo es un tumor maligno derivado de las células parenquimatosas de las glándulas paratiroides. Clásicamente se ha descrito que esta rara patología es responsable solo del 1% de las causas de hiperparatiroidismo primario, siendo atribuido un 75-80% de los casos a un adenoma de paratiroides, en un 15% a hiperplasia glandular y un pequeño porcentaje también al adenoma doble.¹ A diferencia de los adenomas presenta una alta tasa de recidiva local y mayor posibilidad de metástasis regional y a distancia.² Respecto a las manifestaciones clínicas la mayoría viene dada por la hipercalcemia más que por infiltración de estructuras vecinas. Los valores de calcio plasmáticos suelen ser bastante más elevados que las otras etiologías, al igual que los valores de PTH. Los criterios anatomopatológicos del carcinoma paratiroideo son los descritos por Castleman.³ El tratamiento de elección es la exéresis de la glándula paratiroidea, la hemitiroidectomía ipsilateral, el vaciamiento ganglionar del lado afectado y la resección de las estructuras invadidas por el tumor, más el istmo tiroideo. El análisis histopatológico es crucial en el diagnóstico definitivo de esta patología.

A continuación presentamos 4 casos clínicos de nuestro hospital a lo largo de 20 años:

Presentamos a tres mujeres y un varón. Edad media de 55,5 años. Todos los casos presentaron niveles de calcio plasmático corregido con albúmina por sobre 13,5 mg/dl y niveles de PTH medio de 1035 pg/ml. Clínicamente una paciente presentó clínica litiasica asociada a mialgias, pérdida de memoria, astenia y náuseas. Otra paciente debutó con una taquicardia paroxística supraventricular e hipercalcemia. Los otros dos pacientes se presentaron con hipercalcemia sintomática que no respondía a tratamiento médico. En la exploración física dos de los pacientes no presentaban hallazgos patológicos, mientras que en dos de ellos existía un nódulo cervical izquierdo palpable de consistencia media, no adherida sin adenopatías palpables en ninguno de los cuatro pacientes. La ecografía cervical junto a la gammagrafía planar fue la prueba de elección en todos los casos y en todos ellos fue positiva de paratiroides anormal. Solo en un caso se realizó SPECT/TC. La cirugía de elección fue paratiroidectomía y hemitiroidectomía ipsilateral. En todos se realizó una vía abierta, PTH intraoperatoria y análisis histopatológico extemporáneo. En tres pacientes se realizó hemitiroidectomía contralateral (completó tiroidectomía) junto a paratiroidectomía total. En ninguno de los pacientes se realizó autotransplante de las glándulas paratiroides no afectas macroscópicamente. Solo en un paciente se realizó vaciamiento ganglionar del lado afecto y el mismo paciente fue el único que presentó como complicación síndrome de hueso hambriento y parálisis de cuerda vocal derecha incluso con monitorización del nervio recurrente. Solo una paciente requirió tratamiento complementario a la cirugía con quimioterapia paliativa tras hallazgo de metástasis ósea y pulmonar en el seguimiento.

El seguimiento promedio fue de 3,38 años, principalmente porque una paciente falleció en el seguimiento por enfermedad avanzada metastásica y el otro paciente solo lleva 6 meses de seguimiento tras la cirugía.

La sobrevida es de 75% en nuestra pequeña serie de casos.

REFERENCIAS

- Herrera, A. A., Aranda, P., & Díaz, J. A. (2007). Cáncer de paratiroides: revisión de literatura. *Revista Española de Enfermedades Metabólicas Óseas*, 16(6), 124-129. doi:10.1016/s1132-8460(07)73511-0
- Wang CA, Gaz RD. Natural history of parathyroid carcinoma. Diagnosis, treatment, and results. *Am J Surg*. 1985 Apr;149(4):522-7. doi:10.1016/s0002-9610(85)80050-7. PMID: 3985291.
- Schantz A, Castleman B. Parathyroid carcinoma. A study of 70 cases. *Cancer*. 1973 Mar;31(3):600-5. doi: 10.1002/1097-0142(197303)31:3<600::aid-cncr2820310316>3.0.co;2-O. PMID: 4693587.
- Wynne AG, van Heerden J, Carney JA, Fitzpatrick LA. Parathyroid carcinoma: clinical and pathologic features in 43 patients. *Medicine (Baltimore)*. 1992;71:197-205.
- Busaidy NL, Jiménez C, Habra MA, Schultz PN, El-Naggar AK, Clayman GL, et al. Parathyroid carcinoma: a 22-year experience. *Head Neck*. 2004;26:716-26.
- Byrd C, Kashyap S, Kwartowitz G. Parathyroid Cancer. [Updated 2023 Jul 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519038/>
- Shane E. Clinical review 122: parathyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001;86: 485-93.
- Albarracín A, Candel MF, Rodríguez JM, Soria T, Tomás F, Aguayo JL et al. Cancer de paratiroides. Presentación de dos casos. *Cir Esp*, 48 (1999), pp. 565-568
- Carcinoma delle paratiroidi. Esperienza chirurgica su tre casi. *Minerva Chir* 1994; 49; 1343-1347.
- Khan MW, Worcester EM, Straus FH, Khan S, Staszak V, Kaplan EL. Parathyroid carcinoma in secondary and tertiary hyperparathyroidism. *J Am Coll Surg*. 2004;199:312-9



ISSN 2792-9027

LIBRO DE ABSTRACTS SVORL-CCC
XVI Congreso SVORL

Edita: Sociedad Valenciana de Otorrinolaringología
y Cirugía de Cabeza y Cuello
2024

COLABORADORES

fundación
GAES
solidaria

 **sumedex, s.a.**
SUMINISTROS MÉDICOS EXCLUSIVOS

 **Aural**
CENTROS AUDITIVOS
con sonido **WIDEX**

GSK

SH
MEDICAL GROUP

ZEISS

MED  **EL**

Aluneb
 cinfa

TGH
ENDOSCOPIA

oticon
MEDICAL | Because sound matters

JJP

izasa
medical
a werfen company

 **Diputació**
de Castelló

 **GVBB**
ESPO
SPES