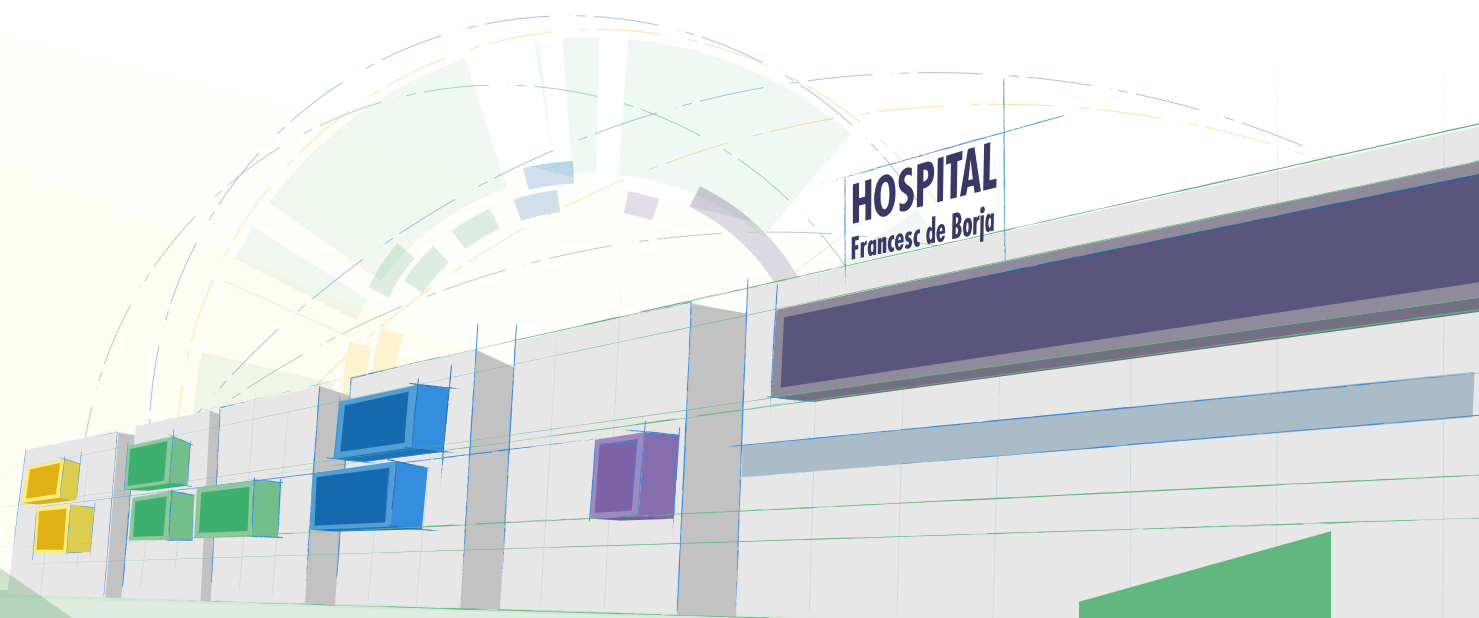


# LIBRO DE ABSTRACTS SVORL-CCC

## XV CONGRESO SVORL

Sociedad Valenciana de Otorrinolaringología  
y Cirugía de Cabeza y Cuello



ONLINE  
3-4 febrero 2022

SOCIEDAD VALENCIANA  
DE OTORRINOLARINGOLOGÍA  
Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO



# Índice

## PROGRAMA

JUEVES 3 DE FEBRERO	4
VIERNES 4 DE FEBRERO	5

## PONENCIAS

MESA: QUE HACEMOS ANTE UN PACIENTE CON ACÚFENOS Modera: Carlos De Paula Vernetta	7
MESA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMORES DE PARÓTIDA Modera: Marina Caceda Chumbiauca	8
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES MALIGNOS DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA Diego Collado Martín	8
PREVENCIÓN Y SOLUCIÓN DE COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DE LA PARÓTIDA Eduardo Ferrándis Pereperez	8
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES BENIGNOS DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA M <sup>a</sup> José Ferrer Ramírez	8
PAROTIDECTOMIA: TÉCNICA QUIRÚRGICA M <sup>a</sup> Teresa Cuesta González.	9

## COMUNICACIONES LIBRES EN FORMATO ORAL

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA DE LOS SCHWANOMAS VESTIBULARES ESPORÁDICOS NO TRATADOS Lodeiro Colatosti, Adriana; Orts Alborch, Miguel; Aragonés Redó, María; Marrero Pérez, Juan Carlos; Marco Algarra, Jaime.	11
OSTEOMAS NASOSINUALES GIGANTES, MANEJO DE 4 CASOS Palma Ortiz de Zárate, Ángela; Monjas Canovas, Irene; Paredes Osado, Juan Ramón; Abarca Olivas, Javier; Betancourt Martínez, Andreina; Mauri Barberá, Jose.	11
SIALOADENITIS INDUCIDA POR CONTRASTE YODADO: ¿UNA EXTRAÑA HABITUAL? Saro Buendía, Miguel; Torres García, Lidia; Mellídez Acosta, Raul; Jaramillo Angel, Natalia; Carreres Polo, Joan; Armengot Carceller, Miguel.	12
SCHWANNOMA DE FOSA NASAL Y ABORDAJE DRAF III. A PROPÓSITO DE UN CASO Martínez Expósito, Fernando; García Navalón, Carmen; Gómez Gómez, María José; García - Lliberós de Miguel, Ainhoa; Ángel de Miguel, Ángel; Mora Sánchez, Carolina; Orozco Núñez, Sara; Zapater Latorre, Enrique.	13
METASTASIS DE ORIGEN DESCONOCIDO: FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SUPERVIVENCIA Unigarro, Daniel; Sancho Mestre, Manuela; Barnoya Sanchinelli, Rodrigo; Suarez Cobo, Samuel; Palma Ortiz de Zarate, Angela; del Amo Martínez, Laura; Inzunza Noack, Javiera; Mauri Barberá, Jose.	14
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE OÍDO EN EL TRATAMIENTO DEL COLESTEATOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO. Ángel de Miguel, Ángel; Campos Catala, Agustin; Sebastian Gil, Esther, Oishi Konari, Miriam Natsuki; Martínez Expósito, Fernando; Mora Sánchez, Carolina; Orozco, Sara.	15
CONDRORRADIONECROSIS LARÍNGEA Suarez Cobo, Samuel.	16
REDUCCIÓN PARCIAL DE AMÍGDALAS. RECURRENCIA A 5 AÑOS TRAS LA CIRUGÍA Dominguez Celis, Felipe; Ortega Beltra, Noelia; Martín Arroyo, Miguel; Gonzalez Turienzo, Elena; Carrasco LLatas, M.; Martinez Ruiz de Apodaca, Paula; Dalmau-Galofre, J.	17

NEURINOMA DEL NERVI0 FACIAL: RESECCIÓN DEL TUMOR Y RECONSTRUCCIÓN N. FACIAL TÉRMINO-TERMINAL	17
García Díaz, M <sup>º</sup> Piedad; de Paula Vernetta, Carlos; Guzmán Calvete, Abel; Mateos Fernández, Manuel; Sánchez Alcón, María Dolores; Cavallé Garrido, Laura; Armengot Carceller, Miguel.	
SÍNDROME DE PFAPA Y SU TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	18
Jaramillo Angel, Natalia; Saro Buendía, Miguel; Ibañez Alcañiz, Isabel; Lesmas Navarro, María Jose; Pardo Mateu, Lourdes; Alamar Velázquez, Agustín; Armengot Carceller, Miguel.	
ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE DIFUSIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA OTITIS MEDIA COLESTEATOMATOSA	19
Martín Arroyo, Miguel; Ortega Beltra, Noelia; Dominguez Celis, Felipe; Gonzalez Turienzo, Elena; Murcia Puchades, V.; Dalmau Galofre, J.	
METÁSTASIS GANGLIONAR CERVICAL DE CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE SALIVAR DE ORIGEN DESCONOCIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO	20
Gonzalez Turienzo, Elena; Ortega Beltra, Noelia; Martín Arroyo, Miguel; Dominguez Celis, Felipe; Llaver0 Segovia, María Teresa; Dalmau Galofre, J.	
OSTEOBLASTOMA EN FOSAS NASALES: UNA LOCALIZACIÓN EXCEPCIONALPRESENTACIÓN DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	21
Mellidez Acosta, Raul; García Piñero, Alfonso; NAVARRO FORNAS, MARTA; Muñoz Fernández, Noelia; Fito Martorel, Lucas; Mosquera Lloreda, Nezly; Armengot Carceller, Miguel.	
ENFERMEDAD DE MENIÈRE E HIDROPS ENDOLINFÁTICO: CORRELACIÓN CLINICORRADIOLÓGICA EN UNA SERIE DE CASOS	21
Marrero Perez, Juan Carlos, León Guijarro, José Luis, Pérez-Carbonell, Tomàs; Orts Alborch, Miguel; Morant Ventura, Antonio; Marco Algarra, Jaime.	

# PROGRAMA

## JUEVES 3 de febrero

15:45 h - 16:00 h

### INAUGURACIÓN

Guillermo Severá Ferrándiz - *Jefe Sección ORL-CCC. Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis. Alicante.*

16:00 h - 17:30 h

### MESA: Que hacemos ante un paciente con Acúfenos

Modera: Carlos De Paula - *Facultativo ORL-CCC. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

Panelistas:

- Piedad García Díaz - *Residente 4º año. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*
- Óscar Alemán López - *Médico adjunto Servicio de ORL-CCC. Sección de Otolología-Otoneurología. Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis. Alicante.*
- Juan Vicente Castells Plaza - *Audioprotesista AURAL. Valencia.*
- Abel Guzmán Calvete - *Facultativo ORL-CCC. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

17:30 h - 18:15 h

### CONFERENCIA: Actualización en el manejo de los Tumores Malignos Nasosinusales

Prof. Miguel Armengot Carceller - *Jefe Servicio ORL-CCC. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*  
 Modera: Jose Manuel Viel Martínez - *Jefe Sección ORL-CCC. Hospital Francisco Borja Gandía. Valencia.*

18:15 h - 18:30 h

### DESCANSO

18:30 h

### DEBATE COMUNICACIONES

Modera: Miquel Agut Fuster - *Jefe Servicio ORL-CCC. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

Cirugía endoscópica de oído en el tratamiento del colesteatoma. A propósito de un caso.

Ángel Ángel De Miguel

Condrorradiación necrosis laríngea

Samuel Suarez Cobo - *Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.*

Enfermedad de Menière e hidrops endolinfático: correlación clinicoradiológica en una serie de casos.

Juan Carlos Marrero Perez

Estudio descriptivo sobre el papel de la resonancia magnética de difusión en el diagnóstico y seguimiento de la otitis media colesteatomatosa

Miguel Martín Arroyo

Evolución clínica y radiológica de los Schwannomas vestibulares esporádicos no tratados

Adriana Lodeiro Colatosti - *Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia.*

Metastasis de origen desconocido: factores epidemiológicos relacionados con la supervivencia

Daniel Unigarro - *Hospital General Universitario Alicante. Alicante.*

Metástasis ganglionar cervical de carcinoma mucoepidermoide salivar de origen desconocido: a propósito de un caso

Elena Gonzalez - *Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.*

10:15 h - 11:00 h

### COMUNICACIONES

## VIERNES 4 de febrero

Modera: Ester Serrano Badia - *Facultativo ORL-CCC. Hospital Francisco Borja Gandía. Valencia.*

**Neurinoma del nervio facial: resección del tumor y reconstrucción n. Facial término-terminal.**

M<sup>a</sup> Piedad García Díaz - *Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

**Osteoblastoma en fosas nasales: una localización excepcional. Presentación de 2 casos y revisión de la literatura**

Raul Mellidez Acosta - *Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

**Osteomas nasosinuales gigantes, manejo de 4 casos**

Angela Palma Ortiz De Zarate - *Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.*

**Reducción parcial de amígdalas. Recurrencia a 5 años tras la cirugía**

Felipe Dominguez Celis - *Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.*

**Schwannoma de fosa nasal y abordaje DRAF III. A propósito de un caso**

Fernando Martínez Expósito - *Consorti de l'Hospital General Universitari de València. Valencia.*

**Sialoadenitis inducida por contraste yodado: ¿Una extraña habitual?**

Miguel Saro Buendía - *Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

**Síndrome de PFAPA y su tratamiento de elección**

Natalia Jaramillo Angel - *Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

11:00 – 12.30

### **MESA: Tratamiento quirúrgico de tumores de Parótida**

Modera: Dra Marina Caceda Chumbiauca - *Facultativo ORL-CCC. Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis. Alicante.*

Panelistas:

Diego Collado Marín - *Facultativo ORL-CCC Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

Eduardo Ferrándis Pereperez - *Jefe Clínico Servicio ORL-CCC. IVO. Valencia.*

María José Ferrer Ramirez - *Facultativo ORL-CCC Hospital General Universitari de Castelló. Castellón.*

Maria Teresa Cuesta González - *Facultativo ORL-CCC Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.*

12:30 h - 12:45 h

### **DESCANSO**

12:45 h - 13:30 h

### **CONFERENCIA: Tumores cabeza y cuello abordajes con Cirugía Transoral nuestra experiencia en el I.V.O**

Ángel Pla Mocholi - *Facultativo ORL-CCC. IVO. Valencia.*  
Modera: Ángel Ferrer Rodríguez - *Facultativo ORL-CCC. Hospital Francisco Borja Gandía. Valencia.*

13:30 h - 14:15 h

### **CONFERENCIA: Vértigo en el Niño**

Oscar Alemán López - *Médico adjunto Servicio de ORL-CCC. Sección de Otolología-Otoneurología. Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis. Alicante.*  
Modera: Miquel Agut Fuster - *Facultativo ORL-CCC. Hospital Francisco Borja Gandía. Valencia.*

15:30 h - 16:15 h

### **CONFERENCIA: Posibilidades de la Cirugía endoscópica del oído**

Agustin Campos Català - *Jefe Sección ORL-CCC. Hospital General Universitari de València. Valencia.*  
Modera: Ángel Ferrer Rodríguez - *Facultativo ORL-CCC. Hospital Francisco Borja Gandía. Valencia.*

16:15 h – 17:45 h

### **MESA: Necesidades formativas de los residentes de la comunidad valenciana. Mesa de residentes y tutores.**

Moderan:

Fernando Guallart Domenech - *Facultativo ORL-CCC. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.*

Noelia Ortega Beltrá - *Residente 4º año. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.*

Panelistas:

Luisa María Payá Pérez - *Facultativo especialista ORL-CCC. Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis. Alicante.*

Sara Ferrero Coloma - *Facultativo ORL-CCC. Hospital General Universitario de Elda.*

Óscar Moreno Felici - *Residente 4º año. Hospital Clínico Universitario.*

Natalia Gordillo Gayo - *Residente 2º año. Hospital General Universitari de Castelló. Castellón.*

17:45 h

### **ENTREGA PREMIOS**

Modera: Prof. Miguel Armengot Carceller - *Jefe Servicio ORL-CCC. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

18:00 h

### **ASAMBLEA GENERAL**

PONENCIAS

# MESA: QUE HACEMOS ANTE UN PACIENTE CON ACÚFENOS

Modera: CARLOS DE PAULA VERNETTA - *Facultativo ORL-CCC. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

1. EXPLORACIÓN EN PACIENTE CON ACÚFENOS. DE LO BÁSICO A LO COMPLEJO. DRA PIEDAD GARCÍA DÍAZ. *Residente 4º año. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*
2. TRATAMIENTO MÉDICO. QUÉ, CUÁNDO Y CÓMO. DR OSCAR ALEMÁN LÓPEZ. *Médico adjunto Servicio de ORL-CCC. Sección de Otolología-Otoneurología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.*
3. TRATAMIENTO AUDIO PROTÉSICO DEL PACIENTE CON ACÚFENOS. JUAN VICENTE CASTELLS PLAZA. *Audioprotesista. AURAL. Valencia.*
4. IMPLANTE COCLEAR Y ACÚFENOS. ABEL GUZMÁN CALVETE. *Facultativo ORL-CCC. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

Casi 50 millones de adultos norteamericanos presentan algún grado de acúfenos. De éstos un 6% (12 millones) lo padecen con una severidad intensa y solicitan atención médica. Aunque es más frecuente en hombres que en mujeres se sabe que su incidencia aumenta con la edad y que aproximadamente en una cuarta parte de ellos va a llegar a interferir en su actividad diaria y calidad de vida, asociándose a un importante componente de ansiedad y depresión.

De etiología variada y fisiopatología compleja hoy en día se cree que su origen más común es una alteración en los sistemas de compensación de las vías auditivas centrales frente a una agresión periférica. El 24% el tinnitus tiene un origen periférico, en el 35% se origina en disfunciones o lesiones del tronco cerebral, mientras que en el 41% de los pacientes tendrá una ubicación supratentorial o cortical.

Aunque afortunadamente, para la mayoría (95%) los acúfenos no son más que una molestia vamos a tener un grupo de pacientes afectados de un acúfeno "problema" que va a precisar de un tratamiento individualizado para cada tipo y situación determinada.

Presentamos a nuestro modo de ver los tres grandes ejes en el tratamiento del acúfeno en los que interviene de forma directa o indirecta el Otorrinolaringólogo: médico, audioprotésico e implantes cocleares así como una revisión de los métodos diagnósticos actuales en el manejo del paciente con acúfenos.



# MESA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMORES DE PARÓTIDA

Modera: MARINA CACEDA CHUMBIAUCA - *Facultativo ORL-CCC. Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis. Alicante.*

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES MALIGNOS DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA

DIEGO COLLADO MARTÍN - *Hospital Universitari i Politènic La Fe. Valencia.*

Son tumores raros con una incidencia que oscila entre el 0,3 al 3 por 100000 habitantes año. Los fenotipos de presentación son muy variables dependiendo de las poblaciones y en última clasificación de la OMS se describen 20 fenotipos malignos diferentes y la localización más frecuente es la parótida con una incidencia de malignidad del 20%.

Ante una tumoración en parótida con un crecimiento rápido, adherida a piel o planos profundos, así como dolor o afectación de nervio facial, nos debe hacer pensar en un proceso maligno.

La base del diagnóstico se basa en la clínica. En la imagen donde la ecografía y la RMN son las pruebas que más información aportan. El tercer pilar es la citología con punción aspiración y en casos excepcionales la punción con aguja gruesa.

El tratamiento más empleado es la parotidectomía total con conservación del nervio facial y la afectación de este nos hará modificar la técnica a una cirugía radical o incluso ampliada cuando existe afectación de estructuras extraparenquimatosas.

El tratamiento del cuello cuando existen adenopatías (cN+) está indicado con un vaciamiento cervical. En un cuello cN0 existe controversia en cuanto al vaciamiento profiláctico, la mayoría de los autores lo recomiendan en tumores de alto grado y en tumores de avanzados.

La radioterapia adyuvante también se emplea en tumores de alto grado y de bajo grado con más de 4cm y en el Carcinoma adenoide quístico.

Los tumores malignos de parótida también se pueden presentar en la infancia pero son aún más raros que en la población adulta y la incidencia de malignidad es mayor del 40 al 60 %.

## Prevención y solución de complicaciones de la cirugía de la parótida

EDUARDO FERRÁNDIS PEREPÉREZ - *Jefe Clínico Servicio ORL-CCC. IVO. Valencia.*

La cirugía parotídea es técnicamente difícil por las estructuras que la atraviesan o la circundan. Esto hace que sea importante conocer las complicaciones que pueden presentarse. Hay una serie de medidas que pueden disminuir la probabilidad de dichas complicaciones y en el caso de que se produzcan existen tratamientos para solucionarlas o mejorarlas.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES BENIGNOS DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA

M<sup>º</sup>JOSÉ FERRER RAMÍREZ - *Médico adjunto. Servicio ORL. Hospital General Universitario Castellón.*

El tratamiento básico de los tumores benignos de la glándula parótida es la resección completa del tumor, sin embargo donde existe mayor controversia es en la extensión de la cirugía a realizar.

Si bien es cierto que las técnicas clásicas de resección de la glándula parótida son la parotidectomía total y la parotidectomía suprafacial, actualmente existen otras opciones quirúrgicas más conservadoras

o limitadas cuyo objetivo fundamental es reducir las complicaciones (parálisis Facial, síndrome de Frey), cuidar la estética facial y todo ello sin afectar los resultados de la cirugía. Entre estas técnicas más conservadoras hay que mencionar la disección extracapsular y la parotidectomía parcial suprafacial.

Diferentes escuelas optan por una opción u otra dependiendo de su experiencia, habilidades y tradición.

Es importante tener claro en que consiste cada técnica para así poder ser más precisos a la hora de indicarla, utilizar todos la misma nomenclatura y comparar los resultados.

En la actualidad, un procedimiento estandarizado para todos los tumores parotídeos benignos no es lo mejor para el paciente; más bien un tratamiento individualizado. Los cirujanos deben considerar cuidadosamente al paciente, el tipo de tumor, tamaño y localización dentro de la glándula parótida y sus imágenes preoperatorias, así como su propia experiencia para seleccionar la técnica quirúrgica más adecuada.

Presentamos una actualización sobre el tema en la que se definen las diferentes técnicas quirúrgicas que podemos plantear ante un tumor benigno de parótida y sus indicaciones.

---

## PAROTIDECTOMIA: TÉCNICA QUIRÚRGICA

M<sup>a</sup> TERESA CUESTA GONZÁLEZ - Servicio ORL. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.

La parotidectomía es un procedimiento quirúrgico realizado por cirujanos de cabeza y cuello y maxilofaciales, en el cual se extirpa parcial o totalmente la glándula parótida. Este procedimiento es complejo debido a la anatomía regional y la íntima relación de la glándula parótida con el nervio facial.

La clave de las parotidectomías no es sólo es la eliminación de la patología (generalmente tumoral), sino la conservación del nervio facial y sus ramas.

Respecto a la técnica quirúrgica, tras el diseño de la incisión (en su forma clásica o variantes de la misma) y exposición de la glándula, los pasos fundamentales serán la identificación de las referencias anatómicas que lleven a la localización del nervio facial.

Tras la identificación del tronco del nervio facial el cirujano ha de seguir y conservar sus ramas a la vez que va extirpando el tejido glandular.

Una vez extirpada toda o parte de la parótida, se procede al cierre, con colocación o no de colgajos o materiales que puedan prevenir complicaciones posteriores.

En esta parte de la mesa redonda se revisarán las diferentes técnicas y puntos clave de la cirugía parotídea.

COMUNICACIONES  
LIBRES  
EN FORMATO ORAL

## EVOLUCIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA DE LOS SCHWANOMAS VESTIBULARES ESPORÁDICOS NO TRATADOS

LODEIRO COLATOSTI, ADRIANA (1); ORTS ALBORCH, MIGUEL (1); ARAGONÉS REDÓ, MARÍA (2); MARRERO PÉREZ, JUAN CARLOS (1); MARCO ALGARRA, JAIME (3)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia, (2) Hospital Arnau de Vilanova, (3) Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.

### INTRODUCCIÓN

El schwanoma vestibular es el tumor del ángulo pontocerebeloso más frecuente en el adulto, es benigno y se origina en la rama vestibular del VIII par craneal. El tratamiento de elección es quirúrgico, pero muchos autores defienden que en pacientes de edad avanzada, schwanomas de pequeño tamaño o asintomáticos se puede optar por el manejo conservador mediante controles clínicos y radiológicos. El Objetivo de este estudio es realizar un análisis descriptivo sobre la evolución clínico y radiológica de este tumor y compartir nuestra experiencia sobre el manejo conservador del mismo.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo desde el 2003 hasta abril 2021, que incluyen pacientes con diagnóstico de Schwanoma vestibular esporádico no tratados, bien por el tamaño del tumor, la edad, las comorbilidades asociadas o por decisión del paciente. Se evaluaron los síntomas iniciales, los umbrales auditivos, la presencia de paresia canalicular, la localización y tamaño inicial del tumor en resonancia magnética, el patrón de crecimiento, la tasa de crecimiento anual del tumor, el tiempo de seguimiento y la necesidad de otra medida terapéutica.

### RESULTADOS

De los 156 pacientes diagnosticados de Schwanoma vestibular esporádico, 56 pacientes (37%) no se trataron cumpliendo seguimiento clínico-radiológico, la mayoría mujeres entre 46 y 65 años. La localización más frecuente fue izquierda (55%) e intracanalicular (67,3%) compatible con el grado I de la Clasificación de Koos y el T1 de Sami. Los síntomas de presentación inicial más frecuentes son la hipoacusia neurosensorial (HNS, 67,9%) y el acúfeno (51,8%). El 17,9% son un hallazgo casual y el 10,7% debutó como sordera súbita unilateral. No existe relación entre el tamaño al diagnóstico y la triada clínica HNS, acúfeno y alteración vestibular. La HNS unilateral o asimétrica grado III Gardner-Robertson con caída en frecuencias agudas es la más frecuente al diagnóstico y esta empeora con el tiempo. No existe relación entre el tamaño y la audiometría al diagnóstico, pero sí entre el tamaño y la presencia de acúfeno. Los estudios de función vestibular sólo se realizaron si presentaron clínica vertiginosa, mareo o inestabilidad (52,7%) mediante la prueba calórica y/o la vHIT reportando una hipofunción vestibular en el 39,3% de los casos con clínica vestibular. Con un tiempo de seguimiento promedio de 5 años, predominó el patrón de crecimiento intracanalicular y se determinó que la probabilidad de crecimiento al año del diagnóstico en los pacientes con neurinomas entre 11-15 mm es mayor que en los pacientes con neurinomas <5mm. El 11,1% permaneció sin cambios en el tamaño y el 20,4% presentó una reducción espontánea durante el seguimiento radiológico.

### CONCLUSIONES

En casos seleccionados, neurinomas de pequeño tamaño o intracanaliculares, asintomáticos y pacientes de edad avanzada con ASA III o IV, la opción conservadora mediante la vigilancia estrecha con resonancia magnética anual los primeros años sigue siendo una alternativa. Hay casos que permanecen sin cambios por mucho tiempo, o incluso reducen su tamaño espontáneamente. Si ocurre un crecimiento significativo, siempre está la opción de tratamiento mediante radiocirugía o microcirugía.

PALABRAS CLAVE: Neurinoma acústico, Schwanoma vestibular

## OSTEOMAS NASOSINUALES GIGANTES, MANEJO DE 4 CASOS

PALMA ORTIZ DE ZÁRATE, ÁNGELA (1); MONJAS CANOVAS, IRENE (1); PAREDES OSADO, JUAN RAMÓN (1); ABARCA OLIVAS, JAVIER (1); BETANCOURT MARTÍNEZ, ANDREINA (1); MAURI BARBERÁ, JOSE (1)

(1) HGUA

## INTRODUCCIÓN

Los osteomas son los tumores benignos más frecuentes de los senos paranasales, siendo su localización más frecuente el seno frontal. Habitualmente asintomáticos, durante su evolución pueden producir síntomas por compresión según su localización. Para su manejo, se puede optar por seguimiento estrecho, aunque la cirugía es el tratamiento de elección. Cuando crecen más de 3cm, se les denomina gigantes y su manejo difiere en algunos aspectos de los convencionales.

## OBJETIVO

Presentar la casuística de osteomas gigantes intervenidos en nuestro centro en los últimos 5 años.

## MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con osteomas gigantes, en el periodo comprendido entre enero de 2018 y diciembre de 2021. Se describen los pacientes según: sexo, edad, clínica de presentación, localización, abordaje quirúrgico empleado y complicaciones postoperatorias.

## RESULTADOS

Se presentan 4 casos de osteomas gigantes intervenidos en nuestro centro; uno de ellos, una mujer de 25 años, el resto, varones de 13, 23 y 62 años respectivamente. Tres casos presentaron osteomas frontales, mientras que uno fue de origen etmoidal. Dos de ellos presentaron invasión intraorbitaria. En cuanto al abordaje, tres se realizaron de forma combinada y uno mediante abordaje externo. Para la reconstrucción, en un caso se empleó malla de titanio y cemento biológico, en otro cemento y hueso y, en el resto, la reconstrucción se realizó con hueso exclusivamente. Todos los casos presentaron una buena evolución postquirúrgica, en uno de ellos se perdió el seguimiento, en el resto desaparecieron los síntomas oculares y presentaron una correcta cicatrización y un buen resultado estético.

## COMENTARIO

Los osteomas gigantes son entidades raras. Requieren un manejo distinto a los osteomas más pequeños, debiendo recurrir a abordajes externos o combinados. Además, presentan un mayor riesgo de desarrollar complicaciones tanto pre, intra y postoperatorias.

PALABRAS CLAVE: Osteoma Gigante Nasosinusal

---

## SIALOADENITIS INDUCIDA POR CONTRASTE YODADO: ¿UNA EXTRAÑA HABITUAL?

SARO BUENDÍA, MIGUEL (1); TORRES GARCÍA, LIDIA (1); MELLÍDEZ ACOSTA, RAUL (1); JARAMILLO ANGEL, NATALIA (1); CARRERES POLO, JOAN (1); ARMENGOT CARCELLER, MIGUEL (2)

(1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe, (2) Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Universidad de Valencia.

## INTRODUCCIÓN

La sialoadenitis inducida por contraste yodado (CIS) es un efecto adverso tras la exposición a contrastes yodados que consiste en un edema bilateral de glándulas salivales de curso autolimitado. Ha sido raramente reportada desde el primer caso descrito por Miller en 1956 aunque algunos autores creen que podría estar infradiagnosticada.

## CASO CLÍNICO

Una mujer de 73 años sin antecedentes de interés se presenta en la urgencia hospitalaria de nuestro centro con una tumefacción bilateral dolorosa de glándulas submaxilares. El cuadro clínico debuta 16 horas tras la realización de una tomografía computarizada (TC) cervical con contraste yodado. Mediante ecografía las glándulas submaxilares derecha e izquierda muestran un tamaño de 40.5 y 40.8 mm respectivamente además de características compatibles con CIS. En la TC realizada 16 horas previamente las dimensiones no superaban los 29 mm. La tasa de filtrado glomerular en la urgencia es de 50 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, las cifras son similares en analíticas previas. Se pauta dexketoprofeno 25 mg cada 8 horas y el cuadro se resuelve sin incidencias a las 72 horas. Se recomienda control ambulatorio de la función renal.

## DISCUSIÓN

El contraste yodado se excreta mayoritariamente por vía renal pero en sujetos con fallo renal u otras condiciones predisponentes se hipotetiza un acúmulo en glándulas salivales produciendo toxicidad local. El tiempo medio desde la exposición a yodo hasta el debut sintomático de CIS es de 16 horas mientras que ésta se resuelve habitualmente en menos de 72 horas. El diagnóstico se basa en anamnesis y sospecha clínica apoyadas por hallazgos ecográficos característicos. El manejo consiste en observación y analgesia si ésta fuese necesaria. El antecedente de CIS no limita el futuro uso diagnóstico o terapéutico de contrastes yodados si fuese preciso.

## CONCLUSIONES

El conocimiento de esta entidad es clave para realizar un diagnóstico precoz y preciso. Hipotetizamos que la CIS está infradiagnosticada y actualmente realizamos un estudio prospectivo observacional. La importancia de identificar esta entidad radica en reducir la preocupación del paciente y evitar un exceso de esfuerzos diagnósticos y terapéuticos que podrían resultar en iatrogenia adicional.

PALABRAS CLAVE: Sialoadenitis; Submaxilitis; Contraste yodado; Función Renal; Sialoadenitis inducida por contraste yodado; Efectos adversos

---

## SCHWANNOMA DE FOSA NASAL Y ABORDAJE DRAF III. A PROPÓSITO DE UN CASO

MARTÍNEZ EXPÓSITO, FERNANDO (1); GARCÍA NAVALÓN, CARMEN (1); GÓMEZ GÓMEZ, MARÍA JOSÉ (1); GARCÍA - LLIBERÓS DE MIGUEL, AINHOA (1); ÁNGEL DE MIGUEL, ÁNGEL (1); MORA SÁNCHEZ, CAROLINA (1); OROZCO NÚÑEZ, SARA (1); ZAPATER LATORRE, ENRIQUE (1)  
(1) Consorci de l'Hospital General Universitari de València.

## INTRODUCCIÓN

El schwannoma es un tumor procedente de las células de Schwann, encargadas de la síntesis de mielina, de crecimiento lento, benigno, afectando a adultos de mediana edad. Se desarrolla a partir del nervio trigémino o sistema nervioso autónomo. El 25 – 45% de ellos aparecen en cabeza y cuello, siendo en las fosas nasales y senos paranasales un 4%. Clínicamente causan obstrucción nasal, epistaxis, rinorrea, etc. Su tratamiento es la exéresis endoscópica y su recurrencia y malignización son excepcionales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 51 años con rinorrea, congestión nasal y epistaxis por fosa nasal derecha (FND), de 6 años de evolución. Como antecedentes destaca tromboflebitis de miembro inferior derecho. En la exploración se visualiza pólipo carnoso que ocupa toda la fosa nasal y emerge de meato medio derecho, con FNI libre. La biopsia informa de pólipo inflamatorio. Se solicita tomografía computarizada (TC) que expone lesión que ocupa meato medio, con ocupación del seno maxilar, etmoides y frontal derechos.

Se realiza antrostomía maxilar, etmoidectomía total y canalización del receso frontal derechos, con resultado en la biopsia extemporánea de pólipo inflamatorio y en la definitiva de tumor fusocelular positivo para S – 100, sugestivo de schwannoma.

Pasados 5 meses, el paciente refiere obstrucción nasal derecha y cefalea, presentando pólipo en meato medio derecho. Una nueva biopsia informa de recidiva. Se solicita TC y resonancia magnética (RM) que informan de masa de partes blandas en seno frontal y etmoides derechos con afectación de los homónimos contralaterales y ambas fosas nasales.

Se interviene al paciente mediante abordaje Draf III, con igual resultado anatomopatológico.

## RESULTADOS

A los 4 meses de la cirugía el paciente se mantiene estable desde el punto de vista nasosinusal, sin evidencia de recidiva.

## DISCUSIÓN

El schwannoma proviene de las células de Schwann, siendo clasificados como no – vestibulares, de cabeza y cuello extracraneales y del acústico intracraneales. El 25 – 45% de ellos aparece en la cabeza y el cuello, mientras que los nasosinuales constituyen un 4%.

El origen es incierto, pudiendo provenir de ramas del nervio oftálmico y de fibras autonómicas nasales. Anatómicamente aparecen en septo nasal (57.1%), pared lateral nasal (10.7%) y cornete medio (10.7%).

Clínicamente, aparecen como obstrucción nasal unilateral (92.4%), epistaxis recurrente (30.3%) y rinorrea (18.1%).

Las técnicas de imagen presentan hallazgos inespecíficos. El TC presenta aspecto moteado central con hiperdensidad periférica y sin afectación ósea y la RM masa isointensa en T1 e hiperintensa en T2.

El diagnóstico es anatomopatológico, encontrando dos patrones, ambos positivos para S – 100 y CD56.

El patrón Antoni tipo A posee células fusiformes aglutinadas y filas de núcleos (Cuerpos de Verocay). El patrón Antoni tipo B contiene las células dispersas en una matriz de reticulina. Tanto su recurrencia como su malignización son excepcionales.

Su diagnóstico diferencial se realiza con pólipo inflamatorio, neurofibroma, condroma y papiloma invertido.

El tratamiento de elección es la exéresis endoscópica. En el caso expuesto se realiza abordaje del seno frontal Draf III, con unificación de ambos senos frontales hasta lograr una cavidad única.

---

## METASTASIS DE ORIGEN DESCONOCIDO: FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SUPERVIVENCIA

UNIGARRO, DANIEL (1); SANCHO MESTRE, MANUELA; BARNOYA SANCHINELLI, RODRIGO; SUAREZ COBO, SAMUEL (1); PALMA ORTIZ DE ZARATE, ANGELA (1); DEL AMO MARTÍNEZ, LAURA (1); INZUNZA NOACK, JAVIERA (1); MAURI BARBERÁ, JOSE.

(1) Hospital General Universitario de Alicante.

### INTRODUCCIÓN

Las metástasis de origen desconocido cervicales (MOCD) corresponden a metástasis en los ganglios linfáticos cervicales sin un origen evidente al momento de iniciar el manejo. Presentan una prevalencia de 1,5-5% de todos los tumores de cabeza y cuello. Se han descrito diferentes factores pronósticos independientes que se relacionan con la supervivencia, entre los que se incluyen el sexo, edad, tratamiento, estadio ganglionar y la presencia de extensión extracapsular tumoral. El Objetivo del estudio fue valorar como influyen diferentes factores epidemiológicos en la supervivencia de los pacientes.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevo a cabo un estudio observacional de tipo cohorte retrospectivo de los pacientes diagnosticados de MCOD entre enero 1990 y diciembre de 2020 en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) . Para ser incluidos en el estudio, los pacientes debían haber sido diagnosticados tras una PAAF, BAG o biopsia de carcinoma escamoso o indiferenciado sin primario filiado al finalizar el tratamiento. Se realizó la estimación de las funciones de supervivencia (supervivencia global y ajustada) mediante el método de Kaplan-Meier y para la comparación de las funciones entre grupos, se ha utilizado la prueba de Log-Rank.

### RESULTADOS

Se incluyeron dentro del estudio 37 pacientes. Entre los factores pronósticos analizados que se relacionan con una mayor supervivencia se encontraron dos con significación estadística: Los pacientes con estadiaje N1 – N2a tenían mejor pronóstico comparado con los pacientes con estadiaje N2b – N3 ( $p=0,001$ ), así mismo se observó que los pacientes en los que se objetivó enfermedad extracapsular presentaban peor supervivencia que quienes no la tenían ( $p= 0,003$ ). El tratamiento más empleado fue el vaciamiento cervical asociado a radioterapia y en algunos casos a quimioterapia; Al compararlo con otros tratamientos y valorar supervivencia se observó mejor supervivencia en el grupo que se empleo la cirugía sin ser este dato estadísticamente significativo ( $p= 0,031$ ).

La edad (comorbilidades), consumo de tabaco- alcohol, formas no localizadas en un área, se asocian con una pobre supervivencia no demostrada en nuestro estudio.

La supervivencia global tras el diagnóstico se sitúa en un 56% a los dos años y un 30% a cinco años, siendo la supervivencia específica de enfermedad del 61% y del 40% respectivamente.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- En nuestro estudio el factor pronóstico más importante en cuanto a supervivencia fue el estadiaje y la enfermedad extracapsular, al comparar varias variables los resultados no llegaron a ser estadísticamente significativos probablemente debido al pequeño número de pacientes, consideramos que son necesarias series más largas o estudios multicéntricos para profundizar en el tema.
- Aunque la incidencia de MCOB ha disminuido en las últimas décadas, esto no se ha correlacionado con una mejor supervivencia lo que resalta la necesidad de mejorar las opciones terapéuticas. De ahí la importancia de los trabajos actuales de investigación para dilucidar la base molecular de las MVOD y mejorar la aplicación de terapia dirigida en los grupos de MCOB de mal pronóstico.

---

## CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE OÍDO EN EL TRATAMIENTO DEL COLESTEATOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

ÁNGEL DE MIGUEL, ÁNGEL; CAMPOS CATALA, AGUSTIN (1); SEBASTIAN GIL, ESTHER; OISHI KONARI, MIRIAM NATSUKI; MARTÍNEZ EXPÓSITO, FERNANDO (1); MORA SÁNCHEZ, CAROLINA; OROZCO, SARA.

(1) Consorci de l'Hospital General Universitari de València.

La cirugía avanza hacia procedimientos mínimamente invasivos, los cuales se realizan de manera cada vez más frecuente en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA), lo que permite una mejor recuperación de los pacientes y una menor saturación del sistema sanitario.

En la pasada década hemos presenciado un rápido aumento de la popularidad de la cirugía endoscópica del oído. El endoscopio nos aporta numerosos beneficios en cuanto a la visualización del campo quirúrgico al integrar ópticas anguladas que nos permiten realizar una disección de los recesos ocultos, en especial del retrotímpano y protímpano. Presentamos el caso de un varón de 28 años sin enfermedades crónicas ni factores de riesgo que acude a consulta consultando por hipoacusia y episodios de otorrea del oído derecho desde hace dos años aproximadamente. A la exploración se evidencia una retracción atical con queratina acumulada. La audiometría es compatible con hipoacusia de transmisión con un umbral vía aérea a 60 decibelios, lo cual sugiere desarticulación osicular. El TC confirma la presencia de un colesteatoma que afecta a la región epitimpánica con erosión del muro del ático y extensión a mesotímpano, sin afectación de la región mastoidea.

Se decide intervención quirúrgica realizando timpanoplastia tipo III con abordaje endocanal con endoscopio bajo anestesia general en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Presentamos un vídeo resumen de la cirugía. Se comienza levantando el colgajo timpanomeatal para abordar la caja timpánica, donde encontramos la presencia de glue timpánico. Se evidencia aticotomía espontánea que se amplía con curetaje para una mejor visualización de la bolsa de colesteatoma, presente en las regiones mesotimpánica y epitimpánica, que se reseca en su totalidad tras hallar el plano de separación con la mucosa sana. Se comprueba que existe una desconexión osicular junto con ausencia de la rama larga del yunque por lo que se extrae junto con el martillo tras cizallar el cuello del mismo. Al comprobar que la supraestructura del estribo está conservada, esta se libera de unas adherencias presentes en el tendón del estribo y se constata su buena movilidad, con lo que se procede a la reconstrucción osicular con donut de cartílago sobre cabezuela del estribo. Se finaliza la intervención con una miringoplastia con cartílago tragal previamente obtenido confeccionando dos piezas, una de ellas checker board y se cubre con pericondrio. Por último, se rebate el colgajo timpanomeatal.

En el seguimiento realizado se comprueba una buena cicatrización del neotímpano, así como la ausencia de signos radiológicos de persistencia del colesteatoma en la resonancia magnética de difusión.

Tal y como hemos podido comprobar, los endoscopios son una herramienta más para el cirujano que complementan al microscopio ofreciendo una visión excelente de los recesos de la caja timpánica, en especial del mesotímpano y el protímpano. Es necesario un adecuado estudio prequirúrgico en los pacientes con sospecha de colesteatoma para planificar adecuadamente la técnica en función de la extensión de la patología, pero tener presente que el abordaje endocanal se puede convertir en abierto si así lo requiere.



## CONDRORRADIONECROSIS LARÍNGEA

SUAREZ COBO, SAMUEL

*Hospital General Universitario de Alicante.*

### INTRODUCCIÓN

En el cáncer de cabeza y cuello, la radioterapia implica la aplicación de 50-80 Gy, a razón de unas 30 sesiones, 5 días a la semana.

La condrorradionecrosis laríngea es una complicación rara que se puede producir varios años después del tratamiento radioterápico sobre el cuello y/o la laringe - hipofaringe.

Presentamos un caso clínico de condrorradionecrosis con fistulización a piel, neumonía aspirativa y obstrucción respiratoria, de diagnóstico de certeza difícil y diagnóstico diferencial con la recidiva tumoral.

### CASO CLÍNICO

Varón 70 años con un importante consumo de tabaco (40 paquetes/año) y alcohol con antecedentes personales de 4 microcirugías transorales laser (MTL) por car. epidermoide de CVD (1998), car. de hipofaringe (2002), car. epidermoide de CVI (2007) y nuevamente una recidiva tardía del car. de hipofaringe (2008) que requirió adyuvancia con radioterapia externa.

Tras la radioterapia presento como efectos secundarios una considerable radiodermatitis residual con enrojecimiento e importante empastamiento cervical; y a nivel de la laringe una mucositis con edema difuso de la misma.

El paciente prosiguió revisiones en consultas y durante el seguimiento, 9 años tras finalizar la radioterapia en un PET-TC de control se Objetivo

una captación anómala en aritenoides izquierdo con un SUVmax de 21. Con una alta sospecha de recidiva tumoral a ese nivel, se realiza toma de biopsias mediante LD y MTL, cuya anatomía patológica fue negativa para neoplasia. En PET-TC de control se normalizó el SUVmax sin apreciar nuevas lesiones endolaríngeas.

Hasta que en el último año presentó:

- Dificultad respiratoria bien tolerada y disfagia. A la exploración nasofibroscopia se apreciaba exposición del ala tiroidea izquierda, parálisis hemilaringe izquierda y acumulo de secreciones purulentas en la laringe requiriendo tratamiento endovenoso mediante ATB y corticoides. En las pruebas de imagen se apreció desestructuración del cartílago tiroideo con edema de partes blandas adyacentes sin captaciones patológicas sospechosas de recaída tumoral.
- Fistula cutánea a nivel de la quilla del cartílago tiroideo con salida de material purulento a su través. La nasofibroscopia mostró neoformación/granuloma a nivel de banda izquierda que ocasionaba dificultad respiratoria con estridor inspiratorio.

Ante esta situación y dada la sospecha de recidiva tumoral se le propuso al paciente la realización de una laringectomía total ampliada a piel, la cual aceptó. El estudio anatomopatológico de la pieza descartó neoplasia y se confirmó la condrorradionecrosis del cartílago tiroideo.

Actualmente el paciente se encuentra con buen estado físico (ganancia de peso) y con una alimentación vía oral sin incidencias.

### COMENTARIOS

- Los posibles efectos secundarios derivados del empleo de la radioterapia varían en función de la localización del tumor, del campo de tratamiento, del fraccionamiento de la dosis y de la técnica utilizada.
- Es necesario establecer el diagnóstico diferencial, clínico y radiológico con la recidiva tumoral, constituyendo el PET-TC una prueba diagnóstica alternativa.
- El tratamiento mediante antibioterapia y oxigenoterapia hiperbárica fracasó en nuestro paciente. Debiendo recurrir a la cirugía por la progresiva desestructuración de la laringe y la imposibilidad de descartar la recidiva tumoral.

## REDUCCIÓN PARCIAL DE AMÍGDALAS. RECURRENCIA A 5 AÑOS TRAS LA CIRUGÍA

DOMINGUEZ CELIS, FELIPE (1); ORTEGA BELTRA, NOELIA (2); MARTÍN ARROYO, MIGUEL; GONZALEZ TURIENZO, ELENA; CARRASCO LLATAS, M. (2); MARTINEZ RUIZ DE APODACA, PAULA; DALMAU-GALOFRE, J. (1)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset.

### INTRODUCCIÓN

La patología adenoamigdalar y los trastornos respiratorios del sueño en la infancia son un motivo frecuente de consulta. Es necesario conocer el tratamiento óptimo y con menor morbimortalidad para nuestros pacientes, como la amigdalotomía, tonsilotomía o reducción parcial de amígdalas. Esta técnica ha demostrado ser un tratamiento efectivo y reducir la morbilidad comparada con técnicas clásicas como la amigdalectomía extracapsular. Su principal desventaja radica en la posibilidad de que el tejido linfóide reseca y vuelva a hipertrofiarse con el paso del tiempo.

### OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de los pacientes que han vuelto a consultar por los síntomas iniciales y los que han requerido una nueva intervención. Todo esto tras un seguimiento de al menos 5 años.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos de reducción parcial de amígdalas en un centro terciario entre diciembre de 2014 y diciembre de 2016. Las variables principales fueron: sexo, edad, grado de hipertrofia amigdalar, grado de hipertrofia adenoidea, tipo de cirugía, aparición de nueva clínica, nuevo grado amigdalar, necesidad de nueva cirugía y tipo.

### RESULTADOS

Finalmente fueron incluidos 122 pacientes. Un 7,3 % reconsultó por nueva aparición de síntomas y solo un 1,6% necesitó reintervención. En el 100% de los casos la nueva cirugía fue adenoidectomía. En ningún caso se practicó nueva resección parcial de amígdalas ni amigdalectomía extracapsular.

Durante el seguimiento se observó que un 5,7 % de los niños experimentaron nuevo crecimiento amigdalar, de los cuales ninguno requirió una nueva cirugía.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La resección parcial de amígdalas se plantea como un tratamiento adecuado del AOS infantil con baja tasa de recurrencia. Debido a que se necesitan años de seguimiento para valorar la recurrencia, actualmente se dispone de una baja muestra. Se está trabajando para ampliar el número de pacientes y así obtener resultados más fiables.

## NEURINOMA DEL NERVIOS FACIAL: RESECCIÓN DEL TUMOR Y RECONSTRUCCIÓN N. FACIAL TÉRMINO-TERMINAL

GARCÍA DÍAZ, M<sup>a</sup> PIEDAD (1); DE PAULA VERNETTA, CARLOS (1); GUZMÁN CALVETE, ABEL (1); MATEOS FERNÁNDEZ, MANUEL; SÁNCHEZ ALCÓN, MARÍA DOLORES; CAVALLÉ GARRIDO, LAURA; ARMENGOT CARCELLER, MIGUEL (2)

(1) Hospital Universitari i Politècnic La Fe, (2) Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Universidad de Valencia.

### INTRODUCCIÓN

El Neurinoma del Nervio Facial es un tumor poco frecuente cuya localización más habitual es el ganglio geniculado. Los pacientes suelen debutar con una parálisis facial periférica progresiva, siendo la clínica cocleovestibular menos frecuente.

El tratamiento tiene unas indicaciones particulares y sigue siendo controvertido, desde el seguimiento mediante RM, la radiocirugía, hasta el tratamiento quirúrgico. Existen tres técnicas principales para la reconstrucción del nervio facial: anastomosis término-terminal, injerto nervioso y re-routing-anastomosis.

## MATERIAL Y MÉTODOS

A partir de un caso de Neurinoma del Nervio Facial abordado este año en la Unidad de Otorlogía de nuestro centro, se ilustra la exéresis del tumor y la anastomosis término-terminal para la reconstrucción del Nervio Facial.

Se muestran imágenes prequirúrgicas e ilustraciones junto con video del acto quirúrgico paso a paso.

## RESULTADOS

En primer lugar, mediante incisión de Blair Modificada, se localizó el tronco del nervio facial. Una vez identificado, se realizó la exeresis del neurinoma a través de la mastoides y por último, se llevó a cabo la reconstrucción del nervio facial mediante una anastomosis termino-terminal.

## CONCLUSIÓN

El Schwannoma del Nervio Facial es un tumor raro cuyo tratamiento es individualizado en cada paciente. El Objetivo principal de estos tumores es la preservación de la función facial teniendo en cuenta también la audición. El tratamiento quirúrgico debe incluir tanto la resección del tumor como la reparación del nervio, si es posible en el mismo acto quirúrgico.

## SÍNDROME DE PFAPA Y SU TRATAMIENTO DE ELECCIÓN

JARAMILLO ANGEL, NATALIA (1); SARO BUENDIA, MIGUEL (1); IBAÑEZ ALCAÑIZ, ISABEL (1); LESMAS NAVARRO, MARIA JOSE (1); PARDO MATEU, LOURDES (1); ALAMAR VELÁZQUEZ, AGUSTÍN (1); ARMENGOT CARCELLER, MIGUEL (2)

(1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe, (2) Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Universidad de Valencia.

## INTRODUCCIÓN

El PFAPA es un síndrome caracterizado por presentar fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringoamigdalitis y adenitis cervical. Es la causa más frecuente de fiebre recurrente en la infancia, siendo más común en menores de 5 años y en el género masculino.

Su Incidencia es de 2.3/100.000 niños. Fue descrito inicialmente por Marshall en 1987.

Es de causa autoinmune, secundario a una disfunción de las citoquinas, y tiene un clúster familiar que sugiere un origen genético.

Se presenta con episodios de fiebre de más de 39° de 3-6 días de duración, cada 3-8 semanas, asociado a uno de los siguientes: estomatitis, faringoamigdalitis o adenitis.

Los pacientes se encuentran asintomáticos entre episodios y en la adolescencia los periodos intercríticos suelen alargarse hasta desaparecer la enfermedad.

El grupo CARRA publico un artículo en el 2020 sobre la eficacia de los diferentes tratamientos médicos.

En los episodios agudos se recomienda el uso de corticoides, en dosis única. Son muy efectivos y suspenden la fiebre en horas.

Para la prevención de las crisis está aceptado el uso de la Colchicina y de la Cimetidina, que aumentan el intervalo entre episodios, con una eficacia hasta del 50%.

En una revisión de Cochrane del 2019, se concluyo que la amigdalectomía, disminuye la severidad de los episodios y aumenta el periodo intercrítico, con una eficacia del 64%.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, de pacientes con diagnóstico de PFAPA, en seguimiento por los Servicios de Otorrinolaringología y Reumatología Pediátrica en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

Se seleccionaron pacientes tratados por esta enfermedad entre el 2010 y el 2021; y diagnosticados de PFAPA antes de cumplir los 15 años. Se estudiaron un total de 76 pacientes pediátricos

## RESULTADOS

Del total de la muestra, 30 pacientes no han tomado medicación preventiva y solo se tratan durante los brotes agudos con corticoides.

27 pacientes han sido manejados con Colchicina, y de estos, 20 han logrado un buen control o resolución de la enfermedad (74%).

A 14 se les practicó una amigdalectomía bilateral, es decir al 18.4% de los pacientes estudiados.

De los pacientes intervenidos quirúrgicamente, 10 no han vuelto a presentar episodios y 2 aumentaron significativamente el periodo intercrítico, disminuyendo morbilidad en un 85.7%.

## DISCUSIÓN

Hay pocos ensayos que documenten la eficacia del manejo quirúrgico en el PFAPA. En nuestro caso, se ha visto una alta tasa de resolución y mejoría de la morbilidad con respecto a los tratamientos más conservadores.

Esta enfermedad no genera secuelas importantes y se limita a ser un problema de calidad de vida. Por lo que teniendo en cuenta el bienestar diario del paciente, los riesgos de la intervención y la resolución de la patología en la adolescencia, se debe determinar riesgo beneficio frente a la intervención quirúrgica.

# ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE DIFUSIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA OTITIS MEDIA COLESTEATOMATOSA

MARTÍN ARROYO, MIGUEL; ORTEGA BELTRA, NOELIA (1); DOMINGUEZ CELIS, FELIPE; GONZALEZ TURIENZO, ELENA; MURCIA PUCHADES, V. (1); DALMAU GALOFRE, J. (1)

(1) Hospital Universitari Doctor Peset.

## INTRODUCCIÓN

La sospecha clínica de colesteatoma clásicamente se ha basado en la otoscopia y el estudio radiológico mediante TC, prueba no exenta de falsos positivos. El tratamiento, y a la vez gold-standard diagnóstico, es la cirugía, con una tasa no despreciable de recidiva, por lo que es necesario un seguimiento clínico posterior. Si la técnica quirúrgica realizada es una mastoidectomía abierta (canal-wall down), a menudo la recidiva se objetiva directamente mediante otoscopia. Si se lleva a cabo una técnica cerrada (canal-wall up), clásicamente no se podía confirmar una recidiva a menos que se hiciera una cirugía de revisión.

En este contexto irrumpe en los últimos 15 años la Resonancia Magnética (RM) de difusión, una prueba de imagen de gran sensibilidad, especificidad y valor predictivo negativo para la evaluación de lesiones epidérmicas mayores de 3mm. Ha ido creciendo como herramienta diagnóstica, y en la actualidad es muy útil tanto como complemento en la detección primaria del colesteatoma (en caso de duda diagnóstica), como sobre todo para la evaluación de recidivas en el seguimiento postoperatorio de la cirugía con técnica cerrada, pudiendo llegar a evitar cirugías de revisión innecesarias.

Se realiza esta revisión con el Objetivo de describir los resultados de la RM de difusión en el colesteatoma, en el Hospital Universitario Doctor Peset desde su Introducción en el año 2012.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Se revisan las historias clínicas de todos los pacientes con sospecha de colesteatoma que en algún momento precisaron de RM de difusión durante el período 2012-2021. Se incluyen resultados de ambos oídos de pacientes con colesteatoma bilateral.

Se establecen 2 grupos en función de si la RM fue realizada para diagnosticar un colesteatoma previo a cirugía primaria (Grupo A) o para detectar recidivas en el seguimiento postquirúrgico (Grupo B). Se estudian diversos parámetros, con la positividad de la RM como variable principal y la realización de cirugía vs seguimiento como variable secundaria, así como los resultados de ésta.

Se realiza un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

## RESULTADOS

93 oídos evaluados mediante RM de difusión en 82 pacientes (41 varones y 41 mujeres, edad media: 41,98 +/- 20,93 años. 39 resonancias (41,94%) se solicitaron para diagnóstico preoperatorio y el resto en seguimiento postquirúrgico.

- Grupo A (n=39): 20 positivos (51,28%), de los cuales 19 tienen patología según criterios de inclusión. Se intervienen 14 pacientes (13 con RM patológica y uno con RM negativa), confirmándose diagnóstico histopatológico en 12 de ellos.
- Grupo B (n=54): 15 positivos (27,78%), de los que se intervienen todos (confirmándose 14). Además, se intervienen 3 pacientes con RM negativa por elevada sospecha diagnóstica, confirmándose patología en 2 de ellos.

### CONCLUSIÓN

La RM de difusión es una prueba complementaria de gran utilidad en caso de duda diagnóstica preoperatoria en colesteatomas no objetivables mediante otoscopia o a tímpano íntegro. Dado su buen rendimiento diagnóstico ha adquirido un gran peso en el seguimiento postoperatorio del colesteatoma en cavidades cerradas, evitando reintervenciones innecesarias. Los resultados obtenidos son similares a los de la bibliografía revisada.

---

## METÁSTASIS GANGLIONAR CERVICAL DE CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE SALIVAR DE ORIGEN DESCONOCIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

GONZALEZ TURIENZO, ELENA (1); ORTEGA BELTRA, NOELIA (1); MARTÍN ARROYO, MIGUEL (1); DOMINGUEZ CELIS, FELIPE (1); LLAVERO SEGOVIA, MARIA TERESA (1); DALMAU GALOFRE, J. (1)

(1) Hospital Universitario Doctor Peset.

### INTRODUCCIÓN

Las metástasis ganglionares cervicales con tumores primarios desconocidos constituyen entre un 2-5% de los tumores de cabeza y cuello. De estos, la estirpe histológica más frecuente es la de carcinoma epidermoide, seguido del adenocarcinoma. Las metástasis ganglionares cervicales de carcinoma mucoepidermoide con primario desconocido son extremadamente infrecuentes, existiendo únicamente otros cuatro casos documentados según nuestra revisión de la literatura disponible. Los carcinomas mucoepidermoides son la neoplasia maligna más frecuente de las glándulas salivares y se presentan con metástasis ganglionares al diagnóstico principalmente en tumores de alto grado, siendo infrecuentes en el caso de neoplasias de bajo grado.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 47 años, que acude por una tumoración laterocervical, autodetectada 10 meses antes, sin clínica asociada. Las pruebas de imagen (ecografía y posterior TC cervical) evidenciaron la tumoración descrita, sugestiva de adenopatía patológica, sin observar otras lesiones. Se realizó biopsia con aguja gruesa (BAG) que resultó no concluyente, por lo que se propuso exéresis de la lesión y las adenopatías adyacentes objetivadas intraoperatoriamente. El análisis microbiológico de las mismas resultó negativo para micobacterias, mientras que el anatomopatológico objetivó una adenopatía metastásica compatible con carcinoma mucoepidermoide de probable origen en glándula salivar, sin presentar el resto de adenopatías signos de malignidad. El PET-TC con 18-FDG de cuerpo entero realizado posteriormente no evidenció lesión tumoral primaria ni otras adenopatías metastásicas. Se presentó el caso en el Comité Oncológico decidiéndose administrar radioterapia exclusiva. Actualmente, el paciente persiste asintomático, mientras que el tumor primario permanece desconocido.

### RESULTADOS

Se revisa la literatura disponible comparando nuestro caso con los otros cuatro publicados: todos ellos fueron varones, con un rango de edad entre 43 y 67 años, sin síntomas asociados, con un tamaño de las adenopatías entre los 2,4 - 6 centímetros y una localización predominante de estas en el nivel II cervical. El abordaje más frecuente ha sido la cirugía seguida de radioterapia (en el 50% de los casos). El pronóstico en general es desfavorable, debido a la aparición de nuevas metástasis en el seguimiento.

### CONCLUSIONES

Los carcinomas metastásicos de tumores primarios desconocidos constituyen un reto, dado que el enfoque en el tratamiento de cualquier carcinoma difiere según la neoplasia primaria y sus características histopatológicas. Actualmente no existen protocolos para el manejo de metástasis cervicales de carcinoma mucoepidermoide con primario desconocido, por lo que son necesarios futuros estudios que permitan establecer algoritmos para el manejo de estos pacientes.

## OSTEOBLASTOMA EN FOSAS NASALES: UNA LOCALIZACIÓN EXCEPCIONAL PRESENTACIÓN DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

MELLIDEZ ACOSTA, RAUL (1); GARCÍA PIÑERO, ALFONSO (1); NAVARRO FORNAS, MARTA (1); MUÑOZ FERNÁNDEZ, NOELIA (1); FITO MARTOREL, LUCAS (1); MOSQUERA LLOREDA, NEZLY (1); ARMENGOT CARCELLER, MIGUEL (2)

(1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe, (2) Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Universidad de Valencia.

El osteoblastoma es un tumor benigno poco frecuente, que representa el 1 % de los tumores óseos y afecta principalmente a huesos largos y columna vertebral. Excepcionalmente puede localizarse en las fosas nasales. Presentamos dos casos de osteoblastomas nasales tratados en nuestro centro.

El primer caso es un varón de 15 años que acude por dolor y tumoración supraorbitaria derecha de 2 meses de evolución. A la exploración, presentaba diplopía a la dextrosupraversion y, mediante nasofibroscopia, se observaba una tumoración en meato medio derecho. La TC mostró una lesión ósea expansiva bien delimitada de 23x25x43mm, localizada en región frontoetmoidal derecha con extensión a fosa cerebral anterior y órbita. La lesión presentaba densidad mixta en su interior, con márgenes calcificados, planteándose el diagnóstico diferencial entre osteoma y osteoblastoma. El tumor fue resecado mediante abordaje combinado CENS+orbitotomía. El análisis histológico confirmó el diagnóstico de osteoblastoma. Actualmente, el paciente se mantiene asintomático y no muestra signos de recidiva tras 2 meses de la intervención.

El segundo caso es una mujer de 67 años que acude por dolor suprorbitario izquierdo de 6 meses de evolución, sin otra clínica acompañante. La TC mostró una lesión expansiva heterogénea con componente de partes blandas y calcificaciones de 28x27x17mm, localizada en seno frontal izquierdo, que erosionaba techo orbitario, lámina cribosa y esfenoides, protruyendo hacia fosa cerebral anterior. Dadas las características de agresividad, se realizó biopsia mediante abordaje externo, con diagnóstico de osteoblastoma. Posteriormente, se realizó éxeresis tumoral mediante abordaje endoscópico. La TC de control a los 2 meses mostró recidiva tumoral en el seno frontal izquierdo, por lo que fue reintervenida 5 meses después mediante CENS. Actualmente, tras 2 años de seguimiento, la paciente se mantiene asintomática y sin signos de recidiva.

El osteoblastoma es un tumor óseo benigno que, de forma muy poco frecuente, puede localizarse en las fosas nasales, afectando principalmente a los huesos etmoides y frontal. Se da principalmente en pacientes de 20 a 30 años. El síntoma más frecuente es la proptosis.

Otros posibles síntomas son diplopía, dolor orbitario, obstrucción nasal, epistaxis y tumoración facial.

No presenta características histológicas ni radiológicas patognomónicas. Histológicamente se caracteriza por trabéculas óseas bordeadas de osteoblastos e inmersas en un estroma fibroso laxo y densamente vascularizado, pudiendo suponer un reto el diagnóstico diferencial con el osteoma osteoide o el osteosarcoma de bajo grado. La tomografía computarizada es la técnica radiológica indicada para su estudio, típicamente muestra una lesión ósea esclerótica expansiva bien circunscrita con remodelación del hueso adyacente y zonas de tejido fibroso en su interior. La RM puede ser útil para delimitar la afectación de tejido blandos, como en el caso de invasión intraorbitaria o intracraneal.

El tratamiento idóneo es la cirugía con resección completa de la lesión, pudiendo realizarse mediante abordaje endoscópico, abierto o combinado. Respecto al pronóstico, existe un riesgo de recurrencia del 9-13%, asociado principalmente a la resección incompleta de la lesión. Se ha descrito su transformación en osteosarcoma, que es extremadamente rara, tras la administración de radioterapia.

## ENFERMEDAD DE MENIÈRE E HIDROPS ENDOLINFÁTICO: CORRELACIÓN CLINICORRADIOLÓGICA EN UNA SERIE DE CASOS

MARRERO PEREZ, JUAN CARLOS; LEÓN GUIJARRO, JOSÉ LUIS; PÉREZ-CARBONELL, TOMÀS (1); ORTS ALBORCH, MIGUEL (1); MORANT VENTURA, ANTONIO (1); MARCO ALGARRA, JAIME.

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Se presenta una serie de 10 casos de enfermedad de Menière recientemente diagnosticada en el HCUV, a los que se les realizó una RM de 3 teslas específica para hidrops endolinfático antes del primer año de evolución de la enfermedad.

Se realiza un estudio descriptivo de la población, se clasifica por grupos según el número de crisis, la presencia de acúfeno, el grado de hipoacusia y los hallazgos en la RM y se realiza un estudio estadístico de correlación comparando la severidad de la enfermedad con los grados de hídrops endolinfático.

Finalmente se discuten los resultados obtenidos y se realiza una breve revisión bibliográfica comparando los resultados.



ISSN 2792-9027

LIBRO DE ABSTRACTS SVORL-CCC  
XV Congreso SVORL

Edita: Sociedad Valenciana de Otorrinolaringología  
y Cirugía de Cabeza y Cuello  
2022

COLABORADORES

