

# LIBRO DE ABSTRACTS SVORL-CCC

# VII

REUNIÓN DE  
LA SOCIEDAD VALENCIANA  
DE OTORRINOLARINGOLOGÍA  
Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO  
(SVORL Y CCC)

Valencia | 3 febrero 2023



# ÍNDICE

PROGRAMA	2
RESÚMENES	3
CO1 RADIONECROSIS LARÍNGEA. UNA SERIE DE CATASTRÓFICAS DESDICHAS. ¿QUÉ HACER CUANDO TE QUEDAS SIN OPCIONES?	
Ferrero Coloma, S. M.; Matías Sánchez, M.; Ortega Beltrá, N.	4
CO2 HINTS PERIFÉRICO: ¿ES SIEMPRE UNA VESTIBULOPATÍA PERIFÉRICA?	
Bancalari Díaz, C.; Saro-Buendía, M.; Torres-García, L.; Armengot Carceller, M.; Pérez Guillén, V.	4
CO3 MAREO EN ICTUS DE TERRITORIOS POSTERIORES: ANALIZANDO AL ENEMIGO “A TORO PASAO”	
Saro- Buendía, M.; García- Torres, L.; Bancalari Díaz, C.; Cabrera Guijo, J.; Armengot Carceller, M.; Pérez Guillén, V.	6
CO4 MANEJO DE LA “SIALOADENITIS” INDUCIDA POR CONTRASTE YODADO: EXPERIENCIA TRAS UN ESTUDIO OBSERVACIONAL	
Saro Buendía, M.; Torres García, L.; Mellídez Acosta, R.; Jaramillo Angel, N.; Carreres Polo, J.; Armengot Carceller, M.	8
CO5 RESECCIÓN ENDOSCÓPICA TRANSNASAL POR ABORDAJE DE FOSA PTERIGOMAXILAR E INFRATEMPORAL DE SCHWANNOMA DE V3 EN PACIENTE CON SD LI FRAUMENI	
Marrero Pérez, J. C.	9
CO6 EFECTIVIDAD DE FARINGOPLASTIAS BARBADAS EN PACIENTES AOS SEGÚN FENOTIPO POSICIONAL: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL	
Martínez Moreno, M.; Martín Arroyo, M.; Dominguez Celis, F.; Gonzalez Turienzo, E.; Carrasco Llatas, M.; Dalmau Galofre, J.	9
CO7 ABORDAJE ENDOSCÓPICO ENDONASAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS OSTEOMAS FRONTOORBITARIOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO.	
Ángel de Miguel, A.; García-Lliberós de Miguel, A.; García Navalón, C.; Gómez Gómez, M. J.; Mora Sánchez, C.; Orozco Núñez, S.; Rodríguez Prado, C.; Zapater Latorre, E.	10
CO8 HIPOACUSIA BRUSCA DESPUÉS DE UNA SENTADILLA: ¿REALIDAD O FICCIÓN?	
López Llames, A.; Moreno Paredes, S.; Mancino Moreira, F.	12
CO9 PARANGANGLIOMAS YUGULOTIMPÁNICOS ¿CÓMO MANEJARLOS Y CÓMO TRATARLOS?	
Lodeiro Colatosti, A.; Pla Gil, I.; Martínez Beneyto, M. P.; Arjona Sevilla, M.; Orts Alborch, M.; Marco Algarra, J.	13
CO10 SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA (RM MP) EN TUMORES DE PARÓTIDA.	
Domínguez Celis, F.; Martín Arroyo, M.; Gonzalez Turienzo, E.; Martinez Moreno, M.; Cuesta Gonzalez, M. T.; Dalmau Galofre, J.	14
CO11 DE LA GLOSITIS AL MIELOMA: DESARROLLO DE LA AMILOIDOSIS SISTÉMICA EN LA ESFERA OTORRINOLARINGOLÓGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	
Moreno Paredes, S.; Hernández Ruiz, P.; López Llames, A.	15
CO12 DESARROLLO DE UN MODELO DE “MACHINE LEARNING” PARA LA PREDICCIÓN DE METÁSTASIS GANGLIONARES EN CARCINOMAS DE GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES	
Canali, L.; Costantino, A.; Saro Buendía, M.; Festa, B. M.; Mercante, G.; Spriano, G.; De Virgilio, A.	16

CO13 SCHWANNOMA DE PUNTA SEPTAL NASAL: REPORTE DE UN CASO Mascareño Orellana, L.; Marrero Pérez, J. C.; Lodeiro Colatosti, A.; Martínez Expósito, F.; Ferrer Baxauli, F.; Calvo Gómez, J.	17
CO14 RADIOGUIDED OCCULT LESION LOCALIZATION (ROLL): EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO TERCIARIO Martín Arroyo, M.; Dominguez Celis, F.; Gonzalez, E.; Martínez Moreno, M.; Guallart Domenech, F.; Dalmau Galofre, J.	18
CO15 EL RATIO PLAQUETA LINFOCITO (PLR) Y LA LINFOPENIA COMO MARCADORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A LARINGECTOMÍA TOTAL POR CÁNCER DE LARINGE Gonzalez, E.; Martín Arroyo, M.; Dominguez Celis, F.; Martínez Moreno, M.; Martinez Ruiz de Apodaca, P.; Dalmau Galofre, J.	19
CO16 CAMBIO EN EL PERFIL DEL PACIENTE CON SINUSITIS FÚNGICA INVASIVA: REVISAMOS NUESTROS CASOS DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS Mellidez Acosta, R.; Saro Buendia, M.; Jaramillo Angel, N.; Muñoz Fernandez, N.; Garcia Piñero, A.; Armengot Carceller, M.	20
CO17 BIOPSIAS GANGLIONARES CERVICALES GUIADAS POR ECOGRAFÍA Matías Sánchez, M.; Ferrero Coloma, S. M.; Ortega Beltrá, N.	21

# PROGRAMA

## VIERNES 3 de febrero

08:30 -  
8:50 h. Recepción y entrega de documentación.

08:50 - **INAUGURACIÓN  
Y PRESENTACIÓN.**

09:00 - **MESA REDONDA: CIRUGÍA  
DE LA BASE DE CRÁNEO  
ANTERIOR.**

**Moderador:** Dr. Alfonso García Piñero.  
*Hospital Universitario y Politécnico La Fe  
de Valencia.*

**Ponentes:**

**Dra. Irene Monjas Cánovas.** *Hospital General  
Universitario Dr. Balmis de Alicante.*

**Dra. Ainoha García-LLiberós de Miguel.**  
*Hospital General Universitario de Valencia.*

**Dr. Felip Ferrer Baixauli.** *Hospital Clínico  
Universitario de Valencia.*

**Dr. Javier Sendra Tello.** *Neurocirujano.  
Hospital HLA Vistahermosa de Alicante.*

10:10 - **CONFERENCIA: TUBOPLASTIA  
CON BALÓN DE DILATACIÓN.  
ESTADO ACTUAL.**

**Ponente:** Dra. Paz Martínez Beneyto.  
*Hospital Clínico Universitario de Valencia.*

10:40 - **Café. CON LA COLABORACIÓN DE  
11:20 h. AURAL - WIDEX.**

11:20 - **MESA REDONDA: TUMORES  
12:20 h. T3N0 DE LARINGE.**

**Moderador:** Dr. Juan Bosco Vendrell  
Marqués. *Instituto Valenciano de Oncología  
de Valencia (IVO).*

**Ponentes:**

**Dra. Manuela Sancho Mestre.** *Hospital  
General Universitario Dr. Balmis de Alicante.*

**Dra. Marisa Chust Vicente.** *Instituto  
Valenciano de Oncología de Valencia (IVO).*

**Dr. Eduardo Ferrándis Pereperez.** *Instituto  
Valenciano de Oncología de Valencia (IVO).*

12:30 - **SESIÓN DE COMUNICACIONES  
14:00 h. LIBRES 1.**

**Moderadora:** Dra. Sara María Ferrero  
Coloma. *Hospital General Universitario  
de Elda.*

14:00 h. Comida de trabajo. CON LA COLABORACIÓN  
DE AURAL - WIDEX.

16:00 - **SESIÓN DE COMUNICACIONES  
17:00 h. LIBRES 2.**

**Moderador:** Dr. Miguel Armengot Carceller.  
*Hospital Universitario y Politécnico La Fe  
de Valencia.*

17:00 -  
17:10 h. Descanso.

17:10 - **MESA REDONDA: CIRUGÍA  
18:10 h. ENDOSCÓPICA DEL OÍDO.  
CONCEPTOS Y ACTUALIZACIÓN.**

**Moderador:** Dr. Félix Ruiz de la Cuesta  
Juste. *Hospital General Universitario Dr.  
Balmis de Alicante.*

**Ponentes:**

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

**Dr. Carlos de Paula Vernetta.** *Hospital  
Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.*

**Dr. Ignacio Pla Gil.** *Hospital Clínico  
Universitario de Valencia.*

18:10 - **Café. CON LA COLABORACIÓN DE  
18:30 h. ZEISS.**

18:30 - **CONFERENCIA: PUNTOS CLAVE  
19:00 h. EN LA CIRUGÍA DE REVISIÓN  
DE LA ESTAPEDECTOMÍA.**

**Ponente:** Dr. José Dalmau Galofre. *Hospital  
Universitario Dr. Peset de Valencia.*

19:10 h. **ASAMBLEA GENERAL  
Y ENTREGA DE PREMIOS.**

# RESÚMENES

## COMUNICACIONES

---

---

## CO1 RADIONECROSIS LARÍNGEA. UNA SERIE DE CATASTRÓFICAS DESDICHAS. ¿QUÉ HACER CUANDO TE QUEDAS SIN OPCIONES?

Ferrero Coloma, S. M. (1); Matías Sánchez, M. (1); Ortega Beltrá, N. (2)

(1) Hospital General Universitario de Alicante, (2) Hospital General Universitario de Elda

### Introducción

La radionecrosis laríngea es una complicación que presenta una incidencia variable suponiendo cerca del 5% de nuestros pacientes tratados con esquemas de organopreservación, resultando en laringectomías de rescate en el 25% de los casos por pérdida de función orgánica. El objetivo de este trabajo es describir a través de un caso el proceso de diagnóstico de esta importante complicación describiendo principalmente el proceso reconstructivo hasta la resolución del mismo.

### Material y métodos

Estudio descriptivo basado en un caso clínico, en el que mediante la historia natural y las imágenes radiológicas e intraoperatorias se explicará el tratamiento y reconstrucción quirúrgica, así como la evolución postoperatoria.

### Resultados

El paciente es diagnosticado de un carcinoma epidermoide de seno piriforme T4aN2cMx, decidiéndose por un tratamiento basado en la organopreservación con quimioterapia y radioterapia radical concomitante. Diez meses más tarde presenta un episodio de sangrado masivo secundario a la rotura del cartílago tiroides debido a la radionecrosis. Dada la inestabilidad del paciente, se somete a revisión quirúrgica realizándose una faringo-laringectomía total con reconstrucción con colgajo supraclavicular tubulizado. El postoperatorio es satisfactorio y el paciente presenta una recuperación completa.

### Discusión y Conclusión

Las complicaciones asociadas a la radioterapia pueden suponer urgencias vitales en nuestros pacientes por ello debemos conocer los métodos de diagnóstico y las opciones reconstructivas que tenemos a nuestro alcance para poder resolver estos episodios.

---

## CO2 HINTS PERIFÉRICO: ¿ES SIEMPRE UNA VESTIBULOPATÍA PERIFÉRICA?

Bancalari Díaz, C. (1); Saro-Buendía, M. (1); Torres-García, L. (1); Armengot Carceller, M. (1); Pérez Guillén, V. (1)

(1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

### Introducción

El síndrome vestibular agudo (SVA) se caracteriza por la aparición brusca de vértigo, náuseas, vómitos e inestabilidad de la marcha en asociación con intolerancia al movimiento de la cabeza y nistagmo de duración variable, generalmente de días de duración.

La mayoría de estos episodios se deben a una vestibulopatía periférica aguda, un Déficit Vestibular agudo (DVA). Sin embargo, el SVA puede también corresponder a accidentes cerebrovasculares vertebrobasilares, siendo su principal etiología el ictus de la arteria cerebelosa posteroinferior (PICA). También de etiología vascular, los accidentes isquémicos transitorios en el territorio vertebrobasilar pueden presentarse como episodios de vértigo

que duran segundos, minutos o, incluso, pocas horas lo que puede generar diagnósticos erróneos en el entorno de atención de emergencias.

El protocolo HINTS (Head-Impulse, Nystagmus, Test of Skew) es una herramienta útil en los servicios de urgencias ante un SVA para discernir entre ictus isquémico y vestibulopatía periférica aguda con una sensibilidad del 97% y una especificidad del 99%, siendo más sensible que la RM cerebral para identificar un ictus isquémico en las primeras 24 horas<sup>1</sup>.

La evolución de la función vestibular tras un DVA suele ser progresiva con respecto a la recuperación del reflejo vestibuloocular medido mediante video head impulse test (vHIT) y el nistagmo inducido por vibración (VIN). Además, la recuperación de la sintomatología residual en los pacientes mayores de 65 años con DVA suele ser lenta.

### Objetivo/s

Nuestro objetivo es estudiar una serie de casos que acuden a urgencias por SVA con exploración física compatible con DVA (protocolo HINTS) y en los que la evaluación al mes de seguimiento no es la esperable para dicho diagnóstico.

### Material y métodos

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo en un centro de referencia de tercer nivel entre los años 2020 y 2022. Se evalúan los pacientes diagnosticados de DVA mediante exploración física al diagnóstico y con exploraciones complementarias (vHIT y VIN) tras el primer mes. Seleccionamos aquellos pacientes que no presentan resultados compatibles con DVA. En estos pacientes analizamos factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), comorbilidades y antecedentes de episodios previos. Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos consultando la base de datos PubMed, en los idiomas Español e Inglés, en los últimos 5 años.

### Resultados

Analizamos una muestra de 28 pacientes con diagnóstico de DVA que acuden a urgencias de nuestro centro en los últimos 2 años. Tras aplicar los criterios de inclusión obtenemos 5 pacientes. La media de edad fue de 74 años. Con una distribución de género de 4 pacientes de sexo masculino y 1 paciente de sexo femenino. Todos los pacientes acudieron al servicio de urgencias por cuadros compatibles con DVA (80% izquierdo y 20% derecho) con protocolo HINTS congruente con vestibulopatía periférica (Nistagmo espontáneo horizonte-rotatorio grado III que cumplía la ley de Alexander, HIT sacádico y Skew test negativo). Requirieron ingreso hospitalario 3 de los 5 pacientes (60%).

Al mes, todos los pacientes acudieron a las consultas de otoneurología donde se observó una rápida mejoría clínica (100% de los pacientes se encontraban asintomáticos). Se les realizó a todos los pacientes pruebas complementarias, observándose vHIT normal para los 6 canales y prueba VIN a 100 Hz negativo (100% de los pacientes).

Se realizaron pruebas de imagen en los 5 pacientes (100%), en 2 pacientes se realizó TC de cráneo con resultado patológico (hipodensidades periventriculares compatibles con encefalopatía multiinfarto crónico y leucoaraiosis periventricular por enfermedad hipóxico-isquémica crónica de pequeño vaso). En los otros 3 pacientes se realizó TC de cráneo y RM cerebral con resultado normal.

Todos presentaban FRCV (80% HTA, 60% dislipemia, 40% DM2, y 20% obesidad).

Presentaron cuadros de inestabilidad durante los días o semanas previas 3 de los 5 pacientes (60%).

### Discusión

El SVA es el resultado de un DVA unilateral o de una lesión vestibular central. La etiología más frecuente es la neuritis vestibular con una incidencia anual estimada de 3,5 por 100.000 individuos, siendo la segunda causa más frecuente el ictus isquémico cerebeloso o troncoencefálico (5-10% de los SVA)<sup>2</sup>. La prevalencia exacta de los AIT de fosa posterior es desconocida<sup>3</sup>. Entre las causas más comunes de AIT encontramos la arterioesclerosis de grandes vasos<sup>4</sup>, el cardioembolismo o la disección arterial<sup>3</sup>. Por ello, la presencia de factores de riesgo

cardiovascular deben hacernos sospechar de la posibilidad de la patología isquémica vascular<sup>3</sup>, como observamos también en nuestro estudio, siendo la HTA el factor de riesgo que más se ha asociado en nuestros pacientes.

Múltiples estudios han demostrado que el mareo con o sin síntomas neurológicos asociados es el síntoma más común en los accidentes isquémicos transitorios (AITs) de fosa posterior<sup>3,5</sup>. Presentándose más frecuentemente en forma de síndrome vestibular episódico. Los pacientes analizados en este estudio presentaron inicialmente un síndrome vestibular agudo en ocasiones con episodios similares los días previos, no obstante, 1 mes tras el episodio agudo las exploraciones clínicas y complementarias no muestran signos de DVA. Podríamos pensar que estamos ante episodios de AIT, y por ello, es necesario el seguimiento clínico y ante la sospecha de patología cerebrovascular completar el estudio para identificar adecuadamente el mecanismo subyacente, implementar un tratamiento temprano cuando esté indicado e iniciar estrategias de modificación de factores de riesgo para prevenir eventos isquémicos recurrentes y potencialmente incapacitantes o fatales<sup>3</sup>.

### Conclusión/es

Es recomendable el seguimiento clínico de los pacientes diagnosticados de DVA y ante discrepancias clínicas o en las exploraciones realizadas replantear el diagnóstico inicial y sospechar la posibilidad de un AIT, sobre todo en aquellos pacientes de edad avanzada y con factores de riesgo cardiovascular.

### Referencias

- <sup>1</sup> Warner, C. L. et al. Clinician's perspectives in using head impulse-nystagmus-test of skew (HINTS) for acute vestibular syndrome: UK experience. *Stroke Vasc. Neurol.* 7, 172–175 (2022).
- <sup>2</sup> Kattah, J. C. Use of HINTS in the acute vestibular syndrome. An Overview. *Stroke Vasc. Neurol.* 3, 190–196 (2018).
- <sup>3</sup> Blum, C. A. & Kasner, S. E. Transient Ischemic Attacks Presenting with Dizziness or Vertigo. *Neurol. Clin.* 33, 629–642 (2015).
- <sup>4</sup> Tong, D. M. et al. Acute and episodic vestibular syndromes caused by ischemic stroke: predilection sites and risk factors. *J. Int. Med. Res.* 48, (2020).
- <sup>5</sup> Blasberg, T. F., Wolf, L., Henke, C. & Lorenz, M. W. Isolated transient vertigo: Posterior circulation ischemia or benign origin? *BMC Neurol.* 17, 4–9 (2017).

---

## CO3 MAREO EN ICTUS DE TERRITORIOS POSTERIORES: ANALIZANDO AL ENEMIGO “A TORO PASAO”

Saro- Buendía, M. (1); García- Torres, L. (1); Bancalari Díaz, C. (1); Cabrera Guijo, J. (1); Armengot Carceller, M. (1); Pérez Guillén, V. (1)

(1) *Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia*

### Introducción

El mareo es un motivo de consulta habitual en la urgencia hospitalaria (UH). Entre las causas subyacentes, es especialmente relevante el ictus isquémico de territorios posteriores (IITP) debido a su morbimortalidad y dificultad diagnóstica.

### Objetivo

Analizar las características basales y la evaluación del mareo en pacientes con IITP.

## Método

Realizamos un estudio observacional retrospectivo durante 3 años partiendo de casos de IITP confirmados mediante resonancia magnética (RM). Concretamente, analizamos el perfil demográfico de estos pacientes, la presentación clínica inicial del IITP y el proceso diagnóstico (con énfasis en la evaluación del mareo) en la UH.

## Resultados

Se registraron 85 casos en los 3 años de estudio. Había factores de riesgo cardiovascular en el 85.5% y el 16.5% había visitado la UH previamente por mareo. El mareo fue la presentación clínica principal, concretamente en forma de síndrome vestibular agudo (38.8%) con síntomas o signos neurológicos adicionales en el 80% de los casos. La evaluación por el otorrinolaringólogo de guardia fue requerida en menos del 10% e incluyó siempre la aplicación del protocolo HINTS (100% de sensibilidad). Se solicitó una tomografía computarizada en todos los casos (27% de sensibilidad). El 96.47% de los pacientes fue hospitalizado en neurología y la RM se llevó a cabo en un tiempo medio de 3.21 días confirmando el diagnóstico.

## Discusión y conclusiones

El mareo es el síntoma más frecuente del IITP. Los pacientes presentaron habitualmente un síndrome vestibular agudo asociado a síntomas o signos neurológicos adicionales. No obstante, en la literatura más habitual que el síndrome vestibular agudo se presente de forma aislada. Hasta la confirmación por RM, el protocolo HINTS es el protocolo más adecuado para diferenciar el IITP entre otras causas de síndrome vestibular agudo. En nuestro estudio, sólo los otorrinolaringólogos aplicaron el protocolo HINTS. Sin embargo, la tomografía computarizada se realizó en todos los casos en la UH a pesar de su bajo valor diagnóstico.

## Referencias

- <sup>1</sup> Ozono Y, Kitahara T, Fukushima M, Michiba T, Imai R, Tomiyama Y, et al. Differential diagnosis of vertigo and dizziness in the emergency department. *Acta Otolaryngol.* 2014;134(2):140-5.
- <sup>2</sup> Newman-Toker DE, Hsieh YH, Camargo CA, Jr., Pelletier AJ, Butchy GT, Edlow JA. Spectrum of dizziness visits to US emergency departments: cross-sectional analysis from a nationally representative sample. *Mayo Clin Proc.* 2008;83(7):765-75.
- <sup>3</sup> Edlow JA, Newman-Toker D. Using the Physical Examination to Diagnose Patients with Acute Dizziness and Vertigo. *J Emerg Med.* 2016;50(4):617-28.
- <sup>4</sup> Tarnutzer AA, Berkowitz AL, Robinson KA, Hsieh YH, Newman-Toker DE. Does my dizzy patient have a stroke? A systematic review of bedside diagnosis in acute vestibular syndrome. *CMAJ.* 2011;183(9):571-92.
- <sup>5</sup> Arch AE, Weisman DC, Coca S, Nystrom KV, Wira CR, 3rd, Schindler JL. Missed Ischemic Stroke Diagnosis in the Emergency Department by Emergency Medicine and Neurology Services. *Stroke.* 2016;47(3):668-73.
- <sup>6</sup> Kerber KA, Brown DL, Lisabeth LD, Smith MA, Morgenstern LB. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study. *Stroke.* 2006;37(10):2484-7.
- <sup>7</sup> Brazzelli M, Sandercock PA, Chappell FM, Celani MG, Righetti E, Arestis N, et al. Magnetic resonance imaging versus computed tomography for detection of acute vascular lesions in patients presenting with stroke symptoms. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(4).
- <sup>8</sup> Kattah JC. Update on HINTS Plus, With Discussion of Pitfalls and Pearls. *J Neurol Phys Ther.* 2019;43 (Suppl2):S42-S5.
- <sup>9</sup> Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, Hsieh YH, Newman-Toker DE. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke.* 2009;40(11):3504-10.
- <sup>10</sup> Newman-Toker DE, Edlow JA. TiTrATE: A Novel, Evidence-Based Approach to Diagnosing Acute Dizziness and Vertigo. *Neurol Clin.* 2015;33(3):577-99.

## CO4 MANEJO DE LA “SIALOADENITIS” INDUCIDA POR CONTRASTE YODADO: EXPERIENCIA TRAS UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

Saro Buendia, M. (1); Torres García, L. (1); Mellídez Acosta, R. (1); Jaramillo Angel, N. (1); Carreres Polo, J. (1); Armengot Carceller, M. (1)

(1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

### Introducción

La sialoadenitis inducida por contraste yodado (SIC) es un efecto adverso infrecuente. Consiste en la tumefacción bilateral de las glándulas salivales tras la exposición a contrastes yodados. Hay escasa literatura al respecto.

### Objetivos

- (1) Determinar el curso clínico y el manejo de la SIC.
- (2) Entender si la SIC pudiera ser tan rara como los estudios previos afirman.

### Material y Métodos

Se realiza un estudio observacional prospectivo durante 2 meses en el departamento de urgencias de nuestro centro. Los otorrinolaringólogos de guardia recibieron formación sobre la SIC, mientras que los médicos de urgencias no. Durante el periodo del estudio, los pacientes atendidos en urgencias con un perfil clínico y radiológico compatible con SIC fueron admitidos. Se analizaron la información demográfica, la exposición a contraste yodado, el proceso diagnóstico y el manejo terapéutico.

### Resultados

Los otorrinolaringólogos de guardia detectaron 4 casos, mientras que los médicos de urgencias ninguno. Los pacientes tenían una edad entre 68 y 76 años y presentaban una tumefacción submandibular bilateral que había debutado entre 12 y 72 horas tras la exposición a contraste yodado. Los hallazgos ecográficos característicos apoyaron el diagnóstico y el curso fue autolimitado en todos los casos tras un periodo entre 60 y 150 horas.

### Discusión/ Conclusiones

La familiaridad de los facultativos con la SIC permite su pronta detección y evita esfuerzos diagnóstico-terapéuticos costosos y potencialmente iatrogénicos. Recomendamos analizar parámetros de función renal ante una SIC, ya que los casos parecen relacionados con una disfunción renal subyacente. Además, consideramos que el término “sialoadenitis” podría ser inapropiado para esta entidad dado que no parece haber fenómenos inflamatorios implicados. Por último, la incidencia parece infraestimada, pero hacen falta estudios de incidencia para demostrarlo.

### Referencias

- <sup>1</sup> Gilgen-Anner, Y., Heim, M., Ledermann, H. P., & Bircher, A. J. (2007). Iodide mumps after contrast media imaging: a rare adverse effect to iodine. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 99(1), 93-98.
- <sup>2</sup> Jiao, A., Farsad, K., McVinnie, D. W., Jahangiri, Y., & Morrison, J. J. (2020). Characterization of iodide-induced sialadenitis: meta-analysis of the published case reports in the medical literature. *Academic radiology*, 27(3), 428-435.
- <sup>3</sup> Lucarelli, A., Perandini, S., Borsato, A., Strazimiri, E., & Montemezzi, S. (2018). Iodinated contrast-induced sialadenitis: a review of the literature and sonographic findings in a clinical case. *Journal of Ultrasonography*, 18(75), 359-364.
- <sup>4</sup> McCullough, M., Davies, P., & Richardson, R. (1989). A large trial of intravenous Conray 325 and Niopam 300 to assess immediate and delayed reactions. *The British Journal of Radiology*, 62(735), 260-265.
- <sup>5</sup> Park, S. J., Hong, H. S., Lee, H. K., Joh, J. H., Cha, J. G., & Kim, H. C. (2005). Ultrasound findings of iodide mumps. *The British Journal of Radiology*, 78(926), 164-165.

<sup>6</sup> Sussman, R. M., & Miller, J. (1956). Iodide mumps after intravenous urography. *New England Journal of Medicine*, 255(9), 433-434.

<sup>7</sup> Zhang, G., Li, T., Wang, H., & Liu, J. (2017). The pathogenesis of iodide mumps: a case report. *Medicine*, 96(47).

---

## CO5 RESECCIÓN ENDOSCÓPICA TRANSNASAL POR ABORDAJE DE FOSA PTERIGOMAXILAR E INFRATEMPORAL DE SCHWANNOMA DE V3 EN PACIENTE CON SD LI FRAUMENI

Marrero Pérez, J. C. (1)

(1) *Hospital Clínico Universitario de Valencia*

Se presenta el caso clínico de un paciente con síndrome de Li Fraumeni, de 24 años, intervenido junto al servicio de neurocirugía de un schwannoma de la tercera rama del V par (V3), a nivel del agujero oval. Se realizó la exéresis vía CENS con abordaje de fosa pterigomaxilar e infratemporal, con resección completa de la tumoración. Se reconstruyó el defecto con colgajo de Hadad. Explicamos la cirugía paso a paso y aportamos vídeos.

---

## CO6 EFECTIVIDAD DE FARINGOPLASTIAS BARBADAS EN PACIENTES AOS SEGÚN FENOTIPO POSICIONAL: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

Martínez Moreno, M. (1); Martín Arroyo, M. (1); Domínguez Celis, F. (1); González Turienzo, E. (1); Carrasco Llatas, M. (1); Dalmau Galofre, J. (1)

(1) *Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia*

### Introducción

Actualmente existe controversia sobre si el tratamiento quirúrgico en pacientes con Apnea obstructiva del sueño (AOS) de tipo posicional tiene mejores tasas de éxito o peores que en los pacientes no posicionales. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de la faringoplastia con sutura barbada en una cohorte de pacientes con AOS, estratificándolos según su fenotipo, posicional o no, para poder así identificar qué fenotipos de pacientes AOS se van a beneficiar más de esta cirugía.

### Métodos

Estudio observacional de la Unidad de Sueño del Hospital Universitario Dr. Peset. Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que tuvieran un estudio de sueño previo y posterior a su cirugía de faringoplastia con sutura barbada, y que dicho estudio de sueño tuviese datos posicionales, así como un tiempo superior al 10% de tiempo total de sueño en cada posición, decúbito supino o decúbito lateral. Se evaluó el índice de apnea-hipopnea (IAH), IAH en supino, IAH en no supino, índice de desaturación de oxígeno (ODI) y saturación mínima de oxígeno (LOS). Los pacientes se clasificaron en fenotipo posicional o no según los criterios de Amsterdam y según los criterios de Cartwright. Se ha utilizado la definición clásica de éxito según Sher (50% de reducción de IAH con IAH post <20e/h) para valorar si existe asociación al fenotipo posicional o no posicional.

### Resultados

El estudio ha incluido finalmente 20 pacientes sobre un total de 207 pacientes que aglutinaba la cohorte. La regresión lineal mostró que cuanto mayor era el IAH de base, mayores eran los beneficios mostrados tras la cirugía respecto a su índice de apneas.

El éxito terapéutico se produjo en el 70% de los pacientes según la clasificación de éxito de Sher. De los 13 pacientes con fenotipo posicional, el 69% alcanzó el éxito terapéutico. De los 7 pacientes con fenotipo no posicional el 71% alcanzó el éxito terapéutico. De los 13 pacientes fenotipo posicional, 4 pacientes fueron clasificados como APOC 1 y 5 pacientes fueron clasificados como APOC 2. De los 4 pacientes APOC 1, el 50% alcanzó el éxito terapéutico. De los 5 pacientes APOC 2, el 80% alcanzaron el éxito. No se encontró una asociación significativa entre el fenotipo del paciente y el éxito de la cirugía.

### Conclusiones

La faringoplastia barbada es una técnica quirúrgica eficaz para disminuir el número de apneas e hipopneas en pacientes AOS. Según esta serie de pacientes, no hay diferencias estadísticamente significativas entre el fenotipo posicional y no posicional en el éxito de esta intervención. Sin embargo, más estudios deben realizarse para confirmar estos resultados.

### Referencias

- <sup>1</sup> Cammaroto G, Moretti C, Di Prinzio G, Campomagnani I, Iannella G, Cannavici A, et al. The Effects of Barbed Repositioning Pharyngoplasty in Positional and Non- Positional OSA Patients: A Retrospective Analysis. *J Clin Med.* 2022;11(22):1–12.
- <sup>2</sup> Frank MH, Ravesloot MJL, van Maanen JP, Verhagen E, de Lange J, de Vries N. Positional OSA part 1: towards a clinical classification system for position-dependent obstructive sleep apnoea. *Sleep Breath.* 2015;19(2):473–80.
- <sup>3</sup> Levendowski DJ, Oksenberg A, Vicini C, Penzel T, Levi M, Westbrook PR. A systematic comparison of factors that could impact treatment recommendations for patients with Positional Obstructive Sleep Apnea (POSA). *Sleep Med [Internet].* 2018;50:145–51. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.05.012>

---

## CO7 ABORDAJE ENDOSCÓPICO ENDONASAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS OSTEOMAS FRONTOORBITARIOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Ángel de Miguel, A. (1); García-Lliverós de Miguel, A. (1); García Navalón, C. (1); Gómez Gómez, M. J. (1); Mora Sánchez, C. (1); Orozco Núñez, S. (1); Rodríguez Prado, C. (1); Zapater Latorre, E. (1)  
(1) *Hospital General Universitario de Valencia*

### Introducción

Los osteomas son tumores benignos primarios de crecimiento lento que principalmente se localizan en el esqueleto craneofacial. Tienen una elevada prevalencia en la población general apareciendo hasta en un 3% de las Tomografías Computarizadas (TC) realizadas en pacientes con patología rinosinusal. Afectan más frecuentemente a hombres en la tercera década de la vida y son los senos frontal y etmoidal los más frecuentemente afectados.

En cuanto al diagnóstico, comúnmente se lleva a cabo de forma incidental al tener una presentación asintomática en la mayoría de los casos. Aquellos sintomáticos pueden manifestar cefalea crónica, rinosinusitis crónica, deformidad cosmética, fístula de líquido cefalorraquídeo, meningitis o formación de mucocelos. La prueba de imagen de elección es la TC donde se aprecia una imagen radiodensa.

Por lo que se refiere a su terapéutica, el tratamiento quirúrgico es el de elección en aquellos osteomas sintomáticos o en los asintomáticos que ocupan más del 50% del espacio sinusal, en los que obstruyen el receso frontal, en los que tienen extensión intracraneal o intraorbitaria y en aquellos que presenten un crecimiento mayor a 1mm por año. Será el tamaño del osteoma y la localización el que defina el tipo de abordaje a realizar, bien sea abierto, endoscópico endonasal o la combinación de ambos, siempre implicando una gran dificultad técnica, principalmente en aquellos de localización frontal, frontoorbitaria y en aquellos mayores de 3 centímetros (osteomas gigantes). No obstante, el avance en las técnicas quirúrgicas endoscópicas y los sistemas de neuronavegación favorecen que la resección de este tipo de lesiones pueda ser en la actualidad exclusivamente realizada mediante abordaje

endoscópico endonasal en muchos de los casos. Los abordajes endoscópicos al seno frontal (técnica de Draf), facilitan la resección de determinados osteomas frontales minimizando los riesgos y generando menor morbilidad que los abordajes abiertos tradicionales.

### Material y métodos

Presentamos el caso de un paciente de 31 años que consultó por tumoración en el canto interno del ojo izquierdo, en el área subciliar, de un año de evolución. Refería clínica de sinusopatía frontal con cefaleas y dolor crónico continuado a nivel de seno frontal izquierdo.

En la TC de senos paranasales se apreciaba una tumoración ósea, redondeada y radiodensa, compatible con un osteoma frontoorbitario de 20 x 14 x 16 milímetros de tamaño, que obstruía el drenaje del seno frontal, el cual se encontraba completamente ocupado por secreciones. Además, existía una gran hiperostosis a nivel del suelo del seno frontal de predominio izquierdo.

Tras el diagnóstico por imagen y la clínica manifestada, y teniendo en cuenta el tamaño y la localización del osteoma, se indicó cirugía endoscópica nasosinusal para la exéresis de la lesión mediante abordaje Draf 2C. En la intervención se realizaron los siguientes pasos: Antróstomía maxilar izquierda, etmoidectomía total, Draf 2C outside-in y resección de la lámina papirácea izquierda. Esto permitió el acceso a la disección del osteoma incluido en el suelo del seno frontal izquierdo y en la órbita, facilitándose su movilización y extracción completa al realizar al mismo tiempo digitopresión externa del canto interno. Para finalizar se colocaron láminas paraseptales de silicona y material reabsorbible embebido en pomada con antibiótico y corticoide. El paciente fue dado de alta el mismo día sin presentar incidencias postoperatorias.

### Resultados

A día de la realización de esta presentación, 4 meses después de la intervención, el paciente ha evolucionado favorablemente encontrándose completamente asintomático y con un adecuado estado de cicatrización de la mucosa nasosinusal. La pared orbitaria medial izquierda se encuentra cicatrizada y no existe contenido graso de la órbita herniado en fosa nasal manteniéndose el seno frontal permeable.

### Conclusión

Los osteomas de senos paranasales son tumores óseos benignos que habitualmente se manifiestan de forma asintomática pero que, en localizaciones complejas o según el tamaño que presentan, pueden dar lugar a síntomas y complicaciones muy significativas. La exéresis quirúrgica entraña una gran dificultad técnica sobre todo en aquellos de gran tamaño y de localización frontoorbitaria. Los avances en la cirugía endoscópica nasosinusal y el uso de sistemas de neuronavegación permiten en la actualidad un abordaje mínimamente invasivo de múltiples patologías tumorales nasosinuales reduciendo la morbilidad, las complicaciones y el tiempo de hospitalización respecto de los abordajes abiertos tradicionales. Las técnicas endoscópicas endonasales de abordaje al seno frontal como los Draf, posibilitan la resección completa de los osteomas frontales frontoorbitarios siempre que el tamaño y la localización de los mismos lo permita.

### Bibliografía

- Watley DC, Mong ER, Rana NA, Illing EA, Chaaban MR. Surgical Approach to Frontal Sinus Osteoma: A Systematic Review. *Am J Rhinol Allergy*. 2019 Sep;33(5):462-469. Epub 2019 Apr 5. PMID: 30950282.
- Broniatowski M. Osteomas of the frontal sinus. *Ear Nose Throat J*. 1984;63:267-271.
- Castelnuovo P, Valentini V, Giovannetti F, Bignami M, Cassoni A, Iannetti G. Osteomas of the maxillofacial district: endoscopic surgery versus open surgery. *J Craniofac Surg*. 2008;19:1446-1452.
- Strek P, Zagolski O, Składzien J, Kurzynski M, Dyduch G. Osteomas of the paranasal sinuses: surgical treatment options. *Med Sci Monit*. 2007;13:CR244.
- Weber R, Draf W, Kratzsch B, Hosemann W, Schaefer SD. Modern concepts of frontal sinus surgery. *Laryngoscope*. 2001 Jan;111(1):137-46.

Eloy JA, Vázquez A, Liu JK, Baredes S. Endoscopic Approaches to the Frontal Sinus: Modifications of the Existing Techniques and Proposed Classification. *Otolaryngol Clin North Am.* 2016 Aug;49(4):1007-18

## CO8 HIPOACUSIA BRUSCA DESPUÉS DE UNA SENTADILLA: ¿REALIDAD O FICCIÓN?

López Llames, A. (1); Moreno Paredes, S. (1); Mancino Moreira, F. (1)

(1) *Hospital Universitario de Torrevieja*

### Introducción

La sordera súbita idiopática es aquella hipoacusia neurosensorial de inicio en menos de 72 horas, con pérdida de más de 30 decibelios (dBs) en al menos en tres frecuencias consecutivas de la audiometría tonal, sin otros antecedentes otológicos previos. El barotrauma de oído interno puede manifestarse como hipoacusia neurosensorial y producirse en situaciones de presión atmosférica normal.

### Caso clínico

Se trata de un paciente de 27 años que acude a consultas remitido desde Atención Primaria (AP) con el diagnóstico de hipoacusia brusca en oído derecho de 15 días de evolución y tratado con dosis bajas de esteroides. En la anamnesis relató una pérdida de audición de oído derecho que se produjo durante la fase concéntrica de una sentadilla. En ese momento asoció mareo y acúfeno. El paciente, informado de su diagnóstico de hipoacusia brusca, solicitaba tratamiento cámara hiperbárica. La sospecha diagnóstica inicial fue de barotrauma de oído interno. La exploración reveló una hipoacusia neurosensorial con umbral tonal medio en 90 dBs. La timpanometría y las pruebas calóricas resultaron normales. El fenómeno de Tullio era negativo. Se recomendó evitar esfuerzos, sonarse y se trató con corticoides a dosis altas. La tomografía computerizada (TC) de oído medio fue normal. Dos meses después del episodio la audiometría reveló una hipoacusia neurosensorial de oído derecho con umbral tonal medio en 60 dBs.

### Discusión

Aunque el barotrauma de oído interno puede ser fácil de diagnosticar en situaciones de cambio en la presión atmosférica como volar o bucear o tras la aplicación de presión directa sobre el oído externo, también debemos sospecharla en situaciones de presión atmosférica normal (estornudos, Valsalvas forzados o levantamiento de peso). Puede manifestarse como hipoacusia neurosensorial, acúfenos y mareo, y hasta un 40% puede aparecer sin barotrauma de oído medio asociado. Aunque la cámara hiperbárica es un tratamiento que se ha considerado para el tratamiento de la hipoacusia brusca, en el caso de barotrauma de oído interno estaría desaconsejado.

### Conclusiones

El barotrauma de oído interno puede ocurrir en situaciones de presión atmosférica normal y puede no tener barotrauma de oído medio asociado. El tratamiento consistiría en reposo, corticoides a dosis altas y tratamiento sintomático del vértigo. La persistencia del vértigo obligaría a descartar la presencia de una fístula perilinfática.

### Referencias

- <sup>1</sup> Kozuka M, Nakashima T, Fukuta S, Yanagita N. Inner ear disorders due to pressure change. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1997;22(2):106-10.
- <sup>2</sup> 1. Goodhill V, Brockman SJ, Harris I, Hantz O. Sudden deafness and labyrinthine window ruptures. Audio-vestibular observations. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1973;82(1):2-12.
- <sup>3</sup> 1. Nakashima T, Yanagita N, Yamakawa K, Naganawa S. Inner ear barotrauma: computed tomographic evaluation. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1995;20(6):544-6.

<sup>4</sup> 1. Magliulo G, Stasolla A, Colicchio MG, Gagliardi S. Enlarged internal auditory canal and sudden deafness. *J Laryngol Otol.* 2010;124(8):931-3.

## CO9 PARANGANGLIOMAS YUGULOTIMPÁNICOS ¿CÓMO MANEJARLOS Y CÓMO TRATARLOS?

Lodeiro Colatosti, A. (1); Pla Gil, I. (1); Martínez Beneyto, M. P. (1); Arjona Sevilla, M. (1); Orts Alborch, M. (1); Marco Algarra, J. (1)

(1) *Hospital Clínico Universitario de Valencia*

### Introducción

Los paragangliomas yugulotimpánicos (PYT) son tumores neuroendocrinos que surgen de los paraganglios de la adventicia del bulbo de la yugular (BY) a nivel del foramen rasgado posterior en la base del cráneo. Frecuentemente se relacionan con mutaciones genéticas predisponentes (36,6%), con preferencia en SDHB y SDHC 1. El tratamiento de primera elección es la cirugía, la cual se realiza en centros especializados y es un reto por las características intrínsecas del tumor por presentar un crecimiento lento y silente que retrasa el diagnóstico, ser muy vascularizado, localmente agresivo con invasión de estructuras neurovasculares como la arteria carótida interna (ACI), el BY, el nervio facial, los pares craneales bajos (IX, X, XI y XII) y la arteria vertebral (AV). La clasificación modificada de Fisch los agrupa en cinco clases (A,B,C,D y V) y subclases según su extensión extra y/o intracraneal e invasión de la ACI y la AV. La elección del tratamiento (observación, cirugía y radioterapia) depende principalmente del tamaño y la extensión tumoral, la edad del paciente y la clínica. 2,3

### Materiales y métodos

Entre 2019 y 2022 se han diagnosticado y tratados quirúrgicamente 5 pacientes con PYT en nuestro centro, presentamos el manejo diagnóstico-terapéutico y el algoritmo multidisciplinar empleado.

### Resultados

El abordaje multidisciplinar comprende los servicios de otorrinolaringología, endocrinología, genética/oncología, radiología y radiología intervencionista, medicina nuclear, neurofisiología y neurocirugía. Se les realizó un examen oto-neurológico exhaustivo, nasofibroscoopia, audiometría, tomografía computarizada de peñasco y abdominopélvicas con contraste, resonancia magnética CAIS/Base de cráneo con contraste, angiografía cabeza y cuello, SPECT-TC de receptores de somatostatina, estudio hormonal mediante Metanefrinas fraccionadas (Normetanefrina, 3-Metoxitiramina, Metanefrinas totales) y ácido vanilmandélico en orina 24h, además se investigó la mutación en SDH y se les derivó a consejo genético. Según la clasificación modificada de Fisch 3, los PYT intervenidos eran Clase B1 Y C (1,2 y 3), dos con mutación de SDH, y un solo paciente con paragangliomas carotídeos bilaterales y feocromocitoma sincrónicos. A todos los pacientes se les realizó un test de oclusión y una embolización preoperatoria, dos pacientes presentaron como complicación necrosis del pabellón auricular e ictus. La exéresis del tumor se realizó en 4 pacientes mediante un abordaje de fosa infratemporal tipo A con monitorización electrofisiológica de pares craneales bajos.

### Conclusiones

El abordaje multidisciplinar de estos tumores es fundamental. El tratamiento primario de los PYT es la exéresis completa del tumor preservando las estructuras neurovasculares, y el pronóstico depende del estadio del tumor al diagnóstico. Además del tamaño y de la extensión tumoral, es importante realizar un despistaje de lesiones coexistentes en otras áreas mediante estudios de imagen y hormonales, además de realizar una anamnesis dirigida a descartar asociación familiar. Se recomienda realizar estudio genético en todos los casos, sobre todo en menores de 50 años 3, y así establecer grupos familiares de riesgo que se beneficiarían de un despistaje genético con la posibilidad de identificar lesiones presintomáticas.

## Referencias

- <sup>1</sup> Prasad SC, Paties CT, Schiavi F, et al. Tympanojugular Paragangliomas: Surgical Management and Clinicopathological Features. In: Mariani-Costantini R, ed. ; 2019. doi:10.15586/paraganglioma.2019.ch6
- <sup>2</sup> Moore MG, Nettekville JL, Mendenhall WM, Isaacson B, Nussenbaum B. Head and Neck Paragangliomas: An Update on Evaluation and Management. *Otolaryngol neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol Neck Surg.* 2016;154(4):597-605. doi:10.1177/0194599815627667
- <sup>3</sup> Sanna M, Piazza P, Shin S, Flanagan S, Mancini F, et al. *Microsurgery of Skull Base Paragangliomas.* (Thieme, ed.). Thieme Medical Publishers; 2013.

---

## CO10 SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA (RM MP) EN TUMORES DE PARÓTIDA.

Domínguez Celis, F. (1); Martín Arroyo, M. (1); Gonzalez Turienzo, E. (1); Martinez Moreno, M. (1); Cuesta Gonzalez, M. T. (1); Dalmau Galofre, J. (1)

(1) *Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia*

### Introducción

La Resonancia Magnética (RM) ha pasado a ser el estudio de imagen de elección en la patología tumoral de las glándulas salivares, que junto a la PAAF/BAG permite establecer de forma prequirúrgica un diagnóstico de presunción con una alta sensibilidad y especificidad.

La Resonancia Magnética Multiparamétrica (RM MP) incluye la RM de difusión (RMD) y la RM de perfusión (RMP). Tanto las curvas de intensidad-tiempo (TIC) como los coeficientes de difusión aparente (ADC) se han postulado como herramientas útiles para diferenciar los distintos tipos de tumores.

### Objetivos

Calcular la sensibilidad (S) y especificidad (E) de la RM MP en el diagnóstico de los tumores parotídeos, teniendo como referencia el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica.

Materiales y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo con los pacientes diagnosticados y tratados de tumores de glándula parotídea que contaban con RM y análisis multiparamétricos entre 2017 y 2022 en nuestro centro.

Se definen, según la neovascularización de los distintos tumores, diferentes patrones de acuerdo con su TIC y su ADC. Estas herramientas en conjunto proponen un tipo u otro de estirpe tumoral, especialmente en el caso de Adenoma Pleomorfo (AP), Tumores de Warthin (TW) y patología maligna.

### Resultados

Se estudiaron 94 pacientes intervenidos de tumores parotídeos entre el 2017 y 2022. De éstos se incluyeron finalmente 46 pacientes que contaban con análisis multiparamétrico de la RM y estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

Se calculó la sensibilidad y especificidad de la RM MP tanto de los AP (S 95% y E 100%) como de los TW (S 83,3% y E 96,42%) por su elevada prevalencia. Además, se calculó la S y E de la RM MP respecto a la malignidad del tumor, siendo la S 80% y la E 92,68%.

### Conclusión

La RM MP tiene una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico los tumores parotídeos más frecuentes, como son el adenoma pleomorfo, el tumor de Warthin y los tumores malignos.

Tanto las TIC como los ADC son herramientas útiles para el diagnóstico de las estirpes tumorales más frecuentes que afectan la parótida.

Proponemos por tanto la Resonancia magnética Multiparamétrica como estudio de imagen de preferencia para el estudio prequirúrgico de los tumores parotídeos por su gran capacidad diagnóstica.

### Referencias

- <sup>1</sup> A. Hernando García, M. Ramos López, M. Urbasos Pascua. PONENCIA XI CONGRESO AMORL 2016. Diagnóstico por la imagen patología de las glándulas salivales. Editorial ERGON
- <sup>2</sup> Shah GV. MR imaging of salivary glands. *Neuroimaging Clin N Am.* 2004; 14: 777-808
- <sup>3</sup> Eida S, Sumi M, Nakamura T. Multiparametric magnetic resonance imaging for the differentiation between benign and malignant salivary gland tumors. *J Magn Reson Imaging.* 2010 Mar;31(3):673-9. doi: 10.1002/jmri.22091. PMID: 20187211.
- <sup>4</sup> Brea Álvarez, Beatriz. RM Multiparamétrica en el estudio de los tumores de glándulas salivales. Tesis doctoral inédita leída en la Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina. Fecha de lectura: 21-07-2015
- <sup>5</sup> Yabuuchi H, Matsuo Y, Kamitani T, Setoguchi T, Okafuji T, Soeda H, Sakai S, Hatakenaka M, Nakashima T, Oda Y, Honda H. Parotid gland tumors: can addition of diffusion-weighted MR imaging to dynamic contrast-enhanced MR imaging improve diagnostic accuracy in characterization? *Radiology.* 2008 Dec;249(3):909-16. doi: 10.1148/radiol.2493072045. Epub 2008 Oct 21. PMID: 18941162.
- <sup>6</sup> Agrela Rojas, E., Quílez Caballero, E., Barxias Martín, M., López Ruíz, M., & Cordido Henríquez, F. (2018). Utilidad de la Resonancia Magnética Funcional en el diagnóstico y caracterización de las lesiones parotídeas glándulas salivares. *Seram.*

---

## CO11 DE LA GLOSITIS AL MIELOMA: DESARROLLO DE LA AMILOIDOSIS SISTÉMICA EN LA ESFERA OTORRINOLARINGOLÓGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Moreno Paredes, S. (1); Hernández Ruiz, P. (1); López Llames, A. (1)

(1) *Hospital Universitario de Torre Vieja*

### Introducción

La amiloidosis es una enfermedad sistémica por acúmulo de proteínas en el espacio intersticial. Las manifestaciones clínicas dependen del tipo de proteína precipitada y la clínica otorrinolaringológica está presente en el 90% de los escasos. Es más común en varones y suele presentarse entre la cuarta y quinta década de la vida. No tiene un tratamiento específico y este se basa en terapias sistémicas y órgano-específicas que pueden llegar a incluir el trasplante.

### Caso clínico

Paciente de 78 años que acude a la consulta de Otorrinolaringología (ORL) vía urgencias por una glositis con disnea de desarrollo larvado, coincidiendo con proceso instrumentalizado de odontología. En la exploración se observa aumento volumen cervical a nivel submental, con el mismo desarrollo crónico, que se trata con corticoterapia al no encontrar hallazgos relevantes de infección ni en la analítica ni en la exploración. Lo que sí se objetivó en la fibroscopia fue un temblor vocal asociado.

En la revisión clínica no se observa mejoría con el tratamiento instaurado. Se comienza el seguimiento conjunto con Medicina Interna, que detecta una miocardiopatía hipertrófica y una insuficiencia renal crónica. Se solicita

una tomografía computerizada (TC) y una biopsia con aguja gruesa ecoguiada de la masa sublingual, prueba que finalmente no se realiza por tener un índice de Quick inferior al 50%.

Tanto la TC como la ecografía no consiguen definir una masa sólida y delimitada. Describen una “tumefacción difusa en suelo de la boca, afectando a grasa subcutánea, musculatura del suelo de la boca, espacio sublingual y raíz de la lengua, sin identificar masas focales” y “aumento de tamaño del suelo de boca con signos de efecto masa, no lográndose identificar claramente una lesión focal definida (...) Hallazgos sugestivos de tumoración de partes blandas del suelo de boca de características inespecíficas por TC.”

Se solicita una punción aspiración con aguja fina que descarta malignidad y confirma depósitos de material amiloide con Rojo Congo, estableciendo el diagnóstico de amiloidosis AL. Esto aclara la naturaleza de la masa cervical y la macroglosia.

Durante ese periodo, y estudiada por hematología, es diagnosticada de mieloma múltiple que siguen sin soporte de tratamiento por buenos resultados analíticos y una clínica estable.

### Discusión

La amiloidosis es una enfermedad sistémica con especial predilección por el área aerodigestiva superior, sea en forma de macroglosia como manifestación clínica más habitual o afectación de forma localizada a los órganos, como la laringe de forma más prevalente. Más rara es la afectación ganglionar, nasal u otológica, que también suele asociar a hipertrofia inespecífica de tejidos en estas áreas. En torno al 80% de los pacientes afectados en el área ORL tienen mieloma múltiple asociado. Las terapias se limitan a mejorar sintomatología con reducción de volumen en los tejidos afectados.

### Conclusiones

La amiloidosis en la esfera ORL provoca síntomas y signos floridos de evolución poco predecible y sin tratamiento específico. por depósito en el tejido conjuntivo. En la mayoría de los casos, depósito del material amiloide en el tejido conjuntivo produce limitación por aumento de volumen.

### Referencias

<sup>1</sup> Manifestaciones otorrinolaringológicas de las enfermedades sistémicas (2017). Miguel Caballero Borrego y Manuel Bernal Sprekelsen. Colección: Ponencia Oficial de la SEORL-CCC ISBN/ISSN: 978-84-8198-974-8

---

## CO12 DESARROLLO DE UN MODELO DE “MACHINE LEARNING” PARA LA PREDICCIÓN DE METÁSTASIS GANGLIONARES EN CARCINOMAS DE GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES

Canali, L. (1); Costantino, A. (1); Saro Buendía, M. (2); Festa, B. M. (1); Mercante, G. (1); Spriano, G. (1); De Virgilio, A. (1)

(1) *Humanitas University - Milán (Italia)*, (2) *Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia*

### Objetivo

Desarrollar un modelo de Machine Learning (ML) capaz de generar un algoritmo predictivo de metástasis ganglionares en pacientes con carcinoma de glándulas salivales mayores.

### Diseño del estudio

Estudio retrospectivo con datos obtenidos de una base de datos nacional de cáncer.

## Métodos

Los datos fueron extraídos de la base de datos SEER (programa de vigilancia, epidemiología y resultados finales de los Estados Unidos de América). Se incluyeron los pacientes diagnosticados de carcinoma de glándulas salivales mayores entre 1988 y 2019. Se utilizaron herramientas estadísticas de ML para predecir metástasis ganglionares. Concretamente, las herramientas analizaron 13 variables en los pacientes de la muestra y se identificaron las variables más relevantes en la predicción de metástasis ganglionares.

## Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 10.350 pacientes (edad media:  $59,9 \pm 17,2$  años). Los modelos de ML mostraron una alta especificidad (0,83 - 0,90) y baja sensibilidad (0,27 - 0,38) en la identificación de metástasis ganglionares. Así, se midió un alto valor predictivo negativo (0,70 - 0,72) y un bajo valor predictivo positivo (0,58 - 0,56). La estadificación de T y el tamaño del tumor resultaron las características más importantes en la construcción de los algoritmos de predicción.

## Conclusión

Los algoritmos de ML demuestran una elevada especificidad y un elevado valor predictivo negativo. Por lo tanto, podrían permitir la identificación preoperatoria de pacientes con bajo riesgo de metástasis ganglionares.

---

## CO13 SCHWANNOMA DE PUNTA SEPTAL NASAL: REPORTE DE UN CASO

Mascareño Orellana, L. (1); Marrero Pérez, J. C. (1); Lodeiro Colatosti, A. (1); Martínez Expósito, F. (1); Ferrer Baxauli, F. (1); Calvo Gómez, J. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia

## Introducción

Los schwannomas son tumores benignos que surgen de las células de Schwann, presentes en la vaina de los nervios mielinizados. Rara vez pueden presentarse en la nariz y senos paranasales, representando menos del 4% de los schwannomas de cabeza y cuello. El seno etmoidal es el más afectado, seguido del seno maxilar y la fosa nasal. La localización en el septum es extremadamente rara. Los schwannomas septales surgen de los nervios autónomos o sensoriales, sin predilección de sitio aparente.<sup>2</sup>

## Materiales y métodos

Se presenta el caso de un varón de 27 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni hábitos reseñables, que consulta por historia de un año de evolución de lesión en fosa nasal izquierda visible por narina y que, en el último tiempo, ha condicionado deformidad de la punta nasal. No asocia epistaxis ni otros síntomas.

En la rinoscopia anterior se observa una lesión en fosa nasal izquierda de superficie lisa y aspecto quístico y que impresiona dependiente del septum.

Se toma biopsia, que informa una lesión bien definida, de crecimiento expansivo, constituida por células fusiformes sin atipia que se disponen en empalizada, entre un estroma denso, fibrilar y cuyas células, en el estudio inmunohistoquímico, presentan expresión intensa y difusa para S-100, hallazgos compatibles con schwannoma.

Además, se solicita resonancia magnética maxilofacial que informa lesión localizada en punta nasal, que protruye hacia ambas narinas, en íntimo contacto con la columela, de 29 x 19 x 19 mm, que muestra discreta captación de contraste, de naturaleza sólida, sin evidencia de infiltración de la piel ni de los cartílagos alares. No se observa afectación ósea, ni de estructuras adyacentes.

Con ambos resultados, se decide exéresis mediante abordaje de rinoplastia abierta.

## Resultados

La biopsia de la pieza quirúrgica confirma el diagnóstico de schwannoma e indica bordes libres.

## Discusión

Los schwannomas nasales son tumores raros, benignos y de crecimiento lento.<sup>3</sup>

Debido a varios diagnósticos diferenciales posibles, es difícil diagnosticar el schwannoma nasosinusal solo sobre bases clínicas.<sup>4</sup>

Las imágenes radiológicas, a su vez, no son diagnósticas, pero son útiles para determinar la ubicación, extensión y elegir el abordaje para la exéresis .

Sólo la resección quirúrgica es curativa.<sup>5</sup> La mayoría de estos tumores son susceptibles de extirpación completa mediante abordaje endoscópico y, hasta la fecha, no se ha informado ningún caso de recurrencia.

## Referencias

- <sup>1</sup> Gupta M, Rao N, Kour C, Kaur I. Septal Schwannoma of the Nose: A Rare Case. Turk Arch Otorhinolaryngol. 2017 Mar;55(1):41-43. doi: 10.5152/tao.2017.1929. Epub 2017 Mar 1. PMID: 29392052; PMCID: PMC5782929.
- <sup>2</sup> Rajagopal S, Kaushik V, Irion K, Herd ME, Bhatnagar RK. Schwannoma of the nasal septum. Br J Radiol. 2006 Jul;79(943):e16-8. doi: 10.1259/bjr/66348609. PMID: 16823047.
- <sup>3</sup> Galzignato PF, Chirumbolo S, Cestaro W, Scapinello A, Bertossi D, Nocini R. Surgical and histological evidence of case reports showing Schwannomas in the nasal area. Int J Surg Case Rep. 2022 May;94:107165. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107165. Epub 2022 May 4. PMID: 35658317; PMCID: PMC9093009.
- <sup>4</sup> Roy R, Patel B, Gahlot GPS. An Extensive Unilateral Nasal Mass: Septal Schwannoma-Case Report. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2022 Oct;74(Suppl 2):1540-1543. doi: 10.1007/s12070-021-02635-4. Epub 2021 Jun 10. PMID: 36452653; PMCID: PMC9702375.
- <sup>5</sup> Wada A, Matsuda H, Matsuoka K, Kawano T, Furukawa S, Tsukuda M. A case of schwannoma on the nasal septum. Auris Nasus Larynx. 2001 Apr;28(2):173-5. doi:10.1016/s0385-8146(00)00099-7. PMID: 11240326.

---

## CO14 RADIOGUIDED OCCULT LESION LOCALIZATION (ROLL): EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO TERCIARIO

Martín Arroyo, M. (1); Dominguez Celis, F. (1); Gonzalez, E. (1); Martínez Moreno, M. (1); Guallart Domenech, F. (1); Dalmau Galofre, J. (1)

(1) Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia

## Introducción

La cirugía radioguiada para la exéresis o biopsia dirigida de adenopatías ocultas (ROLL) es una técnica de uso aceptado y estandarizado hoy en día en el estadiaje del cáncer de mama. Distintos grupos han estudiado su posible papel en la detección y exéresis selectiva de lesiones cervicales no palpables, especialmente en casos de recidiva o persistencia de enfermedad locorregional tras tratamiento primario del carcinoma diferenciado de tiroides, obteniendo resultados favorables.

En casos de sospecha de recurrencia de carcinoma tiroideo previamente tratado el campo quirúrgico suele estar alterado, con fibrosis importante que dificulta la intervención y la identificación de las lesiones sospechosas observadas en las pruebas de imagen preoperatorias. El marcado prequirúrgico de dichas lesiones con <sup>99m</sup>Tc pretende facilitar la labor del cirujano, dirigiendo la cirugía hacia un abordaje más directo y menos agresivo para el paciente.

Otra posible aplicación del ROLL es la biopsia guiada y selectiva de adenopatías cervicales no palpables vistas en pruebas de imagen realizadas por otro motivo, generalmente en contexto de sospecha de síndrome linfoproliferativo. En estos casos lo más frecuente es que no haya antecedentes de cirugía cervical previa, por lo que la finalidad de la técnica ROLL no será tanto guiar al cirujano, sino más bien facilitar la biopsia de la lesión marcada como sospechosa, minimizando el traumatismo realizado y dirigiendo y limitando la biopsia al área en cuestión, lo que se traduce en un menor tiempo quirúrgico y una menor tasa de complicaciones. Se realiza una revisión de los casos tratados en el Hospital Universitario Doctor Peset mediante esta técnica, con el objetivo de describir los resultados obtenidos.

### Material y métodos

Se realiza una revisión retrospectiva y análisis descriptivo de los casos intervenidos mediante técnica ROLL en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Doctor Peset durante el período 2010-2022. Se incluyen tanto los casos de sospecha de recidiva o persistencia de carcinoma diferenciado de tiroides como aquellos casos en que la sospecha inicial es otra patología sistémica. Se realiza un análisis global de la muestra, y un segundo análisis en función de la sospecha clínica. Análisis estadístico realizado con el software libre Jamovi (versión 2.3.21)

### Resultados

El total de la muestra fue de 31 intervenciones realizadas en 29 pacientes (edad media:  $54,8 \pm 15,2$  años). De ellas 24 se realizaron por sospecha de recidiva o persistencia de carcinoma de tiroides ( $51,3 \pm 14,3$  años), en 23 de las cuales se había realizado al menos una intervención con anterioridad ( $1,91 \pm 1,03$ ). Además, en 20 de ellas se había administrado radioyodo previamente.

El diámetro máximo medio del material localizado y resecado fue de  $1,26 \pm 0,55$ cm, y un 47% de las lesiones se encontraban localizadas en el área VI cervical. En 22/24 casos la lesión marcada era la que se pretendía biopsiar, y en los dos restantes se encontraba inmediatamente adyacente al punto de inyección. Del total de muestras, las dos con PAAF prequirúrgica negativa eran verdaderos negativos. De las 3 lesiones con sospecha de malignidad 2 fueron negativas, y 2 de las 19 lesiones con PAAF confirmativa para malignidad fueron falsos positivos.

Las 7 intervenciones restantes ( $66,6 \pm 12,8$  años) se realizaron en lesiones no palpables con biopsia solicitada por otros servicios por sospecha de otra patología sistémica. En ninguna de ellas se había realizado cirugía cervical previa. El diámetro medio del material obtenido era de  $1,51 \pm 0,83$  cm, encontrándose de forma mayoritaria en área IV cervical (57%). 2 de las 7 lesiones no contaban con biopsia previa, y en las 5 restantes hubo concordancia con la PAAF previa. En todas ellas se realizó un abordaje mínimamente invasivo, consiguiendo a un adecuado diagnóstico.

### Conclusión

La cirugía radioguiada es una herramienta útil para el diagnóstico y tratamiento de la sospecha de recidiva del carcinoma diferenciado de tiroides, permitiendo la detección y exéresis de pequeños focos de recidiva o persistencia de enfermedad, minimizando riesgos y facilitando considerablemente la labor del cirujano.

También puede ser de gran utilidad en casos seleccionados en los que hay sospecha de enfermedad sistémica sin lesiones cervicales palpables, aunque no se ha encontrado gran evidencia científica al respecto

---

## CO15 EL RATIO PLAQUETA LINFOCITO (PLR) Y LA LINFOPENIA COMO MARCADORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A LARINGECTOMÍA TOTAL POR CÁNCER DE LARINGE

Gonzalez, E. (1); Martín Arroyo, M. (1); Dominguez Celis, F. (1); Martínez Moreno, M. (1); Martinez Ruiz de Apodaca, P. (1); Dalmau Galofre, J. (1)

(1) Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia

## Introducción

En los últimos años, el papel del microambiente inflamatorio tumoral ha cobrado mayor peso en los estudios sobre el cáncer, por lo que se han propuesto diferentes biomarcadores que reflejen este estado proinflamatorio. El objetivo de este estudio es determinar la utilidad de estos biomarcadores en pacientes sometidos a laringectomía total por cáncer de laringe.

## Material y métodos

Se ha realizado un estudio retrospectivo incluyendo pacientes sometidos a laringectomía total por cáncer de laringe desde 2010 a marzo de 2021, incluyendo a un total de 62 pacientes, tras excluir a aquellos que presentaran un proceso infeccioso activo o un estado de inmunosupresión durante la extracción de la analítica preoperatoria. Se han calculado los biomarcadores NLR (ratio neutrófilo-linfocito), PLR (ratio plaqueta-linfocito), SII (índice de inflamación sistémica) y LMR (ratio neutrófilo-linfocito) y se han realizado curvas ROC para conocer el valor óptimo de corte de estos para la predicción de exitus cáncer-específico. Se ha analizado la asociación entre estos biomarcadores y diferentes factores de mal pronóstico. Asimismo, se han realizado curvas de Kaplan-Meier para conocer las diferentes medianas de supervivencia cáncer-específica para cada biomarcador.

## Resultados

El biomarcador PLR presentó la mayor área bajo la curva (AUC= 0,667) para la predicción de exitus cáncer-específico, estadísticamente significativa ( $p= 0,037$ ). Además el PLR por encima de su punto de corte (PLRC= 150,37) se asoció con una menor probabilidad de supervivencia cáncer-específica estadísticamente significativa (OR 3,173 [IC95% 1,036-9,719]) ( $p= 0,0432$ ). Por el contrario, una cifra total de linfocitos por encima del punto de corte (LC= 1550/ $\mu$ L) se asoció con una menor probabilidad de exitus cáncer-específico (OR 0,282 [IC95% 0,091-0,871]) ( $p= 0,028$ ), no así para el resto de biomarcadores. La recurrencia de enfermedad fue la causa de exitus cáncer-específico en el 78,95% de los pacientes ( $p= 0,000$ ). Además se observó una asociación estadísticamente significativa entre la administración de neoadyuvancia y valores de PLR mayores que PLRC ( $p= 0,000$ ), así como con valores de linfocitos por debajo de LC ( $p= 0,008$ ). Los pacientes con valores por encima de PLRC mostraron una supervivencia media de 84,47 meses, mientras que para los pacientes con valores menores o iguales a PLRC la supervivencia media fue de 101,85 meses ( $p= 0,104$ ). Del mismo modo, los pacientes con cifras por encima de LC presentaron una supervivencia media de 106,55 meses mientras que para los pacientes con valores por debajo de o iguales a LC la supervivencia media fue de 77,22 meses ( $p= 0,018$ ).

## Conclusiones

Un valor de PLR mayor a 150,37 previo a la laringectomía total se asocia con una mayor probabilidad de exitus cáncer específico, así como una cifra total de linfocitos menor a 1550/ $\mu$ L. Estos biomarcadores constituyen herramientas baratas y sencillas de calcular, que podrían ayudar a la hora de definir el pronóstico de los pacientes, por lo que son necesarios estudios prospectivos a gran escala que permitan establecer con exactitud el punto de corte para cada biomarcador.

---

## CO16 CAMBIO EN EL PERFIL DEL PACIENTE CON SINUSITIS FÚNGICA INVASIVA: REVISAMOS NUESTROS CASOS DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Mellidez Acosta, R. (1); Saro Buendia, M. (1); Jaramillo Angel, N. (1); Muñoz Fernandez, N. (1); Garcia Piñero, A. (2); Armengot Carceller, M. (1)

(1) Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

## Introducción

La sinusitis fúngica invasiva aguda (SFI) es una infección angioinvasiva y agresiva de los senos paranasales y estructuras vecinas por hongos principalmente de la clase Zigomicetos y del género *Aspergillus*, causando necrosis tisular mediante angioinvasión. Espatología poco frecuente que afecta principalmente a pacientes inmunodeprimidos.

Revisamos los casos de sinusitis fúngica invasiva tratados en nuestro centro de los últimos 10 años.

## Resultados

Mediante la herramienta de “explotación de la información” de la aplicación Orion Clinic, se realizó una búsqueda utilizando los términos “sinusitis fúngica invasiva”, “mucormicosis rinocerebral” y “aspergilosis nasosinusal”. Se revisaron historias desde enero de 2012 hasta 2022, seleccionando únicamente aquellos pacientes en los que o bien el análisis histológico mostró angioinvasión o bien la enfermedad se manifestó como necrosis tisular progresiva; y en los que además se identificó la presencia de un hongo patógeno, mediante análisis histológico o microbiológico. 15 pacientes cumplían las características mencionadas. De ellos, 11 pacientes eran varones (73%) y 4 mujeres (26%). La edad media fue de 54 años. La patología de base más frecuente fue una enfermedad onco-hematológica (73%). Trece pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente (86%) y cuatro fueron reintervenidos (33%). La mediana de supervivencia tras el diagnóstico fue de 90 días. Siete pacientes fallecieron a causa de la SFI (46,7%) (mediana de supervivencia de 20 días). Ocho pacientes sobrevivieron a la infección (53,3%), con una mediana de supervivencia 180 días. De estos ocho, 6 pacientes fallecieron a causa de complicaciones relacionadas con su enfermedad de base.

Discusión: En el diagnóstico, la exploración física es fundamental y debe incluir la endoscopia nasal y la exploración de la cavidad oral. La prueba de imagen más utilizada es la TC, que en fase avanzadas puede mostrar invasión local y erosión ósea. La RM ha demostrado ser más sensible, mostrando más precozmente la necrosis tisular y la invasión extrasinusal. El diagnóstico definitivo es histológico, mediante la identificación de angioinvasión por estructuras fúngicas. Los cultivos son negativos en cerca del 30% de los casos. El tratamiento precoz es fundamental y consta de tres pilares: la reversión de la inmunodepresión, la terapia antifúngica y el desbridamiento quirúrgico. Las tasas de supervivencia a la SFI publicadas son variables, rondando el 46,1%. Existen pocos datos sobre la supervivencia a largo plazo. En nuestro estudio, la supervivencia media fue de 273 días en los pacientes que superaron la enfermedad, falleciendo por complicaciones de su patología de base. Destacamos, en nuestra experiencia reciente, el cambio de patrón en el paciente prototipo que presenta la SFI. Si bien hasta hace 15 o 20 años casi la totalidad de pacientes que presentaban este cuadro eran diabéticos en cetoacidosis, la profusión de tratamientos onco-hematológicos avanzados ha generado un nuevo tipo de paciente inmunodeprimido, en el cual apreciamos un curso menos agudo de la SFI, con una evolución más larvada.

## Conclusión

La SFI es una patología de mal pronóstico, a pesar de un tratamiento adecuado la mortalidad puede superar el 50%. Aún en aquellos pacientes que superan la infección, la esperanza de vida media ronda los 6 meses, relacionándose estos decesos con complicaciones de su patología de base.

---

## CO17 BIOPSIAS GANGLIONARES CERVICALES GUIADAS POR ECOGRAFÍA

Matías Sánchez, M. (1); Ferrero Coloma, S. M. (1); Ortega Beltrá, N. (1)

(1) Hospital General de Elda

Las biopsias ganglionares cervicales son procedimientos que pueden entrañar dificultades en caso de lesiones pequeñas, de ubicación profunda o próximas a estructuras vasculonerviosas. La ecografía intraoperatoria puede ayudar a delimitar con precisión dichas lesiones y guiar el acto quirúrgico, permitiendo abordajes pequeños, rápidos y con mínima agresividad. Se presentan al respecto dos casos clínicos.

En primer lugar, se trata de una paciente mujer de 28 años con sospecha de recidiva de linfoma folicular en una única adenopatía no palpable, de 5 mm de diámetro, en íntimo contacto con arteria carótida y vena yugular. La ecografía permitió su delimitación y exéresis con una incisión de 3 cm, sin necesidad de drenaje y alta hospitalaria a las pocas horas.

En segundo lugar, una paciente mujer de 41 años con sospecha de recidiva de carcinona medular de tiroides en una única adenopatía no palpable de 8 mm en área VI derecha. La ecografía permitió un abordaje lateral a la región central del cuello con exéresis de la adenopatía sin complicaciones y alta el mismo día de la cirugía.

Estos casos muestran que la ecografía intraoperatoria puede ser un excelente instrumento en abordajes cervicales mínimamente invasivos.

SOCIEDAD VALENCIANA  
DE OTORRINOLARINGOLOGÍA  
Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO



ISSN 2792-9027

## Libro de abstracts SVORL-CCC

VII Reunión SVORL y CCC

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

2023

COLABORAN

