

Acta Otorrinolaringológica Gallega

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de Otorrinolaringología

Periodicidad: continua

Web: www.sgorl.org/revista

Correo electrónico: actaorlgallega@gmail.com



SGORL PCF
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología
y Patología Cervicofacial

LIBRO DE RESÚMENES XLIII REUNIÓN DE LA SGORL

Comunicaciones orales

1- Anestesia tópica en la nasofibrolaringoscopia flexible

Chiesa Estomba, CM; Ossa Echeverri, CC; Araujo da Costa, AS; Rivera Schmitz; Betances Reynoso, F; Castro Ruiz, P; Santidrián Hidalgo, C
Servicio ORL Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción: El desarrollo de la Otorrinolaringología en las últimas décadas se ha visto favorecido por la aparición de la nasofibrolaringoscopia flexible, la cual se ha convertido en una herramienta diagnóstica esencial para el otorrinolaringólogo. Sin embargo su uso no está exento de molestias para el paciente, razón por la cual diversas opciones de anestesia tópica se han propuesto durante el desarrollo de la técnica.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, doble ciego, cruzado, realizado en pacientes sin antecedentes de patología nasal a través del cual comparamos el uso de anestésico tópico (Lidocaína) + epinefrina, oximetazolina y placebo. Mediante Escala visual analógica se valoró el grado de molestias durante cada exploración.

Resultados: Fueron evaluados 18 pacientes, 10 mujeres (55,6%) y 8 hombres (44,4%), con una edad promedio de 28 años \pm 4. El grado de molestia generado por la exploración con la aplicación de lidocaína más epinefrina fue de 1,94; oximetazolina 3,78; y placebo 4,61. Al comparar la mezcla lidocaína- epinefrina con oximetazolina obtuvimos significación estadística a favor de la lidocaína-epinefrina ($P < 0,05$); al comparar el uso de lidocaína-epinefrina con placebo el resultado también fue estadísticamente significativo en favor de la lidocaína-epinefrina ($P < 0,05$).

Conclusiones: En este estudio demostramos que el uso de la asociación de lidocaína con epinefrina como anestésico tópico antes de realizar la nasofibrolaringoscopia flexible disminuye el dolor y la sensación de molestia al paciente, por lo que se puede recomendar el uso de la anestesia tópica nasal a la hora de realizar esta exploración.

2- Videoendoscopia da deglutição (VED) na prática clínica

Clara Magalhães¹, Adelaide Dias², Nuno Oliveira³, Delfim Duarte⁴

¹ Interna de Formação Específica do Serviço ORL, ²Terapeuta da Fala do Serviço de Medicina Física e Reabilitação, ³Assistente Hospitalar do Serviço ORL, ⁴Diretor de Serviço ORL.

Instituição: Hospital Pedro Hispano – U.L.S. Matosinhos E.P.E

Introdução: Nos doentes com patologia neurológica a disfagia orofaríngea (DOF) varia entre 22 a 65%. Na literatura atual, uma avaliação clínica prévia por Terapia da Fala (TF) associada a uma avaliação instrumental por Otorrinolaringologia (ORL) com recurso a videoendoscopia da deglutição (VED), tem vindo a revelar-se uma alternativa à videofluoroscopia no estudo da deglutição destes doentes. O objetivo dos autores é apresentar casos clínicos que validam a importância da VED como exame não só para diagnóstico, mas também para biofeedback e follow-up.

Caso clínico: Os autores apresentam 3 doentes com DOF no contexto de AVC, que após suspeita de DOF foram referenciados para avaliação clínica por TF. Após esta primeira avaliação os doentes realizaram uma avaliação instrumental, por ORL com recurso a

VED, que confirmou o diagnóstico. Confirmou-se ainda em todos os doentes a presença de aspiração laringotraqueal. Foi possível proceder à orientação terapêutica dos doentes, quanto à via de alimentação a usar, seleção de consistências mais adequada em caso de via oral, bem como manobras facilitadoras para reabilitação. Em todos os doentes foram realizadas avaliações instrumentais antes, durante e após as sessões de TF, mostrando a sua evolução e resolução do quadro clínico.

Discussão/Conclusão: A avaliação clínica por TF permite antecipar e adequar de forma mais eficaz e segura a seleção de consistências a testar, técnicas a aplicar e tomadas de decisão relacionadas com a via de alimentação/prognóstico de reabilitação. A VED realizada por ORL e na presença de TF permitiu um diagnóstico mais preciso e principalmente otimizar a terapêutica/reabilitação destes doentes.

3- Protocolo de avaliação conjunta da deglutição (PACD) no Hospital Pedro Hispano- Unidade local de saúde de Matosinhos E.P.E

Clara Magalhães¹, Adelaide Dias², Nuno Oliveira³, Lúcia Mirrado⁴, Joana Frutuoso⁵, Cristina Sequeira⁵, Raquel Vilela⁶, Delfim Duarte⁷

¹ Interna de Formação Específica do Serviço ORL, ²Terapeuta da Fala do Serviço de Medicina Física e Reabilitação, ³Assistente Hospitalar do Serviço ORL, ⁴Interna de Formação Específica de Medicina Física e Reabilitação, ⁵Terapeuta da Fala do Serviço ORL, ⁶Assistente Hospitalar do Serviço de Medicina Física e Reabilitação, ⁷Diretor de Serviço ORL.

Instituição: Hospital Pedro Hispano – U.L.S. Matosinhos E.P.E

Introdução: A disfagia orofaríngea (DOF) é uma perturbação comum em contexto hospitalar. Associada à patologia neurológica há relatos que variam entre 22 a 65% nos doentes com AVC. A aspiração nestes doentes pode levar a um aumento da morbidade, mortalidade, dias de internamento e 1/3 apresentam pneumonia de aspiração. Na nossa instituição no ano de 2013, numa amostra de 84 doentes com AVC, 55 faleceram por pneumonia de aspiração. Na literatura atual, uma avaliação clínica prévia associada a avaliação instrumental por videoendoscopia da deglutição (VED), tem vindo a revelar-se uma alternativa à videofluoroscopia no estudo da deglutição. O objetivo é apresentar o Protocolo de Avaliação da Deglutição (PACD), desenvolvido e em fase de implementação, no Hospital Pedro Hispano – Unidade Local de Saúde de Matosinhos (HPH- ULSM).

Material e Métodos: O PACD foi desenvolvido a partir da prática clínica e da revisão da bibliografia mais atual. Inclui um teste de rastreio à cabeceira do doente. Inclui ainda uma avaliação prévia por parte do Terapeuta da Fala (TF), que resultou na seleção dos parâmetros mais referidos na literatura nos domínios cognitivo-linguístico, motricidade, sensibilidade orofacial e avaliação funcional da deglutição. Os parâmetros selecionados foram pré-validados com apreciação de 5 TF, especialistas na área da deglutição, segundo uma escala de 1 (muito importante) a 5 (nada importante). A avaliação instrumental por VED foi realizada por Otorrinolaringologia (ORL) e acompanhada por TF, contempla a análise estrutural e funcional do palato mole, laringe e faringe, determinação de grau de estase salivar (escala de Murray, 1999) assim como avaliação

da deglutição de saliva e/ou alimento em diferentes consistências. Para a realização deste tipo de avaliação foram utilizados os seguintes materiais: espessante Thick and Easy da Hormel®; água; bolacha; corante alimentar Arcolor®; copos; colheres; nasofibroscópio, hardware e software Xion®.

Resultados: A construção de um algoritmo de atuação como o PACD permitiu o rastreio da disfagia por enfermeiros previamente treinados no procedimento, a avaliação e tratamento por profissionais com treino específico, levando assim a uma maior coordenação entre profissionais. A avaliação prévia de TF permitiu antecipar e adequar de forma mais eficaz e segura, a seleção de consistências a testar, técnicas a aplicar e tomadas de decisão relacionadas com a via de alimentação/prognóstico de reabilitação. Contribuiu ainda para a avaliação da fase oral da deglutição, não incluída na VED. A VED permitiu objetivar a fase faringo-laríngea da deglutição. Este protocolo revelou ser importante para um diagnóstico mais preciso e atempado, e aplicação de uma reabilitação com prognóstico mais realista.

Conclusões: Uma abordagem conjunta sob protocolo aumenta consideravelmente o acerto no diagnóstico da DOF e esta prática poderá otimizar os resultados terapêuticos.

4- Unidad de disfagia: Realización de la consulta y revisión estadística

Álvarez Curro, Gabriel¹; González Paz, Tamara¹; Rodríguez Acevedo, María Nieves²; Arán González, Ismael²; Oubiña Cacabelos, Araceli³

¹ *Médico Interno Residente – Servicio de Otorrinolaringología (Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra)*

² *Facultativo Especialista de Área – Servicio de Otorrinolaringología (Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra)*

³ *Logopeda – Servicio de Rehabilitación (Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra)*

La disfagia consiste en la dificultad o molestia que se produce a la hora de formar y/o mover el bolo desde la boca al esófago. Es un problema muy prevalente dentro del ámbito hospitalario: bien sean disfagias originadas por alteraciones estructurales, disfagias funcionales de la motilidad orofaríngea o provocadas por enfermedades neurológicas o del envejecimiento.

Por este motivo, desde hace dos años, se ha creado en el Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra una unidad de Voz y Disfagia, en la que se engloba el abordaje multidisciplinar de esta patología desde los servicios de otorrinolaringología y rehabilitación (logopedia).

Durante la realización de la consulta se aborda al paciente mediante una historia clínica completa a partir del test de cribado EAT-10. Una vez efectuada, se realiza una exploración clínica general y específica de disfagia: nasofibroscopia de deglución y MECV-V (test de volumen / viscosidad).

La logopedia que se realiza posteriormente deberá abarcar diferentes ámbitos: Por un lado, habilitar y rehabilitar las funciones de la musculatura implicada en la deglución. También orientar al paciente, a sus familiares y/o cuidadores en adquirir las técnicas más adecuadas para conseguir una segura y eficaz deglución. De esta manera, se

trabaja en normalizar las actividades de la vida diaria del paciente relacionadas específicamente con la alimentación.

Se han revisado los datos de nuestra Unidad de Disfagia del último año (mayo 2013 a mayo 2014), habiendo recogido 55 pacientes con disfagia, sin hallarse diferencias significativas con respecto al sexo (52,7% varones, 47,3% mujeres), con una media de edad de 59,72 años. De estos pacientes, 19 (34,5%) presentaban clínica de disfagia mayor de un año de evolución. Los restantes 36 (65,5%) referían clínica menor de un año, presentando 6,2 meses de media.

Una vez realizado el estudio, se clasifican 17 pacientes como disfgias por patología neurológica (30,9%), 25 (45,5%) como disfgias estructurales o funcionales del área ORL y en los 13 restantes (23,6%) no se objetiva disfagia durante la exploración. 40 pacientes (72,7%), recibieron rehabilitación logopédica, demostrándose la efectividad del tratamiento (un 94,5% presentó mejoría en el test EAT – 10 en la revisión).

En esta comunicación se pretende explicar el funcionamiento de la Unidad de Disfagia, junto con el protocolo de estudio de esta patología. Además, se profundizará en los datos obtenidos a partir de los pacientes vistos en nuestra consulta durante el último año.

5- Tratamiento transoral del divertículo de Zenker

Ayala Méndez, Diana Patricia¹; Vicente Fernández, Cristina¹; Parente Arias, Pablo¹; Chao Vieites, Jacobo².

¹*Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

²*Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide – Novoa Santos de Ferrol*

Introducción: El tratamiento clásico del divertículo de Zenker es la exéresis o diverticulopexia transcervical. Este abordaje, técnicamente complejo y que exige varios días de ingreso, se ha asociado a una incidencia relativamente alta de complicaciones. Con el objetivo de reducir las complicaciones, el tiempo quirúrgico y el tiempo de hospitalización, se han desarrollado diversas técnicas endoscópicas transorales. Presentamos nuestra experiencia inicial en dos centros.

Materiales y métodos: Presentamos una serie de 4 pacientes con clínica de disfagia, con diagnóstico de divertículo de Zenker confirmado radiológicamente. Se recogieron los datos epidemiológicos, estudios diagnósticos, tiempo quirúrgico, tiempo de inicio de dieta oral, tiempo de ingreso hospitalario, resolución de síntomas y complicaciones. Se realiza una comparación entre los resultados obtenidos con el tratamiento transoral y la cirugía transcervical.

Resultados: Se describe la técnica quirúrgica así como las características de los pacientes estudiados, los resultados y las complicaciones.

Discusión: El manejo endoscópico transoral a través de sección y sutura mecánica de la pared del divertículo, ha demostrado ser el sistema más seguro para el tratamiento transoral endoscópico del divertículo de Zenker, frente a otros sistemas de corte y sellado. Tal y como se expresa en la literatura médica, éste tratamiento resuelve los síntomas asociados al divertículo con menor riesgo de complicaciones. Este representa

una buena opción quirúrgica, ayudando al cirujano en el momento de elegir el tratamiento, el cual debe adaptarse al paciente, mostrar mayores beneficios y menor riesgo de complicaciones.

6- Abordagem do estesioneuroblastoma- Uma entidade rara e controversa

Raquel Ferreira¹, Diana Ribeiro¹, Ana Rita Nobre², Francisco Branquinho², Edite Portugal², Arnaldo Guimarães², Luís Filipe Silva¹, António Paiva¹

¹ *Serviço de ORL do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal*

² *Serviço de ORL do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Portugal*

Introdução: O estesioneuroblastoma (ENB) é um tumor raro com provável origem no epitélio olfativo. Tem uma incidência igual nos dois sexos. Caracteriza-se por polimorfismo clínico e banalidade dos sintomas, o que torna o seu diagnóstico difícil. No estudo destes doentes é mandatória a confirmação histológica e o estudo imagiológico por TAC e RMN. Apenas 5% dos doentes apresentam metastização ganglionar. Não existe consenso quanto ao tratamento deste tumor mas a modalidade terapêutica mais frequente consiste na ressecção cirúrgica da lesão e radioterapia adjuvante, sendo a sobrevida de 70% aos 5 anos.

A raridade da doença leva à existência de várias controvérsias relativas: 1) ao epitélio de origem; 2) à sua actividade biológica (agressividade); 3) ao diagnóstico histológico; 4) à ausência de um sistema de estadiamento universalmente aceite; 5) à ausência de um consenso na sua abordagem terapêutica.

Métodos: Revisão da literatura sobre ENB e sua abordagem.

Revisão dos casos clínicos tratados no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Coimbra, Portugal, nos últimos 15 anos.

Resultados: Os dados publicados indicam que o ENB terá origem nas células progenitoras basais do epitélio olfativo. A actividade biológica do tumor é variável podendo ter crescimento indolente até comportamento agressivo e metastização precoce. Esta disparidade de comportamento pode estar relacionada com o subtipo histológico. O ENB bem diferenciado apresenta características histológicas típicas mas o ENB indiferenciado pode ser difícil de distinguir dos outros tumores nasais de pequenas células sendo necessário recorrer a técnicas de coloração imunitoquímica e à microscopia electrónica. Ainda não existe um consenso quanto ao sistema de estadiamento mas existe uma tendência para a utilização da classificação TNM em detrimento do sistema de Kadish modificado. A abordagem terapêutica mais consensual é a ressecção cirúrgica em bloco (com recessão craniofacial em todos os doentes classificados acima de T1) associada à radioterapia (5500-6500 Gy). A quimioterapia está limitada à doença metastática ou recorrente.

Desde 1999 foram tratados no IPO de Coimbra 6 doentes com o diagnóstico de estesioneuroblastoma, sendo 4 do sexo feminino. A idade média foi de 56 anos. O período prodromico foi em média de 6 meses e meio, sendo o sintoma mais frequente a obstrução nasal seguida de epistaxis. Todos os doentes realizaram estudo imagiológico com TAC e RMN e confirmação histológica do diagnóstico. Apenas 1 doente apresentava metastização cervical. Todos os doentes foram submetidos a ressecção

crânio-facial em bloco da lesão, sendo as margens positivas em 4 doentes e impossíveis de determinar num doente. Quatro doentes realizaram radioterapia adjuvante, 2 doentes realizaram quimioterapia neoadjuvante e 1 doente não realizou qualquer terapêutica adjuvante. A sobrevida aos 3 anos foi de 80% e de 75% aos 5 anos.

Conclusão : As publicações dos últimos 15 anos permitiram dar resposta a algumas das controvérsias relativas ao ENB mas mantêm-se por estabelecer um sistema de estadiamento universalmente aceite e consensos internacionais para a abordagem terapêutica deste tumor raro.

Os dados dos doentes com ENB tratados no IPO de Coimbra vão de encontro aos publicados na literatura e as taxas de sobrevida são ligeiramente superiores às séries publicadas.

7- Abordaje endoscópico de base de cráneo: nuestra experiencia.

Rafael Hurtado Ruzza¹; José Antonio Torre Eiriz¹; Julián Castro Castro²; Gonzalo Dorado Gutierrez¹; José García Juncal¹; Manuel Blanco Labrador¹

1 Servicio de Otorrinolaringología

2 Servicio de Neurocirugía

Complejo Universitario Hospitalario de Ourense

Introducción: Desde el año 2011 se viene realizando, en colaboración con el Servicio de Neurocirugía del CHUOU, un abordaje endoscópico de la base de cráneo.

Objetivos: Realizar una revisión de nuestra experiencia en una serie de casos de cirugía con abordaje endoscópico de la base de cráneo, analizando tamaño tumoral, persistencia, recidiva y complicaciones.

Material y Métodos: Se analizaron 31 casos a los que se les practicó un abordaje endoscópico para tratar diversas patologías a nivel de la base de cráneo (19 adenomas hipofisarios, 4 lesiones en fosa nasal, 2 meningiomas, 2 quistes de la bolsa de Rathke, 1 quiste aracnoideo, 1 reparación de fistula espontanea de LCR, 1 craneofaringioma, 1 biopsia de lesión en base de cráneo anterior)

Conclusiones: En nuestra experiencia, no hemos constatado casos de fístula de LCR postoperatoria, siendo la realización de un colgajo nasoseptal pediculado una herramienta útil para el cierre de defectos a nivel de base de cráneo anterior.

La presencia de recidiva y/o persistencia tumoral está directamente relacionado con la experiencia en este tipo de cirugías.

El uso de neuronavegador facilita evitar complicaciones en la etapa inicial de la curva de aprendizaje y en casos complicados (lesiones próximas a Nervios ópticos y Carótida interna, etc).

8- Nuestra experiencia en cirugía de parótida (1998-2014)

Varela Vázquez P., Parente Arias, P

Hospital Teresa Herrera. XXIAC. A Coruña

Introducción: Los tumores de glándulas salivares representan menos del 6% de los tumores de cabeza y cuello. Asientan con mayor frecuencia en la glándula parótida (60-80%).

Objetivo: Análisis de la cirugía parotídea en nuestro servicio: epidemiología, histología, y complicaciones.

Material y métodos: Hemos analizado de forma retrospectiva 130 cirugías de tumores de parótida entre 1998 y 2014, excluyendo las recidivas tumorales, carcinomas extraparotídeos que infiltran por contigüidad, y biopsias.

Resultados: 130 cirugías en pacientes con edad media de 53,95 años (rango 14-93), siendo 79/130 (60.8%) varones y 51/130 (39.2%) mujeres. Se realizaron las siguientes intervenciones: parotidectomía superficial, 105/130 (80.8%); parotidectomía total, 11/130 (8.5%); parotidectomía radical, 5/130 (3.8%); parotidectomía subtotal, 4/130 (2.9%); exéresis tumoral, 5/130 (3.8%).

Un total de 128 fueron primarios de parótida, y los 4 restantes se correspondieron con metástasis. De los primarios, el 86,7% (111/128) fueron tumores benignos: 55/128 (43%) adenomas pleomorfos, 44/128 (34,4%) tumores de Warthin, y 12/128 (9.4%) otra lesión benigna. El 13,3% (17/128) fueron tumores malignos: carcinoma mucoepidermoide (3%), carcinoma epidermoide (3%), adenocarcinoma (2,3%), linfoma (2,3%), carcinoma de células acinares (1,5%) y carcinoma ex adenoma pleomorfo (0,8%).

Se produjeron 7/130 (5.4%) parálisis faciales permanentes, relacionadas con infiltración tumoral del nervio en 5 y con lesión accidental intraoperatoria en una. En la historia clínica no se especifica la causa de la séptima. Las paresias transitorias fueron 20/130 (15.4%), la mayoría (14/20) del ramo mandibular. Otras complicaciones fueron: 4/130 (3.1%) sangrados con revisión quirúrgica, infección temprana 3/130 (2.3%), infección tardía 4/130 (3.1%), seroma 7/130 (5.4%), y fístula salivar 1/130 (0.8%).

Discusión: La mayoría de los tumores de parótida son benignos y se presentan en la sexta década de la vida. Destaca por su frecuencia, el adenoma pleomorfo (43%). En nuestra experiencia, se observa un elevado porcentaje de tumores de Warthin (31%). El tumor maligno más frecuente es el carcinoma mucoepidermoide, aunque en nuestra serie no se observa predominio de un tipo histológico, probablemente debido al bajo número de casos. En cuanto al nervio facial, un 5.4% de los pacientes presentaron parálisis permanente, y un 15.4% parálisis transitoria. Estos resultados concuerdan con la literatura, donde la parálisis permanente se describe entre el 5 y el 10%, y la transitoria entre un 15 y un 50%.

9- Utilidad de determinación de PTH en la predicción de hipocalcemia tras tiroidectomía total.

*Fuertes Carballeira, AI; Lourido Piedrahíta, DL; Herranz González-Botas, JJ
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

Introducción: La hipocalcemia es la complicación más frecuente tras tiroidectomía total. La mayoría de los casos son transitorios y de manejo terapéutico satisfactorio. Sin embargo, supone la prolongación del ingreso hospitalario, y, en casos más severos, representa un riesgo importante para el paciente.

Objetivo: Determinar la relación entre la variación de PTH basal y postquirúrgica y el desarrollo de hipocalcemia en pacientes sometidos a tiroidectomía total.

Material y Método: Hemos analizado 42 pacientes intervenidos de tiroidectomía total en uno o dos tiempos en el Servicio de Otorrinolaringología de nuestro hospital. Se intervinieron 14 pacientes (33,3%) con hiperplasia nodular, 9 (21,4%) con enfermedad de Graves, 14 (33,3%) con carcinoma papilar y 5 (11,9%) con carcinoma folicular. Se determinaron las cifras de PTH intacta de cada paciente, previa a la cirugía (68,78±29,24) y la PTH intacta tardía (34,12±26,91), a las 8:00 am del día posterior a la cirugía.

Resultados: De los pacientes estudiados, 13 (31%) de ellos sufrieron hipocalcemia; mientras que los 29 (69%) restantes permanecieron con cifras normales de calcio. En el grupo de hipocalcemia se registró un descenso significativamente más acusado en las cifras de PTH postoperatorias: 67,40±29,86 frente a 25,21±19,77. Existe por lo tanto, en nuestro estudio, una relación estadísticamente significativa entre el descenso de cifras de PTH y desarrollo de hipocalcemia ($p<0.001$). No se detectaron más variables independientes (edad, sexo o diagnóstico) que puedan predecir un mayor riesgo de hipocalcemia posttiroidectomía. Sin embargo, se detectó una tendencia mayor a desarrollar hipocalcemia en aquellos pacientes en los que, durante la cirugía, no se detectó o se lesionó al menos una de las glándulas paratiroides.

Discusión: La hipocalcemia es una complicación que, además de ser potencialmente grave, frecuentemente prolonga la estancia de los pacientes sometidos a tiroidectomía total. Además de la determinación seriada de calcemia, la PTH podría suponer una herramienta útil para predecir el riesgo de hipocalcemia posttiroidectomía total, siendo posible dar altas de manera precoz y segura en aquellos pacientes en los que no existe un descenso significativo de las cifras de PTH intacta. Además, del resultado de este estudio, se puede reafirmar la importancia de identificar y preservar las glándulas paratiroides durante la cirugía, para así reducir el riesgo de desarrollo de hipocalcemia postoperatoria.

10- Infecção laríngea por citomegalovirus na síndrome da imunodeficiência adquirida

Sara Sena Esteves, Ana Silva, Carla Cardoso, José Abrunhosa, Cecília Almeida e Sousa

Centro Hospitalar do Porto, Porto Portugal

O citomegalovírus (CMV) é um patógeno oportunista que persiste indefinidamente no corpo humano após a primeira infecção. A sua prevalência é maior nos países em desenvolvimento e nos homossexuais.

A infecção primária pelo CMV no adulto imunocompetente é geralmente assintomática ou produz sintomas semelhantes à mononucleose. As infecções graves associadas ao CMV estão geralmente limitadas às crianças infectadas congenitamente e doentes imunocomprometidos. Assim, o CMV é a infecção vírica oportunista mais comum nos doentes com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), sendo no entanto, raramente manifestada a nível otorrinolaringológico.

Apresenta-se o caso clínico de um homem de 56 anos, fumador, com hábitos etílicos moderados, sem antecedentes relevantes, que recorreu ao serviço de urgência por um quadro de odinofagia, disfagia, emagrecimento e astenia com 3 meses de evolução. Ao

exame objectivo apresentava uma lesão ulcerada do terço lateral esquerdo da epiglote com extensão à base da língua e prega ariepiglótica esquerda, de bordos mal definidos e esbranquiçados, acompanhada de edema circundante.

Efetou tomografia computadorizada e três biopsias laríngeas que se demonstraram inconclusivas. Após estudo micobacteriológico e virológico, identificou-se infecção por citomegalovírus. Foi realizado rastreio serológico que revelou infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Foi iniciado tratamento com ganciclovir e terapêutica anti-retrovírica, com melhoria franca da sintomatologia, aumento do peso, e melhoria objectiva à observação laríngea. Este caso clínico é atípico uma vez que a primeira manifestação de SIDA foi a infecção laríngea pelo CMV e pode mimetizar uma neoplasia. O diagnóstico precoce é fundamental uma vez que o tratamento anti-vírico reverte a sintomatologia do doente.

11- Tuberculose em Otorrinolaringologia – A realidade dos últimos 10 anos

*Nuno Costa, Marta Neves, Paula Azevedo, Bárbara Seabra, Delfim Duarte
Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal*

Introdução: A tuberculose é uma das doenças mais antigas, disseminada e letal conhecida da história da humanidade. A tuberculose pulmonar é o tipo mais comum, constituindo cerca de 80% dos casos. Recentemente, a imigração, a pobreza e as condições de imunodeficiência tem contribuído para o aumento da tuberculose pulmonar e, em particular, das formas extra-pulmonares. As manifestações de tuberculose em otorrinolaringologia (ORL) são raras e constituem um significativo desafio clínico e diagnóstico.

Métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva dos casos de tuberculose do foro de ORL diagnosticados no Hospital Pedro Hispano entre Janeiro de 2004 e Dezembro de 2013.

Resultados: Foram diagnosticados 11 doentes com infecção por *M. tuberculosis* na área de ORL, com idade média de 49,4 +/- 25,2 anos, sendo 73% do sexo feminino. A localização mais frequente foi a ganglionar cervical (45,4%), seguida pela laríngea (27,3%) e otológica (27,3%). O tempo de diagnóstico foi maior para a tuberculose de origem otológica (170 +/- 134,9 dias) seguido da de origem laríngea (84 +/- 6,5 dias) e ganglionar cervical (48,6 +/- 18,7 dias). O exame histológico e microbiológico contribuíram para o diagnóstico em 90% dos casos. A terapêutica médica foi instituída em todos os doente, constatando-se um período de tratamento foi maior para a tuberculose otológica (10 meses). Na ganglionar cervical (9 meses) e laríngea (7 meses), a duração foi menor. Nos casos de tuberculose otológica foi ainda realizada abordagem cirúrgica para limpeza da cavidade mastóideia e ouvido médio. O tratamento levou ao desaparecimento das lesões iniciais, não tendo sido registados efeitos laterais da medicação instituída.

Discussão/Conclusão: A infecção por *M. tuberculosis* na área de ORL constitui um desafio pelo seu carácter indolente e clínica inespecífica, pelo que deverá ser uma entidade a ter em consideração no diagnóstico diferencial. Assim, apenas um elevado nível de suspeição permitirá um diagnóstico precoce e uma melhoria da eficácia do tratamentom das sequelas e da disseminação da doença.

12- Leiomioma vascular de laringe: Uma entidade rara

Sara Sena Esteves, Ana Silva, Carla Cardoso, José Abrunhosa, Cecília Almeida e Sousa

Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

O leiomioma vascular é um tumor benigno do músculo liso, muito vascularizado, geralmente encontrado na pele das extremidades. A cabeça e pescoço, especialmente a laringe, são raramente afectados, havendo poucos casos descritos na literatura.

A etiopatogenia é desconhecida e os sintomas mais frequentes são disфонia, dispneia, disfagia e sensação de corpo estranho faríngeo. O tratamento destes tumores consiste na excisão cirúrgica completa, seja por via endoscópica, seja por abordagem externa.

Apresenta-se o caso clínico de um homem de 54 anos, não fumador, sem antecedentes de relevo que recorre a uma consulta externa de otorrinolaringologia por disфонia, sensação de corpo estranho faríngeo, roncopatia e engasgamento para alimentos sólidos com cerca de 3 meses de evolução. Não apresentava dispneia, odinofagia, disfagia ou emagrecimento.

Ao exame objectivo apresentava uma neoformação arredondada com cerca de 3 cm de maior diâmetro, ocupando a prega ariepiglótica direita, sem extensão inferior, que obliterava parcialmente a hipofaringe.

Realizou tomografia computadorizada e ressonância magnética cervicais que revelaram uma lesão volumosa, expansiva e arredondada na laringe supraglótica à direita, de limites bem definidos e de características benignas.

Foi realizada microlaringoscopia em suspensão com exérese da referida neoformação com laser CO₂, cujo resultado anátomo-patológico revelou um leiomioma vascular da prega ariepiglótica direita.

Após um mês da cirurgia, o doente apresentava-se assintomático, com um ligeiro edema da prega ariepiglótica direita.

Apesar da transformação maligna dos leiomiomas vasculares ser rara, os doentes devem ser avaliados regularmente no pós-operatório de forma a avaliar a recorrência.

13- Massa Basculante – Apresentação rara de carcinoma epidermóide da hipofaringe

Cristiana Coimbra, Sandra Gerós, Edite Ferreira, Artur

Centro hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho

Introdução: Os carcinomas da cabeça e pescoço são a quinta neoplasia mais frequente, com uma incidência mundial estimada de 780.000 novos casos por ano. Os carcinomas da hipofaringe são maioritariamente de origem epitelial e são relativamente raros, representando apenas 10% de todas as neoplasias malignas do trato aerodigestivo proximal.

Material e métodos: Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 67 anos com queixa de episódios de sensação de corpo estranho da hipofaringe e dispneia, com duração de poucos segundos, desde há vários meses. O exame objectivo ORL, complementado com nasofibrosopia, revelou massa pediculada com origem no seio piriforme esquerdo, que basculava sobre a laringe com os esforços e “desaparecia” na

sua profundidade com a deglutição. Os estudos imagiológicos (TC e RMN) descrevem “massa polipoide pediculada, sugerindo tratar-se de leiomioma”.

Resultados: Foi realizada exérese de lesão por microscopia laríngea em suspensão, cujo estudo anatomicopatológico revelou “carcinoma epidermóide queratinizante moderadamente diferenciado”. O doente foi submetido a cirurgia para alargamento de margens, esvaziamento ganglionar cervical e está, atualmente, a realizar tratamento complementar com radioterapia.

Conclusão: Este trabalho chama a atenção para uma apresentação rara do carcinoma epidermóide da hipofaringe, uma entidade pouco frequente.

14- Paroxismia Vestibular

González Paz, Tamara; Álvarez Curro, Gabriel; Arán González, Ismael; Fernández Silva, Jesús

Complejo Hospitalario de Pontevedra

Introducción: La paroxismia vestibular (PV) es una causa infrecuente de vértigo debida a la compresión vascular del nervio vestibular, cuyo diagnóstico se realiza generalmente por exclusión de otras causas.

Material y método: Revisión de 9 pacientes atendidos en el servicio de otoneurología del CHOP. Por medio de la historia clínica, exploración y exámenes complementarios fueron diagnosticados de paroxismia vestibular a través de varios criterios. Realizamos exploración otoneurológica completa y RMN.

Resultados: Las pacientes son todas mujeres con edad media de 58.3 años. La afectación neurológica se distribuye en 2 pacientes con afectación exclusiva de VIII par, 4 con afectación de VII y VIII par y 3 con afectación de VII, VIII y IX par. El 66.6% presentan vértigo rotatorio de tipo posicional y el resto sensación de inestabilidad brusca sin motivo aparente. En cuanto a los síntomas auditivos el 33.3% presentan hipoacusia y el 55.5% refieren acúfenos. En el 75% de los pacientes observamos hiporreflexia vestibular en la prueba calórica coincidiendo sólo en 1 caso con el lado afectado. Respecto al V- HIT sólo en un caso se demuestra ganancia <0.8 sin coincidir con el lado afecto.

Discusión: Presentamos un estudio en el que demostramos que este cuadro se caracteriza por crisis de vértigo bruscas de tipo posicional. Encontramos signos de hiperreflexia vestibular en la mayoría de los pacientes, sin embargo no coincide con el lado afectado. En cuanto al V-HIT destaca la ausencia de disminución de la ganancia, aunque aparecen sacadas en la mayoría de los pacientes, coincidiendo en la gran mayoría con el lado afectado.

15- Síndrome de Ramsay Hunt Plus VS enfarte do territóio vertebro-basilar

Cristiana Coimbra, António M. Campos, Edite Coimbra, Pedro Carneiro, Artur Condé Hospital CHVNGE

Introdução: O Síndrome de Ramsey Hunt (RH) refere-se a uma neuropatia craniana por reativação do Vírus Herpes Zooster (VHZ). O quadro compreende uma paralisia facial periférica aguda associada a um rash eritematoso vasicular na pele do ouvido externo. Pode, no entanto, haver extensão do rash para outras áreas supridas pelo trigémio (V

par) ou mesmo acometimento de outros pares cranianos ipsilaterais (V, IV, IX, ou X), tomando o nome de Síndrome de Ramsay Hunt Plus (RHP). Pode ianda não ser verificável o rash vesicular. o SRH é responsável por 20% de todos os diagnósticos de Paralisia facial periférica, sendo mais frequente no idosos e imunocomprometidos. Material e métodos: Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 82 anos que recorre ao SU por paresia facial periférica da hemiface direita grau III (House Brackman) tendo sido medicada com corticóide e orientada para fisioterapia. Uma semana depois regressa ao SU por quadro de parésia facial agravada, grau 5, com ataxia e queda para a direita mesmo sentada. Sem nistagmo ou vertigem. Apresentava vesículas em cicatrização no pavilhão auricular direito.

Resultados: Consideraram-se as hipóteses de síndrome de Ramsey Hunt Plus ou enfarte do território vértebro basilar dada a exuberância da ataxia e ausência do restante quadro vestibular. A doente foi internada e realizou RMN que denotou inflamação do nervo facial sem lesões dos ângulos ponto-cerebelosos. A punção lombar foi compatível com infecção viral. Fez estudo analítico que foi negativo para HIV e audiometria que foi adequada à idade da doente. Foi medicada com estatina, ácido acetilsalicílico e aciclovir e teve alta ao 29º dia com clínica sobreponível.

Conclusão: Este trabalho chama a atenção para uma apresentação rara Síndrome de Ramsey-Hunt e na importância do seu diagnóstico diferencial com patologia central, sobretudo nos doentes imunossuprimidos e idosos.

16- Análisis sobre la percepción de discapacidad en los pacientes con enfermedad de Menière

*Belén Huertas Pardo, Inés Sánchez Sellero, Sofía Santos Pérez y Andrés Soto Varela
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela*

Introducción: La enfermedad de Menière es una entidad clínica relativamente frecuente en nuestro entorno. Los síntomas característicos de la misma (hipoacusia fluctuante, acúfenos y vértigo) causan discapacidad en los pacientes que la padecen, limitando en mayor o menor medida el desarrollo de su vida cotidiana.

Más allá de la presencia o no de estos síntomas, existen otros condicionantes (no siempre adecuadamente ponderados) que pueden influir en la percepción de la discapacidad causada por la enfermedad.

El objetivo de este estudio es analizar la discapacidad percibida por el sujeto en un grupo de pacientes con enfermedad de Menière y evaluar la influencia de diversos parámetros clínicos y analíticos en la severidad de esta percepción.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal, realizado en pacientes con enfermedad de Menière definitiva (según los criterios de la AAO); se incluyeron 66 enfermos. La percepción de discapacidad se ha medido con el cuestionario DHI (Dizziness Handicap Inventory), validado en español. Se han recogido y analizado su influencia sobre las puntuaciones del DHI de los siguientes parámetros: sexo, enfermedad uni o bilateral, tiempo de evolución de la enfermedad, estadio audiométrico, evolución de la audición, presencia o ausencia de acúfeno, frecuencia de las crisis de vértigo, tiempo transcurrido desde la última crisis, presencia o ausencia de inestabilidad intercrisis y presencia o ausencia de episodios de Tumarkin.

Considerando la puntuación del DHI como una variable discreta (con cuatro grupos: 0-25; 26-50, 51-75; 76-100), se empleó el test de Chi-cuadrado para relacionarla con el resto de variables. Considerando el DHI como una variable continua, se emplearon para esta relación la t de Student y test de ANOVA.

Resultados: De entre todos los parámetros analizados, se detectó influencia en la percepción de discapacidad de las siguientes variables:

- Presencia o ausencia de acúfenos ($p=0,035$, Chi-cuadrado).
- Número de crisis en los seis meses precedentes ($p=0,0003$, Chi-cuadrado; $p<0,00001$, ANOVA).
- Tiempo transcurrido desde la última crisis ($p=0,026$, Chi-cuadrado).
- Presencia de inestabilidad intercrisis ($p=0,007$, Chi-cuadrado; $p=0,002$, t de Student).

Conclusión: En los pacientes con enfermedad de Menière, los síntomas relacionados con el daño vestibular parecen ser más importantes para producir discapacidad que aquéllos de origen coclear. De especial trascendencia es la presencia de inestabilidad intercrisis, ya que los tratamientos habituales de la enfermedad suelen ir dirigidos a reducir el número de episodios de vértigo, sin tener en cuenta (o incluso a veces asumiéndola como un efecto secundario de terapéuticas ablativas) la inestabilidad residual. Al tratarse de un síntoma continuo, la repercusión que esta inestabilidad produce en la calidad de vida de los pacientes puede llegar a ser de gran importancia.

17- Seguimiento de la función vestibular en enfermedad de Menière. ¿Nos sirven indistintamente las pruebas calóricas que los VEMPs?

*Andreo Marroig, Joan Francesc; Santos-Pérez, S; Soto-Varela, A
Hospital Clínico de Santiago de Compostela*

Introducción: Las pruebas calóricas y los Potenciales vestibulares evocados miogénicos (VEMPs) son pruebas utilizadas para el estudio y diagnóstico de enfermedades vestibulares.

Las pruebas calóricas evalúan la función del canal semicircular horizontal y los VEMPs la funcionalidad del sáculo y del nervio vestibular inferior. Está por demostrar que ambas pruebas se alteran en la misma cuantía en paciente con patología laberíntica.

La enfermedad de Menière es el prototipo de afectación de oído interno, causando vértigo e hipoacusia. La monitorización de la hipoacusia se realiza mediante audimetría tonal limonar (ATL) no existiendo hasta el momento ninguna prueba que haya permitido una monitorización similar de la evolución de la función vestibular.

El objetivo de este trabajo es comparar los resultados de los VEMPs y las pruebas calóricas en una serie de pacientes con enfermedad de Menière definitiva. Pretendemos con ello determinar si los VEMPs (de realización más rápida y cómoda que las pruebas calóricas) pueden ser un instrumento apropiado para la monitorización de la función vestibular.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes ($n=61$) con enfermedad de Menière definitiva seguidos en nuestro servicio. Se trata de 35 varones (57%) y mujeres con una media de 53 años (Rango 24-85 años).

A todos estos pacientes se les ha realizado ATL, VEMPs y pruebas calóricas registradas mediante videonistagmografía. Se han recogido también datos clínicos relevantes (lado, inicio de clínica, uní o bilateralidad, tiempo de evolución y número de crisis en los 6 meses previos a la realización de las pruebas).

En 8 casos se trataba de una enfermedad bilateral y los 53 restantes eran unilaterales (18 derecho y 35 izquierdos). En cuanto a la distribución por estadios, 12 se encontraban en estadio I, 15 en estadio II, 26 en estadio III y 8 en estadio IV.

Resultados: En nuestra serie las pruebas calóricas fueron normales en 29 casos y existió una hiporreflexia en los 32 restantes. En cuanto a los VEMPs son normales en 39 de los casos y 22 patológicas.

Al comparar los resultados de ambas pruebas, existe concordancia entre las dos (las dos son normales o bien las dos son patológicas) en 35 casos y existe discordancia en 26 (en 18 las calóricas están alteradas con VEMPs normales y en 8 son los VEMPs los patológicos con calóricas normales). Además, no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0.148$, test exacto de Fisher).

Discusión/ Conclusión: Tanto los VEMPs como las pruebas calóricas son útiles para evaluar la función vestibular, pero a la vista de nuestros resultados, una de ellas no puede sustituir a la otra.

Ambas aportan información complementaria sobre el estado del sistema vestibular, dado que estudian partes diferentes del mismo.

18- Abscessos retrofaríngeos e parafaríngeos em crianças-estudo retrospectivo de 5 anos, do Hospital pediátrico de Coimbra

*Diana Cunha Ribeiro, Felisberto Maricato, Carlos Ribeiro, António Diogo Paiva
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra*

Introdução: Os abscessos retrofaríngeos e parafaríngeos são infecções raras e potencialmente fatais, particularmente na criança.

Material y metodos: Foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes com o diagnóstico de abscesso retrofaríngeo e parafaríngeo, de Junho de 2007 a Junho de 2012, num hospital pediátrico terciário.

Procedeu-se à revisão de processos clínicos, com análise dos seguintes dados: idade, sexo, sintomas iniciais, duração dos sintomas, exame objectivo, avaliação laboratorial e imagiológica, tratamento, duração do internamento e complicações.

Resultados: Foram diagnosticados 5 abscessos parafaríngeos e 3 abscessos retrofaríngeos no período em estudo. A mediana de idade de apresentação foi de 5 anos. Houve uma predominância do sexo feminino (62,5%). Os sintomas mais comuns à apresentação clínica inicial, foram febre (62,8%), torcicolo (37,5%) e odinofagia (37,5%).

A tomografia computadorizada com contraste foi realizada em todos os doentes. Todos os doentes receberam tratamento médico. Três doentes (37,5%) foram submetidos a drenagem cirúrgica e 5 doentes (62,5%) receberam apenas tratamento médico.

Não houve diferença significativa entre a duração do internamento naqueles que foram submetidos a cirurgia ou apenas tratamento conservador.

Não houve complicações médicas ou cirúrgicas, nos dois grupos.

Conclusão: Muitos doentes com abscessos retrofaríngeos e parafaríngeos podem ser

tratados com sucesso, mediante antibioterapia e corticoterapia, sem recorrer à cirurgia, ficando esta reservada para complicações, ou evolução clínica desfavorável. As tomografias computarizadas são importantes no diagnóstico e avaliação da extensão da infecção, mas nem sempre são 100% válidas no diagnóstico de abscesso.

19- Seis complicaciones de la otitis media aguda: nuestra experiencia reciente

Vicente Fernández, Cristina; Ayala Méndez, Diana Patricia; Herranz González-Botas, Jesús

Complejo Universitario A Coruña

Introducción: La otitis media aguda (OMA) es el proceso infeccioso más común en la edad pediátrica. Sus complicaciones se redujeron considerablemente con la aparición de los antibióticos. Sin embargo, se está observando un aumento de su incidencia.

Objetivo: Análisis de la complicaciones de OMA observadas recientemente.

Material y métodos: Cinco pacientes de población pediátrica, diagnosticados de complicaciones de OMA entre Enero y Mayo de 2014.

Resultados: Se trataron seis pacientes (2 mujeres y 4 varones) con una edad media de 22,8 meses (rango: 14-26), sin antecedentes de interés y con el calendario vacunal al día. Todos fueron diagnosticados de OMA y tratados con antibiótico en su Centro de Atención Primaria. Los signos y síntomas de complicación se presentaron a las 24-72 horas de la primera visita, incluyendo: fiebre (6/6), mastoiditis (3/6), paresia facial (1/6), vómitos (1/6) y estrabismo (1/6). Tras el ingreso se confirmaron las complicaciones siguientes: mastoiditis coalescente (4/6), parálisis facial (1/6), meningitis (1/6) y síndrome de Gradenigo (1/6). Los cultivos del exudado ótico, hemocultivos y estudio de virus en aspirado nasofaríngeo fueron negativos. Se inició tratamiento conservador con cefotaxima y corticoides iv en todos los casos, con evolución satisfactoria, a las 24-48 horas, en tres pacientes. En los casos de evolución no satisfactoria se optó por el manejo quirúrgico. Los procedimientos practicados fueron mastoidectomía simple y miringotomía con drenajes trasntimpánicos, con evolución satisfactoria en los tres casos.

Discusión: La complicación de una otitis media aguda debe sospecharse ante una evolución desfavorable (persistencia de fiebre, otalgia u aparición de otros signos). Su identificación no siempre es fácil por la dificultad en la evaluación del dolor en la población pediátrica y el enmascaramiento de la sintomatología por el tratamiento antibiótico inicial. Esto, unido a su escasa frecuencia, hace que estemos menos habituados a su presencia. La causa del aumento en su incidencia puede relacionarse con la agresividad del germen, creación de resistencias antibióticas, susceptibilidad del huésped o inconsistencia en el tratamiento.

Conclusión: Ante la persistencia de fiebre, otalgia y otorrea en niños diagnosticados de OMA hay que descartar la presencia de una complicación, para lo cual debe remitirse al paciente a un centro hospitalario donde pueda ser evaluado por un otorrinolaringólogo y ser sometido a los estudios necesarios. El tratamiento inicial debe ser conservador, optando por la cirugía ante una evolución desfavorable.

20- Características clínico-epidemiológicas de la mastoiditis aguda infantil en nuestro medio

Milá de la Roca-Morales, Alba M.; Faraldo-García, Ana; Ahumada-Silva, Andrea
Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción: la mastoiditis aguda infantil es la complicación más frecuente de la OMA. En los últimos años ha tenido un sensible incremento de incidencia. El objetivo de este trabajo es la revisión de nuestra experiencia clínico-epidemiológica en esta patología.

Material y métodos: estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de 52 pacientes (28 varones, 24 mujeres) menores de 11 años con mastoiditis aguda entre 2008 y 2013.

Resultados: la edad media de presentación fue 35 meses. En invierno ocurrió el 43% de los casos. Hubo en promedio 2,63 días de síntomas antes de la mastoiditis. Solo 27% tenía diagnóstico previo de OMA, sin embargo, el 44% recibía tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico 52%). Los síntomas principales fueron fiebre (88%) y otalgia (87%). En el examen físico hubo eritema (90%), hinchazón (75%) y fluctuación retroauricular (21%), desplazamiento auricular (83%), membrana timpánica hiperémica (85%), abombada (62%), supurando (21%) y perforada (15%). Se realizó TAC en el 87%, con datos de periosteítis el 21% y coalescencia el 33%. Se cultivó pus de oído medio en el 69%, aislándose principalmente *S. pneumoniae* (33%). La antibioticoterapia se aplicó al 100%, usándose principalmente las cefalosporinas de tercera generación (cefotaxima 90%) y como asociación antibiótica vancomicina (25%). La cirugía se realizó al 67%: miringotomía (65%), tubos de drenaje timpánico (62%) y mastoidectomía (44%). La complicación principal fue el absceso subperióstico (21%). Hubo una osteomielitis de la ATM y un absceso cerebeloso como complicaciones.

Conclusiones: a pesar de los progresos en antibioticoterapia y métodos diagnósticos, la mastoiditis aguda tiene una incidencia importante en nuestro medio. Debemos tener presente el importante número de casos sin historia previa de OMA, así como su desarrollo en pacientes con OMA correctamente tratada. Consideramos indispensable la realización de TAC para el correcto diagnóstico y tratamiento.

21- Niveles de tratamiento en la mastoiditis aguda infantil

Ahumada-Silva, Andrea; Faraldo-García, Ana; Milá de la Roca-Morales, Alba.
Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela

Introducción: la mastoiditis aguda infantil es una patología relativamente frecuente en nuestro medio, se estima que su incidencia actual en países desarrollados es de unos 2-4 casos/100.000 episodios de otitis media aguda (OMA). A pesar de la universalización de las políticas de vacunación y las terapias antimicrobianas, en diversas ocasiones esta entidad requiere distintos niveles de tratamiento quirúrgico. Ante la falta de consensos y guías de tratamiento, ensayos aleatorios o prospectivos, el objetivo de este trabajo es la revisión de nuestra experiencia en el manejo quirúrgico de esta patología.

Materiales y métodos: estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de 52 pacientes (28 hombres y 24 mujeres) menores de 11 años diagnosticados de mastoiditis aguda

entre los años 2008 y 2013. Se analizan las características clínicas, diagnósticas, el tratamiento quirúrgico y las complicaciones.

Resultados: de los 52 pacientes, 35 requirieron tratamiento quirúrgico (67%). De estos 35 pacientes, se realizó tomografía computerizada de peñascos a 32 pacientes, evidenciando datos de coalescencia en 13 casos y 11 abscesos subperiósticos. Se aplicó antibioticoterapia intravenosa al 100% de los pacientes siendo las cefalosporinas de tercera generación, principalmente la cefotaxima (91,4%), los antibióticos más empleados. No se realizó timpanocentesis en ningún caso; se realizó miringotomía a 34 pacientes (65%), asociada a la colocación de tubos de drenaje en el 32 casos (62%), la mastoidectomía simple se realizó en 23 casos (44%). Sólo hubo dos complicaciones extratemporales en el postoperatorio, una osteomielitis de la articulación temporomandibular y un absceso cerebeloso (3,8 % de los casos de mastoiditis).

Conclusiones: el tratamiento de la mastoiditis aguda va a depender de la etapa (mastoiditis aguda sin periostitis, mastoiditis aguda con periosteítis y mastoiditis aguda con osteítis (coalescente)) y de la presencia o ausencia de complicaciones. Además de la sospecha clínica consideramos que la tomografía computerizada de peñascos es fundamental para establecer el diagnóstico definitivo y orientarnos hacia la terapéutica adecuada. El protocolo que seguimos en la actualidad en nuestro hospital es la indicación quirúrgica de miringotomía y mastoidectomía simple en caso de mastoiditis coalescente ó complicada de inicio, y la ausencia de respuesta a tratamiento antimicrobiano intravenoso en 48 horas de las mastoiditis no coalescentes ni complicadas.

22- Rinossinusite aguda em idade pediátrica e suas complicações-Estudo

Retrospectivo

Alexandra Gomes, Rafaela Teles, Vânia Henriques, Roberto Estevão, Ana Sousa, Jorge Rodrigues, Rita Moura, Fausto Fernandes

Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Portugal

Introdução: A rinossinusite aguda corresponde a uma inflamação da cavidade nasal e seios perinasais, limitada no tempo por um período inferior a 12 semanas. Na criança caracteriza-se pelo aparecimento súbito de dois ou mais sintomas: obstrução nasal, rinorreia anterior/posterior ou tosse (diurna e nocturna) e é geralmente precedida por uma infecção viral do trato respiratório superior. Os seios perinasais desenvolvem-se gradualmente, de acordo com a faixa etária, pelo que em idade pediátrica, apenas o seio maxilar e, em menor extensão, as células etmoidais anteriores são clinicamente significativos na patogénese da rinossinusite.

O diagnóstico é predominantemente clínico, no entanto, a avaliação imagiológica por TC e, se necessário RM, deve ser feita perante persistência dos sintomas por mais de 10 dias após início de terapêutica ou suspeita de complicações, que embora raras, são potencialmente letais. As complicações podem ser orbitarias (as mais comuns), intracranianas e ósseas. Dentro das complicações orbitarias, a celulite pré-septal (mais prevalente) distingue-se da celulite orbitaria pela preservação dos movimentos oculares e acuidade visual. Pode haver ainda casos mais graves, com formação de abscesso subperiósteo e orbitário.

Objetivo: O presente estudo pretende analisar a prevalência das complicações da rinossinusite aguda em idade pediátrica, caracterizando a população alvo do ponto de vista demográfico, clínico, imagiológico e de prognóstico.

Métodos: Foram revistas retrospectivamente os processos correspondentes a esta patologia decorridas entre 1 de Janeiro 2008 e 1 de Janeiro 2013 no Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar do Alto Ave. Os dados foram tratados estatisticamente.

Resultados: Dos casos analisados constatou-se que a patologia tem ligeiro predomínio masculino, em idade inferior a 15 anos. A celulite pré-septal foi a complicação orbitaria de maior registo, clinicamente com proptose, hiperemia e edema da pálpebra e conjuntiva, unilateralmente. Em todos os doentes foi realizada TC SPN e o tratamento consistiu em antibioterapia endovenosa, com regressão da sintomatologia.

Conclusão: O compromisso orbitário da rinossinusite aguda deve-se à extensão directa da infecção através de deiscências ósseas da lâmina papirácea ou da ausência de válvulas das veias etmoidais anteriores e posteriores. A celulite pré-septal é a complicação orbitaria mais frequente, aparece precocemente no curso da doença, não parece ser prevenível com antibiótico mas apresenta um excelente prognóstico. Os dados recolhidos são concordantes com os que se encontram na literatura.

Comunicaciones formato vídeo

1- Atresia congénita do canal auditivo externo: abordagem cirúrgica

Vânia Henriques¹; Rafaela Teles¹; Alexandra Gomes¹; Ana Sousa¹; Roberto Estevão¹; Jorge Rodrigues¹; Ângelo Fernandes¹; Francisco Silva¹; Fausto Fernandes²

¹ Serviço ORL; ² Director de Serviço ORL

Centro Hospitalar Alto Ave, Guimarães, Portugal

Introdução: A atresia aural ou atresia do canal auditivo externo (CAE) é uma entidade clínica rara, que afecta 1 em cada 10.000-20.000 nascimentos por ano. É causada pela permeabilização incompleta do CAE no osso temporal, durante o sétimo mês de gestação e pode resultar numa atresia membranosa e/ou óssea.

Material e métodos: Doente do sexo masculino, raça caucasiana, que recorreu à consulta externa de ORL por hipoacusia direita desde nascença. Sem história de traumatismo ou infecções na infância. Na otoscopia à direita podia observar-se um CAE estreito e em fundo de saco, sendo impossível a visualização da membrana do tímpano. A otoscopia à esquerda era normal. Apresentava uma hipoacusia de condução direita no audiograma e no estudo imagiológico de tomografia computadorizada do ouvido constatou-se a presença de placa atrésica ao nível do CAE. Foi submetido a reconstrução do CAE por via transmastóideia.

Conclusão: Enfatizar uma possível abordagem cirúrgica em doentes com hipoacusia de condução devido a atresia aural congénita.

2- Cirugía de quemodectoma yugulotimpánico derecho

Andreo Marroig, J. F.; Alvear Arroyo, M. M.; Frade González, C

Complejo hospitalario Universitario de Santiago

Introducción: El paraganglioma, tumor glómico o quemodectoma yugulotimpánico es el tumor más frecuente del oído medio. Son benignos, pero muy vascularizados por ramas de la carótida externa y ello justifica su principal riesgo: el sangrado. Se originan a partir de células paraganglionares neuroectodérmicas de la cresta neural.

La clínica depende de su localización:

- Timpánicos (síntomas otológicos): acúfeno unilateral, pulsátil, sincrónico con el pulso. Hipoacusia de transmisión. Otoscopia: por transparencia, masa rojiza pulsátil en oído medio.
- Yugulares: afectación de pares craneales.

Materiales y métodos: Mujer de 54 años que consulta por hipoacusia y acúfeno pulsátil en oído derecho de 1 año de evolución. Destaca membrana timpánica abombada y enrojecida e hipoacusia de transmisión en ese oído.

Se solicita angiorresonancia en la que se diagnostica glomus timpánico derecho de 17mm.

Previa embolización de la rama timpánica de la arteria faríngea ascendente, se procede a exéresis de la lesión:

- 1.- Incisión retroauricular y extracción de fascia del músculo temporal.
- 2.- Abordaje del CAE, cortando la piel posterior del mismo.
- 3.- Se despega la piel de la pared posterior apreciando que el tumor se introduce entre la

cadena osicular.

4.- Se realiza aticotomía con fresa. Se descubre la cadena osicular en el ático. El quemodectoma se introduce entre el yunque, martillo y estribo. Se secciona la cuerda del tímpano.

5.- Desarticulación incudoestapedial y extracción del yunque. Se realiza fresado de la pared posterior del CAE.

6.- Se despega el quemodectoma con la membrana timpánica del mango del martillo, que está parcialmente amputado. Se continúa con el despegamiento de la parte anterior, donde el quemodectoma ocupa toda la caja timpánica y se introduce por el orificio tubárico.

7.- Se extrae el tumor y se coagula el vaso nutricio que está sobre el promontorio, viniendo de la parte superior por debajo del martillo. Se limpia la ventana redonda y la ventana oval.

8.- Se remodela el yunque y se traspone entre estribo y martillo. Se llena la caja timpánica de curaspon. Se levanta la piel del CAE en la parte anterior e inferior.

9.- Se coloca el injerto apoyado sobre el curaspon, martillo y yunque, sobre el ánulus óseo en la parte anterior e inferior. Se recoloca la piel en esta zona. Se coloca curaspon en CAE.

Resultados: Evolución satisfactoria con mejoría de la hipoacusia de transmisión.

Discusión: Los métodos diagnósticos de elección son la RM y arteriografía y deben detectarse catecolaminas en orina. Su tratamiento es quirúrgico con embolización 48 horas antes, lo cual disminuye significativamente el sangrado intraoperatorio.

La cirugía de exéresis es una intervención con un buen pronóstico. Rara vez se presenta daño nervioso, lo cual puede ser causado por el propio tumor o un daño durante la cirugía.

3- Enxerto de cartilagem costal na rinoplastia de aumento

Jorge Rodrigues, Sérgio Caselhos, Rafaela Teles, Roberto Estevão, Ana Sousa, Vânia Henriques, Alexandra Gomes, Alexandre Mexedo, Fausto Fernandes

Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Portugal

Introdução: A rinoplastia de aumento necessita, frequentemente, do recurso a materiais capazes de fornecer suporte e aumento de volume. Diversos enxertos podem ser utilizados, sendo preferidos os autólogos. Na maioria dos casos, a cartilagem do septo nasal é considerada a melhor opção. Contudo, quando esta não está disponível em quantidade suficiente para promover a estrutura e projecção necessárias do dorso ou ponta nasal, a cartilagem costal assume um papel fundamental. As vantagens da sua utilização são a presença abundante, a baixa taxa de reabsorção e a facilidade de modelagem. O pneumotórax iatrogénico é a principal complicação. A colheita é feita frequentemente em monobloco a partir da 5^a-6^a ou 8^a-9^a cartilagens costelas.

Material e Métodos: O presente vídeo retracts o caso clínico de uma mulher de 37 anos com história de deformidade da pirâmide nasal após septoplastia realizada há 10 anos. Ao exame físico apresentava nariz em sela com colapso do dorso e ponta nasal á palpação, por deficiência da cartilagem septal. Foi submetida a rinoplastia de aumento por técnica aberta. Efectuou-se colheita de material autólogo, retirado em monobloco, a

partir da 9ª cartilagem costal. O enxerto obtido foi posteriormente esculpido com bisturi e aplicado de forma a conferir sustentabilidade ao dorso nasal.

Resultados: A cirurgia decorreu sem intercorrências. O resultado obtido foi esteticamente e funcionalmente satisfatório.

Discussão/Conclusão: A cartilagem costal constitui uma boa alternativa como fonte de material autólogo. A sua colheita é um procedimento simples e rápido. O emprego de enxerto de cartilagem costal na rinoplastia de aumento proporciona sustentabilidade e ganho de projecção do dorso, promovendo adequada remodelação nasal.

4- Fístula traumática de LCR a nivel etmoidal (Manejo endoscópico).

*Chiesa Estomba, CM; Araujo da Costa, AS; Rivera Schmitz, T; Ossa Echeverri, CC
Betances Reynoso, F; Alonso Parraga, Dionisio
Servicio ORL Complejo Hospitalario Universitario de Vigo*

Introducción: Las fístulas de líquido cefalorraquídeo (LCR) son el resultado de una solución de continuidad entre la duramadre y la aracnoides. El LCR se produce principalmente en los plexos coroideos (70%) y de allí circula mediante las estructuras ventriculares hasta llegar al espacio subaracnoideo. Hasta un 6% de las fístulas de LCR pueden ser de origen traumático, ya sea este abierto o cerrado y el 95% de estas debutan en las 3 primeras semanas. Anatómicamente la fosa olfatoria etmoidal es el área más afectada ya que su espesor varía entre 0,1 y 1 mm. Clínicamente debutaran como rinorrea acuosa generalmente unilateral, y es frecuente como complicación los episodios de meningitis de repetición y la aparición de abscesos cerebrales.

Caso clínico: Paciente femenina de 73 años que tras sufrir TCE presenta al 8vo día rinorrea acuosa por fosa nasal izquierda, al realizar exploración endoscópica, se visualiza defecto a nivel etmoidal en meato superior de fosa nasal izquierda de aproximadamente 1 mm (Nowotny positivo). El TC cerebral reporta pequeña fisura a nivel etmoidal, la cual no es posible confirmar mediante cisternografía. Se intenta manejo expectante, pero debido a la no remisión del cuadro se programa para cirugía. Mediante abordaje endoscópico se realiza cierre "Onlay" de fístula de LCR utilizando cartílago septal, reforzando el injerto con esponjostan y cola de fibrina. En las revisiones sucesivas la paciente no ha presentado nuevos episodios de rinorrea, por lo que se procede al alta.

Conclusión: El diagnóstico de las fístulas de LCR suele ser muy complejo, el TC y la RM no son lo suficientemente fiables, aunque la cisternografía intenta otorgar un mayor margen diagnóstico a ambas pruebas. Los marcadores bioquímicos más fiables en estos momentos son el test de glucosa, la B2-transferrina y la B-Traza, existiendo también la posibilidad de utilizar la fluoresceína por inyección intratecal y detectarla mediante endoscopia con luz de Wood. En cuanto al tratamiento, es posible mantener una actitud expectante, o tratarlas quirúrgicamente. Esta última opción puede realizarse por vía extracraneal o por vía intracraneal endoscopia acompañándose de injertos autólogos o heterólogos, con la cual es posible obtener hasta un 95% de éxito.

5- Adenoma de hipófisis

José Antonio Torre Eiriz¹; Rafael Hurtado Ruzza¹; Julián Castro Castro²; Gonzalo Dorado Gutierrez¹; José García Juncal¹; Manuel Blanco Labrador¹

¹ *Servicio de Otorrinolaringología*

² *Servicio de Neurocirugía*

Complejo hospitalario Univerditario de Ourense

Abordaje endoscópico de un adenoma de hipófisis. La realización de un colgajo nasoseptal pediculado previo a la exéresis del adenoma facilita el posterior cierre del defecto y disminuye el riesgo de fístula de LCR postoperatoria.

6. Amigdalectomía en casa.

Chiesa Estomba, CM; Rivera Schmitz, T; Ossa Echeverri, CC; Betances Reynoso, F; Castro Ruiz MP; Perez-Carro, A

Servicio ORL Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción: Dentro de la otorrinolaringología existen en la actualidad diversos modelos de simulación: prácticas de fresado del hueso temporal, cirugía endoscópica nasosinusal, disección cervical en cadáver, plataformas virtuales de entrenamiento, entre otras. Sin embargo en relación a la amigdalectomía son escasos los modelos descritos y ninguno de estos modelos de entrenamiento permite al residente en formación practicar la disección de la capsular amígdalar. Es por esta razón que el objetivo de este video es presentar un modelo de amigdalectomía en naranjas que permite de forma parcial llevar la experiencia de la sala operatoria al laboratorio de prácticas o incluso a la casa del residente y que van a favorecer la practicar en un entorno seguro, sin la presión de enfrentarse en solitario al acto quirúrgico.

Materiales y métodos: Para crear nuestro simulador de Amigdalectomía en casa necesitamos 1 bol, 1 rodete, alfileres, naranjas, yesquero, rotulador, un disector de Carpenter, una pinza de Allis y una tijera de Metzenbaum. Cortamos en 4 trozos iguales nuestra naranja, de esta forma tendremos 4 amígdalas. Sobre el bol vamos a diseñar la fosa amigdalina con el rotulador y posterior a esto vamos a calentar con el yesquero un alfiler para perforar el bol en los puntos de anclaje de la amigdalina, una vez tengamos los agujeros del ancho del alfiler hechos colocaremos los alfileres en los puntos cardinales y fijamos la naranja. Al tener ya fijada la naranja, podremos comenzar la disección de la pieza utilizando cualquiera de las técnicas frías descritas en la literatura, y durante dicha disección podremos experimentar la sensación de separación de la naranja de su concha, similar al fenómeno de disección de la capsula.

Conclusión: Teniendo en cuenta lo exigente que se vuelve hoy en día la practica sanitaria, es importante desarrollar modelos prácticos, reproducibles y efectivos que permitan al residente en formación desarrollar ciertas habilidades, las cuales le permitan acudir a la sala de operaciones mejor preparado. En este video demostramos un modelo de simulación de amigdalectomía llevado a cabo en naranjas, el cual realizan los residentes del primer año de formación en otorrinolaringología de nuestro centro y que ha permitido obtener mejores resultados en la sala operatoria.

Comunicaciones formato póster

1- Paraganglioma Jugulotimpânico – Caso Clínico

Pedro Carneiro de Sousa¹; Delfim Duarte²; Pedro Moniz³; Gustavo Lopes¹

1. Servicio ORL Hospital Pedro Hispano

2. Director do Servicio de ORL Hospital Pedro Hispano

3. Servicio de Imagiología Hospital Pedro Hispano

Introdução: Os paragangliomas são raros e, maioritariamente, benignos. O plexo timpânico e o bolbo jugular são dois dos locais de origem mais frequentes. Amiúde, surgem como massas cervicais de crescimento insidioso. Hipoacusia de transmissão e acufeno pulsátil são os sintomas iniciais mais comuns.

Relato de caso: MCRTN, 36 anos, feminino, referenciada por disfagia, disфония, atrofia da hemilíngua direita e parésia ipsilateral do véu palatino. Ao exame objetivo, apresentava tumefação da parede lateral faríngea à direita, tumefação cervical das áreas II e III e massa rosada pulsátil na cavidade timpânica. O estudo imagiológico permitiu definir um paraganglioma jugulotimpânico com invasão da base do crânio. Submetido a exérese cirúrgica (combinada com Neurocirurgia), em 2007. Ao sexto ano de seguimento, a doente não apresentava sintomas relevantes.

Discussão: O tratamento destes tumores é, geralmente, cirúrgico, com taxas de sucesso elevadas. A abordagem depende da extensão da lesão.

2- Desenvolvimento da linguagem oral em crianças com implante coclear:

Influência da idade de implantação

Daniela Ramos¹, João Xavier Jorge², António Teixeira³, Carlos Ribeiro¹, António Paiva¹

¹Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)-Portugal

²Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra-Portugal

³Departamento de Eletrónica, Telecomunicações e Informática da Universidade de Aveiro-Portugal

Introdução: A idade de implantação cirúrgica parece ser relevante no desenvolvimento da linguagem das crianças com implante coclear. Para muitos autores, a implantação, até aos 2anos-6meses, promove maiores ganhos linguísticos do que quando realizada posteriormente. É objectivo deste trabalho, contribuir para o conhecimento da influência da idade de implantação no desenvolvimento da linguagem de crianças com surdez congénita.

Material e Método: Estudaram-se 30 crianças, ambos os géneros, idades entre 8anos-01mês e 10anos, com surdez neurosensorial profunda bilateral congénita, implantadas no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. Dividiu-se a amostra em 2 grupos: Grupo A - crianças implantadas até 2 anos-6 meses; Grupo B - crianças implantadas após 2 anos-6 meses. Para avaliação da linguagem utilizou-se a Grelha de Observação da Linguagem- nível escolar, que avalia a semântica, morfossintaxe e fonologia. Usou-se o Student t-test do SPSS 20 para análise estatística, com significância mínima $p=0.05$. Os resultados apresentam-se em média±desvio-padrão.

Resultados: Idade média auditiva Grupo A: 79.7 ± 7.93 meses; Grupo B: 71.5 ± 1.31 meses. O Grupo A apresentou resultados médios superiores aos do Grupo B, com diferenças estatisticamente muito significativas na semântica, 19.6 ± 8.61 vs 10.3 ± 8.61 , $p=0.007$ e morfossintaxe 22.8 ± 11.79 vs 11.2 ± 11.09 , $p=0.011$. Na morfossintaxe verificou-se uma diferença muito significativa na prova reconhecimento de frases agramaticais, Grupo A 9.44 ± 5.79 vs Grupo B 4.00 ± 4.65 , $p=0.011$ e na coordenação e subordinação de frases 4.22 ± 2.90 vs 1.92 ± 2.23 , $p=0.027$. Na fonologia, o Grupo A obteve melhores resultados médios comparativamente ao Grupo B. Todavia, a diferença foi estatisticamente significativa apenas na prova segmentação silábica, Grupo A 8.50 ± 1.62 vs Grupo B 6.58 ± 3.3 , $p=0.046$.

Conclusões: Crianças implantadas até 2 anos-6 meses apresentaram melhores resultados nas componentes linguísticas estudadas comparativamente às implantadas mais tarde. Todavia, a idade auditiva, significativamente superior no Grupo A não permite, por si só, afirmar a solidez das evidências constatadas.

3- Paralisia facial periférica na otite média crónica não-colesteatomatosa:

Descompressão cirúrgica?

Inês Gambôa, Clara Magalhães, Gustavo Lopes, Roberto Nakamura, Delfim Duarte
Serviço de Otorrinolaringologia – Hospital Pedro Hispano U.L.S. Matosinhos

Introdução: A paralisia facial periférica é uma entidade clínica relativamente comum, sendo variadas as suas etiologias. A sua apresentação no contexto de otite média crónica não colesteatomatosa é rara. Nestes casos é unânime a importância da terapêutica médica, nomeadamente a corticoterapia. No entanto, existe alguma controvérsia nas indicações para a descompressão do nervo facial.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um doente do género masculino, 58 anos, que recorre ao Serviço de Urgência de Otorrinolaringologia por paralisia facial com 14 dias de evolução e otalgia com otorreia ipsilateral com 2 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava paralisia facial periférica grau IV na escala de House-Brackmann, otoscopia esquerda normal e direita com otorreia purulenta e pólipos sentinelas no canal auditivo externo, não se visualizando a membrana timpânica. A audiometria revelou surdez mista moderada à direita e ligeira à esquerda. A TC mostrou ouvido direito com preenchimento por material de tecidos moles ao nível da caixa do tímpano, antro e mastóide e suspeita de deiscência do canal do nervo facial. O doente foi submetido a descompressão dos segmentos timpânico e mastoideu do nervo facial por via transmastóideia. No ato cirúrgico foi constatada ausência de colesteatoma, com presença de pólipo inflamatório e tecido de granulação e integridade do canal do nervo facial. Realizou posteriormente, em internamento, corticoterapia e antibioterapia.

Encontra-se em seguimento em consulta de Otorrinolaringologia.

Discussão e conclusão: A decisão de uma intervenção cirúrgica imediata baseou-se no tempo de evolução da paralisia facial, na suspeita da presença de colesteatoma e de deiscência do canal do nervo facial, que não foram constatados no intra-operatório. Nestes casos não é consensual a decisão de descompressão cirúrgica e os resultados na literatura do prognóstico da recuperação da função do nervo facial são variáveis.

Conclusão: O presente caso remete-nos para a importância das indicações da descompressão cirúrgica na otite média crónica não-colesteatomatosa e com integridade do canal do nervo facial.

4- Ototoxicidade por Amicacina em Doente com Tuberculose Pulmonar

Inês Gambôa, Nuno Costa, Nuno Trigueiros, Nuno Oliveira, Delfim Duarte
Serviço de Otorrinolaringologia - Hospital Pedro Hispano U.L.S Matosinhos

Introdução: São considerados fármacos ototóxicos aqueles com potencial de causar danos celulares em estruturas do ouvido interno, levando a perdas irreversíveis na função vestibular ou coclear. Alguns destes fármacos incluem antibióticos aminoglicosídeos, agentes anti-neoplásicos, salicilados, quinina e diuréticos de ansa. Os aminoglicosídeos são usados em infeções por bactérias gram negativas aeróbias ou como terapêutica de segunda linha da tuberculose. O surgimento de ototoxicidade é imprevisível com o tempo de duração da terapêutica, podendo manifestar-se após várias semanas ou meses do seu uso.

Relato de caso: M.L.S., 44 anos, com antecedentes de cirrose hepática alcoólica, medicado com furosemida e espirinolactona. Recentemente diagnosticado com tuberculose pulmonar resistente a isoniazida. Iniciou terapêutica tuberculostática tradicional, entretanto suspensa por toxicidade hepática, tendo iniciado esquema de segunda linha com levofloxacina, etambutol e amicacina. Ao 4º mês de terapêutica desenvolveu de forma súbita acufenos e hipoacusia bilateral. Ao exame objetivo apresentava otoscopia normal e acumetria normal. Realizou audiograma que revelou hipoacusia neurossensorial moderada à direita e ligeira à esquerda. Dada a referência a audição normal prévia, foi assumido quadro de provável ototoxicidade por amicacina, que foi suspensa. Realizou um curto ciclo de corticoterapia oral. Fez reavaliação audiométrica após 8 dias, que se revelou sobreponível, e após 15 dias, que revelou progressão da perda auditiva com hipoacusia neurossensorial profunda à direita e severa à esquerda. Manteve terapêutica tuberculostática com levofloxacina e etambutol, e foi referenciado para uso de prótese auditiva à esquerda.

Discussão: A estreptomicina foi, em 1944, o primeiro aminoglicosídeo utilizado na prática clínica. Amicacina, canamicina e estreptomicina são usados como terapêutica de segunda linha na tuberculose pulmonar.

A toxicidade coclear da amicacina inicia-se nas altas frequências e é secundária à destruição irreversível das células ciliadas externas do órgão de corti. A sua incorporação nas células ciliadas leva a mecanismos celulares de disrupção de síntese proteica mitocondrial, formação de radicais livres de oxigénio e ativação de caspases que levam a apoptose. A terapêutica concomitante com outros fármacos ototóxicos potencia o dano coclear, sendo que no presente caso o uso de furosemida pode ter contribuído para uma diminuição do limiar de ototoxicidade.

A prevenção passa por monitorização dos níveis séricos de amicacina e testes auditivos antes, durante e após o tratamento, sendo que esta deve ser descontinuada caso haja identificação de hipoacúsia. Atualmente não há nenhuma terapêutica disponível. Amplificação ou implantes cocleares podem ser a única opção de tratamento.

Conclusão: Salienta-se a importância da identificação de fatores de risco para ototoxicidade e a monitorização da função auditiva quando o seu uso é ponderado.

5- Implantação coclear bilateral num paciente com fractura bilateral do osso temporal

Daniela Ramos¹, Carlos Ribeiro¹, Xavier Jorge²

1- Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)-Portugal

2- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra-Portugal

Introdução: A surdez neurossensorial bilateral severa a profunda resultante de um traumatismo craneo-encefálico pode ser tratada de forma eficaz mediante colocação de implante coclear bilateral. Em tais circunstâncias, há vantagens da implantação coclear bilateral em relação à implantação coclear unilateral, como documenta a literatura.

Caso clínico: Paciente de 32 anos de idade, género feminino, vítima de atropelamento em via pública por veículo motorizado a alta velocidade, sofreu acidente de viação com traumatismo crânio-encefálico, fratura bilateral transversal do osso temporal e consequente surdez neurossensorial profunda bilateral. Foi submetida a implantação coclear bilateral em simultâneo 6 meses depois. Iniciou o programa de reabilitação auditiva, em terapia da fala, com uma frequência semanal, um mês após a activação do processador da fala. Na avaliação audiológica e de terapia da fala, às 4 semanas de reabilitação auditiva, a paciente demonstrou um desempenho audiométrico e de percepção/discriminação de fala em tarefas de voz viva e ao telefone muito favorável.

Conclusão: Tratou-se de um caso de surdez bilateral pós traumatismo crânio-encefálico tratado com sucesso com recurso à implantação coclear bilateral.

6- Adenocarcinoma papilar do saco endolinfático – A propósito de um caso clínico

Diana Cunha Ribeiro¹, Ana Rita Nobre², Edite Portugal², Armando Rocha^{1,2}, Francisco Branquinho², Arnaldo Guimarães²

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Otorrinolaringologia

2- Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Serviço de Otorrinolaringologia

O adenocarcinoma do saco endolinfático é uma entidade clínica rara, descrita pela primeira vez em 1984 e associada em 15% dos casos à doença de Von Hippel Lindau.

Apresenta um crescimento lento, com uma elevada agressividade local, não metastizando. Clinicamente causa um quadro clínico semelhante à Doença de Ménière pela compressão que o tumor causa ao nível do saco endolinfático.

Apresentamos o caso de um doente de 49 anos, com antecedentes pessoais de timpanomastoidectomia do ouvido direito 3 anos antes, que se apresentou com um quadro clínico de tonturas, dismetria, disartria, cervicalgias e parestesias noturnas dos membros superiores. Realizou estudo imagiológico por Ressonância Magnética Crânio-Encefálica que revelou volumosa lesão expansiva com envolvimento da mastóide e rochedo direitos, condicionando erosão óssea, localizada na cisterna do ângulo ponto-cerebeloso direito e estendendo-se superiormente ao ponto de transição mesencefálica adjacente à tenda do cerebelo. O diagnóstico anatomopatológico, após craniotomia temporal direita foi de adenocarcinoma papilar do saco endolinfático tendo sido

submetido a embolização eletiva pré-cirúrgica, exérese sub-total da lesão mediante craniotomia occipital e radioterapia complementar. O doente encontra-se em consultas de follow-up, efetuando controlo imagiológico da lesão tumoral residual.

7- Tumor de oído medio: A propósito de un caso

Al Rifai Al Masri M, Dorado Gutiérrez G, Salazar Ruiz S, Lendoiro Otero C, Tedín García S, Blanco Labrador M.

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Caso Clínico: Mujer de 55 años de edad que acude por acúfeno derecho pulsátil que coincide con latido cardíaco y cefalea de 3 meses de evolución, sin otra sintomatología ORL, A la exploración se objetiva una Formación polipoide en caja timpánica derecha que protruye a CAE y formaciones epidérmicas en cuadrantes anteriores.

Se realizó aspirado de secreciones, con toma de biopsia de la lesión, que reporta Formación quística tapizada de epitelio plano estratificado con láminas de queratina en su interior. Sugestivo de Colesteatoma.

Bajo anestesia general se realiza Antroaticotomía con toma de biopsia Intraoperatoria de la lesión que reporta probable paraganglioma.

Pruebas Complementarias:

TC Peñasco: Obliteración completa de celdillas mastoideas, ocupación y ensanchamiento del antro mastoideo, masa densidad partes blandas que se extiende y ocupa la totalidad de la caja timpánica incluyendo EPI, meso e hipotímpano, cadena osicular rodeada por tejido sin signos definitivos de erosión. Ligera irregularidad del techo timpánico y escuto.

RMN de peñasco: Ocupación del oído medio derecho por material realzado que a través del techo del tímpano, pasa a la fosa craneal media provocando una imagen de colección-engrosamiento realzado de morfología epidural adyacente al lóbulo temporal en su cara inferior.

Biopsia: MENINGIOMA grado I de la WHO.

Discusión: Los meningiomas son entre un 14 – 40% de los tumores intracraneales primarios, pero los localizados en el hueso temporal son tan solo el 3-10%. Suelen aparecer generalmente en mujeres de la 5ta década de edad.

Clínicamente aparece de forma insidiosa y puede ser debida a afectación de pares craneales (se afectan los pares bajos en 1/3 de los casos), efecto masa sobre el cerebelo (de hecho los síntomas cerebelosos son los más frecuentes en estos pacientes), compresión del tronco del encéfalo o por producir hipertensión intracraneal (dando lugar a cefaleas en el 70% de los pacientes).

Con fines diagnósticos y preoperatorio suele ser necesario realizar una RMN (masa heterogénea que realza con gadolín – Signo de la cola dural-), TC (en ocasiones con calcificaciones) y angiografía cerebral.

El tratamiento es quirúrgico.

8- Carcinoma epidermoide del conducto auditivo externo, presentación clínica y diagnóstico diferencial

Ayala Méndez, Diana Patricia; Vicente Fernández, Cristina; Herranz González-Botas, Jesús

Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Introducción: Los carcinomas del conducto auditivo externo (CAE), son tumores muy infrecuentes, con una prevalencia estimada de 1/1.000.000 de habitantes. Su rareza plantea un reto diagnóstico, por lo cual es importante conocer los signos y síntomas que los caracterizan y tener en cuenta los diagnósticos diferenciales.

Caso clínico: Presentamos los casos clínicos de dos mujeres de 62 y 69 años, sin antecedente de inmunosupresión, con clínica de otorrea, otorragia y otodinia de un mes de evolución, sin fiebre y sin respuesta al tratamiento antibiótico. A la exploración física presentaban otorrea purulenta abundante. Las pruebas de imagen mostraron amplia destrucción ósea del oído medio y mastoides, con extensión a tejidos adyacentes. Se tomaron biopsias, cuya anatomía patológica fue compatible con carcinoma epidermoide del CAE. En base al sistema de estadiaje de Stell, se catalogaron como T3. Por la extensión tumoral se decidió dar radioterapia como tratamiento.

Discusión: La evaluación y manejo de este tipo de tumores representa un desafío, debido a su infrecuencia, a la falta de universalidad del estadiaje y al pobre pronóstico a pesar del tratamiento. En un paciente con clínica de otorrea purulenta crónica y otalgia sin respuesta al manejo antibiótico, debemos plantear como posibilidades diagnósticas, una otomastoiditis complicada, una otitis externa maligna o un carcinoma del CAE.

9- Colesteatoma primário do ouvido médio: um diagnóstico diferencial de otosclerose

Vânia Henriques¹; Rafaela Teles¹; Alexandra Gomes¹; Ana Sousa¹; Roberto Estevão¹; Jorge Rodrigues¹; Ângelo Fernandes¹; Fausto Fernandes²

¹ Serviço ORL; ² Director de Serviço ORL

Centro Hospitalar Alto Ave, Guimarães, Portugal

Introdução: Os colesteatomas podem ser classificados em primários (congénitos) e secundários (adquiridos). Os colesteatomas primários (CP) são menos frequentes e são compostos por restos de epitélio escamoso queratinizado, localizados medialmente a uma membrana do tímpano intacta num doente sem antecedentes de cirurgia otológica, perfuração da membrana do tímpano, otorreia ou otites de repetição. Frequentemente o único sintoma é a hipoacusia. O diagnóstico precoce é essencial para prevenir a extensão local da doença e preservar a audição.

Material e métodos: Doente do sexo feminino, 17 anos, raça caucasiana, que recorreu à consulta externa de ORL por hipoacusia esquerda com um ano de evolução. Sem história de otites de repetição, otalgia ou otorreia. Na otoscopia apresentava, bilateralmente, membrana do tímpano íntegra e translúcida, com canal auditivo externo permeável. Apresentava ainda, no audiograma, uma hipoacusia de condução esquerda com entalhe de Carhart aos 2000Hz e ausência de reflexos estapédicos. Foi submetida a timpanotomia exploradora com visualização de colesteatoma primário, que

condicionava erosão de toda a cadeia ossicular. Realizou-se uma ossiculoplastia com TORP de titânio.

Conclusão: Perante um quadro de hipoacusia de condução com membrana timpânica íntegra e na ausência de antecedentes otológicos de relevo, deve ser ponderada a possibilidade de estarmos perante um CP do ouvido médio.

10- Malformação de Arnold Chiari tipo I e surdez súbita. A propósito de um caso clínico

Alexandra Gomes, Rafaela Teles, Vânia Henriques, Roberto Estevão, Ana Sousa, Jorge Rodrigues, Rita Moura, Fausto Fernandes

Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Portugal

A malformação de Arnold-Chiari é uma patologia rara caracterizada pela herniação descendente, de pelo menos 5 mm, das amígdalas cerebelosas através do *foramen magnum*. De acordo com a sua gravidade e diferentes manifestações clínicas é classificada em 4 tipos (I, II, III e IV). A de tipo I pode ser congénita ou adquirida, associada a uma redução do volume da fossa posterior e é a mais comum, com uma incidência de 0,1 – 0,5%. O sexo feminino é predominantemente afectado, numa faixa etária entre os 30 e os 50 anos. As manifestações clínicas podem cursar com cefaleia occipital que agrava com as manobras de Valsalva, parestesias dos membros superiores, vertigem, acufenos e nistagmo geotrópico. A RM é o exame imagiológico de eleição, pois a TC CE pode mascarar a presença de cavitações ao nível da medula. O tratamento pode ser conservador em doentes cuja sintomatologia seja ligeira, estando a abordagem cirúrgica reservada perante a presença de sintomas progressivamente debilitantes, hidrocefalia ou neuropatia autonómica.

O presente trabalho relata o caso clínico de uma mulher de 39 anos com antecedentes pessoais de cefaleia occipital medicada com analgésico, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro súbito de vertigem, intolerância ao ortostatismo, náuseas e vômitos com 24 horas de evolução. Desde há 3 dias referia surdez súbita à esquerda, com acufenos e sensação de plenitude auditiva. A otoscopia, rinoscopia anterior e orofaringe não apresentavam alterações e a doente não tinha nistagmo. O audiograma revelou cofose esquerda e pela intensidade dos sintomas ficou internada sob soroterapia e vestibuloplégicos. Realizou avaliação complementar com videonistagmografia que demonstrou hiporeflexia esquerda de 60% e, imagiologicamente realizou TC CE com suspeita de Chiari tipo I, informação corroborada por RM CE, com posicionamento baixo das amígdalas cerebelosas ultrapassando em 12 mm a margem inferior do buraco occipital. Durante o internamento evoluiu favoravelmente, no entanto, posteriormente avaliada em consulta de ORL persiste a cofose esquerda e ligeira instabilidade postural. A doente foi referenciada para consulta de Neurocirurgia.

11- Osteoma do seio maxilar - A propósito de un caso clínico

Diana Cunha Ribeiro¹, Ana Rita Nobre², Edite Portugal², Francisco Branquinho², Arnaldo Guimarães²

1-Centro Hospitalar e Universitario de Coimbra

2-Instituto Português de Oncologia, Francisco Gentil de Coimbra

Os osteomas craneo-faciais são tumores benignos, frequentes, com origem nas estruturas do esqueleto crâneo-facial. São particularmente frequentes nos seios fronto-etmoidais e raros no seio maxilar. Surgem em doentes jovens (2^o-3^a décadas de vida) com uma relação homem/mulher de cerca de 2/1. A maioria são assintomáticos e descobertos acidentalmente quando um exame imagiológico dos seios perinasais é solicitado.

Apresentamos o caso de um doente de 79 anos, que após realização de Tomografia Computarizada Crâneo-Encefálica (com extensão aos seios perinasais) por cefaleias recorrentes, se detectou a presença de uma estrutura de densidade óssea localizada ao nível do seio maxilar direito. Foi submetido a cirurgia de maxilectomia parcial para sua remoção e envio para estudo anatómico-patológico. E fazemos uma breve revisão da literatura acerca do tema.

12- Papilomatosis de cavidad nasal. (A propósito de un caso).

Betances Reinoso, F; Chiesa Estomba, CM; Araujo da Costa, AS; Rivera Schmitz, T; Ossa Echeverri, CC; Araujo Nores; J, Perez- Carro Rios, A.

Servicio ORL Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción: El papiloma (condiloma acuminado) a nivel nasal, es un cuadro clínico poco frecuente. Se suele asociar a infección por el virus del papiloma humano (VPH) y según el genotipo al que pertenezca presentara mayor o menor riesgo de transformación maligna. El Virus Papiloma Humano (VPH) pertenece a un grupo de virus de ADN, de doble cadena helicoidal protegido por la cápside que contiene las proteínas de superficie facilitando la fijación del virus a células susceptibles.

Caso clínico: Paciente masculino de 44 años de edad que acude por tumoración en ambas fosas nasales, acompañadas de epistaxis de repetición. En la exploración ORL se visualizan 2 lesiones, una en tabique y otra en el suelo de la fosa nasal izquierda de menos de 1 cm, carnosas, papilomatosas, sangrantes. Y una lesión en fosa nasal derecha de aproximadamente 2 cm, sésil, también de aspecto papilomatoso. En la nasofibroscofia flexible: se visualizan papilomas en vestíbulo nasal. El TC de senos paranasales reporta ocupación de la región anterior de ambas fosas nasales por tejido de densidad partes blandas el cual no sufre refuerzo significativo tras administración de contraste, sugestivo de pólipos, sin criterios radiológicos de malignidad. Mediante CENS se realiza exéresis de lesiones papilomatosas las cuales se envían para estudio anatómico-patológico y genético. Dando como resultado: Papilomas nasosinusales Schneiderianos, de patrón exofítico, con intensa hiperqueratosis y disqueratosis. Estudio genético: Virus VPH serotipo 11.

Conclusión: El papiloma es una de las lesiones epiteliales más frecuente. En la actualidad se acepta que es producido por el virus del papiloma humano (VPH) y su presencia en lesiones humanas han sido ampliamente demostradas. La infección por el

VPH en mucosa aerodigestiva, fue por primera vez demostrada en animales hace más de cincuenta años. La mayoría de las lesiones de la cavidad bucal se deben a contacto directo por autoinoculación y por relaciones orogenitales, esto da origen a que el crecimiento del VPH pueda ser en piel y en mucosas (cara, resto del cuerpo y cavidad nasal). Este virus induce a la formación de lesiones hiperplásicas, papilomatosas y verrugosas en piel y mucosas de animales. Se considera actualmente que la resección quirúrgica es fundamental debido al riesgo de transformación maligna de estas lesiones.

13- Disfunción de la válvula nasal, una causa habitual de obstrucción nasal: revisión de la bibliografía.

Milá de la Roca Morales, Alba M.; Faraldo-García, Ana

Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción: según Elwany y Thabet, 1996 el 13% de los pacientes que tienen obstrucción nasal es debido a disfunción valvular nasal (DVN). Constantian, 1996 reportó que el 91% de los pacientes que van a revisión de septoplastia corrigen su patología obstructiva con cirugía de la VN.

Discusión: la VN fue descrita por Mint en 1903, dividida en Válvula Nasal Interna (circunscrita por la porción caudal del cartílago lateral superior, septum nasal, cabeza del cornete inferior y suelo nasal, funcional si tiene un ángulo superior a 15°) y Válvula Nasal Externa (circunscrita por el vestíbulo nasal). Según Bernoulli, el flujo aéreo en espacios estrechos produce descenso de presiones intraluminales conduciendo al colapso. La DVN, siempre que exista obstrucción nasal, ocurre por factores estáticos (estrechez anatómica) y/o dinámicos (debilidad de la estructura valvular). Al examen físico se objetiva DVN al observar el fenómeno de succión inspiratorio y/o ángulo de Mint estrecho y al notar y escuchar mejoría de la respiración nasal tras la maniobra de Cottle o de Bachman. Tenemos instrumentos de medición subjetivos: escala NOSE, VAS y bandas nasales, y objetivos: rinomanometría, flujo nasal inspiratorio, TAC, flujos dinámicos computacionales y EMG de músculos nasales. A pesar de esto, hay falta de correlación entre pruebas subjetivas y objetivas. Como cirugías tenemos: spreader grafts, flaring sutures, suspensión de la válvula nasal, batten grafts, splay grafts y butterfly grafts. Rhee en 2008 y Spielman en 2009 en revisiones sistemáticas de las técnicas quirúrgicas entre 1982-2009 reportan un éxito entre el 65-100 % para todas las técnicas con un nivel C de recomendación.

Conclusión: La anamnesis y la exploración son las bases del diagnóstico de la patología valvular. En ausencia de una prueba estándar, deben complementarse las pruebas existentes. Son necesarios estudios bien diseñados para alcanzar buenos niveles de recomendación en esta patología real aunque descuidada.

14- Papiloma Oncocítico

Ahumada Silva, Andrea; Cajade Frías, Juan

Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela

Introducción: El papiloma oncocítico es un tumor epitelial benigno derivado de la membrana de Schneider, compuesto por lesiones exofíticas e invaginaciones endofíticas

con capas de células de características oncocíticas. Es infrecuente, representando 3-5% de los papilomas. Tienen microquistes intraepiteliales con mucina y neutrófilos. La edad de presentación es alrededor de 50 años, afecta por igual a mujeres y hombres. Suelen presentarse con obstrucción nasal, rinorrea anterior y/o posterior, cacosmia, dolor facial y epistaxis. Las localizaciones más frecuentes son la pared lateral de la cavidad nasal, el seno etmoidal y el seno maxilar. Siempre es unilateral. La exploración se observa un tumor desarrollado en la cavidad nasal con o sin secreciones purulentas. La prueba de elección es el TC con contraste. El tratamiento es quirúrgico.

Materiales y métodos: Paciente de 53 años con obstrucción nasal derecha de 10 días de evolución, con rinorrea acuosa. No fiebre. No supuración, si antecedentes de epistaxis. Antecedente de obstrucción nasal ipsilateral. Exploración ORL: Rinoscopia anterior: Tumoración polipoidea en fosa nasal derecha que se biopsia. Resto normal. AP: Papiloma nasosinusal. TAC facial: opacificación del seno maxilar derecho, masa polipoidea, que ocupanda la práctica totalidad de la fosa nasal derecha, con obstrucción del meato medio y extensión a la nasofaringe. Se realizó CENS y Caldwell-Luc derecho. AP postcirugía: Papiloma oncocítico.

Resultados: paciente con mejoría clínica importante tras tratamiento quirúrgico.

Discusión: El papiloma oncocítico es un tumor nasosinusal benigno e infrecuente. El tratamiento es quirúrgico siempre, bien por accesos externos como Caldwell-Luc o vía endoscópica. La degeneración en carcinoma es infrecuente. La quimioterapia o radioterapia postoperatoria puede ser necesario, cuando hay signos de malignidad asociados. La recurrencia postoperatoria es de 25 a 35%, por lo general en el mismo sitio de la enfermedad anterior.

15- Glioma nasal

Ahumada-Silva, Andrea; Faraldo-García, Ana; Milá de la Roca-Morales, Alba; Méndez-Gallart, Roberto; Bautista, A; Martín-Martín, Carlos
Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela

Introducción: Los tumores nasales de la línea media son anomalías raras. Se producen en 1 / 30.000 nacidos vivos. Los más comunes son quistes dermoides, encefalocelos y gliomas nasales. Los síntomas pueden ser rinorrea o dificultad respiratoria. Los gliomas son masas nasales congénitas de línea media. Aparecen en la infancia. No hay asociación familiar. Son masas pulsátiles, firmes, no compresibles con superficie telangiectásica. Un 15 - 20% están conectados al espacio subaracnoideo. El diagnóstico es clínico mediante visualización de la lesión. La RMN es la prueba de imagen de elección. El tratamiento es quirúrgico.

Caso clínico: Paciente varón con diagnóstico prenatal mediante ecografía de tumoración facial. Al nacimiento presenta una masa exofítica con base en raíz nasal de 3x4cm proyectándose hacia canto interno de ojo izquierdo, color rojo-violáceo, consistencia blanda y transluminación negativa. Dificultad para pasar sonda por la fosa nasal izquierda. Rinofibroscopia: fosa nasal derecha permeable y colapso parcial de nariz izquierda a expensas de la tumoración, permeable hasta 2 cm de la entrada de la fosa. RMN postnatal: masa exofítica en raíz nasal izquierda que se dispone anterior al globo ocular izquierdo, independizado del mismo. Hiposeñal en secuencias T1 e hiperseñal en

secuencias T2. No comunicación con el endocráneo. A los 28 días de nacido se realiza exéresis quirúrgica. Anatomía patológica: glioma nasal. Excelente resultado estético y funcional. Respiración adecuada por ambas fosas nasales.

Conclusión: Los gliomas nasales son masas compuestas por células gliales y tejido conectivo fibrovascular. 60% son extranasales, 30% son intranasales, y 10% son mixtos. El tratamiento es quirúrgico y la vía de acceso es extranasal o intranasal. La recurrencia es baja (de 4 a 10%).

16- Silent Sinus

Sara Martins Pereira; Filipa Moreira, Daniel Miranda, Berta Rodrigues, Matos Gonçalves, Luís Dias

Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial Hospital de Braga, Portugal

Introdução: O síndrome do Silent Sinus é definido como enoftalmia e hipoglobo espontâneos e progressivos com hipoplasia do seio maxilar e reabsorção do pavimento da órbita. É causada por atelectasia do seio maxilar na presença de hipoventilação crónica do respectivo seio.

Material e Métodos: Consulta do processo físico. Revisão da literatura.

Caso Clínico: Paciente do sexo masculino, 11 anos, antecedentes de adenoidectomia e miringotomia com tubos de ventilação transtimpânicos bilateralmente aos 6 anos de idade e cirurgia de correcção de refluxo vesicoureteral aos 3 anos. Foi encaminhado para consulta de ORL por noção de visão turva com cerca de 1 ano de evolução, após já ter sido observado em consulta de Oftalmologia, sem ser detectada patologia. Ao exame físico, apresentava ligeira enoftalmia direita. A rinoscopia anterior e posterior bem como a endoscopia nasal, não revelaram alterações. O TC dos seios perinasais demonstrou atelectasia e ocupação do seio maxilar direito, com pavimento da órbita fino e deprimido. O paciente foi submetido a cirurgia endoscópica nasosinusal, realizando-se antrostomia com drenagem do seio maxilar direito. Decorridos 3 meses, o doente apresenta-se assintomático e o TC revela um seio maxilar ainda parcialmente ocupado, mas com orifício de drenagem patente.

Conclusão: Silent Sinus é uma patologia incomum, secundária ao colapso gradual do pavimento da órbita, presente em concomitância com sinusite maxilar crónica subclínica. O diagnóstico baseia-se nos achados clínicos e radiológicos. O tratamento cirúrgico é a terapêutica de escolha e deve ser realizada o mais precocemente possível, a fim de evitar alterações estéticas irreversíveis ou compromisso ocular

17- Rinolitiasis: A propósito de un caso.

Ossa Echeverri, Carla Cristina; Araujo Da Costa, Ana Sofia; Rivera Schmitz, Teresa, Chiesa Estomba, Carlos Miguel, Reinoso Betances, Frank

Servicio Otorrinolaringología Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción: Los rinolitos se desarrollan a partir de cuerpos extraños dentro de la cavidad nasal que calcifican al ser retenidos crónicamente, ya que sirven como base para el depósito de sales minerales y calcio. Clínicamente los síntomas son inespecíficos, pudiendo manifestarse con obstrucción nasal, rinorrea purulenta y fétida,

dolor local y dificultad respiratoria. Aunque el diagnóstico es sencillo mediante endoscopia nasal la tomografía computarizada descarta diagnósticos diferenciales como osteoma, en caso de presencia de rinolito en seno frontal, osteoblastoma, condrosarcoma, carcinoma escamoso o cualquier masa parcialmente calcificada. El tratamiento de elección es la extracción quirúrgica.

Caso Clínico: Presentamos el caso de una paciente de 53 años, sin antecedentes de interés, que consulta por insuficiencia respiratoria nasal, rinorrea fétida y cefalea periorbitaria derechas de 2 años de evolución persistentes a pesar de tratamiento. A la exploración rinoscópica se evidencia formación sólida de aspecto calcáreo en suelo de fosa nasal derecha de aproximadamente 4cm rodeada por mucosa inflamatoria. Se realiza una tomografía que demuestra la presencia de una imagen de contornos calcificados en suelo de fosa nasal derecha sin otras alteraciones. Con la sospecha de rinolitiasis se realiza extracción bajo anestesia local y estudio anatomopatológico que confirma el diagnóstico. La evolución clínica fue satisfactoria y actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Conclusiones: La rinolitiasis es una patología poco frecuente que consiste en una complicación tardía de un cuerpo extraño nasal no diagnosticado. Dado que la sintomatología es inespecífica puede pasar desapercibido y retrasarse el diagnóstico durante años hasta que aumenta de tamaño y empeoran los síntomas. Su extracción es el tratamiento de elección logrando una resolución completa de la clínica en la mayoría de los casos.

18- Granulomatose com poliangeíte (de Wegener): A Importância de ORL no diagnóstico

Clara Magalhães¹; Inês Gamboa¹; Roberto Nakamura²; Artur Silva³; Delfim Duarte⁴.

¹Interna de Formação Específica do Serviço ORL, ²Assistente Hospitalar do Serviço ORL, ³Assistente Hospitalar do Serviço de Anatomia Patológica; ⁴Diretor de Serviço ORL

Instituição: Hospital Pedro Hispano

Introdução: A Granulomatose com Poliangeíte (GCP) é uma doença sistémica rara de etiologia desconhecida. Caracteriza-se por granulomas necrotizantes e vasculite de pequenos vasos que envolvem predominantemente as vias aéreas superiores, pulmões e rins. A patologia ORL é frequente, sobretudo a nasossinusal. O seu diagnóstico é confirmado pelos achados histológicos e serológicos. A terapêutica é feita com imunossuppressores. A abordagem cirúrgica é controversa.

Material e métodos: Os autores apresentam o caso clínico de um doente do género masculino, 30 anos, com obstrução nasal, epistáxis e rinorreia com 9 meses de evolução. Desde há 5 meses com artralhas das grandes articulações e mialgia dos membros inferiores, bem como anorexia, emagrecimento e hipersudorese noturna. Recorreu ao SU por exantema maculopapular associado a febre. Foi internado por Medicina Interna e observado por ORL. Na rinoscopia anterior visualizou-se perfuração septal e mucosa friável com presença de crostas, tendo sido realizada biópsia nasal. **Resultados:** Do estudo realizado salienta-se ANCA's positivos (PR3 e ds-DNA) e achados histológicos na biópsia nasal sugestivos de GCP. Foi medicado com

corticoterapia endovenosa, corticoterapia tópica nasal e lavagens nasais com irrigação salina com melhoria da sintomatologia. Como intercorrência teve um episódio de hemorragia alveolar e glomerulosclerose com surto de crescentes, pelo que iniciou ciclofosfamida e reduziu dose de corticoterapia.

Conclusões: A GCP é uma doença rara e potencialmente fatal, com manifestação ORL frequente, podendo ser esta a primeira e única forma de apresentação. O Otorrinolaringologista tem um papel importante no seu diagnóstico.

19- Hipósmia unilateral pós-traumática: Qual a verdadeira causa? Caso clínico

Raquel Ferreira¹, Luís Filipe Silva¹, Basile N. Landis²

¹ *Serviço de ORL do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal*

² *Serviço de ORL e Cirurgia Cervico-facial dos Hôpitaux Universitaires de Genève, Suíça*

Introdução: As causas mais frequentes de hipósmia são: rinossinusite crónica, pós-infecção das vias aéreas superiores, traumatismo craniano, exposição a substâncias tóxicas, doenças neurodegenerativas e efeitos laterais de medicamentos. A função olfactiva pode ser avaliada por testes psicofísicos como os Sniffin' Sticks. Estes permitem avaliar o Limiar olfactivo (modificando a concentração de substâncias odoríferas), a capacidade de Discriminação (discriminar 2 odores diferentes) e a capacidade de Identificação (reconhecimento). O resultado dos 3 é o score LDI.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 41 anos, que sofreu um traumatismo craniano com fractura do tecto da órbita direita. Desde o acidente o doente refere hipósmia e anósmia flutuantes, com perda da percepção dos aromas. As queixas têm a duração de algumas horas até um dia e mantêm-se estáveis desde o acidente. O doente é alérgico ao pólen. Ao exame físico apresenta desvio de septo nasal para a esquerda, diminuindo a visibilidade da fenda olfactiva. Mucosa nasal normal e sem pólipos. Nos testes olfactivos obteve uma pontuação de 32,5 LDI à direita e 24,5 à esquerda (normal ≥ 31). As imagens de TAC e ressonância não revelaram fractura da lâmina crivosa mas havia preenchimento bilateral das células etmoidais. O paciente foi medicado com corticoide nasal e orientado para treino olfativo. Será reavaliado em 6 meses.

Discussão/Conclusão: Baseando-nos apenas na história clínica provavelmente teria sido diagnosticada uma anosmia pós-traumática. No entanto, a alteração unilateral detectada nos testes olfactivos e a presença de uma rinossinusite crónica subjacente explicam a intermitência dos sintomas. No caso descrito o diagnóstico presumido foi revisto após os testes olfactivos, endoscopia e TAC, com consequente alteração do tratamento e do prognóstico. Este caso ilustra a importância de testar de forma criteriosa a função olfactiva. Muitas vezes os doentes com patologia deste foro são informados de que não existe tratamento e não é realizada a avaliação adequada.

20- Síndrome do Nariz Vazio - Um caso clínico

Nuno Costa, Marta Neves, Delfim Duarte

Hospital Pedro Hispano – Portugal

Introdução: A síndrome de nariz vazio (SNV) é uma entidade clínica controversa e representa uma complicação rara da cirurgia nasal ou dos seios perinasais, em particular

da turbinectomia inferior. A sintomatologia é variável, mas a presença de obstrução nasal paradoxal face a ampla permeabilidade nasal está na base do seu diagnóstico.

Métodos: Apresentação de um caso clínico

Resultados: Os autores descrevem o caso de uma doente do sexo feminino de 40 anos submetida a septoplastia, microcirurgia endonasal bilateral e turbinectomia inferior em contexto de rinosinusite etmoido-maxilar crónica. No pós-operatório imediato apresentou melhora subjectiva da obstrução nasal e da hiposmia, que viriam a agravar no sexto mês pós-operatório. O exame físico e a tomografia computadorizada revelaram uma permeabilidade nasal preservada, com ausência total do corneto inferior da fossa nasal esquerda. Foi instituída terapêutica com corticóide tópico nasal e lavagens nasais com solução salina com alívio parcial dos sintomas apresentados.

Discussão/Conclusão: Apesar de o SNV constituir uma complicação rara da cirurgia nasal, esta entidade apresenta uma morbidade significativa para os doentes. A orientação terapêutica é problemática, passando por técnicas de hidratação e higiene da mucosa nasal, sendo a cirurgia reservada para os casos mais severos. Assim, a prevenção afigura-se como a estratégia mais importante a ter em consideração nesta entidade.

21- Tumor dermoide nasofaríngeo, un tipo de teratoma.

Milá de la Roca-Morales, Alba M.; Faraldo-García, Ana*; Ahumada-Silva, Andrea; Caneiro, Javier**; Suarez-Peñaranda, José M***

** Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela*

*** Servicio de Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela*

Introducción: la insuficiencia respiratoria nasal es uno de los motivos de consulta más habituales en otorrinolaringología, tanto en la edad pediátrica, como en los adultos. Su etiología puede ser muy diversa. Los tumores dermoides, también llamados pólipos pilosos, representan una forma de teratoma derivada solo del ectodermo y del mesodermo. Son lesiones benignas, infrecuentes en cabeza y cuello, escasamente reportadas en la literatura. Suelen detectarse en edades tempranas, sobre todo en recién nacidos debido al compromiso de la vía aérea.

Caso clínico: presentamos el caso de una paciente adolescente de 13 años diagnosticada de rinitis persistente moderada por sensibilización a ácaros que acude a la consulta refiriendo obstrucción nasal alternante, estornudos aislados en salvas, rinorrea posterior habitual, ocasional cacosmia y rinolalia cerrada. La madre refiere alimentación ruidosa y pausada en la infancia por inadecuada respiración nasal. En la nasofibroscoopia se evidencia, a nivel de las coanas, una lesión de aspecto blanquecino, redondeada, que ocupa la rinofaringe, se moviliza con los movimientos deglutorios y al hablar, que parece proceder de la cara posterior de paladar blando. Tras su exéresis, se confirma un tumor dermoide.

Conclusión: El tumor dermoide de cabeza y cuello es un hallazgo muy inusual en adolescentes y adultos. En general es una patología que se debe intentar reconocer en

estadios tempranos del embarazo para evitar el compromiso aéreo del recién nacido, además de ser diferenciada de otros tumores tales como el encefalocele.

22- Una causa menos habitual de disfonía.

*Elena San Román Rodríguez, Berta Patiño Castiñeira, Pedro Juiz López, Alfonso Zubizarreta Gutiérrez. Lucía López Carreira
Hospital Universitario Lucus Augusti*

Introducción: Una causa de disfonía es la parálisis de una cuerda vocal. Esta parálisis puede estar provocada por un tumor laríngeo, o bien por una lesión extralaríngea, dentro de las cuales los tumores malignos son la causa más frecuente, generalmente localizados a nivel cervical o en mediastino superior. Otras causas bien establecidas son la cirugía del tiroides, la intubación orotraqueal, la endarterectomía carotídea, el abordaje cervical de la columna vertebral, los traumatismos laríngeos no quirúrgicos y la radioterapia cervical.

Debido a su trayecto más largo, el recurrente izquierdo es más susceptible a ser lesionado (se desprende del nervio vago en el tórax, a la altura del cayado de la aorta y asciende hasta la laringe por el lado izquierdo del ángulo traqueoesofágico). Dentro de las causas de parálisis laríngea a nivel torácico las más frecuentes son los tumores malignos, broncopulmonares y esofágicos. Otras causas son la sarcoidosis y las enfermedades cardíacas, fundamentalmente la patología mitral (estenosis mitral).

Material y métodos: Paciente de 69 años, que acude a la consulta de ORL remitido desde urgencias por un cuadro de disfonía de dos semanas de evolución que en los últimos días le produce sensación disneica. Como antecedentes, exfumador desde hace 25 años, cáncer de próstata hace 5 años, traumatismo torácico izquierdo hace 10 años.

Exploración: se observa la presencia de una parálisis de cuerda vocal izquierda en posición media con movilidad de la derecha conservada, siendo el resto de la exploración normal.

Se decide solicitar un TAC cérvico-torácico.

Resultados: Se observa un gran aneurisma sacular de 5,8x7,9x6,5 a nivel del cayado, después de la salida de los troncos supraaórticos. Resto de estructuras mediastínicas dentro de la normalidad.

Discusión: Los aneurismas aórticos son una causa de lesión recurrencial a nivel mediastínico, por compresión del recurrente al desprenderse del vago, pudiendo ocurrir, como en este caso, que el único síntoma que presente el paciente sea una disfonía. Ante una parálisis laríngea izquierda hay que descartar patología a nivel de mediastino.

23- Metástasis en laringe de carcinoma de colédoco.

*Varela Vázquez, P.; Herranz González-Botas, J.; Padín Seara, A
Hospital Teresa Herrera (XXIAC), A Coruña*

Introducción: Las metástasis en laringe provenientes de neoplasias a distancia son poco frecuentes (0,09-0,4%). Como primarios están descritos: melanoma, carcinoma renal, colon, pulmón, mama, próstata y ovario.

Caso clínico: Varón de 54 años, ex fumador, que presenta masa cervical de 10 cm a la altura del cartílago tiroides y disfonía. Antecedente de adenocarcinoma de colédoco en julio de 2009 tratado con duodenopancreatectomía cefálica (Whipple). Por fibroscopia se aprecia una tumoración submucosa que disminuye significativamente la luz laríngea, realizándose traqueotomía por disnea. La PAAF dio como resultado adenocarcinoma. La TAC muestra una masa que destruye cartílago tiroides. Se realizó laringectomía total y hemitiroidectomía izquierda, con resultado anátomo-patológico de metástasis de adenocarcinoma, confirmado mediante estudio inmunohistoquímico. Cinco meses más tarde ingresó en Medicina Interna con deterioro de su estado general, diagnosticándose metástasis óseas, y posterior exitus.

Discusión: Las metástasis en laringe son raras. Están descritas con primario, de forma más frecuente, en riñón y piel (melanoma), y con menor frecuencia, en colon y páncreas. No se han descrito metástasis de carcinoma de vías biliares en laringe. El pronóstico de estos pacientes varía en función del pronóstico del tumor índice.

24- Timo ectópico cervical: A propósito de un caso.

Ossa Echeverri, Carla Cristina; Araujo Da Costa, Ana Sofia; Rivera Schmitz, Teresa, Chiesa Estomba, Carlos Miguel, Reinoso Betances, Frank.

Servicio Otorrinolaringología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción: Las masas cervicales, bien sea de origen congénito o adquirido, son un desorden común en adultos y niños. No obstante, el timo ectópico cervical es rara vez tenido en cuenta como diagnóstico diferencial debido a su baja incidencia.

El timo es un órgano especializado del sistema inmune, encargado de la producción de linfocitos T y se ubica anatómicamente en el mediastino anterosuperior. Se desarrolla durante la sexta semana del desarrollo embrionario a partir de la tercera hendidura faríngea y desciende caudal y medialmente desde la mandíbula hasta el mediastino anterior, donde se producirá una regresión progresiva. Puede haber implantación de tejido tímico remanente en este trayecto, lo que da origen a el timo ectópico cervical, el cual se presentará como una masa cervical sólida o quística generalmente asintomática.

Caso clínico: Presentamos el caso de un niño de 6 años de edad con una masa laterocervical derecha de 3 meses de evolución sin síntomas asociados, el cual es traído a urgencias por aumento en su tamaño. Recibe tratamiento médico sin objetivar clara mejoría. Ante la persistencia se solicitan pruebas complementarias, entre ellas RNM cervical en la que se visualiza una lesión sólida retrofaríngea de 15mm de diámetro, con extensión al espacio carotideo derecho, la cual desplaza estructuras vasculares y oblitera planos grasos. Se intenta PAAF de la lesión sin obtener un resultado concluyente por lo que se decide su exéresis para estudio anatomopatológico, el cual confirma la presencia de timo ectópico cervical.

Conclusiones: Las masas tímicas ectópicas son lesiones congénitas, sólidas o quísticas, que se manifiestan entre los 2 y 13 años de edad como nódulos asintomáticos del cuello generalmente unilaterales. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con otras masas cervicales como malformaciones linfáticas, vasculares, quistes branquiales, tiroglosos o paratiroides, enfermedades linfoproliferativas o tumores sólidos. El diagnóstico definitivo está dado por el estudio anatomopatológico aunque es posible apoyarse en

pruebas de imagen como la RNM cervical. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica confirmando previamente la existencia de timo a nivel mediastínico.

25- Leishmaniasis laringea: A propósito de un caso

Al Rifai Al Masri M, Dorado Gutiérrez G, Salazar Ruiz S, Lendoiro Otero C, Hurtado Ruzza R, J. Blanco Labrador M

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Caso Clínico: Varón de 54 años de edad que presenta disfonía de larga evolución.

Tratada como laringitis crónica durante 1 año, sin mejoría, a la exploración se objetiva mucosa laríngea de aspecto empedrado con fibrosis submucosa que afecta el vestíbulo laríngeo con cara laríngea de epiglotis y glotis, edema indurado de ambos aritenoides, cuerdas vocales engrosadas.

Pruebas complementarias:

TC Cervical: Importante engrosamiento de mucosa en la región del repliegue aritenoepiglótico bilateralmente más acusado en el lado izquierdo obstruyendo parcialmente la luz aérea. Disposición de cartílagos aritenoides normales. Hipertrofia tejidos blandos lisos y simétricos en orofaringe.

TC Torácico: Patrón micronodulillar bilateral asociado a adenopatías mediastínicas / hiliares que sugiere neumoconiosis (silicosis).

Biopsia: Presencia de múltiples microorganismos dentro del citoplasma de los macrófagos con morfología de amastigotes, positivos con tinción de Giemsa y negativos para PAS y plata. Características histoquímicas compatibles con Leishmaniasis.

Discusión: La afección de la mucosa laríngea de forma exclusiva por la leishmania en Europa se considera excepcional. El agente etiológico implicado en nuestro medio es la *Leishmania infantum* (variedad de *L. donovani*) que produce lesiones cutáneo-mucosas.

El vector de transmisión es la hembra de una mosca hematófaga del género

Phlebotomus ssp., que las ingiere en forma de amastigotas cuando se alimenta de mamíferos infectados. La leishmaniasis mucosa puede ser primaria por inoculación directa de leishmania en la mucosa o secundaria a una infección parasitaria en otra localización, ya sea tejido cutáneo o una afección visceral. La leishmaniasis primaria de mucosa laríngea es altamente improbable. Habitualmente la lesión laríngea es secundaria a una reactivación de una lesión cutánea antigua.

Debido al largo intervalo de tiempo entre la lesión cutánea y la afección mucosa, el paciente no suele recordar dicha lesión.

Estas reactivaciones de lesiones cutáneas primarias pueden ser debidas a diversas situaciones entre las que se encuentran los estados de inmunodepresión sistémica, como ocurre en la infección por el VIH, alteraciones de la inmunidad a nivel de la mucosa laríngea. El diagnóstico diferencial debe hacer principalmente con el cáncer de laringe y la tuberculosis laríngea. También se deben considerar otros procesos inflamatorios menos frecuentes como la histoplasmosis.

El diagnóstico de certeza se establece por el estudio anatomopatológico de la biopsia de laringe con la visualización directa de la leishmania en el interior de los macrófagos con la tinción de Giemsa o eosina-hematoxilina.

El tratamiento médico estándar es a base de compuestos antimoniales pentavalentes, siendo el antimoniato de meglumina y el estibogluconato sódico los más empleados. Es igualmente eficaz como tratamiento alternativo con anfotericina B.

En los casos más refractarios cabe considerar la asociación de la cirugía laríngea y tratamiento médico.

26- Trauma da Laringe

Jorge Rodrigues, Ana Sousa, Roberto Estevão, Rafaela Teles, Vânia Henriques, Alexandra Gomes, Alexandre Mexedo, Fausto Fernandes

Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Portugal

Introdução: O trauma da laringe é uma lesão rara devido a protecção anatómica deste órgão pelas estruturas adjacentes. A gravidade da lesão resultante é muito variada, depende do mecanismo do impacto e apresenta uma mortalidade que pode atingir os 40%. Os traumatismos da laringe podem ser penetrantes ou contusos e foram agrupados por Shaefer em 5 tipos. As manifestações clínicas mais frequentes são dor, disфония, odinofagia e disfagia. A abordagem diagnóstica deve avaliar a estabilidade respiratória e hemodinâmica, bem como a integridade da região lesada do pescoço. Os doentes com compromisso da via aérea devem ser precocemente identificados e intervencionados.

Material e Métodos: O presente trabalho relata o caso clínico de um homem de 70 anos que recorre ao serviço de urgência por traumatismo cervical contuso, com início súbito de disфония, dor e sensação de pressão cervical anterior, odinofagia e disfagia para sólidos. Sem dispneia ou perda hemática. Ao exame físico não apresentava sinais de dificuldade respiratória. A pele cervical estava íntegra, com edema e equimose anterior. A laringoscopia apresentava edema e hematoma da região aritenóidea, prega ariepiglótica esquerda e seio piriforme esquerdo. Lúmen glótico reduzido mas permeável. A TC demonstrava fractura linear da cartilagem tiroideia na linha média e alinhada. Dada a estabilidade respiratória e hemodinâmica foi proposto tratamento conservador da lesão com vigilância apertada, corticoterapia e analgesia.

Resultados: Após uma semana de tratamento, apresentou redução acentuada do hematoma laríngeo e melhoria sintomática. A resolução total dos sintomas ocorreu ao fim de um mês.

Discussão/Conclusão: O tratamento do trauma da laringe deve ser criteriosamente adequado ao tipo de lesão encontrada, variando da abordagem conservadora até à intervenção cirúrgica com necessidade de traqueotomia. Quanto mais precoce o diagnóstico e tratamento, melhor o prognóstico, diminuindo a incidência e gravidade das sequelas pós-trauma.

27- Traumatismo Laríngeo

Alvear Arroyo, M. M.; Ahumada Silva, A. C.; Sebío Vázquez, A.; Dios Loureiro, C.; Martín Martín C. S

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción: Los traumatismos externos de laringe son infrecuentes. La incidencia es de 1/30.000 y representa menos del 1 % de los traumatismos agudos, esto es debido a la elasticidad de la laringe. Más frecuentes en adultos jóvenes varones. Se presentan con

disnea, disfonía, odinofagia, tos y alteraciones de la deglución. El tratamiento es médico en los leves y quirúrgico en los más graves.

Materiales y métodos: Paciente de 58 años, quien tras traumatismo en región cervical anterior, inicia disnea. En la exploración, se evidencia estridor inspiratorio, paso aéreo reducido, parálisis de cuerda vocal derecha, edema y hematoma de faringolaringe, en la nasofibroscofia. Enfisema subcutáneo cervical y pectoral derechos, hematoma periorbitario, frontal y pectoral derecho. Se realiza traqueotomía urgente. TAC: Neumomediastino y fractura de ambas alas del cartílago tiroideo y del anillo cricoideo. Se redujo fractura tiroidea en quirófano.

Resultados: Evolución satisfactoria. TC control: Resolución de neumomediastino y adecuada alineación de los fragmentos del ala tiroidea derecha.

Discusión: Los traumatismos cerrados de la laringe son más frecuentes que los abiertos y su incidencia varía del 80 al 85%. Presentan una tasa de mortalidad y morbilidad elevada. Un diagnóstico y tratamiento precoces pueden permitir la preservación o restitución de las funciones respiratorias y fonatorias de la laringe y disminuir las secuelas (fundamentalmente estenosis). Los traumatismos graves, como las fracturas múltiples o desplazadas del cartílago tiroideo, precisan tratamiento quirúrgico, así como lesiones o laceraciones menores de la comisura anterior. El TC es la prueba de elección, sin embargo el momento de su realización dependerá de la estabilidad hemodinámica del paciente.

28- Tumores condrales laríngeos: una entidad clínica singular.

Clara García Bastida, María Martín Bailón, Pedro Vaamonde Lago, Isabel Mínguez Beltrán

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción: Los tumores cartilagosos laríngeos representan un 1% de todas neoplasias laríngeas, predominando en el sexo masculino y con mayor incidencia entre las 4ª y 6ª décadas de la vida. De etiología desconocida, su presentación varía según localización y tamaño: disfonía, disfagia, disnea, estridor y masa cervical indolora. El diagnóstico se basa en la clínica, exploración fibroscópica, pruebas de imagen y anatomía patológica. El tratamiento de elección es la cirugía con preservación de la laringe siempre que se extirpe el tumor completo con márgenes negativos. El pronóstico es bueno con una supervivencia a los 10 años del 95%. Las recurrencias son frecuentes (aproximadamente 40%) por lo que es necesario el seguimiento. Las metástasis son muy infrecuentes.

Caso clínico: Varón de 80 años con disfonía aérea de meses de evolución y odinofagia. Se observó una lesión semicircunferencial y lisa con mucosa normal en zona subglótica posterior que interfería con la aducción cordal produciendo hiato fonatorio longitudinal. Mediante TC cervical se objetivó masa expansiva redondeada a nivel del cricoides con calcificaciones en palomitas de maíz que impronta sobre la vía aérea. Ante la sospecha de condroma/condrosarcoma laríngeo se propuso biopsia siendo rechazada por el paciente incluyendo cualquier opción quirúrgica. Finalmente se optó por seguimiento evolutivo en consultas, estando estable tras 2 años de seguimiento.

Discusión: El aspecto y localización característicos de este tipo de lesiones hacen que la visualización endolaríngea y el TC sea suficiente para el diagnóstico. La biopsia es esencial para distinguir los condromas de los condrosarcomas, siendo difícilmente distinguibles por la clínica, radiología e incluso evolución. Se discuten las diversas opciones quirúrgicas según la literatura.

29- Amiloidosis laringotraqueal: A propósito de un caso

Al Rifai Al Masri M, Dorado Gutiérrez G, Salazar Ruiz S, Lendoiro Otero C, J. Blanco Labrador M

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Caso Clínico: Varón de 73 años de edad con antecedente de Enfermedad de Paget que acude por Disfonía de 2 meses de evolución que no responde a tratamiento habitual sin otra sintomatología ORL. A la exploración nasofibrosópica se objetiva Imagen de aspecto granulomatoso en cuerda vocal derecha que se extiende de manera concéntrica hacia tráquea, disminuyendo la luz de la misma.

Pruebas Complementarias:

TC Cervical: Estrechamiento de la vía aérea a nivel glosso-epiglótica, abombamiento e irregularidad de cuerda vocal derecha con nodularidad que se extiende a ambos márgenes de la misma.

TC Tórax: Irregularidad de pared traqueal desde el nivel tiroideo hasta la altura del cayado aórtico de forma con disminución de la luz traquea.

Biopsia: Muestra con material eosinófilo amorfo. Rojo Congo positivo y birrefringencia verde.

Discusión: La amiloidosis es una enfermedad sistémica que consiste en depósitos extracelulares de proteínas fibrilares en forma de material amorfo y fibrilar, de etiología desconocida. En el área ORL la localización más frecuente es la Laringe.

El primer síntoma laríngeo es la disfonía con posterior disnea, disfagia o hemoptisis. El diagnóstico se realiza mediante biopsia de las lesiones con tinción de Rojo Congo.

El tratamiento se reserva a los casos que se produce obstrucción de vía aérea, siendo la elección la resección con laser CO2 en varias sesiones.

30- Paraganglioma del Vago. (A propósito de un caso).

Chiesa Estomba, CM; Araujo da Costa, AS; Rivera Schmitz, T; Ossa Echeverri, CC; Betances Reynoso, F; Castro Ruiz MP; Lorenzo Lorenzo AI; Santidrian Hidalgo C
Servicio ORL Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción: Los Paragangliomas vagales son estructuras anormales que suelen originarse a partir del tejido glómico alrededor del ganglio nodoso o plexiforme del nervio vago, los cuales se pueden acompañar de síntomas que afectan los pares craneales bajos. Suelen ser mucho menos frecuentes que los yugulotimpánicos o carotídeos, pero podrán ser esporádicos o tener un componente familiar. Los genes causantes de la enfermedad se suelen localizar en 3 locus principalmente: SDHD (11q23), SDHC (1q21) y SDHB (1p36.1p35).

Caso clínico: Paciente femenina de 43 años que acude por aumento de volumen en región cervical izquierda. Durante la exploración se evidencia protrusión en región

hipofaríngea izquierda, encontrándose el resto de la exploración ORL dentro de la normalidad. Se realiza PAAF siendo negativa para malignidad y en la cual hablan de linfadenitis reactiva. El estudio de RM cervical reporta: masa laterocervical izquierda, ovalada, de 2,3 x 4,2 x 5,3 cm (AP x T x CC) que va desde el orificio rasgado hasta la altura de C3, de localización medial a la bifurcación carotídea y desplazando esta en sentido anterior. Se solicitan metanefrinas y ácido vanilmandélico en orina de 24 horas, siendo estos normales. Se decide planificar a la paciente para exéresis quirúrgica, siendo embolizada previamente. Tras exéresis de masa tumoral se confirma diagnóstico de paraganglioma vagal izquierdo (S100, Sinaptofisina y Cromogranina = positivo). Conclusión: Una característica esencial en el diagnóstico de los paragangliomas vagales es su localización topográfica, ya que suelen ubicarse por detrás de la arteria carótida. En cuanto al tratamiento será necesario tomar en cuenta el comportamiento biológico del tumor, la edad y condiciones generales del paciente, el tamaño del tumor y la posible morbilidad que podamos producir tras el tratamiento. Las opciones de tratamiento pueden ser la cirugía mediante abordaje cervical siendo necesario en caso de afectación de la fosa yugular realizar un abordaje transpetroso de dicha fosa. Otras opciones válidas serán la conducta expectante en tumores poco sintomáticos o la radioterapia.

31- Tumor desmoide cervical

González Paz, Tamara; Del Villar Gómez, Shulsky K.; Álvarez Curro, Gabriel; Arán González, Ismael; Rodríguez Acevedo, M. Nieves; Fernández Silva, Jesús
Complejo Hospitalario de Pontevedra

Introducción: Los tumores desmoides, también llamados fibromatosis musculoponeurótica profunda o fibromatosis agresiva, son localmente agresivos, histopatológicamente benignos y sin capacidad metastática conocida. Tienen gran capacidad de recurrencia incluso tras su extirpación completa (70%).

Caso clínico: Mujer remitida a nuestras consultas por aparición de tumoración cervical en pruebas de imagen de control. Relata masa cervical izquierda indurada e indolora de pocas semanas de evolución. No aumento de su disfagia habitual. Empeoramiento de su disfonía. Antecedente de cirugía de ependimoma bulbo-medular en 2008. Se solicita RMN con aparición de tumoración de gran tamaño que infiltra los cuerpos vertebrales C3 y C4 y provoca efecto masa a nivel de la pared lateral izquierda de la laringe. Se comporta como hiperintensa en T2, hipointensa en T1 e importante realce tras la administración de contrast. Se procede a exéresis (quedando resto irreseccable a nivel de C4) y vaciamiento cervical izquierdo con resultado anatomopatológico definitivo de “tumoración mesenquimal miofibroblástica altamente sugestiva de fibromatosis extra-intestinal”. Posteriormente ha recibido RT.

Discusión: Los tumores desmoides a pesar de tener carácter benigno son localmente agresivos con afectación de estructuras vecinas, por lo que se considera de elección el tratamiento quirúrgico con resección completa y márgenes de seguridad. La presencia de restos tumorales elevan las probabilidades de recidiva e implican una menor tasa de supervivencia (SV a 2 años del 63-77% los pacientes con márgenes libres y del 22-43%

con márgenes afectados).

32- Lumbalgia y coxalgia como debut de carcinoma de tiroides

González Paz, Tamara; Del Villar Gómez, Shulsy; Álvarez Curro, Gabriel; Rodríguez Acevedo, María Nieves; Fernández Silva, Jesús

Complejo Hospitalario de Pontevedra

Introducción: El cáncer diferenciado de tiroides (CDT) es la neoplasia endocrina más frecuente.

A continuación exponemos el caso de un paciente con carcinoma folicular de tiroides y metástasis óseas que le producían sintomatología previa a las manifestaciones clínicas del propio carcinoma tiroideo.

Caso clínico: Varón que acude a nuestro servicio en febrero de 2013 por tumoración cervical derecha de 1 mes de evolución sin otra clínica ORL asociada.

Seguido en el servicio de Traumatología por lumbalgia de años de evolución. Solicitan pruebas complementarias hallándose lesiones líticas localizadas en el cuerpo vertebral de L2, ala izquierda del sacro y pala iliaca izquierda.

Se estudia la tumoración cervical mediante ecografía cervical donde se visualiza “LTD ocupado prácticamente en su totalidad por una lesión heterogénea bien delimitable”.

Se realiza PAAF del nódulo de LTD con resultado de “citología sospechosa de neoplasia folicular”.

Se realiza tiroidectomía total con confirmación del resultado de neoplasia folicular de tiroides.

Se realiza rastreo ¹³¹I que evidencia restos en región tiroidea y extensos e intensos focos en columna dorsal y lumbar, sacroilica izquierda y región acetabular izquierda. Por lo que se realiza biopsia guiada por TC, con resultado de “hallazgos concordantes con metástasis de carcinoma folicular de tiroides”.

Tras estos hallazgos el paciente recibe dosis ablativa de ¹³¹I y Radioterapia sobre L1-L3 y masa sacra.

Actualmente sin evidencia de progresión de la enfermedad.

Discusión: El CDT está caracterizado por su lenta progresión y poca capacidad de metástasis a distancia. Inicialmente el tratamiento se lleva a cabo con tiroidectomía total y una dosis de yodo radiactivo.

Es uno de los cánceres con mejor pronóstico y que en raras ocasiones produce metástasis (10%), siendo las más habituales las pulmonares seguidas de las óseas.

En conclusión, cuando exista una lesión metastática a nivel óseo hay que descartar CDT.

33- Absceso retrofaríngeo en un niño de cinco años.

Varela Vázquez, P.; Parente Arias, P

Hospital Teresa Herrera. XXIAC

Introducción: Las infecciones del espacio retrofaríngeo son infecciones cervicales profundas que pueden constituir una emergencia. En la edad pediátrica se originan por una infección respiratoria de vías altas que produce afectación de los ganglios retrofaríngeos con abscesificación de los mismos.

Caso clínico: Varón de 5 años que presenta cuadro de 6 días de evolución consistente en odinofagia, disfagia, fiebre y limitación progresiva de la movilidad cervical. La radiografía lateral de cuello muestra un engrosamiento retrolaríngeo de partes blandas de 3 cm. La TAC confirma la presencia de un absceso retrofaríngeo de 26x13x60 mm que alcanza la entrada torácica. Se realizó drenaje urgente bajo anestesia general, mediante abordaje cervical. En el cultivo se aisló *Streptococcus pyogenes* (grupo A). La duración del ingreso hospitalario fue de 8 días, con tratamiento antibiótico intravenoso, y oral al alta, completando 15 días. No se presentaron complicaciones postquirúrgicas. Discusión: El absceso retrofaríngeo afecta más frecuentemente a varones por debajo de los 6 años. El efecto masa o a la ruptura del absceso hacia la vía aérea puede originar un compromiso de la misma. La diseminación de la infección puede producir mediastinitis, trombosis de la yugular o ruptura de la carótida. Ante la sospecha de un absceso retrofaríngeo debe instaurarse un tratamiento precoz, ya que las complicaciones de esta patología tienen una elevada morbimortalidad.

34- Angina de Ludwig: Presentación de un caso.

Ossa Echeverri, Carla Cristina; Araujo Da Costa, Ana Sofia; Rivera Schmitz, Teresa, Chiesa Estomba, Carlos Miguel, Reinoso Betances, Frank
Servicio Otorrinolaringología Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción: La angina de Ludwig es una celulitis bilateral progresiva del espacio submandibular que lleva a un desplazamiento hacia arriba y atrás de la lengua, pudiendo producir obstrucción de la vía aérea por lo que requiere tratamiento inmediato. Es una entidad cada vez menos frecuente gracias al uso de antibióticos y tiene una mortalidad alrededor del 8%.

La infección es polimicrobiana y en el 70% de los casos de origen odontogénico pudiendo diseminar hasta mediastino. Se manifiesta con afectación del estado general, edema del suelo de la boca que dificulta la deglución de la saliva y en casos de compromiso de la vía aérea disnea, taquipnea y estridor. El diagnóstico es clínico y se confirma con estudios de imagen como TC y RNM. En el tratamiento es esencial la protección de la vía aérea, antibioterapia y drenaje quirúrgico de colecciones.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 44 años sin antecedentes de interés que consulta de forma urgente por cuadro de 4 días de inflamación del suelo de boca asociado a fiebre y en las últimas horas disnea, el cual no mejoró a pesar de tratamiento analgésico. Ingresa con el diagnóstico clínico de Angina de Ludwig para tratamiento antibiótico de amplio espectro y vigilancia del estado respiratorio. Se confirma con TC cervical la presencia de colecciones en región submaxilar derecha que se extienden a tejidos blandos sublinguales y obliteran la vallécula derecha. Ante la poca respuesta al tratamiento médico se decide drenaje de colecciones cervicales en quirófano y realización de traqueostomía, tras lo cual se logra controlar adecuadamente la infección. Conclusión: Infección polimicrobiana del espacio submandibular que inicia en el suelo de la boca, generalmente relacionado con el segundo y tercer molar, y se disemina rápidamente pudiendo comprometer la vía aérea. El diagnóstico es clínico en pacientes con afectación del estado general, fiebre, disfagia, edema del suelo de la boca y en casos severos disnea. La TC cervical es la prueba de imagen complementaria de elección.

Requiere tratamiento antibiótico de amplio espectro de forma temprana y vigilancia del estado respiratorio con la realización o no de traqueotomía. En casos de persistencia de colecciones y evolución tórpida a pesar de tratamiento médico se recomienda drenaje quirúrgico de las colecciones cervicales.

35- Hemorragia postamigdalectomía

Jorge Rodrigues, Alexandra Gomes, Roberto Estevão, Ana Sousa, Rafaela Teles, Vânia Henriques, Alexandre Mexedo, Fausto Fernandes

Serviço de Otorrinolaringologia, Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães, Portugal

Introdução: A amigdalectomia (AM) é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos e comuns em Otorrinolaringologia (ORL). Várias são as técnicas cirúrgicas que podem ser utilizadas e não existe nenhuma comprovadamente melhor do que as outras. A dissecação a frio continua a ser o procedimento gold-standard. A AM e a adenoamigdalectomia (ADM) são cirurgias com uma diversidade de potenciais complicações operatórias e pós-operatórias, sendo a hemorragia uma das mais preocupantes. A hemorragia pós-operatória pode ser primária ou secundária conforme ocorre antes ou após as primeiras 24 horas a partir da cirurgia.

O presente trabalho pretende determinar a hemorragia pós-operatória verificada nas AM e ADM realizadas no Serviço de ORL do Centro Hospitalar do Alto Ave.

Material e Métodos: Foram revistas retrospectivamente as AM e ADM decorridas entre dia 1 de Janeiro de 2010 e 31 de Dezembro de 2013. Os dados foram tratados com recurso ao SPSS 20®.

Resultados: Realizaram-se 647 cirurgias no período estudado, 58% das quais em regime de ambulatório. Efectuaram-se 102 AM e 545 ADM. As principais indicações cirúrgicas foram SAOS infantil, amigdalites de repetição, história anterior de abscesso e suspeita de neoplasia. A hemorragia pós operatória esteve presente em 1.1% dos indivíduos intervencionados e foi mais frequente em crianças de sexo masculino. A hemorragia primária foi mais comum do que a secundária. Estes doentes foram submetidos a controlo hemorrágico no bloco operatório e com recurso a pontos hemostáticos e sutura de pilares, na maioria dos casos.

Discussão/Conclusão: As AM e ADM são cirurgias realizadas frequentemente, mas com complicações potencialmente graves. É fundamental uma vigilância apertada do período pós-operatório, efectuada por uma equipa treinada na detecção precoce de complicações como a hemorragia, de forma a permitir uma reintervenção rápida.

36- Pénfigo vulgar: A propósito de un caso

Álvarez Curro, Gabriel; González Paz, Tamara; Del Villar Gómez, Shulsky K.; Quintana Sanjuás, Ana; Arán González, Ismael; Silva Fernández, Jesús

Servicio de Otorrinolaringología (Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra)

El pénfigo vulgar es una enfermedad auto-inmune ampollosa, mucocutánea, de carácter crónico. Puede afectar la piel, las mucosas y, ocasionalmente, las láminas ungueales. Se distingue por la aparición de vesículas flácidas de rotura fácil, costras y erosiones. Las lesiones orales pueden darse en cualquier parte de la mucosa, aunque suelen hacerlo en el paladar blando, en la mucosa labial y yugal, en la lengua y en la encía.

En nuestro caso, nos encontramos con un paciente con cuadro de aftas bucales, localizadas en en paladar duro, mucosa yugal, lengua y labio inferior, de 2 semanas de evolución, a tratamiento con enjuagues de nistatina (mycostatin) y aloclair spray. Tras ser visto en consulta en tres ocasiones por odinofagia intensa, y tratado con antifúngicos, antihistamínicos y antiinflamatorios orales, se ingresa para control del dolor y estudio.

Durante el ingreso la clínica persiste pese a tratamiento. Se realiza serología VHB, VHC, VIH, LUES, VHS, CMV, VVZ, VEB y Mycoplasma pneumoniae siendo negativas, así como también lo son ANA y ANCA junto con el cultivo para hongos. Valorando el pénfigo como posible diagnóstico se realiza biopsia, siendo ésta compatible con pénfigo. Se solicitan antidesmogleinas 1- 3, antisustancia intercelular, y anti pénfigo paraneoplásico, por ser estos más sensibles y específicos para descartar estas patologías, siendo positivos los antisustancia intercelular y los antidesmogleína 3. Se pauta Prednisona 80mg cada 24 h, junto con calcio y vitamina D e IBP un comprimido cada 24 h, mejorando clínicamente el paciente y manteniéndose estable con una dosis de Prednisona 30 mgs cada 24 h y y micofenolato mofetilo 500 mgs cada 12 horas

37- Disfunções temporomandibulares e dor orofacial

José Santos Oliveira, Raquel Ferreira, Ricardo Caiado, João Laffont, Jorge Quadros, Carlos Ribeiro, António Diogo Paiva

Serviço ORL do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: As disfunções temporomandibulares são definidas como um grupo de patologias que afetam a articulação temporomandibular, os músculos mastigatórios, bem como as estruturas contíguas. Sabemos que a sua etiologia é multifatorial, atinge mais frequentemente o género feminino numa razão de 3 a 6 para 1 e é mais frequente na faixa etária entre os 20 e 40 anos. O objetivo deste trabalho é organizar a abordagem da otorrinolaringologia numa patologia tão frequente.

Material e Métodos: Descrever o fluxograma de atuação do serviço perante um doente com clínica sugestiva de disfunção de articulação tempo-mandibular.

Resultados: São abordados os sintomas e sinais de alerta, o que está ao alcance da ORL para o diagnóstico e as etapas do tratamento na fase aguda e crónica, bem como as vertentes médica e cirúrgica.

Discussão e Conclusão: A relevância desta patologia tem sido crescente como espelha a existência da American Academy of Orofacial Pain, os mestrados e cursos de especialização em dor orofacial e os centros de dor orofacial e disfunção temporomandibular. A otorrinolaringologia é muitas vezes chamada a intervir pela possibilidade de sintomas otológicos associados. Mais de 50% da população adulta tem 1 sinal mas menos de 5% procura tratamento. Dado o seu carácter progressivo, o seu tratamento é adequado à etapa em que se encontra.

38- Tuberculosis de la glándula submaxilar (Reporte de un caso).

Chiesa Estomba, CM¹; Araujo da Costa, AS¹; Rivera Schmitz, T¹; Ossa Echeverri, CC¹; Betances Reynoso, F¹; San Miguel Fraile MP²; Gonzalez Cortes MJ¹.

Servicio ORL Complejo Hospitalario Universitario de Vigo¹.

Servicio Anatomía patológica Complejo Hospitalario Universitario de Vigo².

Introducción: La tuberculosis de las glándulas salivales suele afectar más frecuentemente a la parótida en su forma de presentación primaria (Sin foco sistémico). Sin embargo la tuberculosis secundaria suele afectar con mayor frecuencia a las glándulas submaxilares y sublinguales.

Caso clínico: Paciente masculino de 43 años de edad que acude por tumoración inflamatoria en región submaxilar izquierda de 3 meses de evolución. A la exploración se evidencia tumoración submaxilar, indurada, móvil, no adherida a planos profundos de 3 x 3 cm. Se realizó Mantoux el cual resulta positivo con halo de 18mm, se decide realizar submaxilectomía, y en el estudio histológico evidencian glándula submaxilar y ganglios linfáticos con arquitectura distorsionada a expensas de múltiples granulomas con extensas áreas de necrosis, Ziehl Neelsen positivo (presencia de BAAR). El paciente recibió quimioterapia anti-tuberculosa complementaria con 4 fármacos evidenciándose remisión del cuadro.

Conclusión: A pesar de ser una forma de presentación muy poco frecuente, es importante sospechar la presencia de tuberculosis de la glándula submaxilar en aquellos pacientes que presenten afectación a este nivel, de evolución larvada y los cuales presenten antecedentes de contacto con personas infectadas o cuadros de inmunosupresión, esto con la finalidad de llegar a un diagnóstico preciso y aplicar el tratamiento más adecuado posible.

39- Tuberculosis de la glándula parótida (Reporte de un caso).

Chiesa Estomba, CM¹; Araujo da Costa, AS¹; Rivera Schmitz, T¹; Ossa Echeverri, CC¹; Betances Reynoso, F¹; San Miguel Fraile MP²; Gonzalez Cortes MJ¹.

Servicio ORL Complejo Hospitalario Universitario de Vigo¹.

Servicio Anatomía patológica Complejo Hospitalario Universitario de Vigo².

Introducción: Hoy en día la tuberculosis es una de las más importantes infecciones re-emergentes en el mundo. Hasta un 20% de las formas de presentación suelen ser extra torácicas. Sin embargo la presencia de tuberculosis a nivel parotídeo es infrecuente incluso en países subdesarrollados donde la incidencia de esta patología es mayor.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 83 años que acude por tumoración en región parotídea de 4 semanas de evolución sin antecedentes personales. La exploración clínica revela una masa en cola de parótida izquierda de aproximadamente 3x2cm, no dolorosa a la palpación y sin evidencia de adenopatías a nivel cervical. Tras el estudio radiológico y punción con aguja fina no se obtienen datos concluyentes por lo que se procede a realizar exéresis, se envía muestra para estudio de PCR se confirma diagnóstico de tuberculosis parotídea, tras recibir quimioterapia antituberculosa complementaria el paciente es dado de alta por remisión de la enfermedad.

Conclusión: El diagnóstico de la tuberculosis parotídea es un reto incluso para el clínico más experimentado, Los estudios de imagen (ecografía, TAC, RMN) no son

diagnósticos, debido a que desde el punto de vista radiológico es difícil diferenciar este proceso de un fenómeno inflamatorio, infeccioso u oncológico de la glándula parótida. A su vez es difícil diferenciar si se trata de una tuberculosis primaria o de una adenopatía intraparotidea. El diagnóstico definitivo en caso de no obtener resultados mediante PAAF va a requerir confirmación histológica de biopsia, ya sea mediante la detección de bacilos con la prueba de Ziehl-Neelsen, cultivo de Mycobacterias, o como ha ocurrido en nuestro caso, mediante el uso de reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

40- Rigidez de nuca. Signo de alarma en ORL.

Quintana Sanjuás, Ana; González Paz, Tamara; Álvarez Curro; Gabriel; Arán González, Ismael; Fernández Silva; Jesús
Complejo Hospitalario de Pontevedra

Introducción: El absceso retrofaríngeo es una entidad patológica cada vez menos frecuente debido al uso en la actualidad de la antibioterapia. Puede pasar desapercibido en estadios iniciales, a pesar de que suele provocar una clínica típica consistente en fiebre, disfagia con hiperextensión, odinofagia y rigidez cervical.

Caso Clínico: Paciente de 16 años sin antecedentes personales de interés, acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor en región cervical y occipital de dos semanas de evolución, con aparición hace dos días de rigidez de nuca. Así mismo presentaba fiebre de 38°C, odinofagia y ligera disfagia. Realizadas pruebas complementarias dirigidas a descartar una posible meningitis debido a que la exploración ORL inicial es anodina. Análisis de LCR con resultado normal por lo que se descarta dicha causa. Solicitan radiografía cervical donde se demuestra un marcado aumento de partes blandas retrofaríngeo que comprime la vía aérea. Se realiza TC cervical que confirma el diagnóstico de absceso retrofaríngeo. Se ingresa para manejo inicial con antibioterapia intravenosa siendo la evolución favorable.

Discusión: Los abscesos retrofaríngeos en ciertas ocasiones se manifiestan con unos signos clínicos más leves o inespecíficos. En nuestro caso lo más destacado era una intensa rigidez de nuca siendo la primera hipótesis diagnóstica la meningitis, por lo que debemos tenerlo como opción en el diagnóstico diferencial. En la exploración se encuentra un abombamiento hacia delante de la pared faríngea posterior. La radiografía lateral de cuello para partes blandas es fundamental para establecer el diagnóstico, al observarse un ensanchamiento de dicho espacio. La TC se utiliza para estudio de extensión del absceso. La evolución natural de estos abscesos sin un tratamiento adecuado es a la rotura espontánea o al crecimiento con compromiso de la vía aérea.