

Comunicaciones libres del XIX Congreso. Santillana del Mar (Cantabria), 3 y 4 de junio de 2011.



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

ISSN 2171-9381

e-mail: [envios@revistaorl.com](mailto:envios@revistaorl.com)  
web: [www.revistaorl.com](http://www.revistaorl.com)

**Comunicaciones libres del XIX Congreso. Santillana del Mar (Cantabria), 3 y 4 de junio de 2011.**

*Varios autores*

**Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja**

Recibido: 18/05/2011

Aceptado: 04/06/2011

Publicado: 07/06/2011

**Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja  
[revistaorl@revistaorl.com](mailto:revistaorl@revistaorl.com)  
web: [www.revistaorl.com](http://www.revistaorl.com)

Director: José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Marta Báscones García (Santander)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Comunicaciones libres del XIX Congreso. Santillana del Mar (Cantabria), 3 y 4 de junio de 2011.

**RESUMEN**

Resúmenes de las comunicaciones orales y póster presentados en el XIX Congreso regional de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja celebrado los días 3 y 4 de junio de 2011 en Santillana del Mar (Cantabria).

**Palabras clave:**

OTONEUROLOGÍA, SCHWANNOMAS, SÍNDROME DE DOWN, ORBITOPATIA, MAXILECTOMIA, PARÁLISIS FACIAL, SÍNDROME MELKERSSON-ROSENTHAL, CANCER DE LARINGE, FRACTURA CERVICAL, CARCINOMA SEBÁCEO, NEUROFIBROMA, OTOSCLEROSIS, ENFERMEDAD DE PAGET, SARCOIDOSIS, TUBERCULOSIS, ENCEFALOCELE, GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA, PAROTIDEA, CUERPO EXTRAÑO, LARINGOCELE, SÍNDROME DE PFEIFFER, GRANULOMATOSIS DE WEGENER, RABDOMIOSARCOMA

**Free papers of the XIX Congress. Santillana del Mar (Cantabria), 3 and 4 June 2011.**

**SUMMARY**

Abstracts of oral communications and poster presented at the XIX Regional Congress of the ENT Society of Castilla y León, Cantabria and La Rioja held on 3 and 4 June 2011 in Santillana del Mar (Cantabria, Spain).

**Keywords:**

OTONEUROLOGY, SCHWANNOMAS, DOWN SYNDROME, ORBITOPATHY, MAXILLECTOMY, FACIAL PALSYP, MELKERSSON-ROSENTHAL SYNDROME, LARYNX CANCER, CERVICAL FRACTURE, SEBACEOUS CARCINOMA, NEUROFIBROMA, OTOSCLEROSIS, PAGET'S DISEASE, SARCOIDOSIS, TUBERCULOSIS, ENCEPHALOCELE, ENDOSCOPIC GASTROSTOMY, PAROTID, BODY FOREIGN BODY, LARYNGOCELE, PFEIFFER SYNDROME, WEGENER'S GRANULOMATOSIS, RHABDOMYOSARCOMA

Comunicaciones libres del XIX Congreso. Santillana del Mar (Cantabria), 3 y 4 de junio de 2011.

<b>COMUNICACIONES ORALES</b>		
• UTILIDAD DE LA DETERMINACION INTRAOPERATORIA DE LA HORMONA PTH EN LA TIROIDECTOMIA TOTAL		4
• USO DE CORTICOIDE INTRATIMPÁNICO EN OTONEUROLOGÍA		5
• INCIDENCIA DEL CÁNCER TIROIDEO. NUESTRA EXPERIENCIA EN 20 AÑOS.		6
• SCHWANNOMAS CERVICO-FACIALES. SERIE DE TRES CASOS.		7
• ALTERACIONES DEL LENGUAJE EN PACIENTES AFECTOS DE SD. DE DOWN.		8
• DESCOMPRESION ORBITARIA MEDIANTE ABORDAJE COMBINADO ENDOSCOPICO Y TRANSCONJUNTIVAL EN ORBITOPATIA TIROIDEA.		9
• MAXILECTOMIA MEDIAL ENDOSCOPICA. INDICACIONES, TECNICA QUIRURGICA Y RESULTADOS.		10
• PARÁLISIS FACIAL BILATERAL. UNA ENTIDAD INUSUAL. REVISIÓN DE CUATRO CASOS		11
<b>COMUNICACIONES PÓSTER</b>		
• ACÚFENO Y SENOS TRANSVERSO ÚNICO		12
• LENGUA PLICATA: DEBUT DEL SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL		13
• LOCALIZACION ANECDÓTICA METASTÁSICA DEL CANCER DE LARINGE: SENO CAVERNOSO.		14
• FRACTURA CERVICAL ¿TRAQUEOTOMÍA?		15
• CARCINOMA SEBÁCEO EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO		16
• NEUROFIBROMA CERVICAL		17
• OTOSCLEROSIS EN LOS PACIENTES CON VÉRTIGO		18
• ENFERMEDAD DE PAGET EN HUESO TEMPORAL		19
• MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS DE LA SARCOIDOSIS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.		20
• TUBERCULOSIS LARÍNGEA: ¿CARCINOMA FICTICIO?		21
• ABORDAJE COMBINADO ENDOSCOPICO Y TRANSCRANIAL DE ENCEFALOCELE NASOETMOIDAL		22
• APLICACIÓN DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN ORL		23
• SCHWANNOMA INTRAPAROTÍDEO		24
• FISTULA ARTERIO-VENOSA PAROTIDEA		25
• CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO		26
• LARINGOCELE MIXTO ASINTOMÁTICO		27
• SÍNDROME DE PFEIFFER. A PROPÓSITO DE UN CASO.		28
• DISFUNCIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. APROPÓSITO DE UN CASO.		29
• GRANULOMATOSIS DE WEGENER. MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.		30
• SÍNDROME DE DEHISCENCIA DEL CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR: DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN		31
• OTITIS EXTERNA MALIGNA: UNA COMPLICACION POCO FRECUENTE.		32
• ABSCESO PERIAMIGDALINO PRODUCIDO POR NEISSERIA MENINGITIDIS		33
• HALLAZGO CASUAL DE UN LINFOMA NO HODGKIN EN BASE DE LENGUA		34
• PROPTOSIS OCULAR UNILATERAL COMO COMPLICACIÓN DE UN RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR		35

Abstract Id.:	267
Tipo:	ORAL
Área	GENERAL
Autores:	I. ALONSO-CASTANEIRA
	J.M. ESCAPA-GARRACHÓN
	M. MOREIRA-RODRÍGUEZ
	J. FREIJANES-OTERO
	A.I. GARCÍA-SÁNCHEZ
	J.L. ALONSO-TRECEÑO
Centro de Trabajo:	Complejo Asistencial de Palencia

UTILIDAD DE LA DETERMINACION INTRAOPERATORIA DE LA HORMONA PTH EN LA TIROIDECTOMIA TOTAL

TEXTO: INTRODUCCION: Exponemos este ensayo clínico, cuyo objetivo ha sido determinar el valor predictivo de la determinación de i-PTH mediante análisis pre y post-operatorios de esta hormona en la tiroidectomía total, para la detección de posibles hipocalcémias en esta cirugía. MATERIAL Y METODO: Se operan 50 pacientes de tiroidectomía total desde junio de 2008 a diciembre de 2009, por el mismo cirujano, que se dividen en dos grupos, A y B respectivamente, de 25 pacientes cada uno. Se establece una sistemática analítica pre y postoperatoria para ambos grupos, en la que se incluye un seguimiento simultáneo del Ca iónico. La diferencia fundamental entre ambos grupos es que en el B, el descenso de la cifra de i-PTH por debajo de 15 pg/ml, se sigue de autotransplante de tejido paratiroideo. RESULTADOS: en total hubo 7 casos de hipocalcemia, de las cuales tres de ellas fueron definitivas, es decir, un 14% y un 6% respectivamente. Por grupos, en el A, de 3 casos 2 se hacen definitivos y en el grupo B de 4 hipocalcémias postquirúrgicas se hace definitiva una, lo que hace estimar como beneficioso el autotransplante. CONCLUSIONES: es indudable el valor predictivo de la i-PTH en el diagnóstico de estas hipocalcémias. Ayuda claramente en la instauración del tratamiento sustitutorio

Abstract Id.:	326
Tipo:	ORAL
Área	GENERAL
Autores:	MI CALLE CABANILLAS
	M REY MARCOS
	JC DEL POZO DE DIOS
	A BATUECAS CALETRIO
	JS ESTÉVEZ ALONSO
	LA GUARDADO SÁNCHEZ
Centro de Trabajo:	HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

USO DE CORTICOIDE INTRATIMPÁNICO EN OTONEUROLOGÍA

TEXTO:

#### INTRODUCCIÓN:

Los corticoides forman parte del tratamiento habitual de la enfermedad de Ménière (con objeto de reducir crisis vertiginosas, mejorar fluctuaciones auditivas o aliviar acúfenos), de hipoacusia súbita y de acúfenos.

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes tratados con dexametasona intratimpánica en el Hospital Clínico de Salamanca durante los años 2008, 2009 y 2010. Los pacientes han sido clasificados según el motivo de tratamiento: hipoacusia, crisis vertiginosas y acúfenos. Y han recibido entre 1 y 4 dosis de dexametasona a concentración de 4mg/ml.

#### RESULTADOS:

El estudio incluye a 41 pacientes:

- 20 presentaban hipoacusia: 10 hipoacusia súbita y 10 fluctuación auditiva en enfermedad de Ménière. En los pacientes diagnosticados de hipoacusia súbita hubo una ganancia media de 7,4 dB en la primera semana, de 10,1 dB al mes y de 14,7 dB en el control realizado entre los 3 y los 6 meses. En los diagnosticados de enfermedad de Ménière fue de 7,9, 7,4 y 3,6 dB respectivamente.
- 19 con crisis vertiginosas muy frecuentes en el contexto de enfermedad de Ménière definitiva y sin respuesta al tratamiento convencional. 16 presentaron menos de 5 crisis en los 12 meses posteriores al tratamiento, 2 no respondieron y necesitaron gentamicina intratimpánica y una paciente fue diagnosticada y falleció de un cáncer de ovario durante el seguimiento.
- 2 con acúfeno, uno experimentó una mejoría parcial y uno sin mejoría.

#### CONCLUSIONES:

La dexametasona intratimpánica ha logrado una leve mejoría en los casos de hipoacusia y un buen control de las crisis vertiginosas en la mayoría de los casos, y se está convirtiendo en una alternativa a los tratamientos convencionales.

Abstract Id.:	334
Tipo:	ORAL
Área	GENERAL
Autores:	T MILLÁS GÓMEZ
	D MORAIS PÉREZ
	J BACHILLER ALONSO
	J SANTOS PÉREZ
	A FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ A
	M ALONSO MESONERO
Centro de Trabajo:	H. Clínico Universitario Valladolid

INCIDENCIA DEL CÁNCER TIROIDEO. NUESTRA EXPERIENCIA EN 20 AÑOS.

TEXTO:

**INTRODUCCIÓN:**

El cáncer tiroideo se está incrementando en los últimos años, siendo su incidencia global 1-10 casos /100000 habitantes. Dada su alta supervivencia en líneas generales, la prevalencia es alta, en el sexo femenino es de 50-80/100000, y en el masculino de 15-30/100000. Es más frecuente en mujeres y en la tercera-cuarta década de la vida.

Se clasifican según su histología en los que derivan del epitelio folicular (carcinoma papilar, folicular y anaplásico dependiendo del grado de diferenciación), de las células C (carcinoma medular), metástasis y otros como linfoma, sarcoma...

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se revisa la cirugía tiroidea realizada en nuestro centro desde 1991 a 2010, desglosando la patología neoplásica maligna encontrada. Todos los carcinomas fueron tratados mediante tiroidectomía total asociada en ocasiones a vaciamientos cervicales.

**RESULTADOS /CONCLUSIÓN.**

La primera década contiene menor número de intervenciones y por tanto de incidencia anual de carcinoma tiroideo. Durante la segunda, va progresando de forma ascendente desde 16,6 % de patología maligna tiroidea por año hasta más del 35%. El tipo de carcinoma más frecuente de forma global es el papilar de tiroides, seguido por el folicular, medular y anaplásico

La cirugía tiroidea es cada día más habitual en el ámbito otorrinolaringológico. Esto se debe tanto al aumento de la patología quirúrgica tiroidea, como a los esfuerzos de los otorrinolaringólogos de incorporar esta cirugía a nuestra especialidad.

Abstract Id.:	255
Tipo:	ORAL
Área	GENERAL
Autores:	W.J. SALCEDO DE LA CRUZ
	C. IBAÑEZ MUÑOZ
	M. TEJERO CAVERO
	P. CRESPO ESCUDERO
	P. DÍAZ DE CERIO CANDUELA
Centro de Trabajo:	HOSPITAL SAN PEDRO

SCHWANNOMAS CERVICO-FACIALES. SERIE DE TRES CASOS.

TEXTO: INTRODUCCIÓN: Los schwannomas son tumores de naturaleza benigna, originados a partir de las células de Schwann de la vaina de mielina de nervios periféricos, autónomos y pares craneales. Representan el 50% de los tumores de cabeza y cuello. Pueden presentarse a cualquier edad, sin predilección por el sexo. Clínicamente suelen ser asintomáticos. Por orden de frecuencia el par craneal más afectado es el VIII par, seguido de V y muy raramente el VII par. MATERIAL Y METODOS: Hemos revisado 3 casos de schwannomas que acuden a consultas externas de nuestro servicio en los últimos 2 años por tumoraciones cervico-faciales, clínicamente asintomáticas. La edad de los pacientes está comprendida entre los 25 y 75 años. Se les realiza estudios por imagen (TC y Eco-PAAF). RESULTADOS: Se realiza exéresis de las tumoraciones con estudio histológico compatible con neurinoma. CONCLUSIONES: Los neurinomas se presentan como masas móviles, de crecimiento lento, asintomáticas. Es fundamental un diagnóstico preoperatorio mediante ecografía, PAAF y TAC/RMN, antes de planificar la cirugía. El diagnóstico definitivo es mediante estudio histopatológico. Tras el estudio de esta serie de casos nos planteamos cual es la mejor actitud terapéutica, si exéresis o actitud conservadora, debido a las complicaciones post-quirúrgicas encontradas durante el seguimiento.

Abstract Id.:	226
Tipo:	ORAL
Área	GENERAL
Autores:	ME SANTOS PEREZ
	C BAJO SANTOS
Centro de Trabajo:	HOSPITAL VIRGEN CONCHA

ALTERACIONES DEL LENGUAJE EN PACIENTES AFECTOS DE SD. DE DOWN.

TEXTO:

Introducción:

El lenguaje y la comunicación son claves en el desarrollo social y personal de los niños afectos de Sd. de Down. Además del fenotipo característico, la hipotonía muscular y el diferente grado de discapacidad psíquica, se asocian otras patologías.

El lenguaje oral se adquiere de forma natural. Para el desarrollo de esta actividad existen dos requisitos: potencialidad de los dispositivos cerebrales, auditivos y visuales y existencia de estímulo social. Siendo la afectación lingüística variable de unos individuos a otros.

Material y Métodos:

Se expone el estudio pormenorizado de cuatro casos de la consulta médica de Foniatria del Hospital Virgen Concha de Zamora, evaluados a lo largo de varios años.

Discusión y conclusión:

Las personas con Síndrome de Down encuentran dificultades en el procesamiento de la información que reciben, la pérdida auditiva incluso leve o moderada, va a incidir en la fonología y producción del habla. El desarrollo del lenguaje en estos niños está enlentecido. Su lenguaje comprensivo está menos limitado que el expresivo, éste suele ser pobre, simplificado y con un vocabulario limitado debido a, sus dificultades cognitivas, motoras a nivel bucorofacial y las diferentes características que se asocian a este síndrome, pero puede llegar a ser funcional. Su capacidad comunicativa se refuerza mediante el gesto. Los trastornos atencionales dificultarán el aprendizaje en gran manera.

La Atención Temprana y la Logoterapia son fundamentales en estos casos.

Abstract Id.:	332
Tipo:	ORAL
Área	GENERAL
Autores:	JJ TAVÁREZ RODRÍGUEZ
	J SANTOS PÉREZ
	G BLANCO MATEOS (2)
	G LANDÍNEZ CEPEDA
	M MARCOS ORDÓÑEZ
	D MORAIS PÉREZ
Centro de Trabajo:	SERVICIO DE ORL-HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID Y SERVICIO DE OFTALMOLOGIA-HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA DE VALLADOLID (2)

DESCOMPRESION ORBITARIA MEDIANTE ABORDAJE COMBINADO ENDOSCOPICO Y TRANSCONJUNTIVAL EN ORBITOPATIA TIROIDEA.

TEXTO:  
INTRODUCCION

La descompresión orbitaria es la técnica quirúrgica que permite la expansión del contenido orbitario mediante la resección de una o varias paredes orbitarias. Indicada fundamentalmente en orbitopatía tiroidea, sus objetivos son resolver la neuropatía óptica resistente a tratamiento médico, mejorar la exposición corneal y por último una finalidad estético-reconstructiva.

MATERIAL Y METODOS

Presentamos un estudio retrospectivo de las descompresiones orbitarias realizadas entre 2000-2011, en colaboración con un oftalmólogo especialista en cirugía orbitaria. En todos los casos se realizó un abordaje combinado endoscópico y transconjuntival. Se recogen 42 descompresiones orbitarias, realizadas en 27 pacientes, 21 mujeres y 6 hombres.

RESULTADOS

El diagnóstico que motivó la intervención fue de exoftalmos en 29 casos y neuropatía óptica en 13. El resultado estético-reconstrutivo fue satisfactorio en la mayoría de los pacientes con exoftalmos. La mejoría visual en el caso de neuropatía óptica fue de 54%. Las complicaciones fueron 1 caso de rinoliquorrea, 1 caso de retracción parpebral sintomática y 2 casos de aparición de diplopía postoperatoria en pacientes sin diplopía previa. No se produjeron complicaciones sinusales ni anestesia permanente del territorio infraorbitario.

CONCLUSIONES

La descompresión orbitaria es una técnica muy útil en el tratamiento de la orbitopatía tiroidea, tanto para la resolución del exoftalmos como para la neuropatía resistente a tratamiento médico.

El abordaje endoscópico y transconjuntival, en combinación con un oftalmólogo especialista en cirugía orbitaria, permite el acceso a pared medial, suelo y pared lateral con posibilidad de lipectomía, con mejores resultados y una menor morbilidad que las técnicas aisladas

Abstract Id.:	327
Tipo:	ORAL
Área	GENERAL
Autores:	E MENA RODRÍGUEZ
	J SANTOS PÉREZ
	MC MARTÍN PASCUAL
	M CUETOS AZCONA
	T MILLÁS GÓMEZ
	D MORAIS PÉREZ
Centro de Trabajo:	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

MAXILECTOMIA MEDIAL ENDOSCOPICA. INDICACIONES, TECNICA QUIRURGICA Y RESULTADOS.

TEXTO:

#### INTRODUCCION

El abordaje del seno maxilar ha sido clásicamente realizado mediante técnicas externas o tipo Caldwell-Luc. El avance de las técnicas endoscópicas, ha permitido el acceso endoscópico al seno maxilar, puro o combinado con otros abordajes.

#### MATERIAL Y METODOS

Realizamos un estudio retrospectivo de las maxilectomías mediales endoscópicas realizadas en nuestro servicio. Se ha utilizado esta técnica en 10 pacientes, 8 hombres y 2 mujeres, con patología del seno maxilar: 4 papilomas invertidos, 1 carcinoma adenoide quístico, 2 aspergilomas, 1 sinusitis crónica y 2 pólipos antrocoanales. En todos ellos se resecó endoscópicamente la pared medial del seno maxilar para acceder a toda su extensión. El cornete inferior fue totalmente extirpado en 5 casos, parcialmente en 3 y se conservó íntegramente en 2 casos. Se utilizó un abordaje combinado tipo Caldwell-Luc en 2 casos y un segundo tiempo mediante abordaje externo, por infiltración del saco lagrimal en el caso del carcinoma adenoide quístico.

#### RESULTADOS

Todos los pacientes fueron tratados satisfactoriamente mediante esta técnica. Los casos de patología inflamatoria fueron resueltos en su totalidad. Se observó una recidiva en un paciente con un papiloma invertido ya intervenido previamente. No se produjeron complicaciones nasales u orbito-lacrimales.

#### CONCLUSIONES

La maxilectomía medial endoscópica permite un acceso seguro y fiable, con un control de la totalidad del seno maxilar, incluyendo su pared anterior, con mínima morbilidad, aunque en ocasiones debe ser combinada con otras técnicas.

Abstract Id.:	258
Tipo:	ORAL
Área	GENERAL
Autores:	M. TEJERO CAVERO
	C. IBÁÑEZ MUÑOZ
	W. J. SALCEDO DE LA CRUZ
	P. CRESPO ESCUDERO
	A. SÁNCHEZ DEL HOYO
Centro de Trabajo:	Hospital San Pedro

PARÁLISIS FACIAL BILATERAL. UNA ENTIDAD INUSUAL. REVISIÓN DE CUATRO CASOS

TEXTO:

## **INTRODUCCIÓN**

La parálisis facial bilateral periférica (PFPB) es una entidad poco frecuente, con una incidencia de 1-5/1000000 habitantes/año. Suponen el 0,3-2% de los pacientes afectos de parálisis facial periférica. Suelen ser secundarias e infrecuentemente son idiopáticas.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se presentan 4 casos de PFPB. Tres mujeres y un hombre, de edades comprendidas entre 16 y 68 años. Las causas de PFPB son: traumáticas, infecciosas, neurológicas, idiopáticas... Se debe realizar un buen diagnóstico diferencial mediante: Hº clínica (traumatismos, viajes recientes), exploración neurológica, exploración física, analítica, ECA, serologías, autoinmunidad, LCR. Pruebas de imagen, ENG y EMG, biopsias...

## **RESULTADOS**

Tras un estudio detallado se obtuvo:

- Mujer de 36 años con parotiditis, uveítis y PFPB, a la que se le diagnosticó de Síndrome de Heerfordt. Se instauró tratamiento con prednisona
- Mujer de 37 años con parálisis facial inicialmente unilateral y posteriormente bilateral, fiebre y adenopatías laterocervicales. Se le diagnosticó de PFPB no filiada vs meningitis vírica o bacteriana decapitada. Se le trató con antivirales, ceftriaxona y prednisona
- Mujer de 68 años con PFPB con captación de cavum en PET. Biopsia de cavum: carcinoma epidermoide indiferenciado. Se inició tratamiento con QT+RT y corticoides
- Varón de 16 años con PFPB en contexto de una mononucleosis infecciosas al que se instauró tratamiento sintomático

## **CONCLUSIÓN:**

La PFPB es una entidad infrecuente que generalmente secundaria a diferentes enfermedades

Las causas más frecuentes son el síndrome de Guillain-Barré, la sarcoidosis y la enfermedad de Lyme.

El tratamiento consiste en el tratamiento de la enfermedad de base y los corticoides a altas dosis.

Abstract Id.:	341
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	M. REY MARCOS
	A. BATUECAS CALETRÍO
	P. BLANCO PÉREZ
	L.A. GUARDADO SÁNCHEZ
	J.S. ESTÉVEZ ALONSO
	J.C. PANIAGUA ESCUDERO
Centro de Trabajo:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

ACÚFENO Y SENO TRANSVERSO ÚNICO

TEXTO: INTRODUCCIÓN:

Los acúfenos pulsátiles frecuentemente se originan en estructuras vasculares dentro de la cavidad craneal y se transmiten a la cóclea por estructuras vasculares y óseas. Aparecen, o de un flujo sanguíneo aumentado o por estenosis de la luz vascular. La estenosis o hipoplasia de uno de los senos transversos causaría un aumento de flujo contralateral.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Paciente mujer de 45 años de edad que presenta acúfeno pulsátil y continuo de larga evolución en oído derecho. No presenta otra clínica coclear o vestibular. Solamente existe una posición en la que cede la percepción del acúfeno, al comprimir la región cervical derecha correspondiente con la vena yugular.

Auscultación cervical y cerebral norma.

En la audiometría se objetiva normoaudición bilateral.

TAC sin hallazgos patológicos.

En la Angio-RMN se evidenció seno transverso dominante derecho y ausencia de flujo en seno transverso izquierdo.

**CONCLUSIÓN:** Debemos asumir que una historia de acúfeno pulsátil y cambiante con la postura, nos dirige hacia la búsqueda mediante técnicas de imagen, de alteraciones vasculares. Estas alteraciones en ocasiones se corresponderán con variantes anatómicas de la normalidad, pero en otras nos orientan hacia patología vascular que requerirá de nuestra intervención.

Abstract Id.:	329
Tipo:	POSTER
Área:	GENERAL
Autores:	P CRESPO ESCUDERO
	C IBAÑEZ MUÑOZ
	M TEJERO CAVERO
	W SALCEDO DE LA CRUZ
	M ESCOBAR MARTINEZ
Centro de Trabajo:	HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO

LENGUA PLICATA: DEBUT DEL SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL

TEXTO:

### **INTRODUCCIÓN**

De las múltiples causas de parálisis faciales, uni o bilaterales, la gran dominadora es la parálisis de Bell o idiopática (40-75%).

Este síndrome va entrelazado entre el 25-40% de las veces al edema orofacial y la lengua plicata y la parálisis facial uni o bilateral.

Además de tener una prevalencia estimada de 0.08%, no hay diferencias significativas entre sexo o población.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Paciente de 68 años con, visto en varias ocasiones en consultas de urgencias por edema lingual, hiposmia y episodios de vómitos en los últimos meses, ingresa en planta de ORL por presentar parálisis facial unilateral y edema facial de 36 horas de evolución.

A la exploración se objetiva la presencia de surcos fibrosos linguales, edema labial superior e inferior, así como una parálisis facial periférica izquierda (5/6).

### **RESULTADOS**

De los datos analíticos cabe destacar una ligera eosinofilia con niveles de complemento y radiografía de tórax normales.

Se tomaron biopsias linguales para confirmar el diagnóstico (granulomas no caseificantes).

Se le administraron corticoides endovenosos y medidas de oclusión ocular.

### **DISCUSIÓN**

Este cuadro puede ir asociado a síntomas más generales que nos pueden despistar y dar una mala orientación diagnóstica; el edema facial es el signo de la triada más frecuente (65%) y con el que suele debutar.

Pueden presentar recidivas en múltiples ocasiones.

El diagnóstico es clínico y la confirmación se obtiene a través de la anatomía patológica.

Destacan estudios con talidomida, con buenos resultados pero en fase de aceptación.

Abstract Id.:	330
Tipo:	POSTER
Área:	GENERAL
Autores:	P CRESPO ESCUDERO
	C IBÁÑEZ MUÑOZ
	M TEJERO CAVERO
	W SALCEDO DE LA CRUZ
	A SANCHEZ DEL HOYO
Centro de Trabajo:	HOSPITAL DE SAN PEDRO DE LOGROÑO

LOCALIZACION ANECDÓTICA METASTÁSICA DEL CANCER DE LARINGE: SENO CAVERNOSO.

TEXTO:

### **INTRODUCCIÓN**

La patología tumoral laríngea tiene una vía principal de diseminación: la linfática o ganglionar.

La diseminación hematógena es mucho menos frecuente y sólo se suele dar en casos con un estadio tumoral avanzado.

Las metástasis a distancia pueden ser en: pulmón, cerebrales, cutáneas, óseas, mediastínicas y hepáticas.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Paciente varón de 54 años que acude a urgencias por tumoración cervical derecha y odinofagia de varios meses de evolución, que tras nasofibroendoscopia y pruebas de imagen (TC) y se le realiza un primer estadiaje de T4N3Mx. Se le realiza una Laringuectomía total y VCF izquierdo y radical derecho.

En el postoperatorio, dispuesto a iniciar el tratamiento concomitante de QT y RT, presenta vómitos, dolor en región frontal derecha y retroorbitaria y parálisis completa de los músculos extrínsecos oculares del ojo derecho.

### **RESULTADOS**

En el TC se objetiva tumoración en la topografía del seno cavernoso derecho de 16 mm; La punción lumbar para descartar carcinomatosis meníngea: negativa. RMN craneal, angio RMN de TSA y cerebral: normal

De la analítica cabe destacar una hiponatremia, resultante de un síndrome paraneoplásico activo en la glándula pituitaria.

### **DISCUSIÓN**

Las metástasis intracraneales por carcinoma de laringe son poco comunes.

Los síntomas principales son el dolor retroorbitario, la oftalmoplejia y la ptosis palpebral.

A pesar de ausencia de hallazgos radiológicos en una TC o RMN, la clínica es un criterio diagnóstico de gran valor.

La supervivencia media es de unos 4-6 meses, aunque la radioterapia paliativa resulta útil para la mejorar la sintomatología.

Abstract Id.:	209
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	P DÍAZ DE CERIO CANDUELA
	C IBÁÑEZ MUÑOZ
	M TEJERO CAVERO
Centro de Trabajo:	

FRACTURA CERVICAL ¿TRAQUEOTOMÍA?

TEXTO: Varón de 76 años que presenta traumatismo con fractura de la vértebra T12 (Imagen 1). Durante su ingreso sufre un íleo paralítico que se complica con una broncoaspiración y parada respiratoria, que requiere intubación. La intubación es dificultosa y, tras varios intentos, se consigue introducir tubo de ventilación a través de un Fastrach®. Una vez estabilizado al paciente en la unidad de intensivos, se pide nuestra colaboración para la realización de una traqueotomía, ya que existe una resistencia elevada al flujo de aire. La exploración cervical pone de manifiesto un abombamiento del cartilago tiroides junto con crepitación cervical y un hematoma en la escotadura yugular. Se decide la realización de un TC para descartar lesiones a nivel de la vía aérea superior. Material y Métodos En las imágenes existe una fractura de T1 con antero-espondilolítesis de C7 respecto de T1, de grado máximo, con compromiso del canal espinal y protrusión y obstrucción de la traquea, observando en su interior el tubo de ventilación. Se desestima la traqueotomía por el peligro de desestabilizar la fractura cervical y aumentar el desplazamiento y compresión medular. El paciente es trasladado a un servicio de neurocirugía para la estabilización de la fractura cervical. Días después fallece a consecuencia de una sepsis por candidiasis generalizada. Discusión Por lo tanto, ante una fractura cervical se debe tener en cuenta la posibilidad de lesiones medulares y lesiones en la traquea que pueden dificultar la realización de una traqueotomía o complicar el pronóstico de las lesiones preexistentes con la propia traqueotomía.

Abstract Id.:	263
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	P EZA NÚÑEZ
	N AZUARA BLANCO
	P.I GONZÁLEZ MÁRQUEZ
	C GONZÁLEZ VELA
Centro de Trabajo:	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

CARCINOMA SEBÁCEO EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

TEXTO:

### **INTRODUCCIÓN**

El carcinoma sebáceo es la diferenciación sebácea de un adenocarcinoma. Es una entidad extremadamente rara. Se pueden dividir en oculares y extraoculares. Se presentan generalmente en varones de edad avanzada. Forman nódulos cutáneos o mucosos consistentes y amarillentos frecuentemente ulcerados de entre 1 y 4 cm de tamaño. Su localización extraocular más frecuente es la región cérvico-facial.

El diagnóstico es anatomopatológico e inmunohistoquímico. El tratamiento es quirúrgico.

### **CASO CLÍNICO**

Varón de 52 años con una leve otorrea sin más síntomas otológicos. En la otoscopia se observa un nódulo amarillento menor de un 1cm de diámetro en la pared inferior del CAE. TC informado como normal. Se explora quirúrgicamente. Se realiza la exéresis de un fragmento ovoideo de 0.7 x 0.5 x 0.2 cm que se envía al Servicio de Anatomía Patológica.

A nivel microscópico se observan:

- lóbulos irregulares separados por tractos fibrosos
- células tumorales grandes de hábito basaloide con marcado pleomorfismo celular, entremezcladas con otras células de pleomorfismo claro
- células con diferenciación sebácea
- bordes quirúrgicos libres

En la inmunohistoquímica se positivan los reactivos EMA y CK.

Todos estos datos determinan que se trata de un **carcinoma sebáceo de conducto auditivo externo**.

### **DISCUSIÓN**

Este caso tiene un importante interés debido a su extraña localización. Las publicaciones que hacen referencia a otras localizaciones parecen indicar que el pronóstico de un paciente con las características del nuestro es favorable. En pacientes con bordes quirúrgicos libres la incidencia de recidiva es muy baja.

Abstract Id.:	266
Tipo:	POSTER
Área:	GENERAL
Autores:	J.T. BEZOS CAPELASTEGUI
	P EZA NÚÑEZ
	F.J. CARRERA HERRERO
Centro de Trabajo:	

NEUROFIBROMA CERVICAL

TEXTO:

### **INTRODUCCIÓN**

Los neurofibromas son tumores nerviosos periféricos benignos derivados de las células de Schwann. El 90% de ellos son solitarios y el resto están asociados a la neurofibromatosis tipo 1 (NF1) se ven en pacientes de entre 20 y 30 años. Los neurofibromas solitarios rara vez malignizan. La técnica de elección para la aproximación diagnóstica es la RNM. La actitud terapéutica puede ser expectante en pacientes asintomáticos. En el caso de que presente síntomas o el diagnóstico sea incierto, lo indicado es realizar la exéresis quirúrgica.

### **CASO CLÍNICO**

Paciente de 32 años con tumoración submaxilar izquierda de 5 años de evolución Refiere pérdida de sensibilidad en lado izquierdo de la cara.

En la exploración física se palpa una tumoración grande, no dolorosa ni adherida a planos profundos. Se solicita TC cervical en el que se recomienda realizar RNM. La imagen es compatible con un neuroma en el espacio carotídeo izquierdo.

### **RESULTADOS**

Se extirpa la lesión en su totalidad. Se envía la pieza al Servicio de Anatomía Patológica. Se determina que la tumoración es un NEUROFIBROMA. El paciente evoluciona favorablemente resolviéndose la pérdida de sensibilidad en la cara. No presenta secuelas de la cirugía.

### **DISCUSIÓN**

En este caso estamos ante un neurofibroma solitario de tipo intraneural con una leve sintomatología neurológica por lo que se decidió realizar la exéresis total del tumor. Las series publicadas muestran un alto nivel de éxito, aproximadamente el 90 % de los pacientes no vuelven a tener síntomas sensitivos o recuperan la funcionalidad motora. Por lo tanto la actitud llevada a cabo creemos fue la correcta.

Abstract Id.:	231
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	PALOMA EZA NÚÑEZ
	NICOLÁS PÉREZ FERNÁNDEZ
	JORGE DE ABAJO LARRIBA
Centro de Trabajo:	

OTOSCLEROSIS EN LOS PACIENTES CON VÉRTIGO

TEXTO:

**INTRODUCCIÓN:** La otosclerosis implica una distrofia del hueso del laberinto. Se calcula que la prevalencia de otosclerosis clínica es de 0,3-0,7 % siendo más frecuente en mujeres que en hombres. Aproximadamente un 2,5% de la población presenta signos histológicos sin síntomas.

La otosclerosis se caracteriza por una hipoacusia progresiva pero no es su único síntoma, también puede presentar una variada sintomatología vestibular.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El objetivo de nuestro estudio es identificar pacientes con otosclerosis y caracterizar sus presentaciones clínicas entre sujetos vistos por vértigo como principal síntoma. Para ello se estudian 40 pacientes entre el año 2000 y el 2010.

**RESULTADOS:** La edad media de los pacientes es de 43+/-13 años. 20 son mujeres y 20 hombres. En 12 de ellos la otosclerosis es unilateral y en 18 bilateral. La sintomatología vestibular se clasifica en 5 cuadros bien definidos:

1. S. de Ménière: presente en 12 pacientes. Se trató con fluoruro sódico en todos los casos. 4 recibieron inyecciones intratimpánicas de Gentamicina.
2. VPPB: presente en 13 pacientes. Las maniobras de recolocación fueron el tratamiento en la fase aguda. Posteriormente recibieron fluoruro sódico.
3. VER: se observó en 11 pacientes. En 6 de ellos el tratamiento fue fluoruro sódico.
4. Inestabilidad Crónica: tuvo lugar en 3 casos. Los 3 recibieron fluoruro sódico y 1 precisó rehabilitación vestibular.
5. Neuritis Vestibular: sólo un paciente presentó una clínica similar a este cuadro. En la fase aguda recibió corticoides y posteriormente se controló con fluoruro sódico.

**CONCLUSIONES:** La otosclerosis es una causa clara aunque infrecuente de vértigo. Las manifestaciones clínicas son variadas. El tratamiento debe ser individualizado y el fluoruro sódico es un buen arma terapéutica.

Abstract Id.:	342
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	A FERNANDEZ RODRIGUEZ
	N MESURO DOMINGUEZ
	M.A CARRANZA CALLEJA
	M ALONSO MESONERO
	M.C PASCUAL MARTIN
	T MILLAS GOMEZ
Centro de Trabajo:	HOSPITAL COMARCAL MEDINA DEL CAMPO

ENFERMEDAD DE PAGET EN HUESO TEMPORAL

TEXTO:

**INTRODUCCIÓN**

La enfermedad de Paget se caracteriza por una excesiva resorción ósea por los osteoclastos seguida de una sustitución de la médula por tejido vascular conectivo fibroso. El hueso perdido es sustituido por hueso trabecular dispuesto de forma desorganizada. Está usualmente localizado pero en ocasiones puede ser generalizado.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Mujer de 53 años, fumadora sin otros antecedentes. Acude a consulta por hipoacusia progresiva del oído derecho, dolor en zona mastoidea y de la articulación temporomandibular derecha.

Otoscopia: se visualiza con dificultad la membrana timpánica derecha por redundancia dérmica de pared posterosuperior del CAE y exóstosis de pared anterior. OI de aspecto normal.

Audiometría: hipoacusia de transmisión con umbral auditivo en 50 db; timpanometría: no pudo realizarse y reflejos estapediales negativos ; siendo normales dichas pruebas para el OI, con umbral auditivo en 20db.

Posteriormente se realiza TC y RM ante la imposibilidad de visualizar correctamente el OD y la sospecha diagnóstica de un colesteatoma.

**RESULTADOS:**

La paciente fué diagnosticada de una enfermedad de Paget de hueso temporal derecho , con Hipoacusia de transmisión con umbral en 50 db y tratada con Actonel .

**DISCUSIÓN**

La mayoría de los pacientes afectados presentan una hipoacusia de tipo mixto. Las bases histopatológicas no están bien demostradas. La afectación craneofacial conlleva cefalea y sordera por implicación de huesecillos de la caja del tímpano o por compresión craneal del canal auditivo. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen. El tratamiento de elección son los bifosfonatos con suplementos de calcio y vitamina D.

Abstract Id.:	208
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	C. IBÁÑEZ MUÑOZ
	M. TEJERO CAVERO
	W.J. SALCEDO DE LA CRUZ
	P. CRESPO ESCUDERO
	A. SÁNCHEZ DEL HOYO
	J.L. LACOSTA NICOLÁS
Centro de Trabajo:	Hospital San Pedro

MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS DE LA SARCOIDOSIS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

TEXTO:

#### **INTRODUCCIÓN:**

La sarcoidosis se define como una enfermedad multisistémica de etiología desconocida, que principalmente afecta a pulmón y a ganglios linfáticos.

La afectación del sistema nervioso y de la glándula parótida es muy infrecuente.

Predomina en mujeres entre los 20 y 40 años, raza negra y escandinavos.

El 80 % de los casos tienen una resolución espontánea, y el resto cronifican con forma activa o recidivas periódicas.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Hemos revisado 2 casos de sarcoidosis que acuden a nuestro servicio en el último año por parálisis facial bilateral y Síndrome de Heerfordt. La edad de las pacientes era de 36 y 65 años. Ambas habían sufrido astenia y dolores articulares.

#### **RESULTADOS:**

Se realizan pruebas de imagen en ambas pacientes (TC y RMN). PET en la mujer de 65 años con captación en cavum.

Se toman biopsias y el estudio histológico informa de tejido granulomatoso no caseificante compatible con sarcoidosis.

Se inicia tratamiento con corticoides orales, con mejoría clínica.

#### **DISCUSIÓN:**

La parálisis facial periférica sin otros síntomas o signos radiológicos es rara.

El Síndrome de Heerfordt es una inusual manifestación de la sarcoidosis sistémica caracterizada por fiebre, uveítis, parotiditis y parálisis facial periférica (4-5%).

La sarcoidosis suele aparecer en edades más incipientes y su diagnóstico se confirma con estudio histopatológico.

El tratamiento de elección es la corticoterapia y como segunda línea inmunomoduladores.

Abstract Id.:	211
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	C. IBÁÑEZ MUÑOZ
	M. TEJERO CAVERO
	W.J. SALCEDO DE LA CRUZ
	P. CRESPO ESCUDERO
	J.A PRECIADO LÓPEZ
Centro de Trabajo:	HOSPITAL SAN PEDRO

TUBERCULOSIS LARÍNGEA: ¿CARCINOMA FICTICIO?

TEXTO: INTRODUCCIÓN: La tuberculosis y el cáncer son dos procesos que están clínicamente muy relacionados, pudiendo aparecer sincrónicamente o acontecer tras el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia. La estructura más frecuentemente afectada son las cuerdas vocales (64%) y las bandas (35%). El origen de estas infecciones suele ser broncogéno. MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 76 años sin antecedentes de interés con cuadro de disfonía, tos y odinofagia desde hacía 5 meses, con lesión ulcerada en banda izquierda que se biopsia con resultado de carcinoma epidermoide. Se programa para MTL. RESULTADOS: TC de cuello y tórax: engrosamiento supraglótico. Cuerdas normales. Nódulos pulmonares sugerentes de TBC antigua. Adenopatías cervicales bilaterales. Nueva biopsia intraoperatoria de banda que informa de tejido granulomatoso, sin malignidad. Exéresis de ambas bandas sin carcinoma. Mantoux, baciloscopia y cultivo de biopsia positivo para Mycobacterium tuberculosis. Se inicia tratamiento con tetraconjugado antituberculostáticos durante 6 meses mejorando significativamente. DISCUSIÓN: La tuberculosis laríngea es una enfermedad relativamente infrecuente, siendo hoy la lesión granulomatosa más frecuente de la larínge. Es rara su asociación con el carcinoma de larínge. Aparece en edades tardías de la vida y en personas fumadoras. Nuestro caso es no fumador. Los síntomas y signos más frecuentes son la disfonía, tos y pérdida de peso. Las adenopatías cervicales son poco frecuentes. El diagnóstico se confirma por biopsia y aislamiento de bacilo en esputo. El tratamiento de elección son los antituberculostáticos.

Abstract Id.:	333
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	GA LANDINEZ CEPEDA
	J SANTOS PEREZ
	T MILLAS GOMEZ
	JJ TAVAREZ RODRIGUEZ
	R SARABIA*
	D MORAIS PEREZ
Centro de Trabajo:	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. *SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA HOSPITAL RIO HORTEGA

ABORDAJE COMBINADO ENDOSCOPICO Y TRANSCRANIAL DE ENCEFALOCELE NASOETMOIDAL

TEXTO: Introducción Los meningoencefalocelos presentan complicaciones variadas requiriendo ser reparados mediante técnicas abiertas, como endoscópicas endonasales, siendo más frecuentemente usadas exitosamente. Presentamos el caso de una paciente con un gran encefalocele de base de cráneo anterior postquirúrgico requiriendo reparación transcranial y endoscópica con un resultado óptimo. Caso Clínico Mujer de 47 años intervenida 1.5 años antes por fistula de LCR mediante craniotomía frontal. Presenta recidiva de la fistula con una meningitis secundaria. A la exploración nasal existe una masa polipoidea bilateral. El estudio de imagen (TC y RM cerebrales), muestra un gran encefalocele. Quirúrgicamente se aborda de manera, transcranial y endoscópica, resecaando el encefalocele herniado por el defecto de 2,5 cm., previos Draft IIB bifrontal y turbinectomía media bilateral. Se ocluye el defecto con fascia lata intradural, epidural y extradural, y el defecto óseo con septum nasal. Se coloca drenaje lumbar y tratamiento antibiótico con adecuada recuperación en dos semanas. No se ha presentado recidiva de la fistula después de 9 meses. Discusión Los encefaloceles/meningoencefalocelos, anteriores del cráneo constituyen un 14% de patologías abordables combinadamente por neurocirugía y otorrinolaringología, pero el uso de la técnica puramente abierta transcranial desde 1929 se ha visto complementada, y reemplazada por las técnicas endoscópicas endonasales desde 1981, siguiendo criterios definidos. En nuestro caso el gran defecto asociado al encefalocele obligó a realizar un abordaje combinado, pero la escogencia de la técnica depende de cada paciente y la juiciosa planeación quirúrgica que logre integrar colgajos autólogos adecuados evitando recidivas y complicaciones.

Abstract Id.:	340
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	M. MADRIGAL REVUELTA
	O.M. ZEGARRA MOLINA
	S. MARTIN BATISTA
	A. ENTERRÍA GONZÁLEZ
	L.M. GIL-CARCEDO GARCÍA
Centro de Trabajo:	H.U. RIO HORTEGA de Valladolid

APLICACIÓN DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN ORL

TEXTO: INTRODUCCIÓN La gastrostomía en los pacientes oncológicos de cabeza y cuello permite un apropiado aporte nutricional y por tanto un buen estado general, lo que permite una mejor tolerancia y cumplimiento de los tratamientos. DISCUSIÓN La P.E.G es una buena opción para la nutrición de nuestros pacientes que presenta importantes ventajas, tanto por la baja morbi-mortalidad que presenta la técnica como por la buena aceptación social que obtiene, evitando los problemas nasales y esofágicos y por el bajo coste que supone. Se realiza un repaso de las principales indicaciones ORL que pueden precisar esta técnica. CONCLUSIÓN En nuestro servicio se realiza la gastrostomía percutánea a los pacientes oncológicos que requieren nutrición enteral durante más de 8 semanas. Su tolerancia por parte del paciente es buena y las complicaciones generalmente menores. La PEG debería sustituir a la sonda nasogástrica y a la gastrostomía quirúrgica en un futuro en pacientes con esperanza de vida limitada.

Abstract Id.:	298
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	EA MENA DOMINGUEZ
	JJ BENITO OREJAS
	D MORAIS PEREZ
	T MILLAS GOMEZ
	JJ TAVAREZ RODRIGUEZ
	MA ALVAREZ QUIÑONES
Centro de Trabajo:	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO

#### SCHWANNOMA INTRAPAROTÍDEO

#### TEXTO:

##### Introducción

El schwannoma (neurilemmoma o neurinoma) es un tumor primario benigno que se origina en las células de Schwan de la vaina neural de los nervios o raíces nerviosas.

Su localización intraparotídea es muy infrecuente. La exploración habitual no permite el diagnóstico etiológico y sin embargo la extirpación quirúrgica se acompaña de un importante riesgo de parálisis facial.

##### Caso Clínico:

Varón de 62 años con tumoración parotídea derecha de años de evolución, sin clínica asociada. La ecografía y la tomografía axial computarizada (TAC) muestran 2 imágenes nodulares y bien delimitadas de unos 3,5 y 4,5 cm, compatibles con adenoma pleomorfo. El estudio citológico mediante punción aspiración (PAAF) es negativo para células malignas y también sugestivo de tumor mixto. La parotidectomía subtotal derecha, extirpa una doble tumoración de ambos lóbulos parotídeos con aspecto quístico. En el postoperatorio inmediato el paciente presenta parálisis facial del lado derecho grado IV de House-Brackmann, que se recupera parcialmente al mes de la intervención (grado II).

El diagnóstico anatómo-patológico es de schwannoma intraparotídeo derecho .

##### Discusión

Los schwannomas intraparotídeos del nervio facial son muy raros, con menos de 100 casos publicados en la literatura mundial. La forma habitual de presentación es una masa parotídea asintomática de lento crecimiento. El diagnóstico preoperatorio resulta difícil al no haber hallazgos radiológicos definitivos y no siendo útil la PAAF. La mayoría son diagnosticados postoperatoriamente, con grave riesgo quirúrgico para el nervio facial.

Abstract Id.:	339
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	N MESURO DOMÍNGUEZ
	A FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
	M.A CARRANZA CALLEJA
	T MILLÁS GÓMEZ
	JJ TAVAREZ
Centro de Trabajo:	1,2 Y 3:Hospital Comarcal Medina del Campo. Valladolid. 4 Y 5:H. CLÍNICO UNIVERSITARIO VALLADOLID

FISTULA ARTERIO-VENOSA PAROTIDEA

TEXTO:

### **INTRODUCCIÓN**

Las fistulas arteriovenosas son una de las complicaciones de traumatismos vasculares que no son tratados adecuadamente. Sus principales causas etiológicas son las heridas de guerra, los disparos de arma y las puñaladas, por lo que no son muy frecuentes en nuestro entorno en la actualidad.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Acude a consulta un paciente por presentar formación nodular infra-auricular izquierda, de dos años de evolución sin otra asintomatología asociada. A la palpación se muestra una formación localizada en el polo posterior parotídeo izquierdo que es rodadera y bien delimitada.

Como pruebas complementarias se le realiza ECOGRAFÍA parotídea, cuyo informe describe adenopatía de características inflamatorias y TAC cervical en el que se confirma la existencia de una masa que capta contraste alcanzando rasgos vasculares con la existencia de un vaso aferente.

### **RESULTADOS**

Con el estudio de imagen se llega al diagnóstico de Fístula Arteriovenosa de localización parotídea izquierda dependiente de la Arteria Carótida Externa.

Dada la edad de paciente y la escasa sintomatología que la fístula A-V produce, se decidió realizar un seguimiento evolutivo.

### **DISCUSIÓN**

Las fistulas arteriovenosas y los aneurismas traumáticos falsos son complicaciones de traumatismos vasculares.

Su principal etiología se debe a heridas de armas y también cirugía vascular reciente.

La sospecha diagnóstica es por la clínica.

La confirmación diagnóstica se realiza por arteriografía, prueba que permite plantear la mejor opción terapéutica.

El tratamiento de las Fístulas A-V es la división de la fístula y la reconstrucción de la arteria y la vena, con ligadura de la vena.

Abstract Id.:	307
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	T MILLÁS GÓMEZ
	GA LANDÍNEZ CEPEDA
	A FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
	MC MARTIN PASCUAL
	JÍ BENITO OREJAS
	D MORAIS PÉREZ
Centro de Trabajo:	H. Clínico Universitario Valladolid

CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO

TEXTO: INTRODUCCIÓN:

### **INTRODUCCIÓN.**

La ingestión de cuerpos extraños accidentalmente es una entidad frecuente para los otorrinolaringólogos. El primer estrechamiento fisiológico de la vía aerodigestiva superior lo constituye la boca de Killian en el esófago superior, localización frecuente de esta patología.

### **MATERIAL Y MÉTODOS.**

Presentamos el caso de un varón de 39 años, fumador y bebedor habitual, que de forma accidental ingiere su propia prótesis dental.

Refiere disfagia para sólidos y líquidos y cierta sensación disnéica. A la exploración se objetiva retención de saliva en oro e hipofaringe.

La radiografía lateral y la TC demuestran el cuerpo extraño esofágico.

Se decide extracción del cuerpo extraño mediante cervicotomía lateral izquierda y esofagotomía.

### **DISCUSIÓN.**

Ha de tenerse en cuenta las características del cuerpo extraño (punzante, cortante) por las posibles complicaciones como la perforación esofágica.

Muchos de los cuerpos extraños en esófago superior pueden ser extraídos mediante endoscopia. En este caso se decidió la extracción quirúrgica por perfilarse más segura.

Abstract Id.:	335
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	T MÍLLÁS GÓMEZ
	JJ BENITO OREJAS
	GA LANDÍNEZ CEPEDA
	JJ TAVÁREZ RODRÍGUEZ
	E ALARCOS TAMAYO
	D MORAIS PÉREZ
Centro de Trabajo:	H. Clínico Universitario Valladolid

LARINGOCELE MIXTO ASINTOMÁTICO

TEXTO:

#### INTRODUCCIÓN.

El laringocele es una dilatación quística generalmente llena de aire, que procede del sáculo del ventrículo laríngeo y puede extenderse al espacio paralaríngeo.

Se clasifican en internos externos o mixtos, según su relación con la membrana tirohioidea.

#### MATERIAL Y MÉTODOS.

Paciente varón de 78 años, fumador de 20 cigarrillos al día y diabético. Acude a consulta por disfonía de varios meses de evolución, no asociada a disfagia ni otra sintomatología.

A la exploración se aprecia una lesión excrecente en tercio medio y posterior de la cuerda vocal izquierda, y abombamiento de la banda del mismo lado sobre todo en el tercio anterior. La hemilarínge izquierda está paralizada. No se palpan adenopatías cervicales.

La TC revela una lesión quística con contenido aéreo y mucoide que desplaza la laringe en el lado izquierdo, atraviesa la membrana tirohioidea y continua a través de ésta. Es compatible con laringocele izquierdo.

Se decide realizar microcirugía endolaríngea y toma de biopsia, cuyo resultado es carcinoma epidermoide.

Con el diagnóstico de neoplasia laríngea, se decide tratamiento quirúrgico mediante laringectomía total, previa disección del laringocele externo y vaciamiento cervical funcional izquierdo

#### DISCUSIÓN /CONCLUSIÓN

El laringocele es una patología infrecuente, 5% de la patología benigna laríngea.

Su etiopatogenia es desconocida, aunque seguramente intervienen factores congénitos y adquiridos, obstruyendo el orificio sacular originando mecanismos valvulares y aumento de la presión translótica.

Es conocida la asociación de laringocele y cáncer laríngeo, por lo que siempre hemos de descartar la patología maligna en esta rara entidad.

Abstract Id.:	233
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	AI NAVAZO EGUÍA
	F GARCÍA VICARIO
	E SUÁREZ MUÑIZ
	G DE LA MATA FRANCO
	J SUÁREZ FERNÁNDEZ
	F GÓMEZ SÁEZ
Centro de Trabajo:	Complejo Asistencial universitario de Burgos

SÍNDROME DE PFEIFFER. A PROPÓSITO DE UN CASO.

TEXTO: INTRODUCCIÓN El síndrome de Pfeiffer (SF) es una craneosinostosis que puede presentar obstrucción de la vía aérea en relación con hipoplasia mediofacial, obstrucción nasal y anomalías traqueales. CASO CLÍNICO Recién nacido varón. Aspecto dismórfico, proptosis ocular, hipoplasia maxilar, retrognatia, nariz ganchuda (Fig.1) y pulgares gruesos (Fig.2). Ingresa con estridor inspiratorio y tiraje. La fibroendoscopia demuestra estenosis importante de ambas coanas. TAC: inicio de cierre de la sutura coronal, cierre inferior de la sutura metópica con reducción de fosa anterior y órbitas(Fig.3), hipoplasia maxilar, estenosis de coanas, estenosis de ambos conductos auditivos externos y fusión de C2-C3 y C6-C7. Estudio genético: mutación en FGFR2. Se decide intubación orotraqueal y traqueostomía. DISCUSIÓN El SF es una acrocefalosindactilia originada por una mutación en el receptor del factor de crecimiento de los fibroblastos (FGFR1 o FGFR2). Afecta a 1/100,000 individuos. La hipoplasia maxilar ocasiona falta de desarrollo de las órbitas con exoftalmos y daño corneal por exposición, estenosis coanal, menor calibre faríngeo y laríngeo y distress respiratorio. Raramente anomalías traqueales. Puede presentar estenosis del conducto auditivo externo e hipoplasia del oído medio. Las anomalías de la vía aérea superior son la causa más importante de mortalidad. El tratamiento es la reconstrucción quirúrgica. Precozmente para evitar la compresión cerebral y expandir las órbitas. Posteriormente para reducir el exoftalmos, la hipoplasia mediofacial y la estenosis de coanas. CONCLUSIÓN El SF es una enfermedad genética rara que cursa con craneosinostosis. La obstrucción de la vía aérea superior es una complicación que debe valorarse de manera precoz.

Abstract Id.:	237
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	AI NAVAZO EGUÍA
	H ARIAS TOBALINA
	E SUÁREZ MUÑIZ
	G DE LA MATA FRANCO
Centro de Trabajo:	

DISFUNCIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. APROPOSITO DE UN CASO.

TEXTO: INTRODUCCIÓN La disfunción de las cuerdas vocales (DCV) o asma laríngeo, se caracteriza por episodios paroxísticos de adducción de las cuerdas vocales durante la inspiración y/o expiración conduciendo a episodios de disnea y estridor. CASO CLÍNICO Mujer de 13 años con historia de asma en relación con el ejercicio. Ingresada en el Servicio de Pediatría por presentar episodio de estridor y disnea. Función pulmonar: aplanamiento de la curva inspiratoria y menor de la curva espiratoria (Figura 1). Fibrolaringoscopia: adducción de las cuerdas vocales tanto durante la inspiración como la expiración, objetivándose abducción con la tos (Figura 2). Evaluación psicológica: adolescente competitiva sin ganancia secundaria. Se instauró tratamiento de terapia de la voz para reducir la tensión de los músculos laríngeos, disminuir la hiperfunción vocal y mejorar el control respiratorio. DISCUSIÓN La DCV puede ocurrir en niños y adolescentes, fundamentalmente en mujeres. El ejercicio es una causa común en el grupo pediátrico, lo que favorece que se diagnostique como asma. Se ha asociado a reflujo gastroesofágico y trastornos psicológicos. La espirometría muestra signos de obstrucción extratorácica durante los síntomas. El diagnóstico se confirma mediante fibroendoscopia observando la adducción de las cuerdas vocales durante la inspiración, expiración o ambas. El tratamiento se basa en la eliminación de los factores precipitantes, la psicoterapia y la terapia de la voz. CONCLUSIONES La DCV puede diagnosticarse erróneamente como asma conduciendo al uso inadecuado de medicación y ocasionalmente de intubación traqueal o traqueotomía. La fibrolaringoscopia es el "gold estándar" para el diagnóstico. Es importante su reconocimiento para evitar tratamientos innecesarios.

Abstract Id.:	232
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	AI NAVAZO EGUÍA
	M GRIDALVA UCHE
	A RIVAS SALAS
	E SUÁREZ MUÑIZ
Centro de Trabajo:	Complejo Asistencial universitario de Burgos

GRANULOMATOSIS DE WEGENER. MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

TEXTO: Introducción: La Granulomatosis de Wegener (GW) se caracteriza por una vasculitis granulomatosa necrosante de las vías respiratorias superiores e inferiores y los glomérulos renales. Caso clínico: Varón de 46 años con otitis media aguda recurrente e hipoacusia, rinorrea, cefalea y tos con astenia y pérdida de peso. Serología VIH negativa. TAC torácico: nódulos pulmonares cavitados. TAC de senos: ocupación de ambos senos maxilares y fosa nasal izquierda. C-ANCA 1/640. Biopsia de mucosa nasal: vasculitis necrotizante. Estudio renal sin alteraciones. Tratamiento con ciclofosfamida y esteroides. Discusión: La GW se caracteriza por una vasculitis granulomatosa necrosante de pequeños vasos de etiología desconocida. Clásicamente involucra las vías aéreas superiores, pulmones y riñones. Las manifestaciones clínicas iniciales de la enfermedad suelen ser las de una afección de las vías respiratorias superiores. La otitis media es frecuente con pérdida auditiva de tipo conductivo debida a daño de las trompas de Eustaquio o perforaciones timpánicas. La afectación pulmonar se presenta en el 87%. Los signos radiológicos incluyen infiltrados pulmonares y nódulos. La cavitación ocurre en el 50% de los casos durante la enfermedad. El diagnóstico se basa en la clínica característica, la presencia de anticuerpos anticitoplasma de los neutrófilos (ANCA-c) y la evidencia de lesiones de vasculitis granulomatosa necrosante en muestras biopsicas. El tratamiento se basa en la administración de inmunosupresores y antiinflamatorios esteroides. Conclusión: La GW debe sospecharse en individuos con síntomas respiratorios y renales persistentes. El diagnóstico se confirma mediante estudios de imagen, determinación de ANCA y el estudio anatomopatológico. El pronóstico de los pacientes mejora con la administración precoz del tratamiento.

Abstract Id.:	331
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	M. REY MARCOS
	A. BATUECAS CALETRÍO
	P. BLANCO PÉREZ
	M.I. CALLE CABANILLAS
	J.C. DEL POZO DE DIOS
	J.M. VILLANUEVA
Centro de Trabajo:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

SÍNDROME DE DEHISCENCIA DEL CANAL SEMICIRCULAR SUPERIOR: DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN

TEXTO:

**INTRODUCCIÓN:**

El Síndrome de Dehiscencia del Canal Semicircular Superior se ha caracterizado por vértigo y nistagmo relacionados con sonidos fuertes o estímulos como el cambio de presión. Podemos encontrar pérdida de audición conductiva, medida por audiometría estándar, en pacientes sin evidencia de patología en oído medio .

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Paciente mujer de 47 años que acude a consulta presentando clínica de varios años de evolución de vértigo inducido por ruido. Una prueba de Tullio reveló nistagmo al presentar un ruido de 2.000 dB a 3000 Hz. La audiometría de tonos puros reveló una audición normal bilateral. Imágenes de tomografía computarizada demostraron los canales superiores dehiscentes, sin ninguna otra alteración.

Paciente varón de 66 años, con pérdida de audición en el oído derecho sin otros síntomas. La prueba audiológica revela en OD hipoacusia de transmisión, mayor en las frecuencias más graves. La diferencia entre vía aérea y ósea es importante, hasta de 30 a 40 dB por debajo de 2000 Hz y pérdida auditiva neurosensorial bilateral en las frecuencias agudas. Reflejos acústicos intactos. La prueba de Weber está lateraliza al oído afectado. La radiología demostró la DCSS.

**CONCLUSIONES:**

El diagnóstico de SSCD se alcanza por una historia dirigida, la documentación del nistagmo evocado por el sonido y la presión, y la radiología. La presentación clínica de estos pacientes a menudo imita enfermedades del oído medio como otosclerosis, pero los reflejos acústicos ayudan en la identificación de los pacientes con una pérdida conductiva. El tratamiento consiste en la evitación de los estímulos precipitantes. El tratamiento quirúrgico, se considera en pacientes con síntomas más severos.

Abstract Id.:	328
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	W.J SALCEDO DE LA CRÚZ
	C. IBAÑEZ MUÑOZ
	M. TEJERO CVERO
	P. CRESPO ESCUDERO
	A. SÁNCHEZ DEL HOYO
Centro de Trabajo:	Hospital San Pedro

OTITIS EXTERNA MALIGNA: UNA COMPLICACION POCO FRECUENTE.

TEXTO: INTRODUCCIÓN La otitis externa maligna es una infección que involucra al hueso temporal y tejidos adyacentes, siendo una complicación relativamente rara de una otitis externa. Ocurre principalmente en personas inmunodeprimidas, diabéticas, añosas, etc. El patógeno mas frecuentemente involucrado es *Pseudomona aeruginosa*. El diagnostico requiere anamnesis, cultivo de las secreciones óticas y estudios por imágenes (TAC, Tc 99, Ga 67). El tratamiento consiste en tratar de corregir el estado de inmunosupresión, controlar la diabetes, tratamiento local del CAE, ATB sistémicos, y en algunos pacientes, cirugía. MATERIAL Y METODOS Varón de 47 años, diabético tipo I, remitido por otorrea, otodinia intensa y parálisis facial completa derecha. La exploración ORL revela una estenosis marcada del C.A.E. derecho y granulaciones, signo del trago positivo y otorrea fétida. RESULTADOS Se realiza toma de la otorrea y se envía a cultivar la cual es positiva para *P. Aeuriginosa*. La TC revela erosión y destrucción de la apófisis mastoides, compatible con osteomielitis. RM se objetiva afectación de la apófisis mastoides de partes bandas de unos 4 x 1,5 cm Se instaura tratamiento empirico con antibiótico tópico y endovenoso con ceftazidima y levofloxacino, mejorando la infección, aunque persiste la parálisis facial. CONCLUSIONES El tratamiento debe instaurarse de manera precoz, requiriendo ingreso con antibioterapia sistémica y control de su inmunodeficiencia, ya que sino se trata adecuadamente la mortalidad asciende hasta 67% cuando se acompaña de parálisis facial. Es una patologia cada vez menos frecuente, debido a los avances clínico-terapéuticos y métodos de diagnósticos cada vez más certeros.

Abstract Id.:	293
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	JJ TAVÁREZ RODRÍGUEZ
	JJ BENITO OREJAS
	G MARCH ROSSELLO
	MA BRATOS PÉREZ
	T MILLÁS GÓMEZ
	D MORÁIS PÉREZ
Centro de Trabajo:	Hospital Clínico Universitario Valladolid.

ABSCESO PERIAMIGDALINO PRODUCIDO POR NEISSERIA MENINGITIDIS

TEXTO:

### **Introducción:**

Neisseria meningitidis es un coco gram negativo capaz de generar infecciones meníngeas y sepsis meningocócicas por diseminación hematogena en portadores nasofaríngeos. En un pequeño porcentaje el meningococo puede asentarse en localizaciones extrameningeas.

Presentamos un caso de infección faringo-amigdalina:

### **Caso Clínico:**

Niño de 2 años de edad que acude al servicio de urgencias por irritabilidad, rechazo de tomas y dolor de oído derecho de 24 horas de evolución. En las últimas horas le ha aparecido un edema facial derecho.

A la exploración encontramos a un niño irritado, afebril, con una inflamación difusa del lado derecho de la cara, no dolorosa al tacto. La palpación cervical manifiesta un empastamiento submandibular derecho, con alguna adenopatía de aspecto inflamatorio en cadena yugular. En la exploración faríngea, dificultosa por un discreto trismo, observamos una amígdala palatina derecha abombada y enrojecida donde, con los esfuerzos nauseosos, se produce la salida espontánea de una secreción abundante blanco-amarillenta y cremosa, de aspecto purulento. El frotis de dicha secreción obtuvo un crecimiento del 100% de Neisseria meningitidis. La ecografía cervical nos permitió descartar la existencia de otras colecciones parafaríngeas.

Con el diagnóstico de absceso periamigdalino derecho y celulitis facial iniciamos tratamiento con Cefotaxima y Clindamicina IV con buena evolución clínica.

### **Discusión:**

Aunque en la literatura encontramos al menos, 12 casos de infección de vías aéreas superiores causadas por Neisseria meningitidis; el papel del meningococo como causa de faringitis es controvertido. El caso clínico presentado creemos que confirma esta posibilidad.

Abstract Id.:	292
Tipo:	POSTER
Área	GENERAL
Autores:	JJ TAVÁREZ RODRÍGUEZ
	JI BENITO OREJAS
	T MILLAS GÓMEZ
	EA MENA DOMÍNGUEZ
	B RAMÍREZ CANO
	D MORÁIS PÉREZ
Centro de Trabajo:	Hospital Clínico Universitario Valladolid.

HALLAZGO CASUAL DE UN LINFOMA NO HODGKIN EN BASE DE LENGUA

TEXTO:

### **Introducción:**

Hay muy pocos casos descritos en la literatura de linfomas no Hodgkin localizados en la base de lengua. Sus manifestaciones clínicas suelen ser escasas, retrasando el diagnóstico y empeorando el pronóstico de la enfermedad.

### **Caso Clínico:**

Varón de 64 años, con antecedentes de diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, insuficiencia renal, marcapasos por trastornos de conducción con síncope secundarios, polineuropatía, ictus isquémicos y epilepsia secundaria, con múltiples tratamientos. Ingresó de urgencias en el servicio de neurología por presentar bruscamente un cuadro de hemiparesia, disartria y desconexión del medio, diagnosticándose de infarto lacunar en protuberancia.

Durante el ingreso sufre una epistaxis, remitiéndose al servicio de otorrinolaringología para valoración. Tras la retirada del taponamiento nasal, observamos a un paciente que habla con una voz engolada. La exploración fibroscópica de las fosas nasales y el cavum es normal, pero al llegar a hipofaringe parece observarse una discreta protrusión submucosa de la base de la lengua, palpándose una gran tumoración, que se confirma posteriormente mediante el estudio de imagen.

A través de una punción dirigida por ecografía se obtiene el diagnóstico anatomopatológico de linfoma no Hodgkin fenotipo B.

### **Discusión:**

Supusimos que la disartria formaba parte del cuadro neurológico que motivó la urgencia. Pero la epistaxis nos condujo de forma casual a descubrir la tumoración de la base de la lengua, causa de su mala articulación fonatoria.

La punción guiada por ecografía evitó la realización de una biopsia bajo anestesia general, permitiéndonos llegar a este sorprendente diagnóstico

Abstract Id.:	257
Tipo:	POSTER
Área:	GENERAL
Autores:	M. TEJERO CAVERO
	C. IBÁÑEZ MUÑOZ
	W. J. SALCEDO DE LA CRUZ
	P. CRESPO ESCUDERO
	A. SÁNCHEZ DEL HOYO
Centro de Trabajo:	Hospital San Pedro

PROPTOSIS OCULAR UNILATERAL COMO COMPLICACIÓN DE UN RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR

TEXTO:

### **INTRODUCCIÓN**

El rabdomiosarcoma alveolar es un sarcoma agresivo que representa el 30% de los rabdomiosarcomas. Es el segundo en frecuencia después del rabdomiosarcoma embrionario. Tienen un pico de incidencia entre 10-25 años. Se presenta frecuentemente en partes blandas de extremidades, aunque también puede localizarse en cabeza, cuello, región perineal, región paraespinal y senos paranasales

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Paciente de 18 años, de raza negra, su familia es originaria de África. Acude al Servicio de Urgencias por proptosis y epífora del ojo derecho en contexto de un traumatismo contuso.

A la exploración:

- Nasofibroendoscopia: cornetes hipertróficos y lesión blanquecina en techo de fosa nasal derecha.
- No pérdida de visión con limitación a la movilidad ocular.

### **RESULTADOS**

Se pide TAC y RNM de macizo facial que informan de una masa en seno maxilar derecho, etmoidal, orbita derecha y fosa craneal anterior con infiltración meníngea de características malignas. Es derivado al servicio de ORL de Valladolid. En el diagnóstico de extensión, presenta adenopatías laterocervicales. Se toma biopsia de la masa blanca, dura y no vascularizada de la fosa nasal y se realiza PAAF de masa submandibular derecha. Resultado: rabdomiosarcoma alveolar parameningeo estadio III con metástasis cervicales. Inmunohistoquímica: células desmina y miogenina positivo. Se inicia tratamiento con QT.

### **CONCLUSIÓN-DISCUSIÓN**

Los rabdomiosarcomas alveolares son entidades muy poco frecuentes y de mal pronóstico que aparecen en la adolescencia. El diagnóstico es anatomopatológico y el tratamiento consiste en la cirugía, QT y RT dependiendo del estadio en el que se encuentre.

