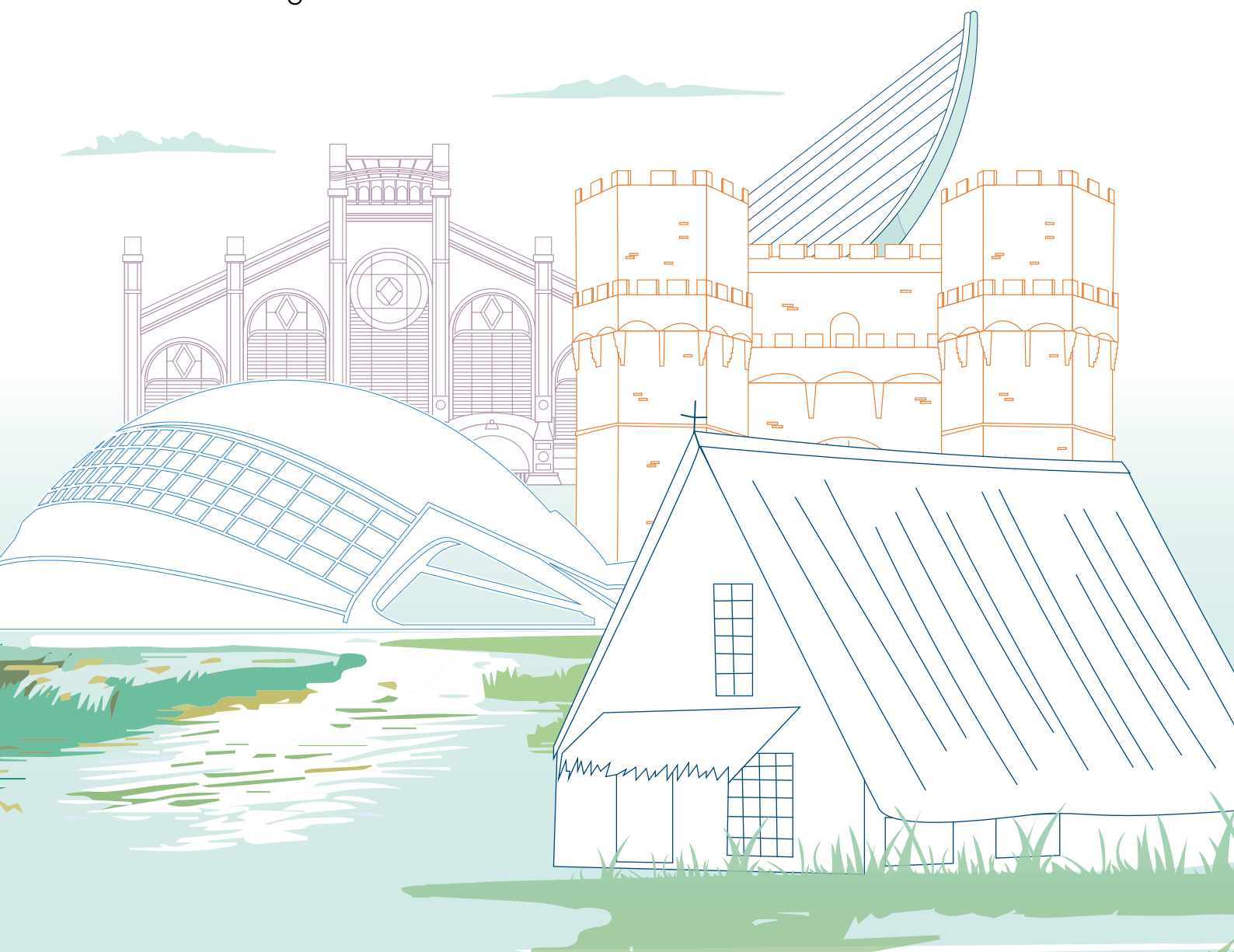


XVII CONGRESO SVORL-CCC

Valencia - 5 y 6 febrero 2026

Ilustre Colegio de Médicos de Valencia

SVORL-CCC



LIBRO DE ABSTRACTS
SVORL-CCC

Índice

PROGRAMA	4
COMUNICACIONES	8
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-AUDIOLÓGICAS DE LA DILATACIÓN DEL ACUEDUCTO VESTIBULAR SOTO VÉLEZ, J. A.; MARTINEZ, M. P. ; GOMEZ, M. ; MARCO, J.	9
HIPOACUSIA FAMILIAR NO SINDRÓMICA: UN HALLAZGO GENÉTICO INESPERADO EN GATA3 SOTO VÉLEZ, J. A.; MARTINEZ, M. P. ; DOMINGUEZ, M. ; DEL CASTILLO, I. ; MARCO, J.	10
ESTADO PSICOAFECTIVO EN PACIENTES SOMETIDOS A LARINGECTOMÍA TOTAL: ESTUDIO OBSERVACIONAL SOTO VÉLEZ, J. A.; PEREZ, M. B. ; GOMEZ, M. ; REINOSA, C. ; REYES, E. ; MARCO, J.	11
EXTRAVASACIÓN DE PROPOFOL POR UN CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA SIMULANDO UNA FÍSTULA QUILOSA DURANTE UN VACIAMIENTO CERVICAL VALENZUELA, M.; MARTÍN, J. ; BAVIERA, N. ; RODRÍGUEZ, M.	12
LEISHMANIASIS LARÍNGEA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO CAVERO, L.; BURTIC, R.	13
ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA CRIOABLACIÓN COMO TRATAMIENTO EN LA HIPERTROFIA TURBINAL DIAZ BELLIDO, L.; RODRÍGUEZ PRADO, C.; GARCÍA NAVALÓN, C.; GARCÍA-LLIBEROS, A.; ZAPATER LATORRE, E.	14
CUANDO NO TODA MASA ROJIZA RETROTIMPÁNICA ES PARAGANGLIOMA; SARCOMA DE EWING EN OÍDO MEDIO DIAZ BELLIDO, L.; RODRÍGUEZ PRADO, C. ; CAMPOS CATALÁ, A. ; GIMENO CORET, M. ; MOMPÓ MARTÍNEZ, C. ; ZAPATER LATORRE, E.	15
AGREGACIÓN FAMILIAR Y ANÁLISIS GENÓMICO EN LA MIGRAÑA VESTIBULAR: ESTUDIO CLÍNICO Y MOLECULAR EN UNA COHORTE ESPAÑOLA TORRES GARCÍA, L.; CASTILLA JIMÉNEZ, A. B. ; GALLEGO-MARTINEZ, A. ; PARRA-PEREZ, A. M. ; LOPEZ-ESCAMEZ, J. A. ; PÉREZ GUILLÉN, V.	16
VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN PARA PACIENTES CON PARÁLISIS VOCAL UNILATERAL (PVU-HI-10) EN CASTELLANO RODRÍGUEZ-PRADO, C.; HERNÁNDEZ SANDEMETRIO, R.; OISHI, M. N.; LÓPEZ, I.; DÍAZ, L.; GIMENO, M.; MOMPÓ, C.; ZAPATER, E.	18
HERNIACIÓN ENCEFÁLICA TRAS RESECCIÓN CRANEOFACIAL ENDOSCÓPICA POR ESTESIONEUROBLASTOMA: UNA COMPLICACIÓN ASOCIADA A AOS Y OBESIDAD RODRÍGUEZ-PRADO, C.; GARCÍA-LLIBERÓS, A.; SÁNCHEZ, M.; GARCÍA-NAVALÓN, C.; GÓMEZ, M. J. ; GIMENO, M.; DÍAZ, L.; MOMPÓ, C.; ZAPATER, E. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA; HOSPITAL DE ALZIRA	18
RECIDIVA TUMORAL SOBRE COLGAJO PECTORAL: UN RESCATE PELIAGUDO. MAS, J.; ASTRAY, S.; ALMANZO, S.; MARTÍN, G.; TORTAJADA, I.; CORTÉS, A.; AGUDO, M. ; LLÓPEZ, N.; COLLADO, D.; PEROLADA, J. M.	19
PAPILOMA INVERTIDO NASOSINUSAL: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE DR. BALMIS. JEONG, S.	19
MUCOCELES NASOSINUSALES: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y RESULTADOS EN 18 AÑOS DE EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO TREGLIA, L.; PAREDES, J. R. ; MONJAS, I. ; GALLO, J. ; SERRANO, E. ; MAURI, J.	21
PARAGANGLIOMA TIMPÁNICO: CASO CLÍNICO Y EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS SIGNES, F.	22
MOTIVOS DE ABSENTISMO EN CONSULTAS EXTERNAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA: ANÁLISIS CUANTITATIVO A PARTIR DE ENTREVISTAS TELEFÓNICAS LÓPEZ, A.; HERNÁNDEZ, P.; GARCÍA, V.; RONDA, E.	23

RINOPLASTIA DE PRESERVACIÓN CON OSTEOTOMÍAS PARAMEDIAS: RESULTADOS CLÍNICOS Y ESTABILIDAD POSTOPERATORIA A MEDIO PLAZO	24
MARTÍNEZ, M.; MOMPÓ, L.; DINU, R. ; ESPINOSA, B.; DOMINGUEZ, A.; LÓPEZ, C.	
TORTÍCOLIS POSTOPERATORIA TRAS CIRUGÍA ADENOAMIGDALAR EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO	25
MARTÍNEZ, M.; DINU, R.; ESPINOSA, B.; DOMINGUEZ, A.; LÓPEZ, C.	
SÍNDROME DEL SENO MAXILAR SILENTE: DISTINTAS CARAS DE UN MISMO PROCESO FISIOPATOLÓGICO. SERIE DE CASOS	26
REINOSA, C.; REYES, E. P.; MARCO, C.; FERRER, F.; TALEB, A. C.; MARCO, J.	
USO DE MATRICES DÉRMICAS SINTÉTICAS EN LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS CUTÁNEOS COMPLEJOS	27
REINOSA, C.; ANTÓN, M.; REYES, E. P.; WIDMER, A. L. ; MARCO, J.	
EVALUACIÓN DEL CIRCUITO RÁPIDO ONCOLÓGICO EN OTORRINOLARINGOLOGÍA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS DERIVACIONES EN EL AÑO 2024	27
ESPINOSA ARNAU, B.; MARTÍNEZ, M.; DINU, R. ; DOMINGUEZ, A. ; MARTÍNEZ, P.; LOPEZ, C.	
MÁS ALLÁ DEL OÍDO INTERNO: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL PROFUNDA BILATERAL COMO PRESENTACIÓN DEL COBALTISMO ARTROPROTÉSICO	28
ZARCO GALLEGO, L.; REINOSA CALDERÓN, C.; PLA GIL, I.; ORTS ALBORCH, M. ; MARCO ALGARRA, J.	
SINUSITIS AGUDA COMPLICADA CON EMPIEMA SUBDURAL, MENINGITIS Y NEUMOENCÉFALO EN VARÓN JOVEN INMUNOCOMPETENTE	29
ZARCO GALLEGO, L.; TALEB FERROUKHI, A. C.; PÉREZ CARBONELL, T.; MARCO ALGARRA, J.	
ESTUDIO RETROSPECTIVO CLÍNICO: PERFIL CLÍNICO Y RENDIMIENTO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL PACIENTE CON MIGRAÑA VESTIBULAR	30
VIOQUE, J.; ORTS, M. ; REINOSA, C. ; MARCO, J.	
CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO NASOSINUSAL: EXPERIENCIA RECIENTE EN UNA SERIE DE 8 CASOS	31
REYES, E. P.; REINOSA, C.; PÉREZ, T.; INTRAPRENDENTE, J. F.; TALEB, A. C.; FERRER, F. ; MARCO, J.	
IMPLANTE COCLEAR EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON AUTISMO Y OTRAS NEURODIVERGENCIAS: ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR?	32
REYES, E. P.; MARTÍNEZ, P.; PLA, I.; CHACÓN, L.; MORANT, A. ; ORTS, M. ; MARCO, J.	
CUANDO EL HEMATOMA CERVICAL SE DISFRAZA DE FASCITIS NECROTIZANTE	34
DINU, R.; MARTÍNEZ, M. ; ESPINOSA, B. ; DOMÍNGUEZ, A. ; MARTÍNEZ, P. ; LÓPEZ, C.	
SCHWANNOMA DEL NERVIIO FACIAL INTRAPETROSO: OPTIMIZACIÓN EN LA REANIMACIÓN MASETÉRICO-FACIAL Y ANÁLISIS CRÍTICO DE LA DISECCIÓN CAROTÍDEA POSICIONAL EN ABORDAJES PROLONGADOS DE BASE DE CRÁNEO	34
AGUDO, M.; ALMANZO, S.; ESCOSURA, M.; MARTÍN, G.; MAS, J.; TORTAJADA, I.; ASTRAY, S.; GUZMÁN, A.; SÁNCHEZ-ALCÓN, M. D.; DE PAULA, C.	
CARCINOMA DE PARATIROIDES: LA IMPORTANCIA DEL PRIMER ACTO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA DE CUELLO	35
DOMINGUEZ, A. M.; ESPINOSA, B.; DINU, R.; MARTÍNEZ, M.; CUESTA, M. T.; GUALLART, F.; NAHARRO, M. J.; LÓPEZ, C.	
MANEJO DE LA MASTOIDITIS AGUDA EN EDAD PEDIÁTRICA ¿ES ADECUADO ESPERAR?	37
VALLEJO, A.; MARTÍNEZ, P.; PLA, I.; ORTS, M.; GIMENO, L.; MARCO, J.	
CARCINOMA DUCTAL DE PARÓTIDA DE ALTO RIESGO, RETOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN UNA NEOPLASIA SALIVAL AGRESIVA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y MANEJO MULTIDISCIPLINAR.	38
ESCOSURA, M.; ARMENGOT, M.; ALMANZO, S.; ASTRAY, S.; TORTAJADA, I.; CORTÉS, A.; MÁS, J.; MARTIN, G.; AGUDO, M.	
RESULTADOS ONCOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA VERRUCOSO LARÍNGEO: EXPERIENCIA DE 30 AÑOS	39
HUAYANAY, R. L.; SANCHO, M.; FERRERO, S.; CACEDA, M.; BARNOYA, R.; MAURI, J.	
LIPOSARCOMA PLEOMÓRFICO DE GLÁNDULA PARÓTIDA: UN RETO TERAPÉUTICO	40
CORTÉS ARCINIEGAS, A.; ALMANZO, S.; TORTAJADA-TORRALBA, I.; ASTRAY-GÓMEZ, S.; MARTÍN-VIGUER, G.; MÁS-SABATER, J.; AGUDO-GARCÍA, M.; LLÓPEZ-CARRATALÁ, I.; COLLADO-MARTÍN, D. ; PEROLADA-VALMAÑA, J. M.	
MALFORMACIONES OTOLÓGICAS DEL SÍNDROME OTOPALATODIGITAL	41
CORTÉS ARCINIEGAS, A.; TORTAJADA-TORRALBA, I.; ALMANZO, S.; ASTRAY-GÓMEZ, S.; MÁS-SABATER, J.; MARTÍN-VIGUER, G.; ESCOSURA-FERNÁNDEZ, M.; GUZMÁN-CALVETE, A.; CAVALLÉ-GARRIDO, L.; DE PAULA-VERNETTA, C.	
RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NAALES (RSCCPN) EN LA GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS (GEPa)	41
CORTÉS ARCINIEGAS, A.; JARAMILLO-ÁNGEL, N.; CABRERA-GUIJO, J.; ASTRAY-GÓMEZ, S.; TORTAJADA-TORRALBA, I.; ALMANZO, S.; MARTÍN-VIGUER, G.; MÁS-SABATER, J.; GARCÍA-PIÑERO, A.; ARMENGOT-CARCELLER, M.	

RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO DE CARTÍLAGO COSTAL EN PACIENTE INTERVENIDA EN 5 OCASIONES DE MACROADENOMA HIPOFISARIO	42
GIMENO, L.; PÉREZ-CARBONELL, T. ; VALLEJO-GARCÍA, A. ; FERRER-BAIXAULI, F. ; TALEB, C. ; MARCO-ALGARRA, J.	
SILICONOMAS CERVICALES: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ADENOPATÍAS SUPRACLAVICULARES	43
SERRANO BADÍA, E.	
CASOS CLÍNICOS	44
LIPOSARCOMA PLEOMÓRFICO PRIMARIO DE GLÁNDULA PARÓTIDA	45
ALEXANDRA CORTÉS-ARCINIEGAS, SANTIAGO ALMANZO, INÉS TORTAJADA-TORRALBA, SAÚL ASTRAY-GÓMEZ GERMÁN MARTÍN-VIGUER, JAVIER MÁZ-SABATER, MARÍA AGUDO-GARCÍA, IGNACIO LLÓPEZ CARRATALÁ, DIEGO COLLADO-MARTÍN, JOSÉ MARÍA PEROLADA-VALMAÑA	
TUMOR DE MASSON EN VALLÉCULA EN PACIENTE ONCOLÓGICO: RESECCIÓN CON TOUSS	47
ANA MARÍA DOMÍNGUEZ CARRAL, RUXANDRA DINU PISTOLEA, BLANCA ESPINOSA ARNAU, MIGUEL MARTÍNEZ MORENO, MARÍA JOSÉ FERRER RAMIREZ, CELIA LÓPEZ MOLLÁ.	
CUANDO NO TODA MASA ROJIZA RETROTIMPÁNICA ES PARAGANGLIOMA; SARCOMA DE EWING EN OÍDO MEDIO	49
DÍAZ BELLIDO LAURA, RODRÍGUEZ PRADO CRISTINA , CAMPOS CATALÁ AGUSTÍN , GIMENO CORET MAR , MOMPÓ MARTÍNEZ CARLA , ZAPATER LATORRE ENRIQUE	
EXTRAVASACIÓN DE PROPOFOL POR UN CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA SIMULANDO UNA FÍSTULA QUILOSA DURANTE UN VACIAMIENTO CERVICAL	50
VALENZUELA GRAS, M; MARTÍN JARAMAGO, J; BAVIERA GRANELL, N; RODRÍGUEZ IGLESIAS, M.	
UNA FOTO - UN CASO	53
MALFORMACIONES OTOLÓGICAS EN EL SÍNDROME OTOPALATODIGITAL TIPO 1	54
ALEXANDRA CORTÉS-ARCINIEGAS, INÉS TORTAJADA-TORRALBA, SANTIAGO ALMANZO, SAÚL ASTRAY-GÓMEZ, JAVIER MÁZ-SABATER, GERMÁN MARTÍN-VIGUER, MARÍA ESCOSURA-FERNÁNDEZ, ABEL GUZMÁN-CALVETE, LAURA CAVALLÉ-GARRIDO, CARLOS DE PAULA-VERNETTA	
USO DE MATRICES DÉRMICAS SINTÉTICAS EN LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS CUTÁNEOS COMPLEJOS	55
CECILIA REINOSA CALDERÓN, MARÍA ANTÓN ALMERO, EVES PRISCILA REYES PUYOLS, ANDRÉS LUCAS WIDMER, JAIME MARCO ALGARRA.	
HERNIACIÓN ENCEFÁLICA TRAS RESECCIÓN CRANEOFACIAL ENDOSCÓPICA POR ESTESIONEUROBLASTOMA: UNA COMPLICACIÓN ASOCIADA A AOS Y OBESIDAD	56
RODRÍGUEZ-PRADO, CRISTINA; GARCÍA-LLIBERÓS, AINHOA; SÁNCHEZ-PARDO, MOISÉS; GARCÍA-NAVALÓN, CARMEN; GÓMEZ-GÓMEZ, MARÍA JOSÉ; DÍAZ-BELLIDO, LAURA; GIMENO-CORET, MAR; MOMPÓ, CARLA; ZAPATER LATORRE, ENRIQUE.	
SILICONOMAS CERVICALES: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ADENOPATÍAS SUPRACLAVICULARES	57
SERRANO MARTÍN E, GALLO ALLER J, FERRERO COLOMA S, SANCHO MESTRE M	
RECIDIVA TUMORAL SOBRE COLGAJO PECTORAL: UN RESCATE PELIAGUDO	58
MAS JAVIER, ASTRAY SAÚL, ALMANZO SANTIAGO , MARTÍN GERMÁN, TORTAJADA INES, CORTÉS ALEXANDRA, AGUDO MARÍA , LÓPEZ NACHO, COLLADO DIEGO, PEROLADA JOSE MARÍA	
SINUSITIS AGUDA COMPLICADA CON EMPIEMA SUBDURAL, MENINGITIS Y NEUMOENCÉFALO EN VARÓN JOVEN INMUNOCOMPETENTE	59
LAURA ZARCO GALLEGO, AHMED CHAKIB TALEB FERROUKHIL, TOMÁS PÉREZ CARBONELL, JAIME MARCO ALGARRA,	
EVOLUCIÓN DE UN MUCOCELE NASOSINUSAL	60
LORENZO TREGLIA; JUAN RAMÓN PAREDES; FRANCISCO SIGNES; SINUK JEONG; RONAL HUAYNAY; JOSÉ MAURI	
TORTÍCOLIS POSTOPERATORIA TRAS CIRUGÍA ADENOAMIGDALAR EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO.	62
MIGUEL MARTÍNEZ	

PROGRAMA

The background is a teal-toned illustration. In the foreground, a church with a steep, gabled roof and a cross on top is situated on a grassy bank. A small boat is visible in the water to the left. In the background, a large, multi-story building with a crenellated roofline, resembling a castle or a fortified town, is visible. The entire scene is rendered in a minimalist, line-art style with flat colors.

PROGRAMA

JUEVES 5 FEBRERO

15:45	INAUGURACIÓN Dr. Miguel Armengot Carceller Presidente de la SVORL-CCC y del Comité Organizador. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia
16:00	MESA REDONDA: Manejo de la epistaxis en pacientes con Enfermedad de Rendu-Osler-Weber Moderador Dr. Alfonso García Piñero Jefe de Sección Rinología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia Ponentes Dr. Tomàs Pérez Carbonell Adjunto unidad de rinología HCUV. Hospital Clínico Universitario de Valencia Dra. Carmen García Navalón Consorcio Hospital General Universitario de València Dr. Germán Martín Viguer Médico Interno Residente. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia Dr. Raúl Del Castillo López Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid
17:30	CONFERENCIA: Manejo de la ototoxicidad en Oncología Pediátrica Moderadora Dra. Isabel Ibáñez Alcañiz Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia Ponente Dra. Adela Cañete Nieto Jefe de Sección. Unidad de Onco-Hemalogía Pediátrica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia
18:00	PAUSA CAFÉ – VISITA EXPOSICIÓN COMERCIAL
18:30	DEFENSA COMUNICACIONES 1 Moderadora Dra. Marta Faubel Serra Jefe de Servicio de ORL. Hospital General Universitario de Castellón
21:00	CENA DEL CONGRESO

VIERNES 6 FEBRERO

9:30	<p>MESA REDONDA: Soluciones implantables en otitis media crónica colesteatomatosa</p> <p>Moderador Dr. Carlos de Paula Vernetta Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia</p> <p>Ponentes Dr. Agustín Campos Catalá Hospital General Universitario de Valencia</p> <p>Dr. Martín Marcano Acuña Facultativo Especialista ORL. Hospital Universitario Dr Peset de Valencia</p> <p>Dr. Luis Lassaletta Atienza Jefe de Sección de Otorología. Hospital Universitario la Paz de Madrid. Profesor Titular de ORL, Universidad Autónoma de Madrid. Hospital Universitario la Paz de Madrid</p> <p>Dr. Abel Guzmán Clavete Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia</p> <p>Dra. Paz Martínez Beneyto Médica Adjunta Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario de Valencia</p>
11:00	<p>CONFERENCIA: Manejo del nervio facial en una Unidad de Parálisis Facial</p> <p>Moderador Dr. Carlos de Paula Vernetta Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia</p> <p>Ponente Dr. Luis Lassaletta Atienza Jefe de Sección de Otorología, Hospital Universitario la Paz de Madrid Profesor Titular de ORL, Universidad Autónoma de Madrid. Hospital Universitario la Paz de Madrid</p>
11:30	PAUSA CAFÉ - VISITA EXPOSICIÓN COMERCIAL
12:00	<p>MESA REDONDA: Presente y futuro de la formación en Otorrinolaringología</p> <p>Moderadora Dra. Sara María Ferrero Coloma Vicepresidenta de la SVORL. Coordinadora del comité de I+D+d. Hospital General Universitario Dr Balmis de Alicante</p> <p>Dr. Tomàs Pérez Carbonell Adjunto Unidad de Rinología HCUV. Hospital Clínico Universitario de Valencia</p> <p>Ponentes Dr. Miguel Gómez Torres Hospital Clínico Universitario de Valencia</p> <p>Dr. Saúl Astray Gómez Vocal Residente SVORL-CCC. Hospital Universitario y Politécnico La Fe</p> <p>Dr. Ronal Luis Huayanay Conde Médico Interno Residente. Hospital General Universitario Dr Balmis de Alicante</p> <p>Eva Villaverde López Ingeniera robótica. Laboratorio de Simulación e Innovación de Alicante de ISABIAL</p>

13:30	DEFENSA COMUNICACIONES 2 Moderador Dr. Agustín Alamar Velázquez Jefe Clínico. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia
14:30	COMIDA
16:00	CONFERENCIA: Semblanza del Dr. Juan Bartual Pastor Moderador Dr. Miguel Armengot Carceller Jefe de Servicio de Otorrinolaringología. Catedrático de Otorrinolaringología Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia Ponente Dr. Jaime Marco Algarra Hospital Clínico Universitario de Valencia
16:30	MESA REDONDA: Diagnóstico y tratamiento integral de las disfonías funcionales Moderador Dr. Diego Collado Martín Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia Ponentes Dr. Gonzalo Martín Del Guayo Hospital General de Alicante Dra. Rosana Almela Cortes Especialista en Otorrinolaringología. Facultativo Especialista Otorrinolaringología. Hospital General de Castellón Dr. Pedro Martínez Amorós Foniatra. Adjunto Medicina Física y Rehabilitación Hospital La Fe de Valencia. Servicio de Rehabilitación del Hospital La Fe de Valencia Dra. Rosa Hernández San Demetrio Hospital General de Valencia
18:00	ACTO DE CLAUSURA Moderador Dr. Miguel Armengot Carceller Presidente de la SVORL-CCC y del Comité Organizador. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia
18:05	PAUSA CAFÉ - VISITA EXPOSICIÓN COMERCIAL
18:30	ENTREGA PREMIOS
19:00	ASAMBLEA GENERAL

The background is a teal color with white line art. In the foreground, there is a simple house with a gabled roof, a small window, and a porch. In the background, there are various architectural structures, including a large building with a dome and a bridge-like structure. The overall style is minimalist and illustrative.

COMUNICACIONES

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-AUDIOLÓGICAS DE LA DILATACIÓN DEL ACUEDUCTO VESTIBULAR

SOTO VÉLEZ, J. A. (1); MARTINEZ, M. P. (2); GOMEZ, M. (2); MARCO, J. (3)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia; (2) Hospital Clínico Universitario de Valencia; (3) Universidad de Valencia

TIPO DE COMUNICACIÓN:

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE:

Dilatación del acueducto vestibular; Hipoacusia; Malformaciones cocleovestibulares; Síndrome de Pendred

INTRODUCCIÓN

La dilatación del acueducto vestibular (DAV) constituye la malformación congénita del oído interno más frecuentemente asociada a hipoacusia neurosensorial. A pesar de su origen congénito, la pérdida auditiva puede manifestarse de forma peri- o postlocutiva, con una evolución clínica y audiológica altamente variable. La asociación con variantes genéticas, especialmente en el gen SLC26A4, y la posibilidad de progresión, fluctuación o empeoramiento súbito hacen necesario un seguimiento clínico estrecho. El objetivo de este estudio es describir las manifestaciones audiológicas, evolutivas y genéticas de una serie de pacientes diagnosticados de DAV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico radiológico de DAV mediante tomografía computarizada de alta resolución y/o resonancia magnética. La unidad de análisis fue el oído afecto. Se excluyeron oídos con patología del oído medio que justificara hipoacusia conductiva y estudios audiológicos incompletos. Se analizaron variables demográficas, tipo y grado de hipoacusia (clasificación OMS), lateralidad, configuración audiométrica, evolución clínica (fluctuación y empeoramiento súbito), rehabilitación auditiva y resultados del estudio genético cuando estuvo disponible. El análisis estadístico fue descriptivo.

RESULTADOS

Se incluyeron 14 pacientes, con una edad media de 20,9 años (mediana 11; rango 7-69), predominando el sexo femenino (64,3%). La afectación fue bilateral en el 78,6% de los casos. Se analizaron 28 oídos, de los cuales 23 (82,1%) presentaron hipoacusia. El tipo de hipoacusia más frecuente fue la neurosensorial (69,6%), seguida de la mixta (30,4%). El grado de pérdida auditiva fue heterogéneo, predominando la hipoacusia moderada (39,1%), seguida de cofosis (21,7%), severa (17,4%), profunda (13,0%) y leve (8,7%). La configuración audiométrica más habitual fue la descendente (56,5%). Se documentó fluctuación auditiva en el 14,3% de los pacientes y episodios de empeoramiento súbito en el 21,4%. El 78,6% de los pacientes precisó rehabilitación auditiva, fundamentalmente mediante adaptación protésica; los casos con hipoacusia profunda o cofosis fueron candidatos a implante coclear. El estudio genético se realizó en el 64,3% de los pacientes, identificándose variantes patogénicas en el 44,4%, principalmente en el gen SLC26A4.

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

Nuestros resultados confirman la marcada heterogeneidad audiológica y evolutiva de la DAV, así como su elevada necesidad de rehabilitación auditiva. La frecuencia de afectación bilateral, la variabilidad en el grado de hipoacusia y la proporción de mutaciones en SLC26A4 son concordantes con la literatura actual. La posibilidad de progresión o empeoramiento súbito refuerza la importancia de un diagnóstico precoz, seguimiento audiológico longitudinal y estudio genético en estos pacientes para optimizar la toma de decisiones terapéuticas.

REFERENCIAS

- 1 Fernández-Cedrón C, Sánchez-Fernández P, Guntín-García M, Sandoval-Menéndez I, Gómez-Martínez J, Llorente-Pendás JL, Núñez-Batalla F. Acueducto vestibular dilatado como causa de hipoacusia postneonatal. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2024;75(3):177-184. doi:10.1016/j.otorri.2023.10.001
- 2 Jackler RK, Luxford WM, House WF. Congenital malformations of the inner ear: a classification based on embryogenesis. *Laryngoscope.* 1987;97(3 Pt 2 Suppl 40):2-14.
- 3 Valvassori GE, Clemis JD. The large vestibular aqueduct syndrome. *Radiology.* 1978;126(3):497-502.
- 4 Everett LA, Glaser B, Beck JC, et al. Pendred syndrome is caused by mutations in a putative sulphate transporter gene (PDS). *Nat Genet.* 1997;17(4):411-422.
- 5 Campbell C, Cucci RA, Prasad S, et al. Pendred syndrome, DFNB4, and PDS/SLC26A4 identification of mutations in the PDS gene. *Hum Mutat.* 2001;17(5):403-411.

- ⁶ Sennaroğlu L, Saatci I. A new classification for cochleovestibular malformations. *Laryngoscope*. 2002;112(12):2230–2241.
- ⁷ Boston M, Halsted M, Meinzen-Derr J, et al. The large vestibular aqueduct: A new definition based on audiologic and computed tomography correlation. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;136(6):972–977.
- ⁸ Levenson MJ, Parisier SC, Jacobs M, Edelstein DR. The large vestibular aqueduct syndrome in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1989;115(1):54–58.
- ⁹ Berrettini S, Forli F, Bogazzi F, et al. Large vestibular aqueduct syndrome: Audiological, radiological, clinical, and genetic features. *Am J Otolaryngol*. 2005;26(6):363–371.
- ¹⁰ Merchant SN, Rosowski JJ. Conductive hearing loss caused by third-window lesions of the inner ear. *Otol Neurotol*. 2008;29(3):282–289.
- ¹¹ Zhou G, Gopen Q. Characteristics of vestibular evoked myogenic potentials in children with enlarged vestibular aqueduct. *Laryngoscope*. 2011;121(1):220–225.

HIPOACUSIA FAMILIAR NO SINDRÓMICA: UN HALLAZGO GENÉTICO INESPERADO EN GATA3

SOTO VÉLEZ, J. A. (1); MARTINEZ, M. P. (2); DOMINGUEZ, M. (3); DEL CASTILLO, I. (3); MARCO, J. (2)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia; (2) Hospital Clínico Universitario de Valencia; (3) Servicio de Genética, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS).

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE:

Hipoacusia neurosensorial no sindrómica; Hipoacusia familiar; GATA3; Mosaicismo germinal; Mutación de novo;

INTRODUCCIÓN

La hipoacusia neurosensorial de inicio temprano presenta una etiología genética en hasta el 60–70 % de los casos. Las mutaciones heterocigotas en el gen GATA3 se han asociado clásicamente al síndrome HDR, caracterizado por hipoacusia neurosensorial, hipoparatiroidismo y anomalías renales, con herencia autosómica dominante y expresividad variable. Hasta fechas recientes, las alteraciones en GATA3 se habían considerado prácticamente exclusivas de hipoacusias sindrómicas, interpretándose la hipoacusia aislada como una forma incompleta o inicial del espectro clínico. Se ha descrito por primera vez una mutación en GATA3 responsable de hipoacusia neurosensorial estrictamente no sindrómica, lo que amplía el espectro fenotípico asociado a este gen.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan dos hermanos varones, actualmente de 30 y 33 años. Ambos no superaron el cribado neonatal de hipoacusia y en torno a los 2 años se realizó una evaluación audiológica completa que confirmó una hipoacusia neurosensorial bilateral simétrica de grado moderado, con umbrales auditivos medios en torno a 60 dB. Durante la infancia, el hermano menor presentó episodios recurrentes de otitis media con derrame, que requirieron tratamiento quirúrgico mediante colocación de tubos de ventilación transtimpánicos, sin repercusión en la audición neurosensorial ni en la evolución posterior del cuadro. Tras el diagnóstico, ambos pacientes iniciaron rehabilitación auditiva precoz mediante prótesis auditivas bilaterales, con adecuada adaptación y buen rendimiento funcional, tratamiento que se ha mantenido de forma continuada hasta la actualidad. A lo largo del seguimiento se realizaron controles que manifiestan la estabilidad del déficit auditivo. En el momento del diagnóstico inicial se llevó a cabo un estudio etiológico acorde a las herramientas disponibles en ese periodo, incluyendo pruebas genéticas dirigidas para hipoacusia hereditaria, que no identificaron variantes patogénicas conocidas. En la edad adulta, y tras la incorporación de técnicas de secuenciación de nueva generación, se realizó una reevaluación genética mediante un estudio ampliado de genes asociados a hipoacusia sindrómica y no sindrómica.

RESULTADOS

La reevaluación genética identificó en ambos hermanos una mutación missense heterocigota patogénica en el gen GATA3. La evaluación clínica y analítica y demás estudios complementarios descartan patología renal y alteraciones del metabolismo calcio-fósforo. No se objetivaron signos clínicos, analíticos ni radiológicos de afectación renal ni paratiroidea tras más de dos décadas de seguimiento. El estudio familiar permitió establecer un origen de novo de la mutación, transmitida a ambos hermanos como consecuencia de un mosaicismo germinal paterno.

DISCUSIÓN

Este caso constituye la primera descripción clínica de una mutación en GATA3 causante de hipoacusia neurosensorial estrictamente no sindrómica, diagnosticada tras la reevaluación genética mediante técnicas de secuenciación avanzada. El hallazgo amplía de forma significativa el espectro fenotípico asociado a GATA3 y subraya la importancia de reconsiderar el diagnóstico genético en hipoacusias familiares previamente no filiada. El mosaicismo germinal paterno representa un aspecto clave con implicaciones relevantes para el consejo genético.

REFERENCIAS

- ¹ Domínguez-Ruiz M, Garrido G, Martínez-Beneyto P, del Castillo FJ, Villamar M, Gómez-Rosas E, et al. De novo heterozygous GATA3 missense variant causes an unexpected phenotype of non-syndromic hearing impairment with apparently recessive inheritance. *Int J Mol Sci.* 2025;26:6363. doi:10.3390/ijms26136363.
- ² Barakat AJ, Raygada M, Rennert OM. Hypoparathyroidism, sensorineural deafness, and renal disease (HDR syndrome). *Am J Med Genet.* 1977;1(3):337–340.
- ³ Van Esch H, Groenen P, Nesbit MA, et al. GATA3 haplo-insufficiency causes human HDR syndrome. *Nature.* 2000;406(6794):419–422.
- ⁴ Nesbit MA, Bowl MR, Harding B, et al. Characterization of GATA3 mutations in the hypoparathyroidism, deafness, and renal dysplasia (HDR) syndrome. *J Biol Chem.* 2004;279(21):22624–22634.
- ⁵ Nesbit MA, Bowl MR, Harding B, et al. Characterization of GATA3 mutations in the hypoparathyroidism, deafness, and renal dysplasia (HDR) syndrome. *J Biol Chem.* 2004;279(21):22624–22634.
- ⁶ Morton CC, Nance WE. Newborn hearing screening — a silent revolution. *N Engl J Med.* 2006;354(20):2151–2164.
- ⁷ Sloan-Heggen CM, Smith RJH. Navigating genetic diagnostics in patients with hearing loss. *Curr Opin Pediatr.* 2016;28(6):705–712.

ESTADO PSICOAFECTIVO EN PACIENTES SOMETIDOS A LARINGECTOMÍA TOTAL: ESTUDIO OBSERVACIONAL

SOTO VÉLEZ, J. A. (1); PEREZ, M. B. (2); GOMEZ, M. (2); REINOSA, C. (2); REYES, E. (2); MARCO, J. (2)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia; (2) Hospital Clínico Universitario de Valencia

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

laringectomía total; ansiedad; depresión; cáncer de laringe; calidad de vida

INTRODUCCION

La laringectomía total continúa siendo un tratamiento fundamental en el cáncer de laringe avanzado, aunque se asocia a importantes secuelas funcionales y posibles alteraciones psicoafectivas. La valoración sistemática del estado emocional no siempre forma parte del seguimiento clínico habitual. El objetivo de este estudio fue describir el estado psicoafectivo de pacientes sometidos a laringectomía total y analizar su relación con variables clínicas y terapéuticas.

METODO

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo con componente analítico en pacientes sometidos a laringectomía total entre 2015 y 2024. La evaluación se llevó a cabo en un único momento del seguimiento postoperatorio, al menos un año después de la cirugía. Los síntomas de ansiedad y depresión se evaluaron mediante la escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Se analizaron variables clínicas como el uso de psicofármacos, la derivación a servicios de salud mental, el uso de prótesis fonatoria y la administración de tratamiento oncológico adyuvante.

RESULTADOS

Se incluyeron 33 pacientes. El 18,2 % presentó ansiedad probable y el 24,2 % depresión probable. El 30,3 % recibió tratamiento psicofarmacológico habitual y el 33,3 % fue derivado a servicios de salud mental. No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre la sintomatología psicoafectiva y el uso de prótesis fonatoria ni con el tratamiento oncológico adyuvante.

DISCUSIÓN

La presencia de sintomatología psicoafectiva en esta cohorte pone de manifiesto la variabilidad en la adaptación emocional de los pacientes tras una laringectomía total, más allá del periodo postoperatorio inmediato.

CONCLUSIONES

Una proporción relevante de pacientes laringectomizados presenta síntomas clínicamente significativos de ansiedad y depresión. La evaluación estructurada del estado psicoafectivo puede facilitar la identificación de pacientes que podrían beneficiarse de un abordaje multidisciplinar durante el seguimiento clínico.

REFERENCIAS

- 1 Blanco-Piñero N, Antequera-Jurado R, Rodríguez-Franco L, Ibáñez-Guerra E, Herrero-Salado TF, Sánchez-Gómez S. Alteraciones emocionales y psicopatológicas en pacientes oncológicos laringectomizados. *Acta Otorrinolaringológica Esp.* 2015;66(4):210-217. doi:10.1016/j.otorri.2014.09.006
- 2 Kemps GJF, Krebbers I, Pilz W, Vanbelle S, Baijens LWJ. Affective symptoms and swallow-specific quality of life in total laryngectomy patients. *Head Neck.* 2020;42(11):3179-3187. doi:10.1002/hed.26365
- 3 Wulff NB, Dalton SO, Wessel I, Arenaz Búa B, Löfhede H, Hammerlid E, et al. Health-related quality of life, dysphagia, voice problems, depression, and anxiety after total laryngectomy. *Laryngoscope.* 2022;132(5):980-988. doi:10.1002/lary.29857
- 4 Volpato E, Poletti V, Banfi P, Pagnini F. Exploring experiences and emotions in tracheostomy and laryngectomy: a systematic review. *Psychol Health Med.* 2025;30:1-23. doi:10.1080/13548506.2025.2531465
- 5 Jiménez-Labaig P, Aymerich C, Braña I, Rullan A, Cacicedo J, González-Torres MÁ, Harrington KJ, Catalan A. A comprehensive examination of mental health in patients with head and neck cancer: systematic review and meta-analysis. *JNCI Cancer Spectr.* 2024;8(3):pkae031. doi:10.1093/jncics/pkae031

EXTRAVASACIÓN DE PROPOFOL POR UN CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA SIMULANDO UNA FÍSTULA QUILOSA DURANTE UN VACIAMIENTO CERVICAL

VALENZUELA, M. (1); MARTÍN, J. (2); BAVIERA, N. (3); RODRÍGUEZ, M. (3)

(1) Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva; (2) Hospital Doctor Peset; (3) Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

PICCCateter central de acceso periféricoFistula quillosaComplicacionesPropofolAnestesia

INTRODUCCION

El uso de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) se ha generalizado en pacientes oncológicos por sus ventajas de inserción y menor riesgo de complicaciones graves inmediatas. Sin embargo, presentan una tasa considerable de complicaciones (14,4% - 48,1%), siendo la malposición de la punta un fallo mecánico frecuente, especialmente hacia la vena yugular interna (VYI).

OBJETIVO

El motivo de este reporte es presentar un caso donde la malposición de un PICC y la infusión de propofol simulaban intraoperatoriamente una fistula quillosa, una complicación temida en cirugía de cabeza y cuello.

EL CASO CLÍNICO

Se trata de un varón con carcinoma epidermoide de laringe programado para laringectomía total y vaciamiento cervical. Tras la inducción, se insertó un PICC y se mantuvo la anestesia con perfusión continua de propofol. Durante la disección del nivel IV izquierdo, se observó la salida de líquido lechoso adyacente a la VYI, sugiriendo lesión del conducto torácico (fistula quillosa). Se realizaron intentos fallidos de ligadura y sutura para controlar el débito. Se notó una coloración blanquecina anómala en la propia pared de la VYI (figura 1). Se sospechó malposición del PICC, pero tras una retirada parcial inefectiva, la manipulación obligó a ligar y seccionar la VYI. Se confirmó que la punta del catéter estaba dentro del vaso seccionado (figura 2). Se retiraron los fragmentos este incluidos en la VYI y se ligaron los muñones venosos, resolviendo el cuadro.

DISCUSIÓN

La infusión de propofol creó un mimetismo exacto con una fuga de quilo, cuyo signo patognomónico es la aparición de líquido lechoso en el nivel IV izquierdo. La persistencia del débito tras las suturas y la coloración blanca de la pared

venosa fueron claves para descartar la fístula quilosa y sospechar del dispositivo intravascular. La comunicación con el anestesiólogo fue fundamental para modificar el diagnóstico y manejar el incidente de forma segura.

CONCLUSIONES

La migración o malposición del catéter PICC hacia la VVI es un riesgo frecuente que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de complicaciones intraoperatorias. La infusión de propofol a través de un catéter malposicionado puede imitar una fístula quilosa, generando confusión diagnóstica y terapéutica. Es imperativo que el equipo quirúrgico mantenga un alto índice de sospecha sobre complicaciones de dispositivos vasculares y fomente una comunicación fluida con Anestesiología para resolver eventos adversos inesperados.

REFERENCIAS

- ¹ Duwadi S, Zhao Q, Budal BS. Peripherally inserted central catheters in critically ill patients - complications and its prevention: A review. *Int J Nurs Sci.* 10 de enero de 2019;6(1):99-105.
- ² Liu R, Xu H, Pu L, Xie X, Chen H, Wu Z, et al. Clinical characteristics of peripherally inserted central catheter-related complications in cancer patients undergoing chemotherapy: a prospective and observational study. *BMC Cancer.* 22 de septiembre de 2023;23(1):894.
- ³ Kalma B, van Zundert A. Perils of the PICC: Peripherally Inserted Central Catheter-Associated Complications and Recommendations for Prevention in Clinical Practice-A Narrative Review. *Healthc Basel Switz.* 14 de agosto de 2025;13(16):1993.
- ⁴ Magos T, Massa G, Burdett E, Al Khalfan A, Thaj J, Al Yaghchi C, et al. Enhanced recovery after laryngectomy: A feasibility study in 25 patients. *J Perioper Pract.* diciembre de 2022;32(12):338-45
- ⁵ Song L, Li X, Guo Y, Ye M, Ma Y, Guo M, et al. Malposition of peripherally inserted central catheter: experience from 3012 cancer patients. *Int J Nurs Pract.* agosto de 2014;20(4):446-9.
- ⁶ Huang L, Chen Y, Li Q, Luo J, Long F, Wang G. Comparison of Catheter Malposition Incidence in Peripherally Inserted Central Catheters Between Left and Right Upper Limbs: A Cross-Sectional Study. *Health Sci Rep.* agosto de 2025;8(8):e71172.
- ⁷ Delaney SW, Shi H, Shokrani A, Sinha UK. Management of Chyle Leak after Head and Neck Surgery: Review of Current Treatment Strategies. *Int J Otolaryngol.* 2017;2017:8362874.

LEISHMANIASIS LARÍNGEA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

CAVERO, L. (1); BURTIC, R. (1)

(1) *HGUCS*

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

Leishmaniasis laríngea, amastigotes, cuerdas vocales

INTRODUCCIÓN

La leishmania es un protozoo unicelular flagelado transmitido por la mosca de la arena (*Phlebotomus*). La picadura de la mosca inyecta la forma flagelada (promastigote), mientras que en el interior de los macrófagos adquiere la forma no flagelada (amastigote) (1). Se trata de una zoonosis con especial predilección geográfica por las zonas mediterráneas, siendo más prevalente en zonas húmedas (zona del Levante español). Afecta con mucha mayor frecuencia a pacientes inmunodeprimidos. La leishmaniasis laríngea es una rareza, siendo excepcional en pacientes inmunocompetentes (2).

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 56 años de edad natural de Castellón de la plana (España) que consulta por disfonía y síndrome constitucional (astenia, pérdida de peso no cuantificada) de 6 meses de evolución. Como antecedentes patológicos destaca el ser fumador de cigarrillos desde hace 25 años. No presentaba antecedentes de lesiones cutáneas previas. Palpación de adenopatías cervicales bilaterales blandas y no adheridas a planos profundos. En la laringoscopia se evidenció lesión en seno piriforme derecho con movilidad conservada de cuerdas vocales. Signos de inflamación difusa y edema de Reinke. Se realizó TC cervico-torácico evidenciándose lesión sólida en cuerda vocal derecha afectando a tercios medio y anterior, con extensión a comisura anterior, a banda ventricular derecha y espacio paraglótico ipsilateral. Se realizó biopsia bajo anestesia general evidenciándose amastigotes de leishmania, sin evidencia de malignidad. Se practicó PCR que resultó positiva para leishmania.

EVOLUCIÓN

Se trató con anfotericina B liposomal. Tras completar el tratamiento la voz se normalizó y las posteriores nasofibrolarinoscopias no mostraron anomalías.

DISCUSIÓN

La leishmaniasis se puede presentar en diferentes formas clínicas: cutánea localizada, cutánea difusa, mucocutánea o visceral (kala-azar o fiebre negra). El 80% de los pacientes afectados de leishmaniasis mucosa presentan inmunosupresión sistémica. Esta forma clínica es secundaria a la diseminación hematógena después de meses o años de una lesión cutánea y se puede manifestar en forma de lesión infiltrativa o ulcerada en la mucosa nasal (forma más frecuente), faringe, laringe o boca. La leishmaniasis laríngea se ha descrito afectando a cuerdas vocales y epiglotis (3). El tabaquismo podría causar daño de la mucosa laríngea y ser un factor predisponente a la infección local por leishmania (4).

CONCLUSIONES

La leishmaniasis laríngea es una rareza, pero debe ser sospechada en pacientes con disfonía y adenopatías cervicales, sobretodo en pacientes inmunodeprimidos en áreas endémicas. Un tratamiento sistémico precoz puede resolver el cuadro sin secuelas. Según nuestro conocimiento, sólo se han descrito cuatro casos de forma independiente de leishmaniasis laríngea aislada en pacientes inmunocompetentes (4-7).

REFERENCIAS

1. Dari MA, Wondimu ZT, Muluneh MA, et al. A case of laryngeal leishmaniasis presenting as hoarseness in an Ethiopian patient: a case report. *J Med Case Rep* 2025;19:86-90.
2. Teemul TA, Williams J. Laryngeal leishmaniasis: case report of a rare infection. *Head Neck* 2012;35:1-3.
3. Fiscaro V, Campanella E, Marino A, et al. Laryngeal leishmaniasis in a HIV-positive patient: a case report and review of the literature. *World Acad Sci J* 2023;5:1-6.
4. Tiseo D, Tosone G, Domenica MC, et al. Isolated laryngeal leishmaniasis in an immunocompetent patient: a case report. *Le Infezioni in Medicina* 2008;4:233-5.
5. Abrams J, Bocker W. A case of leishmaniasis with isolated disease of the larynx. *Laryngorhinootologie* 1992;71:142-4.
6. Schroeder D, Foguena AK, Cometta A, et al. A 48-year-old man with laryngeal mass and vocal cord palsy. *Clin Infect Dis* 2010;50:80-1.
7. Navarro M, Villanueva JL, Torre-Cisneros J, et al. Isolated laryngeal leishmaniasis in an immunocompetent patient: successful treatment with surgery. *J Laryngol Otol* 1994;108:249-51.

ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA CRIOABLACIÓN COMO TRATAMIENTO EN LA HIPERTROFIA TURBINAL

DIAZ BELLIDO, L. (1); RODRÍGUEZ PRADO, C. (1); GARCÍA NAVALÓN, C. (1); GARCÍA-LLIBEROS, A. (1); ZAPATER LATORRE, E. (1)
(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

TIPO DE COMUNICACIÓN:

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

Crioablación. Hipertrofia turbinal. Obstrucción nasal

INTRODUCCIÓN

La obstrucción nasal es uno de los síntomas más frecuentes en las consultas de rinología afectando al 30-40% de la población y puede deberse a múltiples etiologías como la hipertrofia turbinal del cornete inferior con etiologías muy diversas (1). El tratamiento de elección inicial suele ser tópico nasal con lavados nasales combinando sueros hidrosalinos, corticoterapia y medicación descongestionante o antihistamínicos (2). Sin embargo, cuando no hay respuesta al tratamiento conservador existen múltiples técnicas quirúrgicas destinadas a la reducción del tamaño de los cornetes y mejorar la sensación de obstrucción nasal como la crioablación de cornete inferior bajo anestesia local (3).

La crioterapia es una técnica que fue descrita por primera vez en 1970 por Ozenberger. Tras esto han habido publicaciones donde describen esta técnica como útil en el tratamiento de las rinitis por su efecto disminuyendo las secreciones y la congestión al reducir el tamaño de los cornetes nasales (4,5).

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia clínica de la crioablación de cornetes inferiores como tratamiento de la obstrucción nasal secundaria a hipertrofia turbinal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes intervenidos mediante crioablación de cornetes inferiores por insuficiencia respiratoria nasal asociada a hipertrofia turbinal entre enero de 2023 y enero de 2026. Se recogieron variables demográficas y clínicas (edad, sexo, tabaquismo, rinitis alérgica, desviación septal, seguimiento y necesidad de reintervención). La obstrucción nasal se evaluó mediante la Escala Visual Analógica (EVA) y el cuestionario NOSE, registrándose valores preoperatorios y postoperatorios. Se realizó análisis estadístico con pruebas pareadas según normalidad y modelos multivariantes para identificar factores asociados a la mejoría.

RESULTADOS

Se incluyeron 87 pacientes, con una edad media de $42,6 \pm 16,9$ años, siendo el 64,4% varones. Se observó una mejoría estadísticamente significativa tras la intervención tanto en EVA como en NOSE. La reducción media de EVA fue de aproximadamente 3 puntos, y la disminución media del NOSE fue de aproximadamente 30–36 puntos, ambas con significación estadística ($p < 0,001$). La magnitud de mejoría en EVA se asoció de forma independiente con una mayor EVA basal (mayor gravedad inicial) y con la edad (menor mejoría en pacientes de mayor edad). En el caso de NOSE, la mejoría se asoció con una mayor puntuación basal y con el tiempo de seguimiento. La tasa de complicaciones fue baja (4,6%) y predominantemente leve. Un 12,6% de los pacientes requirió cirugía posterior durante el seguimiento.

CONCLUSIONES

La crioablación de cornetes inferiores es una técnica mínimamente invasiva, segura y eficaz para el tratamiento de la obstrucción nasal por hipertrofia turbinal, con una mejoría clínica y estadísticamente significativa en EVA y NOSE. Los pacientes con mayor gravedad inicial presentan mayor beneficio, mientras que la edad podría asociarse a una menor respuesta en EVA. Se trata de una técnica con un perfil de seguridad elevado, cuyas complicaciones menores pueden ser manejadas con medicación habitual. Se realiza bajo anestesia local disminuyendo la lista de espera quirúrgica y el gasto sanitario. Lo cual hace que sea una buena opción como tratamiento.

REFERENCIAS

- 1 Valero A, Navarro AM, Del Cuervo A, Alobid I, Benito JR, Colás C, et al. Position paper on nasal obstruction: evaluation and treatment. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2018;28(2):67–90.
- 2 Hol MK, Huizing EH. Treatment of inferior turbinate pathology: a review and critical evaluation of the different techniques. *Rhinology*. 2000 Dec;38(4):157–66.
- 3 Bergmark RW, Gray ST. Surgical Management of Turbinate Hypertrophy. *Otolaryngol Clin North Am*. octubre de 2018;51(5):919–28.
- 4 Ozenberger JM. Cryosurgery in chronic rhinitis. *The Laryngoscope*. 1970;80(5):723–34
- 5 Scoppa J. Vasomotor rhinitis. A review and management by intranasal cryotherapy. *Med J Aust*. 11 de noviembre de 1985;143(10):448–50.

CUANDO NO TODA MASA ROJIZA RETROTIMPÁNICA ES PARAGANGLIOMA; SARCOMA DE EWING EN OÍDO MEDIO

DÍAZ BELLIDO, L. (1); RODRÍGUEZ PRADO, C. (2); CAMPOS CATALÁ, A. (3); GIMENO CORET, M. (3); MOMPÓ MARTÍNEZ, C. (3); ZAPATER LATORRE, E. (3)
(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA; (2) Hospital General Universitario de Valencia; (3) Hospital General Universitario de Valencia

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen premio caso clínico

PALABRAS CLAVE

Sarcoma de Ewing, oído medio

INTRODUCCIÓN

El sarcoma de Ewing (SE) es un tumor maligno neuroectodérmico poco frecuente en el área de cabeza y cuello (1–6%), siendo todavía menos prevalente a nivel del hueso temporal (1). Se relaciona a alteraciones genéticas específicas, como la translocación $t(11;22)(q24;q12)$ que apoya el diagnóstico definitivo basado en el estudio histopatológico, el cual en ocasiones puede ser difícil de establecer (2). El tratamiento de estas lesiones es complejo y suele requerir combinación de cirugía y quimioterapia y radioterapia (3).

CASO CLÍNICO

Varón de 34 años derivado por sospecha de paraganglioma en oído derecho con clínica de otalgia intensa, hipoacusia y acúfeno pulsátil. En otoscopia se objetiva masa violácea, no pulsátil retrotimpánica sin parálisis facial ni otra clínica

otológica. En audiometría presentaba hipoacusia de transmisión moderada en oído derecho. Las pruebas de imagen (TC y RMN) apoyaban el diagnóstico de paraganglioma. Por lo que el paciente fue intervenido realizándose una mastoidectomía y exéresis de la lesión. La biopsia intraoperatoria fue inespecífica y la definitiva posterior confirmaba paraganglioma con degeneración extensa.

Tras la primera cirugía el paciente tuvo una evolución tórpida (supuración continua, mala cicatrización y dolor importante que requirió ingreso para tratamiento endovenoso). Esta mala evolución junto con la aparición de paresia mentoniana llamó la atención al equipo quirúrgico, y se estableció la necesidad de revisión quirúrgica. En la segunda intervención se objetivó una masa violacea que se extendía ampliamente a mastoides por lo que se llevó a cabo una mastoidectomía radical con meatoplastia y timpanoplastia tipo III. El diagnóstico definitivo obtenido fue de sarcoma de Ewing por lo que se presentó en el comité multidisciplinar y cuello donde se derivó a la unidad de sarcomas para tratamiento adyuvante.

CONCLUSIÓN

El SE del oído medio es una entidad excepcional y potencialmente confundible con paraganglioma. La otalgia intensa y desproporcionada junto con la rápida evolución y los hallazgos intraoperatorios atípicos deben alertar sobre posibles diagnósticos alternativos (4). El diagnóstico definitivo requiere confirmación anatomopatológica con apoyo inmunohistoquímico y molecular. El abordaje terapéutico debe ser multimodal e individualizado, requiriendo combinación de cirugía, quimioterapia y radioterapia (5).

REFERENCIAS

- 1 Ağın A, Baytaroglu A, Koc I, Taylan Sekeroglu H. An Unusual Initial Presentation of Temporal Bone Ewing's Sarcoma: Cranial Nerve Palsy. *Turk Arch Pediatr*. 1 de noviembre de 2024;59(6):599-602.
- 2 Vishnoi JR, Kumar V, Srivastava K, Misra S. Primary Ewing's sarcoma of the temporal bone: a rare entity and review of the literature. *BMJ Case Rep*. 23 de octubre de 2019;12(10):e230768.
- 3 Rehman R, Osto M, Parry N, Awada N, Agemy J, Arianpour K, et al. Ewing Sarcoma of the Craniofacial Bones: A Qualitative Systematic Review. *Otolaryngol Neck Surg*. 2022;166(4):608-14.
- 4 Goudarzipour K, Shamsian S, Alavi S, Nourbakhsh K, Aghakhani R, Eyadian Z, et al. Primary Ewing's Sarcoma of the temporal bone in an infant. *Int J Hematol-Oncol Stem Cell Res*. 1 de abril de 2015;9(2):104-6
- 5 Kadar AA, Hearst MJ, Collins MH, Mangano FT, Samy RN. Ewing's Sarcoma of the Petrous Temporal Bone: Case Report and Literature Review. *Skull Base*. mayo de 2010;20(3):213-7.

AGREGACIÓN FAMILIAR Y ANÁLISIS GENÓMICO EN LA MIGRAÑA VESTIBULAR: ESTUDIO CLÍNICO Y MOLECULAR EN UNA COHORTE ESPAÑOLA

TORRES GARCÍA, L. (1); CASTILLA JIMÉNEZ, A. B. (2); GALLEGO-MARTINEZ, A. (3); PARRA-PÉREZ, A. M. (4); LOPEZ-ESCAMEZ, J. A. (5); PÉREZ GUILLÉN, V. (6)
 (1) Hospital Lluís Alcanyís. Universitat de València.; (2) Hospital Universitario y Politécnico La Fe; (3) Genome Biology Department, Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa (CABIMER), Consejo Superior de Investigaciones Científicas-Universidad de Sevilla-Universidad Pablo de Olavide (CSIC-USE-UPO), Seville, Spain; (4) Otolaryngology and Neurology Group CTS495, Division of Otolaryngology, Department of Surgery, Instituto de Investigación Biosanitaria, IBS.GRANADA, Universidad de Granada, Granada, Spain.; (5) The University of Sydney. Faculty of Medicine and Health, School of Medical Sciences; (6) Hospital Universitari i Politécnico La Fe

TIPO DE COMUNICACIÓN:

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE:

Migraña vestibular · Migraña vestibular familiar · Agregación familiar · Fenotipo clínico · Secuenciación del exoma completo · Genotipo-fenotipo

INTRODUCCIÓN

La migraña vestibular (MV) es una de las principales causas de vértigo episódico, con clara predominancia femenina y elevada heterogeneidad clínica. Diversos estudios sugieren un componente genético y una posible agregación familiar, aunque los mecanismos moleculares permanecen poco definidos. Este trabajo integra el análisis clínico y genético para caracterizar la MV familiar (MVF) y explorar posibles correlaciones genotipo-fenotipo. Material y métodos Se diseñó un estudio observacional, prospectivo y descriptivo en 47 pacientes diagnosticados de MV (criterios Bárány Society e ICHD-3) reclutados en dos hospitales de referencia (H.Universitario y Politécnico La Fe y Hospital Universitario Virgen de las Nieves, 2021-2023). Se recogieron variables clínicas, demográficas y terapéuticas mediante entrevista estructurada. Los pacientes

fueron clasificados en MVF (≥ 2 familiares afectados con MV y genealógicamente compatible) o MV esporádica. El análisis estadístico incluyó pruebas no paramétricas (Wilcoxon-Mann-Whitney, chi-cuadrado con p-valor simulado). En tres familias multicaso se realizó secuenciación del exoma completo (WES) y análisis bioinformático (filtros de frecuencia, predictores de impacto funcional y correlaciones clínicas). Resultados La cohorte mostró un predominio femenino (91%) y una edad media de 47 años. La edad media de inicio de la migraña fue de 21 años y la de los síntomas vestibulares de 30 años. El 23% presentó debut simultáneo. Un 36,2% cumplió criterios de MVF. En el análisis comparativo, los pacientes con MVF presentaron menor frecuencia de crisis migrañosas mensuales (2,4 vs. 5,3; $p=0,066$), mayor uso de tratamiento agudo vestibular (70,6% vs. 30%; $p=0,015$), menor número de tratamientos preventivos acumulados (1,06 vs. 1,97; $p=0,029$). Estos hallazgos sugieren un fenotipo con predominio vestibular y menor carga migrañosa. El análisis genético identificó variantes de impacto potencial en genes relacionados con metabolismo mitocondrial, remodelado tisular, regulación postranscripcional y neurotransmisión glutamatergica. Se observaron correlaciones preliminares entre algunos genes y características clínicas específicas. Discusión y conclusión Este estudio confirma la heterogeneidad fenotípica de la MV y aporta evidencia de agregación familiar con posible herencia autosómica dominante y penetrancia variable. La MVF se perfila como un subfenotipo diferenciado, con mayor expresividad vestibular y menor carga migrañosa, lo que tiene implicaciones diagnósticas y terapéuticas. El análisis genómico refuerza la hipótesis de que la MVF constituye un espectro sindrómico con múltiples subtipos genético-fenotípicos. Estos resultados subrayan la importancia de incluir la anamnesis familiar estructurada en la práctica clínica y plantean la viabilidad de modelos predictivos integrados basados en datos clínicos y genéticos, orientados hacia una medicina personalizada en cefaleas vestibulares.

REFERENCIAS

- 1 Antonio Lopez-Escamez, J., Gallego-Martinez, A., Morin, M., Choi, J.-H., Oh, E. H., Shin, J.-H., Cho, J. W., Choi, S.-Y., & Choi, K.-D. (2020). TRPM7 as a Candidate Gene for Vestibular Migraine. *Frontiers in Neurology* *11*, 595042. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.595042>
- 2 Bayer, O., Adrion, C., Al Tawil, A., Mansmann, U., Strupp, M., Strupp, M., Diener, H. C., Löwenheim, H., Lempert, T., Heide, W., & Rambold, H. (2019). Results and lessons learnt from a randomized controlled trial: Prophylactic treatment of vestibular migraine with metoprolol (PROVEMIG). *Trials*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3903-5>,
- 3 Byun, Y. J., Levy, D. A., Nguyen, S. A., Brennan, E., & Rizk, H. G. (2021). Treatment of Vestibular Migraine: A Systematic Review and Meta-analysis. *Laryngoscope*, 131(1), 186–194. <https://doi.org/10.1002/LARY.28546>,
- 4 Chu, H., Wang, Y., Ling, X., Li, K., & Yang, X. (2023). Prophylactic treatments for vestibular migraine: a systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. *Frontiers in Pharmacology*, 14, 1332973. <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1332973/FULL>
- 5 Fan, X., Dong, L., Li, H., Wang, K., & Zhou, J. (2025). Coordinates-based meta-analysis for vestibular migraine and the underlying mechanisms behind it. *Frontiers in Neurology*, 16, 1495423. <https://doi.org/10.3389/fneur.2025.1495423/BIBTEX>
- 6 Gorodetsky, E., Calkins, S., Ahn, J., & Brooks, P. J. (2007). ATM, the Mre11/Rad50/Nbs1 complex, and topoisomerase I are concentrated in the nucleus of Purkinje neurons in the juvenile human brain. *DNA Repair*, 6(11), 1698–1707. <https://doi.org/10.1016/j.dnarep.2007.06.011>
- 7 Hughes, I., Blasiole, B., Huss, D., Warchol, M. E., Rath, N. P., Hurler, B., Ignatova, E., David Dickman, J., Thalmann, R., Levenson, R., & Ornitz, D. M. (2004). Otopetrin 1 is required for otolith formation in the zebrafish *Danio rerio*. *Developmental Biology*, 276(2), 391–402. <https://doi.org/10.1016/j.ydbio.2004.09.001>
- 8 Kim, B.-K. (2025). Vestibular Migraine: Challenges in Diagnosis and Management. *Headache and Pain Research*, 26(2), 106–115. <https://doi.org/10.62087/HPR.2025.0001>
- 9 Paz-Tamayo, A., Perez-Carpena, P., & Lopez-Escamez, J. A. (2020). Systematic Review of Prevalence Studies and Familial Aggregation in Vestibular Migraine. *Frontiers in Genetics*, 11, 570730. <https://doi.org/10.3389/fgene.2020.00954/BIBTEX>
- 10 RAD50 - DNA repair protein RAD50 - Homo sapiens (Human) *UniProtKB* UniProt. (n.d.). Retrieved June 26, 2025, from <https://www.uniprot.org/uniprotkb/Q92878/entry>
- 11 Smyth, D., Britton, Z., Murdin, L., Arshad, Q., & Kaski, D. (2022). Vestibular migraine treatment: a comprehensive practical review. *Brain*, 145(11), 3741–3754. <https://doi.org/10.1093/brain/awac264>
- 12 Villar-Martinez, M. D., & Goadsby, P. J. (2024). Vestibular migraine: an update. *Current Opinion in Neurology*, 37(3), 252–263. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000001257>
- 13 Vornov, J. J., Wozniak, K., Lu, M., Jackson, P., Tsukamoto, T., Wang, E., & Slusher, B. (1999). Blockade of NAALADase: A novel neuroprotective strategy based on limiting glutamate and elevating NAAG. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 890, 400–405. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08019.x>,
- 14 ZNF343 - Zinc finger protein 343 - Homo sapiens (Human) *UniProtKB* UniProt. (n.d.). Retrieved June 26, 2025, from <https://www.uniprot.org/uniprotkb/Q6PIL6/entry>

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN PARA PACIENTES CON PARÁLISIS VOCAL UNILATERAL (PVU-HI-10) EN CASTELLANO

RODRÍGUEZ-PRADO, C. (1); HERNÁNDEZ SANDEMETRIO, R. (1); OISHI, M. N. (1); LÓPEZ, I. (1); DÍAZ, L. (1); GIMENO, M. (1); MOMPÓ, C. (1); ZAPATER, E. (1)
(1) Hospital General Universitario de Valencia

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

Parálisis vocal unilateral; Cuestionario; Autoevaluación; Calidad de vida

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La parálisis unilateral de cuerda vocal (PVU) es una patología que afecta de forma significativa a las funciones laríngeas y relativamente frecuente debido al aumento de las cirugías de cabeza y cuello. Cuando es sintomática, los pacientes presentan alteraciones en la voz y en la deglución y se afecta también su esfera social y emocional. En este contexto, resulta fundamental disponer de herramientas específicas que permitan cuantificar el impacto en la calidad de vida. El objetivo de este estudio fue validar un cuestionario de autoevaluación para pacientes con PVU e inmovilidad vocal unilateral, adaptado al castellano hablado en España, que incluya de forma integral los síntomas asociados a esta entidad.

Metodología Se realizó un estudio observacional prospectivo utilizando el cuestionario PVU-HI-10, que evalúa el impacto funcional, físico y emocional de la PVU. La validación incluyó el análisis de la fiabilidad test-retest, la consistencia interna, la correlación ítem-total, así como la validez concurrente y discriminativa mediante análisis de sensibilidad y especificidad. Participaron 62 sujetos: 33 pacientes con PVU y 29 sujetos sanos como grupo control. Todos completaron el cuestionario en dos ocasiones, con un intervalo de tres semanas y sin tratamiento intermedio. Como medida objetiva de referencia se empleó el tiempo máximo de fonación.

Resultados El cuestionario mostró una excelente fiabilidad test-retest, con un coeficiente de correlación intraclassa de 0,95. La consistencia interna fue elevada en ambos grupos. Se observó una correlación inversa alta entre las puntuaciones del cuestionario y el tiempo máximo de fonación. La validez discriminativa fue adecuada, con un punto de corte de 12,1, una sensibilidad del 82% y una especificidad del 93,1%.

Conclusiones El PVU-HI-10 es un cuestionario válido, fiable y fácil de aplicar que permite cuantificar el impacto en la calidad de vida de la parálisis vocal unilateral desde la perspectiva del paciente. Su uso facilita la evaluación clínica y la comparación de resultados tras el tratamiento en pacientes hispanohablantes.

REFERENCIAS

¹ Hernández-Sandemtrio R, Oishi N, López I, Rodríguez-Prado C, García-Lopez I, Zapater E. Validation of the self-assessment questionnaire for patients with unilateral vocal cord paralysis (PVU-HI-10) in Spanish. Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed). 2025;76(6):512271. doi:10.1016/j.otoeng.2025.512271

HERNIACIÓN ENCEFÁLICA TRAS RESECCIÓN CRANEOFACIAL ENDOSCÓPICA POR ESTESIONEUROBLASTOMA: UNA COMPLICACIÓN ASOCIADA A AOS Y OBESIDAD

RODRÍGUEZ-PRADO, C. (1); GARCÍA-LLIBERÓS, A. (1); SÁNCHEZ, M. (1); GARCÍA-NAVALÓN, C. (1); GÓMEZ, M. J. (2); GIMENO, M. (1); DÍAZ, L. (1); MOMPÓ, C. (1); ZAPATER, E. (1) (1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA; (2) HOSPITAL DE ALZIRA

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen premio una foto un caso

PALABRAS CLAVE

Estesioneuroblastoma olfatorio; Resección craneofacial endoscópica; Reconstrucción multicapa; Base de cráneo anterior; Herniación encefálica postquirúrgica.

El esteseoneuroblastoma es una neoplasia nasosinusal maligna infrecuente derivada del epitelio olfatorio, de crecimiento localmente agresivo y tendencia a la invasión de la base de cráneo anterior (BCA). La resección craneofacial endoscópica (RCE) se ha consolidado como una alternativa eficaz a la cirugía abierta tradicional, permitiendo resecciones completas menos invasivas. No obstante, la reconstrucción del defecto continúa siendo desafiante, especialmente en pacientes con factores predisponentes a hipertensión intracraneal, como la obesidad o la apnea obstructiva del sueño (AOS), que aumentan el riesgo de herniación cerebral.

Se presenta el caso de un hombre de 47 años intervenido mediante RCE por esteseoneuroblastoma, con reconstrucción multicapa de la BCA. En la imagen superior izquierda (A), se observa el cierre del defecto tras completar la resección mediante abordaje transcribiforme, utilizando dos capas de fascia lata y colgajo de pericráneo (P) onlay, sellado con celulosa oxidada. La imagen superior derecha (B) muestra la endoscopia a los siete meses con adecuada integración de la reconstrucción (P), mostrando límites anteriores y posteriores de la misma (L. Anterior y L. Posterior), sin signos de fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR).

Las imágenes de resonancia magnética sagital (C) y coronal (D) en T2 evidencian una herniación encefálica postquirúrgica, con herniación delimitada de LCR y leve inclusión de parénquima frontal (LF), todo ello contenido por la reconstrucción multicapa. Este hallazgo, más frecuente en pacientes con AOS y obesidad tras RCE, se relaciona con el aumento crónico de la presión intracraneal. El caso demuestra la eficacia mecánica, estabilidad y seguridad del cierre multicapa en la resección de tumores de base de cráneo anterior incluso en pacientes de alto riesgo.

REFERENCIAS

¹ Battaglia P, Turri-Zanoni M, Castelnuovo P, Prevedello DM, Carrau RL. Brain Herniation After Endoscopic Transnasal Resection of Anterior Skull Base Malignancies. *Neurosurgery*. 2015;11 Suppl 3:457-462. doi:10.1227/NEU.0000000000000859

² Lopez F, Agaimy A, Franchi A, et al. Update on olfactory neuroblastoma. *Virchows Arch*. 2024;484(4):567-585. doi:10.1007/s00428-024-03758-z

RECIDIVA TUMORAL SOBRE COLGAJO PECTORAL: UN RESCATE PELIAGUDO.

MAS, J. (1); ASTRAY, S. (1); ALMANZO, S. (1); MARTÍN, G. (1); TORTAJADA, I. (1); CORTÉS, A. (1); AGUDO, M. (2); LLÓPEZ, N. (1); COLLADO, D. (1); PEROLADA, J. M. (1) (1)

HUIP La Fe; (2) HuiP La Fe

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen premio una foto un caso

PALABRAS CLAVE

Recidiva tumoral, Colgajo pectoral

Paciente tratado con QTRT hace 10 años por carcinoma glótico, en el que se encuentra una recidiva tumoral por la que se realiza laringectomía total y reconstrucción con colgajo miocutáneo pectoral en noviembre de 2024. En anatomía patológica aprecian márgenes libres pero invasión perineural. En el TC de control al año se detecta una nueva recidiva (*) en seno piriforme izquierdo, que infiltra el tejido del colgajo pectoral. La imagen muestra el abordaje quirúrgico para la exéresis del colgajo pectoral afecto, la exéresis del tumor y su posterior sustitución por un colgajo libre anterolateral del muslo (ALT).

PAPILOMA INVERTIDO NASOSINUSAL: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE DR. BALMIS.

JEONG, S. (1)

(1) Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

Papiloma invertido nasosinusal

INTRODUCCIÓN

El papiloma invertido nasosinusal es una neoplasia epitelial benigna con comportamiento localmente agresivo, caracterizada por una elevada tasa de recidiva y un riesgo no despreciable de transformación maligna. A pesar de los avances en la cirugía endoscópica, la identificación de factores pronósticos asociados a la recidiva continúa siendo motivo de debate.

OBJETIVO

Describir las características clínicas, anatomopatológicas y evolutivas de los pacientes diagnosticados de papiloma invertido nasosinusal tratados en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos quirúrgicamente por papiloma invertido nasosinusal. Se analizaron variables demográficas, clínicas, anatomopatológicas y de extensión tumoral según la clasificación de Krouse. Se evaluó la asociación entre la recidiva y diferentes variables clínicas mediante análisis estadístico descriptivo y pruebas bivariantes, considerándose significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes, con una edad media de 62 años, predominando el sexo masculino (85%). La obstrucción nasal unilateral fue el síntoma más frecuente (78,9%). El 57,9% de los pacientes eran fumadores. Anatómicamente, el seno maxilar fue la localización más común, y el 80% de los casos correspondieron a tumores estadio T3 según Krouse. Histológicamente, el 85% fueron papilomas invertidos sin displasia, mientras que en el 15% se objetivaron cambios displásicos. Se observó transformación maligna en un caso (5%), correspondiente a carcinoma escamoso. La recidiva tumoral se produjo en 6 pacientes (30%), observándose una mayor frecuencia en tumores de estadio avanzado, aunque sin alcanzar significación estadística. No se identificaron asociaciones significativas entre la recidiva y el estadio tumoral, la localización ni el tabaquismo.

CONCLUSIONES

El papiloma invertido nasosinusal afecta predominantemente a varones de edad media y suele diagnosticarse en estadios avanzados. La recidiva continúa siendo un problema clínico relevante, especialmente en tumores extensos, aunque en nuestra serie no se identificaron factores pronósticos con significación estadística. Estos resultados refuerzan la importancia de una cirugía endoscópica meticulosa orientada al sitio de implantación y de un seguimiento prolongado.

REFERENCIAS

- Alqudrah, Fayssal, Sharwani Kota, Jason Morgan, Phillip R. Purnell, y Justin P. McCormick. «Human Papilloma Virus Infection and Sinonasal Inverted Papilloma Recurrence: A Meta-Analysis». *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* 172, n.o 4 (2025): 1155–63. <https://doi.org/10.1002/ohn.1108>.
- Ambrosini-Spaltro, Andrea, Giulia Querzoli, Anna Caterina Leucci, et al. «Risk Factors for Malignant Transformation in Inverted Sinonasal Papilloma: A Systematic Review and Meta-Analysis». *Cancers* 17, n.o 11 (2025): 1798. <https://doi.org/10.3390/cancers17111798>.
- Attlmayr, B, S G Derbyshire, A V Kasbekar, y A C Swift. «Management of Inverted Papilloma: Review». *The Journal of Laryngology & Otolaryngology* 131, n.o 4 (2017): 284–89. <https://doi.org/10.1017/S0022215117000172>.
- Busquets, Jose M., y Peter H. Hwang. «Endoscopic Resection of Sinonasal Inverted Papilloma: A Meta-analysis». *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* 134, n.o 3 (2006): 476–82. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2005.11.038>.
- Carta, Filippo, Jean-Philippe Blancal, Benjamin Verillaud, et al. «Surgical Management of Inverted Papilloma: Approaching a New Standard for Surgery». *Head & Neck* 35, n.o 10 (2013): 1415–20. <https://doi.org/10.1002/hed.23159>.
- Eggers, Georg, Joachim Mühling, y Stefan Hassfeld. «Inverted Papilloma of Paranasal Sinuses». *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 35, n.o 1 (2007): 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2006.10.003>.
- Gaudio, Piergiorgio, Alessandro Vinciguerra, Benjamin Verillaud, y Philippe Herman. «Management of Frontal Sinus and Frontal Recess Inverted Papilloma: Our Experience and Systematic Review». *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 44, n.o 4 (2024): 252–60. <https://doi.org/10.14639/0392-100X-N2331>.
- Goudakos, John K., Sarantis Blioukas, Angelos Nikolaou, Konstantinos Vlachtsis, Peter Karkos, y Konstantinos D. Markou. «Endoscopic Resection of Sinonasal Inverted Papilloma: Systematic Review and Meta-Analysis». *American Journal of Rhinology & Allergy* 32, n.o 3 (2018): 167–74. <https://doi.org/10.1177/1945892418765004>.
- Huang, Alice E., Christopher M. Low, y Janalee K. Stokken. «Extended Anterior Inferior Approach to Endoscopic Medial Maxillectomy for Maxillary Sinus Lesions». *American Journal of Rhinology & Allergy* 35, n.o 6 (2021): 895–901. <https://doi.org/10.1177/19458924211025371>.
- Huang, C.-Y., y Y.-H. Lin. «Modified Endoscopic Medial Maxillectomy for a Mixed Maxillary Inverted Papilloma and Mycetoma with Absent Prelacrimal Recess». *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases* 138 (noviembre de 2021): 115–17. <https://doi.org/10.1016/j.anori.2021.07.005>.

- 11 Kamel, Reda H. «Transnasal Endoscopic Medial Maxillectomy in Inverted Papilloma». *The Laryngoscope* 105, n.o 8 (1995): 847-53. <https://doi.org/10.1288/00005537-199508000-00015>. Kashoob, Musallam, y Ahmed Alsayed. «An Updated Review of Sinonasal Inverted Papilloma». *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 2024, 1. <https://doi.org/10.24911/IJMDC.51-1702294252>.
- 12 Korachi, Hatim Bensouda, Mouna Khmou, Safa Darouich, Khalid Snoussi, Basma El Khannoussi, y Amal Hajjij. Sinonasal Inverted Papilloma: A Rare Case of Isolated Septal Location. 2025. Krouse, John H. «Development of a Staging System for Inverted Papilloma». *The Laryngoscope* 110, n.o 6 (2000): 965-68. <https://doi.org/10.1097/00005537-200006000-00015>.
- 13 Kuan, Edward C., Eric W. Wang, Nithin D. Adappa, et al. «International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Sinonasal Tumors». *International Forum of Allergy & Rhinology* 14, n.o 2 (2024): 149-608. <https://doi.org/10.1002/alr.23262>.
- 14 Li, XiangHua, DongFei Wang, y DeTao Yin. «Clinical Characteristics and Recurrence Predictors of Sinonasal Inverted Papilloma: A Retrospective Cohort Study». *Frontiers in Oncology* 15 (abril de 2025): 1537905. <https://doi.org/10.3389/fonc.2025.1537905>.
- 15 Lim, Sang-Chul, Joon-Kyoo Lee, y Tae-Mi Yoon. «Extended Endoscopic Medial Maxillectomy for Sinonasal Neoplasms». *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 139, n.o 2 (2008): 310-12. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2008.04.017>.
- 16 Lisan, Q., A. Villeneuve, A.-L. Gautier, y P. Bonfils. «Tumores benignos de las cavidades nasosinusales. Papiloma invertido nasosinusal». *EMC - Otorrinolaringología* 49, n.o 2 (2020): 1-11. [https://doi.org/10.1016/S1632-3475\(20\)43715-4](https://doi.org/10.1016/S1632-3475(20)43715-4).
- 17 Nakayama, Tsuguhisa, Daiya Asaka, Tetsushi Okushi, Mamoru Yoshikawa, Hiroshi Moriyama, y Nobuyoshi Otori. «Endoscopic Medial Maxillectomy with Preservation of Inferior Turbinate and Nasolacrimal Duct». *American Journal of Rhinology & Allergy* 26, n.o 5 (2012): 405-8. <https://doi.org/10.2500/ajra.2012.26.3791>.
- 18 Pagella, Fabio, Alessandro Pusateri, Elina Matti, et al. «“TuNa-Saving” Endoscopic Medial Maxillectomy: A Surgical Technique for Maxillary Inverted Papilloma». *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 274, n.o 7 (2017): 2785-91. <https://doi.org/10.1007/s00405-017-4549-0>.
- 19 Pähler Vor Der Holte, A., I. Fangk, S. Glombitza, L. Wilkens, y H. J. Welkoborsky. «Prognostic Factors and Risk Factors for Development and Recurrence of Sinonasal Papillomas: Potential Role of Different HPV Subtypes». *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 277, n.o 3 (2020): 767-75. <https://doi.org/10.1007/s00405-019-05747-4>.
- 20 Palacios-Saucedo, Gerardo C., Jose Manuel Vazquez-Guillen, Aldo Sebastian Flores-Flores, et al. «High- and Low-Risk Human Papillomavirus Prevalence in Sinonasal Inverted Papilloma, a Retrospective Study». *Journal of the Formosan Medical Association*, julio de 2025, S0929664625003407. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2025.07.004>.
- 21 Peng, Rui, Andrew Thamboo, Garret Choby, Yifei Ma, Bing Zhou, y Peter H. Hwang. «Outcomes of Sinonasal Inverted Papilloma Resection by Surgical Approach: An Updated Systematic Review and Meta-analysis». *International Forum of Allergy & Rhinology* 9, n.o 6 (2019): 573-81. <https://doi.org/10.1002/alr.22305>.
- 22 Tomenzoli, Davide, Paolo Castelnovo, Fabio Pagella, et al. «Different Endoscopic Surgical Strategies in the Management of Inverted Papilloma of the Sinonasal Tract: Experience with 47 Patients». *The Laryngoscope* 114, n.o 2 (2004): 193-200. <https://doi.org/10.1097/00005537-200402000-00003>.
- 23 Trent, Monica S., Khodayar Goshtasbi, Lily Hui, et al. «A Systematic Review of Definitive Treatment for Inverted Papilloma Attachment Site and Associations With Recurrence». *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 167, n.o 3 (2022): 425-33. <https://doi.org/10.1177/01945998211051975>.
- 24 Tuşalio, Mihail, Carmen Aurelia Mogoantă, Department of Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine, University of Medicine and Pharmacy of Craiova, Romania, et al. «Sinonasal Inverted Papilloma from Diagnosis to Treatment – a Narrative Review». *Romanian Journal of Morphology and Embryology* 65, n.o 4 (2025): 599-607. <https://doi.org/10.47162/RJME.65.4.06>.
- 25 Yeom, S, D H Lee, y S C Lim. «Clinical Outcomes of Sinonasal Inverted Papilloma: A Retrospective Analysis of 139 Cases». *The Journal of Laryngology & Otology* 137, n.o 10 (2023): 1154-57. <https://doi.org/10.1017/S0022215123000361>.

MUCOCELES NASOSINUSALES: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y RESULTADOS EN 18 AÑOS DE EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

TREGLIA, L. (1); PAREDES, J. R. (2); MONJAS, I. (2); GALLO, J. (2); SERRANO, E. (2); MAURI, J. (2)
(1) Hospital General de Alicante Dr. Balmis; (2) HGU Dr. Balmis Alicante

TIPO DE COMUNICACIÓN:

Resumen premio una foto un caso

PALABRAS CLAVE

Mucoceles nasosinusales

INTRODUCCIÓN

Los mucocelos nasosinusales son formaciones quísticas de contenido mucoide, revestidas por epitelio respiratorio, que se originan en los senos paranasales y pueden producir remodelado óseo, erosión y deformidad debido a su crecimiento

progresivo. Tradicionalmente, su tratamiento se basaba en técnicas quirúrgicas abiertas para la extirpación completa de la lesión. Sin embargo, desde la introducción y expansión de la cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) en la década de 1980, el abordaje endoscópico mediante marsupialización se ha consolidado como la opción terapéutica de elección, reservándose las técnicas abiertas para situaciones seleccionadas. El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia de nuestro servicio en el manejo quirúrgico de los mucocelos nasosinuales durante los últimos 18 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo descriptivo que incluyó a todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por mucocelo nasosinusal en nuestro centro entre el 01/01/2008 y el 31/12/2025.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se realizaron un total de 48 intervenciones quirúrgicas. En 43 casos (89,6%) se empleó un abordaje exclusivamente endoscópico mediante CENS, mientras que en 5 pacientes (10,4%) fue necesario un abordaje combinado endoscópico y abierto. No se registraron complicaciones mayores en ninguno de los casos. Se objetivó recidiva del mucocelo en 2 pacientes (4,2%) y en 1 caso (2,1%) fue precisa una nueva intervención quirúrgica por persistencia de la lesión.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la evidencia publicada y con nuestra experiencia, la marsupialización endoscópica mediante CENS constituye un procedimiento seguro y eficaz para el tratamiento de los mucocelos nasosinuales. Los abordajes abiertos continúan teniendo un papel complementario en casos seleccionados, especialmente en mucocelos frontales de localización muy lateral o con tabiques óseos de gran grosor que dificultan un tratamiento exclusivamente endoscópico.

REFERENCIAS

- 1 Devars du Mayne M, Moya-Plana A, Malinvaud D, Laccourreye O, Bonfils P. Sinus mucocelo: natural history and long-term recurrence rate. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* [Internet]. 2012;129(3):125–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2011.10.002>
- 2 Lund VJ, Henderson B, Song Y. Involvement of cytokines and vascular adhesion receptors in the pathology of fronto-ethmoidal mucococelos. *Acta Otolaryngol* [Internet]. 1993;113(4):540–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/00016489309135860>
- 3 Courson AM, Stankiewicz JA, Lal D. Contemporary management of frontal sinus mucococelos: a meta-analysis: Frontal Mucocelo Management: A Meta-Analysis. *Laryngoscope* [Internet]. 2014;124(2):378–86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/lary.24309>
- 4 Nazar R, Naser A, Pardo J, Fulla J, Rodríguez-Jorge J, Delano PH. Manejo endoscópico de mucocelos de senos paranasales: experiencia en 46 pacientes. *Acta Otorrinolaringol Esp* [Internet]. 2011;62(5):363–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otorri.2011.04.004>
- 5 Har-El G. Endoscopic management of 108 sinus mucococelos. *Laryngoscope* [Internet]. 2001;111(12):2131–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00005537-200112000-00009>
- 6 Serrano E, Klossek J-M, Percodani J, Yardeni E, Dufour X. Surgical management of paranasal sinus mucococelos: a long-term study of 60 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2004;131(1):133–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otohns.2004.02.014>

PARAGANGLIOMA TÍMPÁNICO: CASO CLÍNICO Y EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS

SIGNES, F. (1)

(1) H G U Dr Balmis

TIPO DE COMUNICACIÓN:

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE:

Paraganglioma timpánico, acúfeno pulsátil, clasificación de Sanna, caso clínico, estudio retrospectivo

INTRODUCCIÓN

Los paragangliomas son tumores que derivan de las células cromafines de los ganglios del sistema nervioso vegetativo autónomo. Son tumores relativamente poco frecuentes, pues los paragangliomas timpánicos representan el 0,6% de los tumores de cabeza y cuello. El objetivo de este estudio es presentar un caso clínico reciente y evaluar la epidemiología, las técnicas quirúrgicas y los resultados en los pacientes intervenidos de paragangliomas timpánicos en nuestro servicio en los últimos 12 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación de un caso clínico reciente y estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes intervenidos de paraganglioma timpánico en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante desde enero de 2014 a diciembre de 2025. RESULTADOS Durante los 12 años de seguimiento se intervinieron un total de 6 paragangliomas timpánicos. El 50% eran varones y el 50% eran mujeres. La edad media de los pacientes fue de 60 años (rango entre 42 años y 69 años) en el momento de la intervención. Un 83% presentaba el paraganglioma en el oído derecho y un 17% en el izquierdo. El síntoma principal fue el acúfeno pulsátil en el 67% de los casos, mientras que en el 33% restante era un acúfeno continuo y en la mayoría de los casos (66% de los pacientes) la duración de los síntomas era mayor a 2 años. Siguiendo la clasificación de Sanna el 50% de los paragangliomas eran grado B2, seguidos de un 33% que eran A2 y un 17% que eran A1. Previo a la intervención quirúrgica se estudió la relación de los paragangliomas timpánicos con las estructuras vecinas y en un 33% de los casos se apreció que había erosión de la pared del golfo de la yugular. En el 83% de los casos se realizó embolización previa a la intervención quirúrgica. La técnica quirúrgica más empleada fue retroauricular transcanal en el 50% de los casos, seguida de la mastoidectomía con preservación de la pared posterior del conducto auditivo externo (CAE) combinada con abordaje transcanal en el 33% de los casos y de mastoidectomía con timpanotomía posterior en el 17% de los casos. CONCLUSIÓN Los paragangliomas timpánicos son tumores poco frecuentes. El acúfeno se confirmó como el síntoma predominante, habitualmente de larga evolución, lo que refuerza su valor como signo de sospecha clínica en este tipo de lesiones. Un manejo quirúrgico planificado, basado en la extensión del tumor y apoyado en la embolización, permite un tratamiento seguro y eficaz de los paragangliomas timpánicos.

REFERENCIAS

- 1 Sanna M, Fois P, Pasanisi E, Russo A, Bacciu A. Middle ear and mastoid glomus tumors (glomus tympanicum): an algorithm for the surgical management. *Auris Nasus Larynx*. 2010 Dec;37(6):661-8. doi: 10.1016/j.anl.2010.03.006. Epub 2010 Apr 18. PMID: 20400250.
- 2 Sweeney AD, Carlson ML, Wanna GB, Bennett ML. Glomus tympanicum tumors. *Otolaryngol Clin North Am*. 2015 Apr;48(2):293-304. doi: 10.1016/j.otc.2014.12.004. Epub 2015 Feb 4. PMID: 25659513.
- 3 Christie A, Teasdale E. A comparative review of multidetector CT angiography and MRI in the diagnosis of jugular foramen lesions. *Clin Radiol* 2010;65:213-7.
- 4 Chen PG, Nguyen JH, Payne SC, Sheehan JP, Hashiaki GT. Treatment of glomus jugular tumors with gamma knife radio- surgery. *Laryngoscope* 2010;120:1856-62.
- 5 Mete O, Asa SL, Gill AJ, et al. Overview of the 2022 WHO Classification of Paragangliomas and Pheochromocytomas. *Endocr Pathol* 2022;33(1):90-114.

MOTIVOS DE ABSENTISMO EN CONSULTAS EXTERNAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA: ANÁLISIS CUANTITATIVO A PARTIR DE ENTREVISTAS TELEFÓNICAS

LÓPEZ, A. (1); HERNÁNDEZ, P. (1); GARCÍA, V. (1); RONDA, E. (2)

(1) Hospital Universitario de Torrevieja; (2) Grupo de investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante.

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

Absentismo; Otorrinolaringología; Consultas externas; Entrevista telefónica; Gestión de citas.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El absentismo en las consultas externas de Otorrinolaringología (ORL) constituye un problema relevante, en términos de eficiencia y de accesibilidad. Además, tiene un impacto directo sobre las listas de espera y el uso de los recursos. El objetivo del estudio fue identificar y cuantificar los motivos de inasistencia de los pacientes que no acudieron a su cita en las consultas de ORL, así como analizar la recitación posterior por el mismo motivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional y descriptivo basado en entrevistas telefónicas a pacientes asociados a una muestra de citas no atendidas en consultas externas presenciales entre enero y diciembre de 2024. El tamaño muestral se calculó con un nivel de confianza del 95% y un error del 5%. Las entrevistas se realizaron entre febrero y junio de 2025 mediante un cuestionario semiestructurado. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo y nacionalidad), motivo de inasistencia y

citación por el mismo motivo. Los motivos se clasificaron según una adaptación de la literatura previa y se agruparon en evitables y no evitables.

RESULTADOS

Se seleccionaron pacientes correspondientes a 299 citas no atendidas, lográndose contacto efectivo en los pacientes asociados 237 citas (79,3%). La muestra final estuvo compuesta por 232 citas. Los pacientes presentaban una mediana de edad de 45,5 años (RIC: 29-62). El 52,2% fueron varones y el 46% de nacionalidad extranjera. El motivo más frecuente de inasistencia fue el fallo en la comunicación (32,3%), seguido de otras prioridades personales (19,4%), incapacidad física (9,9%) y olvido (7,8%). Globalmente, el 57,8% de los motivos se consideraron evitables. Solo el 25% de las citas se asociaron a una atención posterior por el mismo motivo.

CONCLUSIONES

La mayoría de los motivos de absentismo fueron potencialmente evitables, destacando aquellos relacionados con la comunicación con el sistema sanitario y la gestión de la cita. La baja tasa de reprogramación observada debe interpretarse con cautela y siempre contextualizada, ya que puede responder tanto a factores clínicos propios del paciente como a elementos organizativos del sistema. La implementación de medidas dirigidas a mejorar los sistemas de comunicación y de citación podría reducir el absentismo y mejorar la eficiencia del servicio.

REFERENCIAS

- ¹ Morera Guitart J, Mas Server MÀ, Mas Sesé G. Análisis de los pacientes no presentados a la consulta de neurología de La Marina Alta. *Rev Neurol.* 2002;34(8):701. doi:10.33588/rn.3408.2001473
- ² Alturbag M. Factors and reasons associated with appointment non-attendance in hospitals: a narrative review. *Cureus.* 2024;16(4):e58594. doi:10.7759/cureus.58594
- ³ Jabalera Mesa ML, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F. Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. *An Sist Sanit Navar.* 2015;38(2):235-245.

RINOPLASTIA DE PRESERVACIÓN CON OSTEOTOMÍAS PARAMEDIAS: RESULTADOS CLÍNICOS Y ESTABILIDAD POSTOPERATORIA A MEDIO PLAZO

MARTÍNEZ, M. (1); MOMPÓ, L. (1); DINU, R. (2); ESPINOSA, B. (1); DOMINGUEZ, A. (1); LÓPEZ, C. (1)
(1) Hospital Dr. Peset; (2) Dr. Peset

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

Rinoplastia de preservación, septoplastia, osteotomías paramedias, push down

INTRODUCCIÓN

La rinoplastia de preservación representa un cambio de paradigma en la cirugía nasal, orientado a la conservación de las estructuras nasales y a la reducción de la morbilidad postoperatoria.

OBJETIVO

Evaluar los resultados clínicos y la estabilidad postoperatoria a medio plazo de la rinoplastia de preservación asociada a osteotomías paramedias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de 31 septorinoplastias de preservación realizadas entre marzo de 2021 y marzo de 2025. El seguimiento clínico se realizó a los 8 días, 30 días y 6 meses postoperatorios. La corrección dorsal fue evaluada mediante inspección clínica y análisis fotográfico.

RESULTADOS

En 28 de los 31 casos (90,3%) se obtuvo una corrección adecuada del dorso nasal. Dos pacientes presentaron persistencia parcial de la desviación dorsal cartilaginosa y un paciente persistencia parcial de la giba dorsal. No se registraron complicaciones mayores ni recidivas significativas durante el seguimiento.

CONCLUSIONES

La rinoplastia de preservación asociada a osteotomías paramedias constituye una técnica eficaz y estable a medio plazo para la corrección de deformidades septopiramidales seleccionadas.

REFERENCIAS

- 1 Daniel RK, Pálházi P. Rhinoplasty: An Anatomical and Clinical Atlas. Springer; 2018. 349 p.
- 2 Rollin k. D, Peter P, Ybes S, Baris C. Preservation Rhinoplasty - 3rd Edition. 3er edition. 2020.
- 3 Gonçalves Ferreira M, Toriumi DM. A Practical Classification System for Dorsal Preservation Rhinoplasty Techniques. Facial Plast Surg Aesthet Med. 2021;23(3):153–5.
- 4 Cottle MH, Loring RM, Fischer GG, Gaynon IE. The maxilla-premaxilla approach to extensive nasal septum surgery. AMA Arch Otolaryngol. 1958 Sept;68(3):301–13.
- 5 Sulsenti G. Chirurgia funzionale ed estetica del naso. S. I: s. n.! Grafiche Arsitavia; 1972. 220 p.
- 6 Hari C, Marnane C, Wormald PJ. Quilting sutures for nasal septum. J Laryngol Otol. 2008 May;122(5):522–3.
- 7 Tuncel U, Aydogdu O. The Probable Reasons for Dorsal Hump Problems following Let- Down/Push-Down Rhinoplasty and Solution Proposals. Plast Reconstr Surg. 2019 Sept;144(3):378e–85e.

TORTÍCOLIS POSTOPERATORIA TRAS CIRUGÍA ADENOAMIGDALAR EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

MARTÍNEZ, M. (1); DINU, R. (1); ESPINOSA, B. (1); DOMINGUEZ, A. (1); LÓPEZ, C. (1)

(1) Hospital Dr. Peset

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen premio una foto un caso

Preescolar de 4 años, sin antecedentes personales de interés, intervenido de adenoidectomía y resección parcial de amígdalas cinco días antes, que acude a Urgencias pediátricas por odinofagia y limitación de la movilidad cervical de dos días de evolución. Niega sangrado oral o nasal. Afebril, sin disfagia y con buen estado general.

A la exploración física, el cuello no presenta masas ni adenopatías. En la cavidad oral se observan lechos amigdalares fibrinosos, sin abombamiento del paladar blando ni de la pared orofaríngea posterior. Destaca dolor a la hiperextensión cervical, sin dolor a la flexión ni a la rotación cefálica, adoptando el paciente postura antiálgica en flexión cervical. En la analítica se objetiva leve leucocitosis con neutrofilia y discreta elevación de la PCR.

Ante la sospecha clínica de síndrome de Grisel, se solicita TC cervical con adquisición dinámica, decidiéndose ingreso hospitalario e iniciándose tratamiento conservador con corticoterapia, antibioterapia profiláctica y collarín cervical. La TC muestra edema prevertebral con burbujas aéreas en el espacio retrofaríngeo, en relación con defecto mucoso postquirúrgico, sin alteraciones en la alineación de los cuerpos vertebrales. Se completa el estudio con RM cervical, sin restricción a la difusión sugestiva de abscesificación.

Tras un ingreso sin complicaciones y evolución clínica y exploratoria favorable, se decide alta domiciliaria.

REFERENCIAS

- 1 Boccioni C., Dall'Olio D., Cunsolo E., Cavazzuti P. P., & Laudadio P. (2005). Grisel's syndrome: a rare complication following adenoidectomy. Acta otorhinolaryngologica italica, 25(4), 245.
- 2 Kraft M., & Tschopp K. (2001). Evaluation of persistent torticollis following adenoidectomy. The Journal of Laryngology & Otology, 115(8), 669–672.
- 3 Haque S., Bilal Shafi B. B., & Kaleem M. (2012). Imaging of torticollis in children. Radiographics, 32(2), 557–571.
- 4 Kahn M. L., Davidson R., & Drummond D. S. (1991). Acquired torticollis in children. Orthopaedic Review, 20(8), 667–674.

SÍNDROME DEL SENO MAXILAR SILENTE: DISTINTAS CARAS DE UN MISMO PROCESO FISIOPATOLÓGICO. SERIE DE CASOS

REINOSA, C. (1); REYES, E. P. (1); MARCO, C. (1); FERRER, F. (1); TALEB, A. C. (1); MARCO, J. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

Síndrome del seno silente Atelectasia maxilar crónica Cirugía endoscópica nasosinusal Enoftalmos Tomografía computarizada

INTRODUCCIÓN

El síndrome del seno maxilar silente (SSS) es una entidad clínica infrecuente caracterizada por atelectasia progresiva del seno maxilar secundaria a hipoventilación crónica, que provoca colapso centrípeto de sus paredes y descenso del suelo orbitario. Como consecuencia, aparecen de forma progresiva e indolora enoftalmos, hipoglobo y asimetría facial, generalmente en ausencia de sintomatología nasosinusal significativa. En la actualidad, el SSS se considera el estadio avanzado de la atelectasia maxilar crónica, compartiendo un mecanismo fisiopatológico común basado en la obstrucción del complejo osteomeatal y la generación mantenida de presión negativa intramaxilar, independientemente de su etiología inicial. El objetivo de esta comunicación es describir distintas formas de presentación clínica del SSS y analizar la evolución clínica y radiológica tras el tratamiento quirúrgico endoscópico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta una serie de tres pacientes diagnosticados de SSS en un hospital terciario. Se recogieron datos demográficos, clínica de presentación, hallazgos endoscópicos y estudios de imagen mediante tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM). Los casos incluyeron una forma idiopática asociada a enfermedad inflamatoria nasosinusal crónica, una forma secundaria postraumática y una forma incipiente detectada de manera radiológica antes del desarrollo de deformidad facial significativa. Todos los pacientes fueron tratados mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS), con reapertura del complejo osteomeatal y reventilación del seno maxilar. Se realizó un análisis descriptivo de la evolución clínica y radiológica tras el tratamiento quirúrgico, con un seguimiento comprendido entre 6 y 24 meses.

RESULTADOS

En los tres casos, la TC mostró ocupación del seno maxilar con retracción centrípeta de sus paredes, descenso del suelo orbitario y signos de atelectasia, sin evidencias de lesión expansiva ni erosión ósea destructiva. La RM permitió caracterizar el contenido sinusal y descartar patología tumoral u orbitopatía asociada.

Tras la CENS, se objetivó reaireación adecuada del seno maxilar en todos los pacientes, confirmada mediante estudios de imagen de control. El paciente con SSS postraumático y el caso incipiente presentaron normalización del volumen sinusal y resolución clínica del hipoglobo, con mejoría estética evidente, sin precisar reconstrucción orbitaria adicional. En el caso asociado a patología inflamatoria nasosinusal crónica, persistió un enoftalmos leve y diplopía residual, atribuibles a deformidad ósea establecida previamente al tratamiento quirúrgico. No se registraron complicaciones postoperatorias relevantes ni recurrencias durante el periodo de seguimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Esta serie ilustra el espectro clínico del SSS y refuerza el concepto de un continuum fisiopatológico entre la atelectasia maxilar crónica y el SSS avanzado, independientemente de la etiología inicial. Según consta en la literatura disponible, la CENS es el tratamiento de primera línea y resulta suficiente en la mayoría de los casos para detener la progresión de la enfermedad y mejorar las alteraciones orbitarias, reservando la reconstrucción orbitaria para secuelas persistentes tras la reventilación sinusal. La identificación temprana de esta entidad permite modificar su historia natural y evitar secuelas orbitarias potencialmente irreversibles, optimizando así los resultados funcionales y estéticos.

REFERENCIAS

- 1 De Dorlodot C, Collet S, Rombaux P, et al. Chronic maxillary atelectasis and silent sinus syndrome: two faces of the same clinical entity. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2017.
- 2 Rosso C, Saibene AM, Felisati G, et al. Silent sinus syndrome: systematic review and proposal of definition, diagnosis and management. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2022.
- 3 Michelle L, Du A, Abiri A, Kuan E. Clinical manifestations, management, and outcomes of primary silent sinus syndrome: a systematic review. *Rhinology*. 2023.

- 4 Behbehani R, Vacareza N, Bilyk JR, Rubin PA, Pribitkin EA. Simultaneous endoscopic antrostomy and orbital reconstruction in silent sinus syndrome. *Orbit*. 2006.
- 5 Araslanova R, Allen L, Rotenberg BW, Sowerby LJ. Silent sinus syndrome after facial trauma: a case report and literature review. *Laryngoscope*. 2017.
- 6 Brown SJ, Hardy TG, McNab AA. Silent sinus syndrome following orbital trauma: case series and review of the literature. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2017.
- 7 Botella Casas G, Torres-Gaya J, Ferrer-Baixaulí F, Puche-Torres M. Manejo conservador de la órbita en el seno silente [Conservative management of the orbit in silent sinus syndrome]. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2024;46(2):95-98.
- 8 Gaillard F, Niknejad M, Ranchod A, et al. Silent sinus syndrome. *Radiopaedia.org*. Reference article. Accessed November 9, 2025.

USO DE MATRICES DÉRMICAS SINTÉTICAS EN LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS CUTÁNEOS COMPLEJOS

REINOSA, C. (1); ANTÓN, M. (1); REYES, E. P. (1); WIDMER, A. L. (2); MARCO, J. (1)
(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia; (2) Hospital Lluís Alcanyís de Játiva

TIPO DE COMUNICACIÓN:

Resumen premio una foto un caso

En la imagen se presenta un paciente de 59 años con melanoma cutáneo invasor fusocecelular pT4b pN1b N0 BRAF wt en vértex, estadio IIIC, tratado mediante exéresis amplia con márgenes oncológicos que incluyó piel, planos musculares y periostio, originando un defecto complejo con exposición ósea (1). La ausencia de periostio impedía la colocación directa de un injerto cutáneo, y la localización del defecto limitaba el uso de colgajos regionales. Asimismo, el estado general del paciente desaconsejaba procedimientos reconstructivos microvasculares.

Ante un defecto no injertable y con contraindicación para técnicas reconstructivas complejas, se optó por una estrategia reconstructiva en dos tiempos mediante una matriz dérmica bicapa, sintética y biodegradable (2). Esta decisión permitió evitar una cirugía más agresiva, ofreciendo una alternativa segura, reproducible y adaptada a un paciente frágil. La matriz actuó como sustituto dérmico temporal, protegiendo el hueso expuesto y favoreciendo la neovascularización progresiva, transformando un lecho inicialmente no viable en una superficie apta para cobertura definitiva.

Tras seis semanas, al retirar la capa superficial de la matriz, se observó la formación de tejido bien vascularizado cubriendo el hueso (3), lo que permitió la realización de un injerto cutáneo de espesor parcial con adecuada integración. El resultado final fue una cobertura estable y funcional, comparable a la obtenida mediante un colgajo fasciocutáneo vascularizado, evitando la morbilidad asociada a técnicas reconstructivas más complejas (4).

En pacientes seleccionados, las matrices dérmicas sintéticas permiten convertir defectos no injertables en reconstrucciones estables, seguras y reproducibles, ampliando el arsenal reconstructivo en cirugía oncológica cutánea.

EVALUACIÓN DEL CIRCUITO RÁPIDO ONCOLÓGICO EN OTORRINOLARINGOLOGÍA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS DERIVACIONES EN EL AÑO 2024

ESPINOSA ARNAU, B. (1); MARTÍNEZ, M. (1); DINU, R. (2); DOMINGUEZ, A. (2); MARTÍNEZ, P. (1); LOPEZ, C. (1)
(1) Hospital Dr.Peset; (2) Hospital Dr.peset

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

CRO, oncológico, diagnóstico

INTRODUCCIÓN

El Circuito Rápido Oncológico (CRO), implantado en la Comunidad Valenciana desde 2018, tiene como objetivo principal conectar de forma directa Atención Primaria y Hospitalaria ante la sospecha clínica de cáncer para reducir la demora

diagnóstica. El objetivo del presente estudio es evaluar si se está realizando una correcta aplicación de esta vía en nuestra área de salud y si efectivamente se está obteniendo una reducción en el tiempo hasta el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de todas las solicitudes vía CRO a ORL durante el año 2024. Tal y como la vía está implantada, se incluyeron exclusivamente pacientes derivados desde Atención Primaria del Departamento de Salud Valencia-Doctor Peset. Se analizaron; el motivo de derivación, la persistencia de la sintomatología al realizar la primera visita, los hallazgos en la exploración ORL, la presencia de sospecha oncológica inicial, la necesidad de pruebas complementarias, el alta en la primera consulta y el diagnóstico final de malignidad, así como el tiempo hasta el diagnóstico en los casos confirmados.

RESULTADOS

Se registraron 119 primeras visitas vía CRO, de las cuales acudieron 110 pacientes, lo que supone una asistencia del 93,2%. El motivo de derivación más frecuente fue la tumoración cervical, presente en el 27,3% de los casos, seguido de disfonía en el 22,7% y lesión en cavidad oral de más de un mes de evolución en el 16,4%. En casi una cuarta parte de los pacientes, el 23,9%, el motivo de derivación ya no estaba presente en el momento de la valoración por el especialista. En la exploración ORL inicial, el hallazgo más frecuente fue una exploración anodina, observada en el 41,8% de los pacientes. Solo en el 29,1% de los casos se estableció sospecha oncológica tras la primera visita, y aproximadamente un tercio de los pacientes fue dado de alta en esa misma consulta. Finalmente, 12 pacientes, lo que representa el 10,9% del total de derivados por CRO, fueron diagnosticados de patología oncológica maligna. La tumoración cervical fue el motivo de derivación más frecuentemente asociado a diagnóstico de cáncer.

El tiempo hasta el diagnóstico de los pacientes que resultaron padecer enfermedad oncológica maligna fue una mediana de 27 días.

CONCLUSIONES

El CRO constituye una herramienta útil para la detección de patología oncológica en ORL y permite que los pacientes alcancen el diagnóstico en tiempos cercanos a los objetivos establecidos. No obstante, una proporción considerable de derivaciones se resuelven antes de la visita, lo que junto con el elevado número de exploraciones anodinas y el número de altas en la primera visita, sugiere una posible sobrederivación desde Atención Primaria. Esto pone de manifiesto la necesidad de seguir mejorando la adecuación de los criterios de derivación, con el fin de optimizar recursos y mejorar la asistencia.

MÁS ALLÁ DEL OÍDO INTERNO: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL PROFUNDA BILATERAL COMO PRESENTACIÓN DEL COBALTISMO ARTROPRÓTESICO

ZARCO GALLEGU, L. (1); REINOSA CALDERÓN, C. (1); PLA GIL, I. (1); ORTS ALBORCH, M. (2); MARCO ALGARRA, J. (2)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia; (2) Hospital Clínico Universitario

TIPO DE COMUNICACIÓN:

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE:

hipoacusia, cobaltismo, metalosis, implante coclear

INTRODUCCIÓN

La hipoacusia neurosensorial rápidamente progresiva constituye un reto diagnóstico en la práctica clínica, especialmente cuando afecta de forma bilateral y sin una etiología evidente. Aunque las causas más frecuentes incluyen procesos autoinmunes, infecciosos, vasculares o neoplásicos, existen etiologías infrecuentes potencialmente graves que pueden pasar desapercibidas. Entre ellas, la toxicidad sistémica por metales, y en particular el cobaltismo artroprotésico asociado a prótesis metal-metal, representa una causa extremadamente rara pero potencialmente letal. La detección precoz de esta entidad resulta clave, ya que la hipoacusia puede constituir una manifestación inicial de una afectación multisistémica grave. Se presenta un caso de sordera neurosensorial bilateral rápidamente progresiva secundaria a cobaltismo artroprotésico grave.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe el caso clínico de una mujer de 61 años, portadora de una prótesis total de cadera izquierda con recambio protésico, remitida a Otorrinolaringología por una hipoacusia neurosensorial bilateral de rápida progresión y causa

inicialmente no filiada. En menos de un año, la pérdida auditiva evolucionó desde una hipoacusia moderada hasta sordera profunda bilateral, sin beneficio funcional pese a la adaptación audioprotésica. La exploración otoscópica fue normal y no existían antecedentes de exposición a ruido, fármacos ototóxicos ni infecciones recientes. De forma concomitante, la paciente desarrolló un deterioro visual (AV 0.3) y presentó un síndrome coronario agudo (SCA) en el transcurso de diez meses. Ante la asociación de manifestaciones auditivas, visuales y cardiovasculares en un corto periodo de tiempo, se abordó el caso en comité multidisciplinar y se solicitaron niveles séricos de metales pesados.

RESULTADOS

La analítica específica mostró concentraciones extremadamente elevadas de cobalto (760,27 µg/L) y cromo (100,6 µg/L), confirmando el diagnóstico de cobaltismo artroprotésico grave. El caso fue notificado a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Se procedió a la retirada de la prótesis responsable y a un recambio protésico en un segundo tiempo quirúrgico, con un descenso significativo posterior de los niveles séricos de metales. A pesar de la mejoría bioquímica y clínica sistémica, la pérdida auditiva resultó irreversible. Dada la sordera neurosensorial profunda bilateral se consideró como candidata a implante coclear, con activación exitosa y adecuada evolución funcional. En paralelo, se realizó cirugía de cataratas ante probable depósito a nivel del cristalino, y se intervino de angioplastia coronaria percutánea como tratamiento del SCA.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra una forma grave de toxicidad sistémica por cobalto, en la que la hipoacusia neurosensorial rápidamente progresiva actuó como manifestación precoz de una afectación multisistémica potencialmente letal. La ototoxicidad por cobalto es dosis y tiempo-dependiente y se asocia a daño mitocondrial, estrés oxidativo y muerte celular a nivel coclear, lo que explica su carácter frecuentemente irreversible. La retirada precoz de la prótesis articular constituye la principal medida terapéutica para detener la progresión del daño sistémico, aunque no siempre revierte la afectación neurosensorial. Este caso subraya la importancia de la anamnesis exhaustiva ante hipoacusias neurosensoriales atípicas y resalta el valor del abordaje multidisciplinar y del implante coclear como estrategia eficaz de rehabilitación auditiva funcional.

REFERENCIAS

- ¹ Hartmann A, Hannemann F, Lütznher J, Seidler A, Drexler H, Günther KP, Schmitt J. Metal ion concentrations in body fluids after implantation of hip replacements with metal-on-metal bearing: systematic review of clinical and epidemiological studies. *PLoS One*. 2013;8(8):e70359.
- ² Cheung AC, Banerjee S, Cherian JJ, Wong F, Butany J, Gilbert C, Overgaard C, Syed K, Zywił MG, Jacobs JJ, Mont MA. Systemic cobalt toxicity from total hip arthroplasties: review of a rare condition. Part I: history, mechanism, measurements, and pathophysiology. *Bone Joint J*. 2016;98-B(1):6–13.
- ³ Oldenburg M, Wegner R, Baur X. Severe cobalt intoxication due to prosthesis wear in repeated total hip arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2009;24(5):825.e16–825.e19.
- ⁴ Tower SS. Arthroprosthetic cobaltism: neurological and cardiac manifestations in two patients with metal-on-metal arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*. 2010;92(17):2847–2851.
- ⁵ Badhe RV, Akinfosile O, Bijukumar D, Barba M, Mathew MT. Systemic toxicity eliciting metal ion levels from metallic implants and orthopedic devices: a mini review. *Toxicol Lett*. 2021;350:213–224.
- ⁶ Heuer C, Streit AC, Sprengel K, Hasler RM, Ziegenhain F, Zahorec M, Jetter A, Jung HH. Cobalt intoxication: mitochondrial features and condition. *J Neurol*. 2022;269(12):6655–6657.
- ⁷ Roth JA, Salvi R. Ototoxicity of divalent metals. *Neurotox Res*. 2016;30(2):268–282.
- ⁸ Leyssens L, Vinck B, Van der Straeten C, Dhooge I, Wuyts FL, Maes LK. The ototoxic potential of cobalt from metal-on-metal hip implants: a pilot study on the patient-reported auditory, vestibular, and general neurological outcome. *Int J Audiol*. 2021;60(1):44–53.

SINUSITIS AGUDA COMPLICADA CON EMPIEMA SUBDURAL, MENINGITIS Y NEUMOENCÉFALO EN VARÓN JOVEN INMUNOCOMPETENTE

ZARCO GALLEGU, L. (1); TALEB FERROUKHI, A. C. (1); PÉREZ CARBONELL, T. (1); MARCO ALGARRA, J. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen premio una foto un caso

PALABRAS CLAVE

sinusitis, empiema subdural, meningitis, neurooencéfalo, CENS

INTRODUCCIÓN

La sinusitis aguda puede evolucionar hacia complicaciones potencialmente letales, incluso en pacientes jóvenes e inmunocompetentes, siendo el empiema subdural la complicación intracraneal más frecuente (38 – 85%). Se presenta un caso de sinusitis complicada con extensión subdural y cortical y debut neurológico que requirió manejo urgente multidisciplinar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Varón de 21 años inmunocompetente que consulta por cefalea hemicraneal, vómitos e hiperemia conjuntival. Tras una reconsulta por empeoramiento clínico, presenta celulitis preseptal y crisis tónico-clónica generalizada. Se inicia antibioterapia empírica de amplio espectro y tratamiento anticonvulsivante. Análíticamente destaca PCR elevada (341 mg/L) y leucocitosis. La TC craneofacial evidencia pansinusitis con extensión intracraneal y la RM cerebral confirma colección extraaxial frontal izquierda con extensión interhemisférica, restricción en la difusión y captación leptomenígea, compatible con empiema subdural complicado con meningitis y cerebritis frontal ipsilateral.

RESULTADOS

El paciente ingresa en Reanimación. Oftalmología descarta edema de papila y Neurocirugía desestima intervención quirúrgica urgente. ORL realiza CENS extensa con etmoidectomía y DRAF IIB bilaterales con apertura sinusal y drenaje de abundante material purulento, aislándose *Escherichia coli* y *Streptococcus constellatus*. Durante el ingreso presenta paresia crural derecha de evolución favorable. Es dado de alta con cefditoreno y linezolid oral y levetiracetam, manteniendo seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIONES

La sinusitis aguda puede ocasionar complicaciones intracraneales severas incluso sin factores predisponentes. El diagnóstico precoz, el tratamiento antibiótico adecuado y la intervención quirúrgica ORL urgente, junto con un manejo multidisciplinar, son fundamentales para un desenlace favorable.

ESTUDIO RETROSPECTIVO CLÍNICO: PERFIL CLÍNICO Y RENDIMIENTO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL PACIENTE CON MIGRAÑA VESTIBULAR

VIOQUE, J. (1); ORTS, M. (2); REINOSA, C. (3); MARCO, J. (3)

(1) Hospital Clínico de Valencia; (2) Hospital Clínico Universitario de Valencia; (3) Hospital Clínico de Valencia

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

Migraña vestibular

INTRODUCCIÓN

La migraña vestibular es una de las causas más frecuentes de vértigo recurrente en la población adulta. A pesar de su elevada prevalencia, continúa siendo una entidad infradiagnosticada en la práctica clínica diaria, en parte debido a la heterogeneidad de su presentación clínica y al solapamiento de sus síntomas con otros síndromes vestibulares periféricos. La ausencia de pruebas diagnósticas específicas contribuye a un retraso diagnóstico significativo, con el consiguiente impacto en la calidad de vida del paciente.

OBJETIVO

Describir el perfil clínico de los pacientes diagnosticados de migraña vestibular en nuestro centro y analizar el retraso diagnóstico, los diagnósticos previos más frecuentes y el manejo terapéutico instaurado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo en un hospital público de tercer nivel. Se incluyeron pacientes de entre 10 y 60 años con diagnóstico de migraña vestibular según los criterios de la Sociedad Bárány, atendidos en el Servicio de Otorrinolaringología entre los años [2015-2026]. Se recogieron variables demográficas, características de la clínica vestibular (tipo,

duración y frecuencia de los episodios), síntomas migrañosos asociados, presencia de síntomas auditivos, diagnósticos previos, resultados de pruebas vestibulares, de imagen y audiométricas, así como el tratamiento instaurado y la respuesta clínica referida. El análisis estadístico fue descriptivo.

RESULTADOS

Se incluyeron 32 pacientes, con predominio del sexo femenino y una edad media de 31 años. El síntoma vestibular predominante fue el vértigo recurrente, seguido de inestabilidad persistente. La duración de los episodios fue variable, oscilando desde minutos hasta varias horas. La mayoría de los pacientes presentaba antecedentes de migraña, aunque no todos referían cefalea durante las crisis vestibulares. Los síntomas auditivos fueron poco frecuentes y generalmente no progresivos. Los diagnósticos erróneos más habituales fueron el vértigo posicional paroxístico benigno y la enfermedad de Ménière. En los pacientes con diagnóstico previo de enfermedad de Ménière la prueba de imagen mediante resonancia magnética con protocolo Hydrops fue negativa. Tras el inicio del tratamiento específico, la mayoría de los pacientes refirió mejoría clínica.

CONCLUSIONES

La migraña vestibular presenta una elevada variabilidad clínica y un retraso diagnóstico considerable. Una anamnesis dirigida y una mayor sospecha clínica por parte del otorrinolaringólogo son fundamentales para un diagnóstico precoz y un manejo adecuado.

REFERENCIAS

- 1 Lempert T, Olesen J, Furman J, Waterston J, Seemungal B, Carey J, et al. Vestibular migraine: diagnostic criteria. *J Vestib Res.* 2012;22(4):167–72.
- 2 Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1–211.
- 3 Neuhauser H, Leopold M, von Brevern M, Arnold G, Lempert T. The interrelations of migraine, vertigo, and migrainous vertigo. *Neurology.* 2001;56(4):436–41.
- 4 Furman JM, Marcus DA, Balaban CD. Vestibular migraine: clinical aspects and pathophysiology. *Lancet Neurol.* 2013;12(7):706–15.
- 5 Dieterich M, Brandt T. Episodic vertigo related to migraine (90 cases): vestibular migraine? *J Neurol.* 1999;246(10):883–92.

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO NASOSINUSAL: EXPERIENCIA RECIENTE EN UNA SERIE DE 8 CASOS

REYES, E. P. (1); REINOSA, C. (1); PÉREZ, T. (1); INTRAPRENDENTE, J. F. (1); TALEB, A. C. (1); FERRER, F. (2); MARCO, J. (2)
(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia; (2) Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universidad de Valencia

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

Carcinoma adenoide quístico ; CENS; radioterapia;

INTRODUCCIÓN

El carcinoma adenoide quístico (CAQ) de localización nasosinusal y nasofaríngea es una neoplasia infrecuente de origen glandular, caracterizada por crecimiento insidioso, marcada tendencia a la invasión perineural y elevado riesgo de recidiva tardía y metástasis a distancia. La inespecificidad clínica condiciona diagnósticos frecuentes en estadios localmente avanzados. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, terapéuticas y evolutivas de una serie de pacientes con CAQ nasosinusal y de cavum tratados en un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 8 pacientes diagnosticados de carcinoma adenoide quístico de cavidad nasal, senos paranasales o cavum entre 2018 y 2025 en el Hospital Clínico Universitario de Valencia. Se analizaron variables demográficas, motivo de consulta, localización tumoral, hallazgos radiológicos, características histopatológicas, tratamiento recibido y evolución clínica. El diagnóstico se confirmó mediante anatomía patológica, apoyado en estudios de imagen (TC, RM y PET-TC). Las decisiones terapéuticas se consensuaron en comité multidisciplinar de tumores de cabeza y cuello. El seguimiento clínico y radiológico se extendió hasta enero de 2026.

RESULTADOS

La edad media al diagnóstico fue de 71,6 años (rango: 60–82; mediana: 74). Cinco pacientes fueron mujeres (62,5%) y tres varones (37,5%). El motivo de consulta más frecuente fue la obstrucción nasal (75%), seguido de epistaxis (50%), algia facial (50%) y cefalea (12,5%). Las localizaciones tumorales incluyeron cavidad nasal y senos paranasales en 6 pacientes (75%) y cavum en 2 pacientes (25%), siendo el seno maxilar la localización sinusal más frecuente. En la mayoría de los casos se objetivó enfermedad localmente avanzada, con extensión a seno esfenoidal, fosa pterigopalatina, órbita y/o base de cráneo, así como invasión perineural al diagnóstico en aproximadamente el 50% de los pacientes.

El patrón histológico predominante fue el cribiforme, con componente sólido variable. Siete pacientes (87,5%) recibieron tratamiento con intención curativa: 5 pacientes (62,5%) mediante cirugía radical seguida de radioterapia adyuvante y 2 pacientes (25%) con radioterapia definitiva de entrada, con o sin quimioterapia concomitante. Un paciente (12,5%) presentó enfermedad irrecusable y recibió tratamiento paliativo. La respuesta completa inicial se obtuvo en 6 de los 7 pacientes tratados con intención radical (85,7%). Durante el seguimiento se objetivó recidiva tumoral en 2 pacientes (25%), con un tiempo medio hasta la recidiva de aproximadamente 18 meses (rango: 7–29 meses). Se documentó progresión metastásica pulmonar en un caso. Las complicaciones más frecuentes fueron xerostomía, disfagia/odinofagia, trismus y fístula oronasal.

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

El carcinoma adenoide quístico nasosinusal y de cavum suele diagnosticarse en estadios avanzados y requiere un abordaje multimodal individualizado. La combinación de cirugía y radioterapia ofrece un adecuado control local inicial, aunque persiste un riesgo relevante de recidiva tardía y diseminación a distancia, lo que justifica un seguimiento prolongado. Esta serie refleja la experiencia de nuestro centro y subraya la importancia del manejo multidisciplinar.

REFERENCIAS

- 1 Al-Bitar Bishr, A., Al-Abdulrazzak, A., & Alahmar, R. (2025). Adenoid Cystic Carcinoma of the Sinonasal Cavity: A Case Report and Literature Review. <https://doi.org/10.1159/000546446>
- 2 Arosio, A. D., Coden, E., Lambertoni, A., Sileo, G., Dalfino, G., Monti, G., Daloso, A., Gaudio, P., Ferrari, M., Nicolai, P., Castelnuovo, P., & Bignami, M. (2025). Surgical margin assessment and prognostic impact in sinonasal cancers: a systematic review and meta-analysis. *ACTA Otorhinolaryngologica Italica*, 45, 25–55. <https://doi.org/10.14639/0392-100X-suppl.1>
- 3 Cao, C. N., Luo, J. W., Xu, G. Z., Gao, L., Xu, Z. G., & Tang, P. Z. (2013). Management of nasopharyngeal adenoid cystic carcinoma. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery : Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 71(4). <https://doi.org/10.1016/J.JOMS.2012.12.024>
- 4 Jang, H. bin, Lee, D. H., & Lim, S. C. (2025). Treatment outcomes of sinonasal adenoid cystic carcinoma: a single-center experience. *Oral Oncology*, 165. <https://doi.org/10.1016/J.ORALONCOLOGY.2025.107317>
- 5 Molla, M. W., Caballero, N., & Ginat, D. T. (2025). Pre- and Post-Treatment Diffusion-Weighted Imaging Characteristics of Sinonasal Adenoid Cystic Carcinoma. *Ear, Nose and Throat Journal*. <https://doi.org/10.1177/01455613251356364/FORMAT/EPUB>
- 6 Mouhib, N., Samba, S., Haloui, A., Karich, N., Bennani, A., Benschier, A., Berhili, S., Moukhlissi, M., & Mezouar, L. (2025). Unusual Localization of Adenoid Cystic Carcinoma: A Case Report of Nasopharyngeal Involvement. <https://doi.org/10.7759/cureus.95678>

IMPLANTE COCLEAR EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON AUTISMO Y OTRAS NEURODIVERGENCIAS: ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR?

REYES, E. P. (1); MARTÍNEZ, P. (1); PLA, I. (1); CHACÓN, L. (1); MORANT, A. (2); ORTS, M. (2); MARCO, J. (2)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia; (2) Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universidad de Valencia

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

TEA; neurodivergencias; implante coclear;

INTRODUCCIÓN

La hipoacusia neurosensorial severa a profunda afecta aproximadamente a 1–3 de cada 1.000 recién nacidos, interfiriendo en la adquisición del lenguaje y el desarrollo social. Hasta un 40% presentan discapacidades asociadas (DA+), como trastornos del espectro autista (TEA), complicando el diagnóstico y la intervención temprana. La superposición de factores de riesgo entre la hipoacusia y otras discapacidades del neurodesarrollo subraya la necesidad de enfoques diagnósticos y terapéuticos integrales, que ofrezcan una estrategia individualizada en cada caso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y descriptivo en 10 pacientes de entre 0 y 16 años con hipoacusia neurosensorial bilateral severa a profunda, portadores de implante coclear (IC) unilateral o bilateral, y con diagnóstico confirmado de TEA u otras neurodivergencias. La evaluación auditiva se llevó a cabo mediante audiometría tonal liminar (ATL) y audiometría verbal (AV) adaptadas a la edad y nivel de desarrollo. Se obtuvo información adicional sobre el uso del implante e incidencias en su utilización. Además, se recogieron las percepciones de los padres sobre la evolución comunicativa y social de sus hijos a través de entrevistas en consultas.

RESULTADOS

El 70% de los participantes fueron de sexo masculino. La edad media al momento del diagnóstico fue de 23,8 meses (rango 5–78), mientras que la edad al momento de la colocación del implante coclear fue de 30,3 meses (rango 10–87). En cuanto a las pruebas de evaluación del rendimiento auditivo, el promedio de horas de uso del implante fue de 7,1 h diarias. A pesar de ello, el 50% de los pacientes mostró una mejora significativa en la detección de sonidos post-implantación, con umbrales auditivos promedio de 35 dB HL. Cuatro de los pacientes no mantuvieron seguimiento mediante las pruebas auditivas habituales debido a poca colaboración o imposibilidad para su condicionamiento, mientras que uno de ellos no utilizó el dispositivo.

La comprensión del lenguaje y la producción verbal variaron ampliamente, siendo más limitadas en pacientes con mayores desafíos neurocognitivos. El 50% presentó un lenguaje adecuado, mientras que el restante expresó alguna palabra sin intención comunicativa (20%), respondió a sonidos (20%) o mantuvo mutismo (10%). Las opiniones de los padres reflejaron una mejora en la interacción social y una respuesta positiva a estímulos auditivos, aunque señalaron que el desarrollo del lenguaje fue más lento y limitado en comparación con niños sin neurodivergencias. Las incidencias más comunes en relación con el implante fueron la pérdida del dispositivo y el daño físico.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que, aunque los niños con neurodivergencias pueden beneficiarse del implante coclear en términos de ganancia auditiva y participación social, el desarrollo del lenguaje hablado tiende a ser más lento, limitado y variable. Estos hallazgos coinciden con lo reportado en la literatura, que señala una evolución menos predecible debido a factores neurocognitivos y conductuales. La tolerancia al dispositivo, la colaboración en las pruebas y el entorno comunicativo influyen notablemente en los resultados. Es fundamental realizar una evaluación individualizada desde la etapa diagnóstica, establecer expectativas realistas con la familia y mantener un abordaje interdisciplinario.

REFERENCIAS

- 1 Mathew R, Bryan J, Chaudhry D, Chaudhry A, Kuhn I, Tysome J, et al. Cochlear Implantation in Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review and Pooled Analysis. *Otology and Neurotology*. 2022 Jan 1;43(1):E1–13.
- 2 Pollick SA, Pesch MH, Spellun A, Betances EM, Wiley S, Geer LC, et al. Challenging Case Hearing Loss and Autism Spectrum Disorder [Internet]. 2024. Available from: www.jdbp.org
- 3 Oluwole OG, James K, Yalcouye A, Wonkam A. Hearing loss and brain disorders: A review of multiple pathologies. Vol. 17, *Open Medicine (Poland)*. De Gruyter Open Ltd; 2022. p. 61–9.
- 4 Ting FN, Kiing JSH, Li WW, Chan YH, Loo JHY, Kang YQ. Prevalence and Profiles of Late-Onset Hearing Loss in Preschool Children with Autism Spectrum Disorder Who Passed Newborn Hearing Screening in a South East Asian Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2024 Sep 1;54(9):3336–46.
- 5 Clave P, Núñez Batalla F. Sordera infantil con discapacidad asociada (DA+): recomendaciones CODEPEH 2021 Deaf children with additional disabilities (AD+): 2021 CODEPEH recommendations. Available from: <https://doi.org/10.5569/2340->

CUANDO EL HEMATOMA CERVICAL SE DISFRAZA DE FASCITIS NECROTIZANTE

DINU, R. (1); MARTÍNEZ, M. (2); ESPINOSA, B. (2); DOMÍNGUEZ, A. (2); MARTÍNEZ, P. (2); LÓPEZ, C. (2)

(1) Hospital Doctor Peset; (2) Hospital Dr. Peset

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones traumáticas por sonda nasogástrica (SNG) suelen ser leves, aunque se han descrito inserciones intracraneales en fracturas de base de cráneo. El hematoma cervical expansivo tras SNG es excepcional y obliga a un diagnóstico diferencial con infecciones profundas del cuello, y buscar alteraciones de la coagulación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 91 años con fibrilación auricular, en tratamiento con apixaban, que desarrolla de forma aguda una tumefacción cervical derecha violácea con afectación del espacio parafaríngeo y compromiso de vía aérea, debiéndose realizar un diagnóstico diferencial entre hematoma e infección cervical rápidamente evolutiva.

RESULTADOS

El TAC mostró un aumento de tamaño de todos los espacios laterocervicales derechos con características inflamatorias y espacios laterocervicales con burbujas de gas en espacio parafaríngeo, simulando una fascitis necrotizante. Sin embargo, la ausencia de fiebre y la anemia progresiva (Hb 11.2 a 8.5 g/dL) orientaron a etiología hemorrágica. La paciente se encontraba ingresada a cargo de cirugía general por una suboclusión intestinal, portadora de sonda nasogástrica, que se detectó como el origen del hematoma y entrada de gas en espacios parafaríngeos. Se actuó de manera conservadora trasladando a la paciente a la unidad de reanimación para intubación y control de la vía aérea ante el riesgo de progresión del hematoma. A pesar de la reversión de la anticoagulación, los parámetros analíticos se mantuvieron alterados, por lo que finalmente fue diagnosticada además de hemofilia A adquirida. Se pudo extubar a las 48 horas, con buena evolución del hematoma cervical.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

El diagnóstico diferencial entre hematoma y absceso cervical es importante, y en ocasiones, la sospecha clínica y analítica prevalece sobre las pruebas de imagen, ya que la presencia de gas en el TAC no es patognomónica de infección, pudiendo deberse a la disección traumática de planos por aire o por la propia sonda nasogástrica. El manejo conservador, control estrecho y la identificación de la patología conllevó a un buen resultado, evitando una actuación quirúrgica agresiva por sospecha de fascitis necrotizante. El apixaban, inhibidor del Factor Xa, puede enmascarar una hemofilia A adquirida, al atribuirse cualquier sangrado a su efecto secundario principal.

SCHWANNOMA DEL NERVIIO FACIAL INTRAPETROSO: OPTIMIZACIÓN EN LA REANIMACIÓN MASETÉRICO-FACIAL Y ANÁLISIS CRÍTICO DE LA DISECCIÓN CAROTÍDEA POSICIONAL EN ABORDAJES PROLONGADOS DE BASE DE CRÁNEO

AGUDO, M. (1); ALMANZO, S. (1); ESCOSURA, M. (1); MARTÍN, G. (1); MAS, J. (1); TORTAJADA, I. (1); ASTRAY, S. (1); GUZMÁN, A. (1); SÁNCHEZ-ALCÓN, M. D. (1); DE PAULA, C. (1)

(1) Hospital Universitari i Politècnic La Fe

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

Schwannoma nervio facial, parálisis facial, tratamiento quirúrgico, transferencia masetérico-facial, disección carotídea

INTRODUCCIÓN

Los schwannomas del nervio facial son neoplasias benignas derivadas de las células de Schwann que representan menos del 5% de los tumores del hueso temporal. Su progresión suele ser insidiosa a lo largo del canal de Falopio, con especial predilección por los segmentos laberíntico y el ganglio geniculado. El manejo clínico es complejo debido a la necesidad de equilibrar el control oncológico con la preservación o restauración funcional del nervio facial. La caracterización anatómica preoperatoria mediante RM y TC de alta resolución es el estándar para definir la extensión de la masa a través del canal de Falopio y hacia estructuras críticas como el laberinto o el conducto auditivo interno (CAI).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Reportamos el caso de una mujer de 41 años con parálisis facial periférica izquierda progresiva (House-Brackmann VI) de 12 meses de evolución. El estudio neurofisiológico confirmó una denervación severa y la RM objetivó un schwannoma intrapetroso con extensión intracanalicular y laberíntica. Ante el crecimiento documentado y la ausencia de función facial, se realizó una intervención multidisciplinaria mediante un abordaje combinado subtemporal y translaberíntico. Tras la exéresis tumoral completa, se procedió a una reanimación facial inmediata mediante transferencia del nervio maseterino (rama de V3) al tronco del nervio facial.

A las 48 horas postoperatorias, la paciente presentó un cuadro de afasia global y hemiparesia derecha. La angio-TC reveló una disección de la arteria carótida interna (ACI) izquierda (segmento C2-C3) con oclusión embólica de la arteria cerebral media (MI). Se realizó una trombectomía mecánica urgente bajo protocolo de "código ictus". El análisis causal vinculó la disección al estrés mecánico sostenido sobre la íntima arterial, secundario a una posición fija de hiperextensión y rotación cervical de 45° durante el tiempo quirúrgico prolongado.

CONCLUSIONES

Este caso refleja que la transferencia maseterino-facial constituye una técnica de elección para la reinervación precoz. En este contexto, se identifica la disección carotídea posicional como una complicación crítica con implicaciones clínicas relevantes. Proponemos la integración obligatoria de un checklist de posicionamiento quirúrgico en cirugías de base de cráneo de más de 6 horas, que incluya la monitorización de ángulos cervicales y "time-outs" para la neutralización cervical, minimizando así el riesgo de eventos isquémicos perioperatorios.

REFERENCIAS

- 1 Zanoletti E, et al. Surgery of the lateral skull base. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2019;39(Suppl):S1-S146.
- 2 Cap. "Tumores del APC/petroclivales/ápex. Abordajes". Editorial Médica Panamericana.
- 3 Cap. "Parálisis facial: evaluación y tratamiento". Editorial Médica Panamericana
- 4 Vila PM, et al. Gracilis for facial reanimation: donor nerve outcomes. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;146:429-36.
- 5 Zernotti, M. E., Ojeda, A., y Zernotti, M. (2005). Schwannomas intrapetrosos del nervio facial. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 56, 434-437
- 6 Cho, Y. S., Choi, J. E., Lim, J. H., y Cho, Y. S. (2021). Management of facial nerve schwannoma: when is the timing for surgery. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*
- 7 Xu, F., Pan, S., y Bambakidis, N. C. (2016). Intracranial facial nerve schwannomas: current management and review of the literature. *World Neurosurgery*

CARCINOMA DE PARATIROIDES: LA IMPORTANCIA DEL PRIMER ACTO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA DE CUELLO

DOMINGUEZ, A. M. (1); ESPINOSA, B. (1); DINU, R. (1); MARTÍNEZ, M. (1); CUESTA, M. T. (1); GUALLART, F. (1); NAHARRO, M. J. (1); LÓPEZ, C. (1)
(1) Hospital Doctor Peset

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen premio caso clínico

PALABRAS CLAVE

carcinoma de paratiroides, hiperparatiroidismo primario, hipercalcemia, parathormona elevada, masa cervical, resección en bloque, márgenes quirúrgicos, recurrencia local

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de paratiroides (CP) es una neoplasia extremadamente infrecuente (<1% del hiperparatiroidismo primario). Aunque su potencial metastásico inicial suele ser bajo, se caracteriza por una marcada tendencia a la invasión local y a la recidiva cuando el primer abordaje quirúrgico es inadecuado. En cirugía de cabeza y cuello, hasta el 30–50 % de los pacientes debutan como una masa cervical palpable, a menudo indistinguible de patología tiroidea, con posible infiltración de estructuras vecinas. En este contexto, el control locoregional y el pronóstico dependen casi por completo de la calidad del primer acto quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un caso clínico atendido en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Doctor Peset.

Varón de 19 años, con antecedente materno de hiperparatiroidismo primario, remitido desde Endocrinología por sospecha de CP ante hipercalcemia extrema (calcio total 17,9 mg/dL; corregido 17,0 mg/dL), PTH marcadamente elevada (591 pg/mL) y clínica ósea en forma de dolor nocturno.

La ecografía cervical identificó una lesión sólida hipoeoica vascularizada de 16–18 mm en el compartimento tiroideo derecho. La gammagrafía con ^{99m}Tc-MIBI y SPECT/CT mostró una captación focal persistente en el tercio medio-superior del lóbulo derecho. En la exploración ORL se objetivó una masa cervical derecha dura y móvil con la deglución, con movilidad cordal conservada en nasofibrolaringoscopia.

RESULTADOS

Se indicó tratamiento quirúrgico con criterios oncológicos. Se realizó exploración cervical derecha mediante incisión de Kocher, identificándose una paratiroides superior derecha patológica, de consistencia firme y aspecto infiltrante, adherida al lóbulo tiroideo sin plano de clivaje. Se practicó resección en bloque con exéresis completa de paratiroides superior derecha y hemitiroidectomía derecha con istmectomía. Se preservaron la paratiroides inferior derecha y el nervio laríngeo recurrente. La exploración del compartimento central no mostró adenopatías macroscópicas. El descenso intraoperatorio de PTH fue del 94%.

La anatomía patológica confirmó carcinoma de paratiroides (1,4 × 1,2 cm) con invasión capsular focal completa e invasión vascular, sin infiltración tiroidea, muscular ni perineural, con márgenes libres y ganglios negativos (0/3). Dada la edad y los antecedentes familiares, se realizó estudio genético inicial (MEN1, RET y CDKN1B negativos), manteniéndose la sospecha de hiperparatiroidismo familiar con ampliación de panel en curso.

FIGURAS

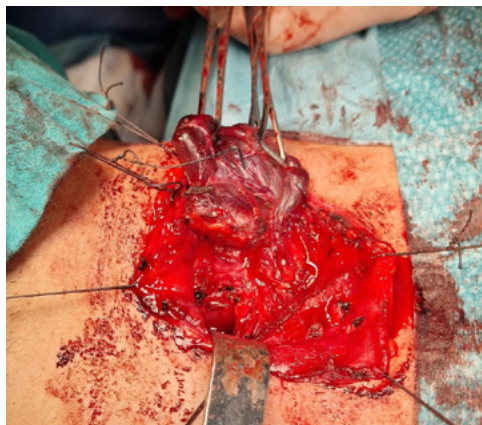


Figura 1. Imagen intraoperatoria mostrando la masa paratiroidea derecha adherida al tiroides.

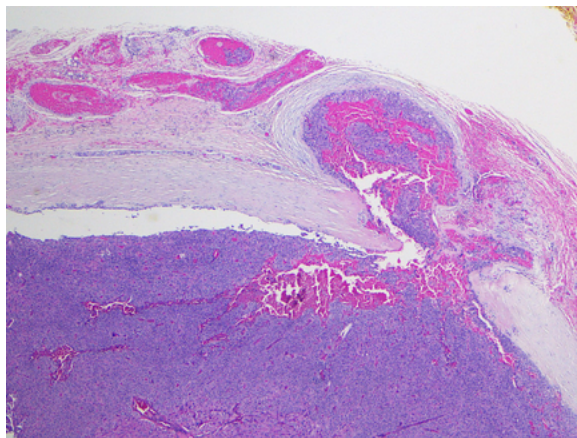


Figura 2. Microfotografía histológica demostrando invasión capsular y vascular.

DISCUSIÓN

El CP es una entidad eminentemente quirúrgica donde la calidad del primer acto quirúrgico determina el pronóstico. La resección completa con márgenes libres (R0) es el único tratamiento curativo. La evidencia actual sugiere que la resección en bloque en el primer acto se asocia a una reducción marcada de la recidiva local frente a abordajes limitados.

La tríada de masa cervical, hipercalcemia >14 mg/dL y PTH marcadamente elevada debe orientar desde el inicio a un planteamiento quirúrgico oncológico, evitando punciones o maniobras que favorezcan la rotura capsular, factor pronóstico independiente de recidiva y mortalidad. La linfadenectomía debe reservarse a casos con adenopatías clínicamente sospechosas.

REFERENCIAS

- 1 Roser P, Leca BM, et al. Diagnosis and management of parathyroid carcinoma: a state-of-the-art review. *Endocrine-Related Cancer* (2023) 30, e220287.
- 2 Schulte KM, Talat N, et al. Oncologic resection achieving R0 margins improves disease-free survival in parathyroid cancer. *Annals of Surgical Oncology* (2014) 21: 1891–1897.
- 3 Villar-del-Moral J, et al. Prognostic factors and staging systems in parathyroid cancer: a multicenter cohort study. *Surgery* (2014) 156(5): 1132–1144.
- 4 National Cancer Institute (NCI). Información general sobre el cáncer de paratiroides (PDQ®). Actualización Julio 2024.
- 5 Laforgia R, Tomasicchio G, et al. Management and surgical treatment of parathyroid carcinoma: a 6-year experience of a single centre of endocrine surgery unit. *Frontiers in Endocrinology* (2023) 14: 1278178.
- 6 McInerney NJ, Moran T, O'Duffy F. Parathyroid carcinoma: Current management and outcomes – A systematic review. *American Journal of Otolaryngology* (2023) 44: 103843.
- 7 Talat N & Schulte KM. Clinical presentation, staging and long-term evolution of parathyroid cancer. *Annals of Surgical Oncology* (2010) 17: 2156–2174.
- 8 Leonard-Murali S, Ivanics T, et al. Local resection versus radical surgery for parathyroid carcinoma: A National Cancer Database analysis. *European Journal of Surgical Oncology* (2021) 47(11): 2768–2773.

MANEJO DE LA MASTOIDITIS AGUDA EN EDAD PEDIÁTRICA ¿ES ADECUADO ESPERAR?

VALLEJO, A. (1); MARTÍNEZ, P. (1); PLA, I. (1); ORTS, M. (1); GIMENO, L. (1); MARCO, J. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

INTRODUCCIÓN

La mastoiditis aguda es, pese a su baja frecuencia, la complicación más habitual en el contexto de una otitis media aguda en la edad pediátrica. No obstante, aún son notorias las diferencias en el tratamiento de esta entidad entre centros.

Otro desafío en relación a esta patología es el manejo de pacientes afectados portadores de implante coclear, en un intento por conservar la función del dispositivo.

OBJETIVOS

Evaluar el manejo de pacientes pediátricos diagnosticados de mastoiditis aguda en el Hospital Clínico Universitario de Valencia. Realizar una revisión de la literatura actual con respecto al diagnóstico y tratamiento de esta patología.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de pacientes recibidos en urgencias de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia con diagnóstico de mastoiditis aguda y que, posteriormente estuvieron en seguimiento conjunto con el servicio de Otorrinolaringología en los últimos 6 años.

Posteriormente se recogieron datos sobre la solicitud de pruebas de imagen, presencia o ausencia de absceso subperióstico y otras complicaciones, terapia antibiótica inicial y cambios durante la hospitalización, microorganismo patológico y necesidad y tipo de cirugía.

RESULTADOS

Con la búsqueda de pacientes por diagnóstico de "mastoiditis aguda" obtuvimos como resultado un total de 30 pacientes (17 varones y 13 mujeres) entre 2020 y 2025. De ellos 15 fueron diagnosticados de mastoiditis aguda (MA) y 15 de mastoiditis aguda complicada (MAC). En 19 pacientes se solicitaron pruebas de imagen (TC y/o RM). La complicación más frecuente fue el absceso subperióstico, presente en 13 (86,7%) pacientes. Otras complicaciones fueron la trombosis de seno sigmoide en 6 (40%) pacientes, empiema/absceso epidural en 3 (20%) pacientes y meningitis bacteriana en 1 (6,67%) paciente.

En cuanto a la terapia antibiótica inicial, la mayor parte de los casos fueron tratados con una cefalosporina de tercera generación asociada a clindamicina, aunque en casos de MAC la asociación de o sustitución por linezolid o metronidazol fue habitual.

El cultivo bacteriológico, aunque en su mayoría negativo, tuvo como microorganismos más habituales el *S. pneumoniae* y el *S. pyogenes*.

Del total de pacientes incluidos 11 (36,67%) pacientes requirieron intervención quirúrgica. De ellos 6 (54,55%) fueron sometidos a una antróstomía, 4 (36,36%) a un drenaje del absceso subperióstico y 1 (9,09%) a mastoidectomía.

En todos los pacientes intervenidos se asoció miringotomía para drenaje y obtención de muestra para cultivo, pero en 3 (27,27%) no se colocó un drenaje transtimpánico. Dos de estos pacientes por imposibilidad debido a la inflamación y en una paciente por ser portadora de implante coclear.

DISCUSIÓN

La orientación terapéutica de la MA es hererogénea entre diferentes hospitales, e incluso entre los mismos servicios, como puede observarse en esta serie. No obstante, el manejo seguido en nuestro centro no difiere en gran medida de la actuación según diferentes protocolos, aunque todavía no existe un consenso a la hora de abordar esta patología.

En vista de lo observado, actitudes terapéuticas más conservadoras podrían ser una alternativa válida en casos seleccionados, sin repercusión en el pronóstico del paciente.

REFERENCIAS

- ¹ Mierzwiński J, Tyra J, Haber K, et al. Therapeutic approach to pediatric acute mastoiditis - an update. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2019;85(6):724-732. doi:10.1016/j.bjorl.2018.06.002
- ² Berghezán Suárez A, Onoda M, Ruiz Contreras J. Mastoiditis. (v.3/2023). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 1-dic-2023; consultado el dd-mmm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>
- ³ Reale M, Montagnani C, Orlando P, et al. Management of acute mastoiditis in children: a retrospective analysis. *Ital J Pediatr.* 2025;51(1):272. Published 2025 Sep 24. doi:10.1186/s13052-025-02075-8

CARCINOMA DUCTAL DE PARÓTIDA DE ALTO RIESGO, RETOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN UNA NEOPLASIA SALIVAL AGRESIVA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y MANEJO MULTIDISCIPLINAR.

ESCOSURA, M. (1); ARMENGOT, M. (1); ALMANZO, S. (1); ASTRAY, S. (1); TORTAJADA, I. (1); CORTÉS, A. (1); MÁS, J. (1); MARTIN, G. (1); AGUDO, M. (1)
(1) *HUIP La Fe*

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

INTRODUCCIÓN

El carcinoma ductal de parótida es un tumor infrecuente y altamente agresivo de las glándulas salivales, representando aproximadamente entre el 6 y el 10% de los tumores malignos parotídeos. Se origina en los conductos excretores de la glándula y, en un porcentaje significativo de casos, puede desarrollarse sobre lesiones benignas preexistentes como el adenoma pleomorfo. Se caracteriza por un alto grado de infiltración local, invasión perineural y linfovascular, así como una elevada tasa de recurrencia y metástasis a distancia, descritas entre el 20 y el 48%.

Afecta predominantemente a varones con una edad media en torno a los 60 años y presenta un pronóstico desfavorable, con una mortalidad cercana al 50% a los 4-5 años. Histológicamente, los carcinomas de glándulas salivales engloban múltiples subtipos con comportamiento clínico variable, diferenciándose los tumores de bajo grado derivados de los conductos intercalados de aquellos de alto grado originados en el conducto secretor, entre los que se incluye el carcinoma ductal. El tratamiento estándar combina cirugía radical, radioterapia adyuvante y, en casos seleccionados, quimioterapia y terapias dirigidas según el perfil molecular.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Reportamos el caso de un varón de 64 años que consultó por una tumoración progresiva en región parotídea izquierda de tres meses de evolución. A la exploración física se objetivó una masa dura, no dolorosa, adherida a planos profundos, localizada sobre el ángulo mandibular izquierdo, de aproximadamente 1,5×3cm, sin signos inflamatorios cutáneos. No refería síntomas sistémicos ni antecedentes epidemiológicos de interés. La exploración cervical inicial no evidenció adenopatías palpables.

Se solicitó TC cervical y punción aspiración con aguja fina (PAAF), mostrando hallazgos citológicos compatibles con tumor epitelial de aspecto oncótico (CKAE1-3 positivo), con escasa atipia nuclear, clasificándose como categoría IVB según la

Clasificación de Milán. La TC reveló una lesión sólida de bordes levemente espiculados, con área central quístico-necrótica, de 2,2×2cm, localizada en el lóbulo superficial anterior de la parótida izquierda, en contacto con el músculo masetero, sin poder descartarse infiltración muscular. Se identificaron adenopatías intraparotídeas sospechosas y adenopatías cervicales patológicas en niveles IIA y IIB izquierdos, una de ellas con centro necrótico. Asociaba paresia de la rama marginal mandibular del nervio facial y conglomerado adenopático yugular superior izquierdo.

Ante la alta sospecha de malignidad, se decidió tratamiento quirúrgico inicial, realizando parotidectomía total izquierda con vaciamiento cervical ipsilateral, objetivándose un gran conglomerado adenopático en región espinal.

CONCLUSIONES

El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue de carcinoma ductal de parótida pT2N3b, con márgenes quirúrgicos positivos, invasión linfovascular y perineural, así como extensión extracapsular ganglionar, constituyendo un tumor de muy alto riesgo. Se indicó tratamiento adyuvante con quimiorradioterapia concomitante y terapia de privación androgénica. El estudio de HER2 resultó negativo. Este caso ilustra el comportamiento agresivo del carcinoma ductal de parótida y la importancia de un abordaje multidisciplinar precoz para optimizar el control locorregional y sistémico de la enfermedad.

RESULTADOS ONCOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA VERRUCOSO LARÍNGEO: EXPERIENCIA DE 30 AÑOS

HUAYANAY, R. L. (1); SANCHO, M. (1); FERRERO, S. (1); CACEDA, M. (1); BARNOYA, R. (1); MAURI, J. (1)

(1) Hospital General Universitario Dr Balmis de Alicante

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

Carcinoma verrucoso Carcinoma escamoso Laringe Microcirugía transoral láser Cordectomía Resultados oncológicos

INTRODUCCIÓN

El carcinoma verrucoso de laringe (CVL) es una variante infrecuente del carcinoma escamoso, caracterizada por crecimiento exofítico, comportamiento localmente agresivo y bajo potencial metastásico. La cirugía constituye el tratamiento de elección. El objetivo principal de este estudio fue analizar los resultados oncológicos en el tratamiento del CVL. Como objetivos secundarios, se describieron las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de la serie, y se compararon los resultados obtenidos con los reportados en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo descriptivo en un hospital de tercer nivel, incluyendo pacientes diagnosticados de CVL entre 1994 y 2024. Se incluyeron aquellos con confirmación histológica y seguimiento clínico documentado, excluyéndose los casos con histología mixta o datos incompletos. Se recopilaron variables epidemiológicas, clínicas, histopatológicas y de resultados, incluyendo tasa de preservación laríngea (TPL), supervivencia global (SG) y supervivencia libre de recurrencia (SLR).

RESULTADOS

Se analizaron 24 pacientes que cumplían criterios de inclusión, 23 (95,8%) hombres, todos fumadores, con una edad media de 59 años (rango: 40-82 años). El síntoma inicial más frecuente fue la disfonía (62,5%). Todos los tumores presentaron localización glótica, distribuidos en cuerda vocal derecha (50%), izquierda (37,5%) o bilateral (12,5%). El estadio tumoral más frecuente fue T1 (70,8%), seguido de T2 (25%) y T4 (4,2%), sin evidencia de enfermedad regional ni metastásica. Veintitrés pacientes fueron tratados mediante microcirugía transoral láser (MTL) y uno mediante laringectomía total (LT). En el subgrupo tratado con MTL, se realizaron cordectomías tipo III (39,1%), tipo I (21,7%), tipo V (21,7%), tipo II (13,0%) y tipo IV (4,3%). Un paciente requirió ampliación de márgenes por displasia severa persistente y recibió tratamiento adyuvante, al igual que el paciente tratado mediante LT. Durante el seguimiento, un paciente presentó recidiva local tardía, manejada eficazmente mediante nueva MTL. No se documentaron recidivas regionales ni a distancia. En el subgrupo de 21 pacientes con seguimiento superior a cinco años, las tasas de TPL, SG y SLR fueron del 100%, 85,7% y 95,2%, respectivamente.

CONCLUSIÓN

La cirugía primaria y en especial la microcirugía transoral láser constituye una estrategia eficaz y segura en el manejo del carcinoma verrucoso laríngeo, con elevadas tasas de preservación laríngea y excelente control locorregional. Nuestros resultados son consistentes con los publicados en la literatura. Dada la baja incidencia de esta entidad, se requieren estudios multicéntricos que permitan consolidar las recomendaciones terapéuticas.

REFERENCIAS

- ¹ Strojan, P., & Ferlito, A. Some Considerations on the Treatment of Laryngeal Verrucous Squamous Cell Carcinoma. *Oncology and therapy*, 12(2), 203–206 (2024).
- ² Lechien, J.R., Hans, S. Epidemiological, clinical and oncological outcomes of laryngeal verrucous carcinomas: a systematic review. *J of Otolaryngol - Head & Neck Surg* 52, 81 (2023).

LIPOSARCOMA PLEOMÓRFICO DE GLÁNDULA PARÓTIDA: UN RETO TERAPÉUTICO

CORTÉS ARCINIEGAS, A. (1); ALMANZO, S. (1); TORTAJADA-TORRALBA, I. (1); ASTRAY-GÓMEZ, S. (1); MARTÍN-VIGUER, G. (1); MÁS-SABATER, J. (1); AGUDO-GARCÍA, M. (1); LLÓPEZ-CARRATALÁ, I. (1); COLLADO-MARTÍN, D. (2); PEROLADA-VALMAÑA, J. M. (2)
(1) Hospital Universitari i Politècnic La Fe; (2) Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

TIPO DE COMUNICACIÓN:

Resumen premio caso clínico

Los liposarcomas son sarcomas de partes blandas de origen mesenquimal que se desarrollan en el tejido adiposo. Su localización en cabeza y cuello es rara (<5 %), y la afectación primaria de la glándula parótida es excepcional. Presentamos el caso de una mujer de 76 años con una masa parotídea derecha de rápido crecimiento, sin afectación ganglionar ni metastásica. Se intervino de parotidectomía total derecha con vaciamiento cervical funcional ipsilateral. El diagnóstico anatomopatológico fue liposarcoma pleomórfico de alto grado con márgenes positivos. Tras radioterapia adyuvante, a los tres meses se objetivó una recidiva local precoz tratada mediante cirugía de rescate. Cinco meses después se evidenció una recidiva masiva con invasión ósea, orbitaria, vascular e intracraneal, sin opción de tratamiento curativo. Este caso resalta la importancia de la vigilancia clínica y radiológica estrecha tras el tratamiento de estos tumores dada su agresividad y la alta tasa de recurrencias tempranas.

REFERENCIAS

- ¹ Agarwal J, Kadakia S, Agaimy A, Ogadzanov A, Khorsandi A, Chai RL. Pleomorphic liposarcoma of the head and neck: Presentation of two cases and literature review. *Am J Otolaryngol*. 2017;38(4):505–507. doi:10.1016/j.amjoto.2017.04.012
- ² Chandan VS, Fung EK, Woods CI, de la Roza G. Primary pleomorphic liposarcoma of the parotid gland: a case report and review of the literature. *Am J Otolaryngol*. 2004;25(6):432–437. doi:10.1016/j.amjoto.2004.06.003
- ³ Cheng J, Yu H, Wang L, Wang X, Shen G. Primary oral and maxillofacial liposarcoma: a clinicopathological and immunohistochemical study of eleven cases. *Arch Med Sci*. 2012;8(2):316–323. doi:10.5114/aoms.2012.28560
- ⁴ Fanburg-Smith JC, Furlong MA, Childers EL. Liposarcoma of the oral and salivary gland region: a clinicopathologic study of 18 cases with emphasis on specific sites, morphologic subtypes, and clinical outcome. *Mod Pathol*. 2002;15(10):1020–1031. doi:10.1097/01.MP.0000027625.79334.F5
- ⁵ Hong YT, Yang Y, Lee H. A case report of primary myxoid liposarcoma mimicking as a parotid cystic lesion. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Jan 14;101(2):e28473. doi: 10.1097/MD.00000000000028473. PMID: 35029195; PMCID: PMC8757944.
- ⁶ Jones JK, Baker HW. Liposarcoma of the parotid gland: report of a case. *Arch Otolaryngol*. 1980;106(8):497–499. doi:10.1001/archotol.1980.00790320049012
- ⁷ Korentager R, Noyek AM, Chapnik JS, Steinhardt M, Luk SC, Cooter N. Lipoma and liposarcoma of the parotid gland: high-resolution preoperative imaging diagnosis. *Laryngoscope*. 1988;98(9):967–971. doi:10.1288/00005537-198809000-00011
- ⁸ Košec A, Zurak K, Čupić H, Bedeković V. Primary parotid liposarcoma. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2019;136(5):405–408. doi:10.1016/j.anorl.2018.01.013
- ⁹ Mahmood U, Nguyen JD, Chang J, Gu M, Wong BJ. Atypical lipomatous tumor/well-differentiated liposarcoma of the parotid gland: case report and literature review. *Ear Nose Throat J*. 2009;88(10):E10–E16.
- ¹⁰ Mezri S, Zitouni C, Thabet W, et al. Myxoid Liposarcoma of the Parotid Gland. *Ear Nose Throat J*. Published online February 29, 2024. doi:10.1177/01455613241235499

MALFORMACIONES OTOLÓGICAS DEL SÍNDROME OTOPALATODIGITAL

CORTÉS ARCINIEGAS, A. (1); TORTAJADA-TORRALBA, I. (1); ALMANZO, S. (1); ASTRAY-GÓMEZ, S. (1); MÁS-SABATER, J. (1); MARTÍN-VIGUER, G. (1); ESCOSURA-FERNÁNDEZ, M. (1); GUZMÁN-CALVETE, A. (1); CAVALLÉ-GARRIDO, L. (1); DE PAULA-VERNETTA, C. (1)

(1) Hospital Universitari i Politècnic La Fe

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen premio una foto un caso

El síndrome otopalatodigital es un trastorno genético raro, perteneciente al grupo de las displasias óseas ligadas al cromosoma X, caracterizado por anomalías craneofaciales, orales y esqueléticas, que puede asociar alteraciones otológicas clínicamente relevantes. Se asocia a mutaciones en el gen FLNA, que condicionan una amplia variabilidad fenotípica. La hipoacusia es una manifestación frecuente pero infradiagnosticada. La superposición con otras displasias óseas dificultan el reconocimiento temprano del compromiso auditivo, lo que puede retrasar la intervención terapéutica. Presentamos el caso de una niña de 5 años con síndrome otopalatodigital tipo 1 con hipoacusia de transmisión moderada bilateral sin mejoría tras la colocación de drenajes transtimpánicos bilaterales. La TC de peñasco reveló de forma bilateral y simétrica focos de desmineralización en martillo y yunque junto a marcado engrosamiento y esclerosis del estribo y sus cruras, asociado a obliteración de ambas ventanas ovas. Se intervino de implante de conducción de vía ósea bilateral (Sentio), con un resultado auditivo satisfactorio.

REFERENCIAS

- 1 Shi SR. Temporal bone findings in a case of otopalatodigital syndrome. Arch Otolaryngol. 1985;111(2):119-121. doi:10.1001/archotol.1985.00800040083012
- 2 Zaytoun GM, Harboyan G, Kabalan W. The oto-palato-digital syndrome: variable clinical expressions. Otolaryngol Head Neck Surg. 2002;126(2):129-140. doi:10.1067/mhn.2002.122184
- 3 Martínez-López M, Navedo A, López De Mesa R, Cervera-Paz FJ. Otopalatodigital syndrome type I: new temporal bone CT-scan sign in a case with a de novo novel mutation. Acta Otorrinolaringol Esp. 2019;70(5):306-309. doi:10.1016/j.otoeng.2018.05.007.

RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES (RSCCPN) EN LA GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS (GEPA)

CORTÉS ARCINIEGAS, A. (1); JARAMILLO-ÁNGEL, N. (1); CABRERA-GUIJO, J. (1); ASTRAY-GÓMEZ, S. (1); TORTAJADA-TORRALBDA, I. (1); ALMANZO, S. (1); MARTÍN-VIGUER, G. (1); MÁS-SABATER, J. (1); GARCÍA-PIÑERO, A. (1); ARMENGOT-CARCELLER, M. (1)

(1) Hospital Universitari i Politècnic La Fe

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

INTRODUCCIÓN

La granulomatosis eosinofílica con poliangieítis (GEPA), anteriormente conocida como síndrome de Churg-Strauss, es una vasculitis sistémica necrotizante asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) que afecta a vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre. La rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN) es un hallazgo frecuente en estos pacientes y a menudo es refractaria al tratamiento médico y quirúrgico. El objetivo de este estudio es revisar la RSCcPN en pacientes con GEPA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con GEPA y afectación sinonasal. Se revisaron los hallazgos clínicos, analíticos y de imagen. Se evaluaron resultados objetivos, incluyendo la puntuación de pólipos nasales (NPS), la escala de Lund-Mackay, la histopatología y el estado ANCA. También se analizaron medidas de resultados percibidos por los pacientes (PROMs), como el SNOT-22, la escala visual analógica (EVA) para síntomas nasales y el test de control del asma. Se estudiaron las modalidades de tratamiento, incluyendo la terapia sistémica y la necesidad de cirugía endoscópica nasosinusal.

RESULTADOS

Se incluyeron 9 pacientes con una edad media de 52 años al diagnóstico (56% mujeres, 44% varones). La puntuación de pólipos nasales más frecuentemente registrada fue el grado 3 (44% de los casos). La puntuación media del SNOT-22 fue de 29 (indicativa de síntomas moderados) y las puntuaciones medias en la EVA fueron de 4 para la obstrucción nasal y la rinorrea, y de 5 para la anosmia. Todos los pacientes presentaron hallazgos de enfermedad inflamatoria sinusal bilateral en la tomografía computarizada, con una puntuación media de Lund-Mackay de 15. El análisis histopatológico de los pólipos mostró eosinofilia tisular como el hallazgo más frecuente (78%); ninguno de los pacientes presentó evidencia de vasculitis. Los estudios analíticos revelaron positividad para ANCA en el 56% de los casos y eosinofilia periférica en el 78%. En cuanto al tratamiento sistémico, el 56% recibió corticoides orales, el 67% inmunosupresores y el 67% mepolizumab. La cirugía endoscópica nasosinusal se realizó en el 44% de los pacientes, y el 50% de estos requirió dos procedimientos.

CONCLUSIONES

La GEPA es una entidad poco frecuente que debe considerarse siempre en pacientes con asma y eosinofilia que desarrollan afectación sinusal.

RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO DE CARTÍLAGO COSTAL EN PACIENTE INTERVENIDA EN 5 OCASIONES DE MACROADENOMA HIPOFISARIO

GIMENO, L. (1); PÉREZ-CARBONELL, T. (2); VALLEJO-GARCÍA, A. (2); FERRER-BAIXAULI, F. (2); TALEB, C. (2); MARCO-ALGARRA, J. (2)

(1) HOSP.CLINICO; (2) Hospital Clínico Universitario de Valencia

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen comunicación

PALABRAS CLAVE

nariz en silla de montar; rinoplastia reconstructiva; cartílago costal autólogo; cirugía transesfenoidal; válvula nasal; injerto dorsal

INTRODUCCIÓN

La nariz en silla de montar secundaria a cirugías endonasales repetidas supone un reto reconstructivo por la pérdida de soporte septal y la fibrosis de planos, con repercusión estética y funcional. En estos escenarios, el cartílago costal autólogo ofrece volumen y rigidez suficientes para una reconstrucción estable del dorso y del armazón central.

OBJETIVO

Describir la técnica quirúrgica y los resultados clínicos de una rinoplastia reconstructiva con injerto de costilla en una paciente con deformidad en silla de montar tras múltiples intervenciones por macroadenoma hipofisario.

CASO Y TÉCNICA

Paciente con antecedentes de varias cirugías endonasales/transesfenoidales por macroadenoma hipofisario, que presenta colapso del tercio medio, depresión dorsal marcada y obstrucción nasal. Se realizó abordaje abierto con liberación cuidadosa de adherencias, identificación de remanentes septales y evaluación de válvula interna. Se obtuvo cartílago costal autólogo (arco costal anterior) y se talló con técnica de sección equilibrada para minimizar la deformación ("warping"). Se efectuó reconstrucción del armazón central mediante reemplazo/neo-L strut (injerto septal de sustitución), injerto de dorso tipo onlay para restauración de la altura, y refuerzo de válvula interna con injertos expansores ("spreader"). Se completó la estabilización caudal con soporte columelar y suturas de definición según necesidad, buscando un dorso rectilíneo y una proyección/rotación armónica de la punta. Cierre por planos y férula externa estándar.

RESULTADOS

Evolución postoperatoria favorable, con recuperación de la línea dorsal y mejora subjetiva de la permeabilidad nasal. En el seguimiento (≥ 12 meses), se observó estabilidad del dorso, corrección mantenida del colapso del tercio medio y alta satisfacción de la paciente, sin signos clínicos de infección, extrusión o reabsorción relevante. La morbilidad del sitio donante fue leve y autolimitada.

CONCLUSIONES

En la nariz en silla de montar severa y compleja tras cirugías endonasales repetidas, la rinoplastia estructural con cartílago costal autólogo permite una reconstrucción robusta del soporte septodorsal, con resultados estables y mejoría funcional

y estética. La planificación cuidadosa, la liberación de fibrosis y las medidas anti-deformación del injerto son claves para optimizar resultados.

SILICONOMAS CERVICALES: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ADENOPATÍAS SUPRACLAVICULARES

SERRANO BADÍA, E.

TIPO DE COMUNICACIÓN

Resumen premio una foto un caso

Paciente de 63 años que consulta por tumoraciones laterocervicales bilaterales de varios meses de evolución. Como antecedente personal relevante, es portadora de prótesis mamarias Poly Implant Prothèse (PIP).

En la exploración física cervical se palpan de forma bilateral múltiples nodulaciones laterocervicales y supraclaviculares, de consistencia firme, no dolorosas y sin signos inflamatorios cutáneos asociados.

La ecografía cervical muestra lesiones mal definidas, de ecogenicidad heterogénea, con patrón ecográfico en "tormenta de nieve", presencia de múltiples ecos internos y marcada atenuación acústica posterior, con distorsión del hilio ecogénico y ausencia de vascularización intralesional en el estudio Doppler color.

Ante estos hallazgos, y considerando los antecedentes de la paciente, resulta fundamental el diagnóstico diferencial entre adenopatías siliconóticas, secundarias a migración de silicona procedente de las prótesis mamarias, y otros procesos oncológicos como adenopatías metastásicas o linfomas.

Las prótesis PIP se asociaron a una alta tasa de rotura, así como a migración de silicona incluso sin rotura franca, favoreciendo la extravasación del material y la aparición de reacciones granulomatosas crónicas (siliconomas) y adenopatías siliconóticas, habitualmente duras e indoloras.

La actitud recomendada es conservadora, con seguimiento clínico y ecográfico, evitando intervenciones quirúrgicas debido a la ausencia de planos de resección definidos y al riesgo de exacerbar la reacción inflamatoria. Las prótesis PIP, que contenían silicona industrial no autorizada, fueron retiradas del mercado entre 2010 y 2011

The background is a teal color with white line art. On the left, there is a sketch of a city with various buildings, including a large arched structure and several rectangular buildings with windows. On the right, there is a sketch of a house with a steep gable roof, a chimney, and a window. The overall style is minimalist and architectural.

CASOS CLÍNICOS

LIPOSARCOMA PLEOMÓRFICO PRIMARIO DE GLÁNDULA PARÓTIDA

ALEXANDRA CORTÉS-ARCINIEGAS (1), SANTIAGO ALMANZO (1, 2), INÉS TORTAJADA-TORRALBA (1), SAÚL ASTRAY-GÓMEZ (1), GERMÁN MARTÍN-VIGUER (1), JAVIER MÁZ-SABATER (1), MARÍA AGUDO-GARCÍA (1), IGNACIO LLÓPEZ CARRATALÁ (1), DIEGO COLLADO-MARTÍN (1), JOSÉ MARÍA PEROLADA-VALMAÑA (1, 2)
 1 Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España. 2 Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia, Valencia, España.

INTRODUCCIÓN

Los liposarcomas son tumores malignos de origen mesenquimal derivados del tejido adiposo y representan uno de los subtipos más frecuentes de sarcomas de partes blandas en adultos. Su localización más habitual es el retroperitoneo y las extremidades. En cabeza y cuello son raros, con menos del 5 % de casos, siendo la afectación primaria de la glándula parótida excepcional(1). Hasta la fecha, en la literatura se han reportado solo 12 casos de liposarcoma primario de parótida(1-9).

CASO CLÍNICO

Mujer de 76 años con tumoración preauricular derecha indolora y de crecimiento progresivo. A la exploración física, presentaba una masa parotídea derecha de 3cm, indurada y adherida a planos profundos. No se objetivaron parálisis facial ni adenopatías cervicales. La tomografía computarizada reveló una lesión de 35x35 mm en el lóbulo superficial de la glándula parótida derecha, de contornos lobulados y aspecto infiltrante, con afectación de las venas parotídeas y retromandibular (**Fig. 1**). No se evidenció afectación ganglionar regional ni enfermedad metastásica a distancia. La biopsia por punción con aguja gruesa (BAG) sugirió un sarcoma indiferenciado de alto grado.

Se intervino de una parotidectomía total derecha y vaciamiento cervical funcional ipsilateral, logrando una resección completa de la lesión con bordes macroscópicos negativos. El tumor infiltraba el tronco temporofacial, lo que imposibilitó su preservación y requirió la colocación de una pesa de oro en el párpado superior.

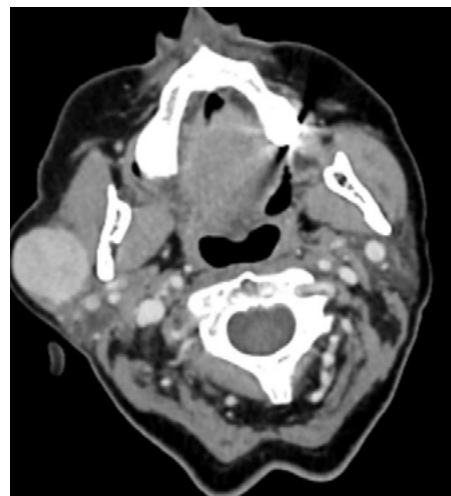


Figura 1. Tomografía computarizada de cuello (corte axial).

El estudio histopatológico reveló una proliferación de células fusiformes altamente pleomórficas en fascículos desorganizados, con alto índice mitótico y necrosis tumoral. Los márgenes quirúrgicos fueron positivos, sin invasión linfovascular ni afectación ganglionar en los ganglios analizados. La inmunohistoquímica fue positiva para S-100 y adipofilina, y la amplificación de MDM2 por FISH fue negativa. Estos hallazgos fueron compatibles con un sarcoma de alto grado (grado III), correspondiente a un liposarcoma pleomórfico.

Tras descartar afectación regional y a distancia después de la resección, se inició radioterapia adyuvante sobre el lecho quirúrgico, con una dosis total (DT) de 66 Gy. Tres meses después, tras completar 6 de las 33 sesiones previstas, se detectaron una pequeña lesión nodular subcutánea en la región temporal derecha y otra en el lecho parotídeo, cuya biopsia por punción-aspiración con aguja fina (PAAF) mostró hallazgos anatomopatológicos similares. La cirugía de rescate confirmó una recidiva local precoz. El caso fue analizado en comité de tumores, donde se decidió continuar la radioterapia planificada hasta alcanzar una dosis preoperatoria de 50 Gy sobre el lecho de la parotidectomía, asociando radioterapia hipofraccionada con campo directo sobre la lesión temporal derecha (5 x 5 Gy).

Cinco meses después de la intervención inicial, la paciente presentó deterioro progresivo del estado funcional, alteraciones de la masticación y la deglución, y pérdida ponderal marcada. La resonancia magnética de control evidenció una nueva recidiva tumoral (**Fig. 2**), consistente en una masa voluminosa en el espacio masticador derecho, con erosión ósea de la apófisis pterigoides lateral, pared lateral y posterior del seno maxilar, cóndilo, rama mandibular y reborde posterior de la apófisis coronoides. Presentaba infiltración de la musculatura pterigoidea, músculo temporal, vertiente posterior de la pared lateral de la fosa nasal derecha y pared lateral y suelo de la órbita derecha. El tumor se extendía a la fosa craneal media a través del foramen oval, imprimiéndose sobre la fosa temporal derecha y condicionando un efecto masa sobre el parénquima cerebral adyacente, con edema vasogénico y desplazamiento de la línea media. Además, infiltraba el seno cavernoso derecho, con extensión a la arteria carótida intracavernosa derecha, el suelo de la silla turca, el conducto óptico derecho y el seno esfenoidal.

Dada la progresión localmente avanzada de la enfermedad, se desestimó tratamiento local mediante radioterapia por considerarse un tumor radiorefractario. Al tratarse de una paciente frágil y no candidata a quimioterapia, no se planteó tratamiento oncológico activo, decidiéndose manejo paliativo con control sintomático y medidas de confort.

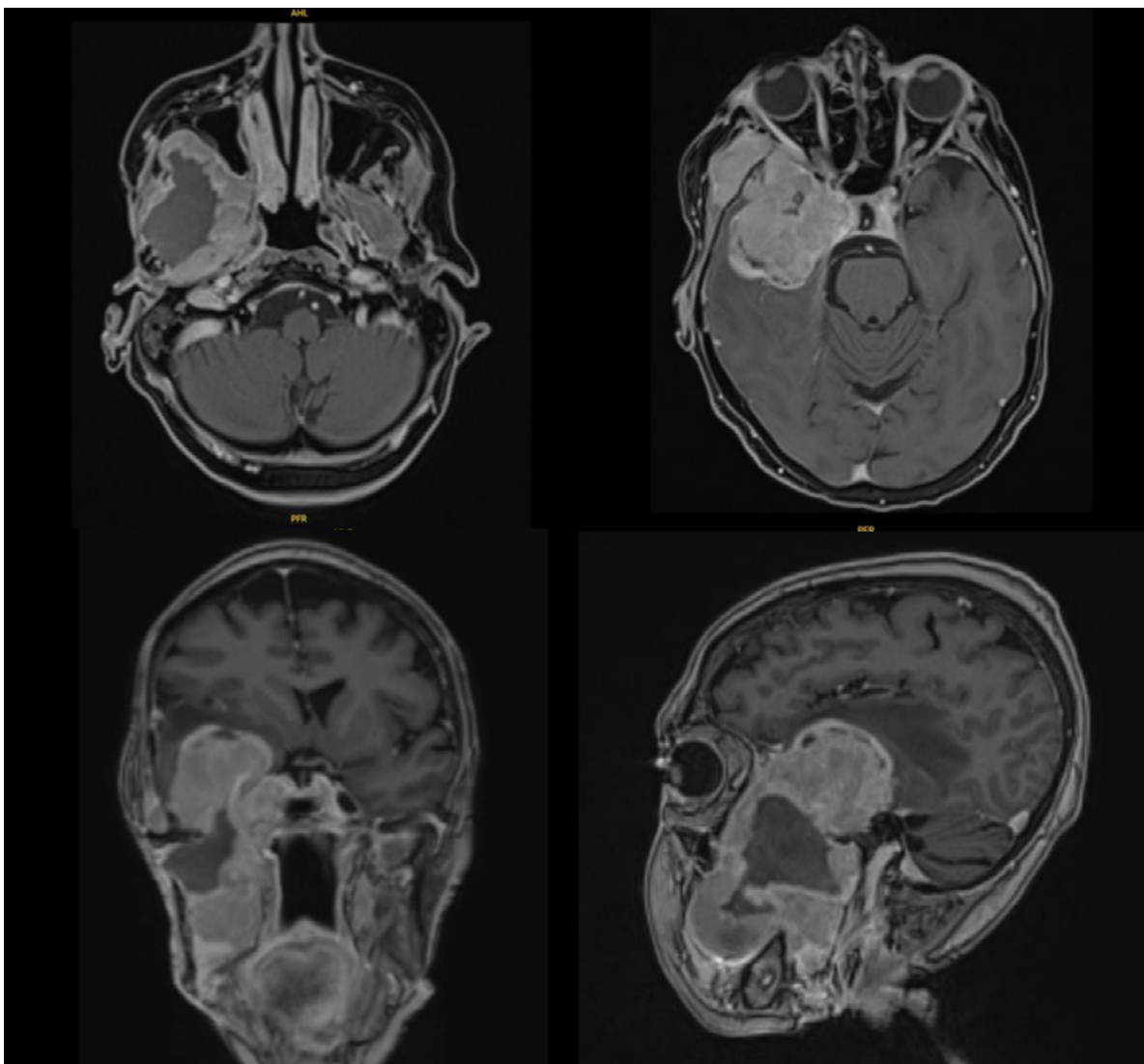


Figura 2. Resonancia magnética maxilofacial, secuencia T1, corte axial (A,B), coronal (C) y sagital (D).

DISCUSIÓN

Desde el punto de vista histopatológico, la clasificación de la OMS reconoce cinco subtipos de liposarcoma: bien diferenciado, dediferenciado, mixoide, de células redondas y pleomórfico. Estos subtipos difieren en su biología, agresividad y pronóstico. El liposarcoma bien diferenciado es el más frecuente y suele presentar crecimiento lento y bajo potencial metastásico. En contraste, los subtipos dediferenciado y pleomórfico se asocian a un comportamiento más agresivo y mayor riesgo de recurrencia y metástasis (1,2).

El diagnóstico se basa en la correlación clínica, radiológica e histológica. Clínicamente, se presenta como una masa parotídea sin rasgos distintivos. La resonancia magnética es la prueba de elección y suele mostrar una lesión de predominio graso con alta intensidad en T1 y pérdida de señal en secuencias con supresión grasa. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante estudio anatomopatológico, en el que se observan lipoblastos y adipocitos atípicos, con inmunohistoquímica positiva para vimentina y S-100 y negativa para citoqueratinas (CK, CK7), EMA y HMB45 (1,2,3,9).

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa con márgenes libres para minimizar el riesgo de enfermedad microscópica residual. La radioterapia adyuvante se indica en tumores de alto grado, márgenes positivos, enfermedad localmente avanzada o recurrencia. El beneficio de la quimioterapia en el liposarcoma no está claramente establecido, aunque podría considerarse en casos de tumores inoperables o con enfermedad metastásica (1,2,5,6).

Los principales factores pronósticos son el subtipo histológico, el tamaño tumoral, la localización anatómica y el estadio al diagnóstico. En la literatura médica, la supervivencia global a cinco años del liposarcoma se sitúa aproximadamente entre el 20 % y el 50 %, con una mayor tasa de recurrencia en los subtipos mixoide y pleomórfico (hasta un 80 %) (1,5). En las series publicadas de liposarcoma parotídeo, la recurrencia local se ha descrito solo en dos casos, ambos de subtipo pleomórfico (2,4).

CONCLUSIÓN

Nuestro caso aporta evidencia relevante sobre el comportamiento clínico y pronóstico de esta entidad, mostrando una recidiva local precoz excepcionalmente agresiva, con evolución más destructiva que la descrita en series previas. Esto refuerza la importancia de un diagnóstico precoz, una resección quirúrgica amplia y un seguimiento estrecho.

REFERENCIAS

- Mezri S, Zitouni C, Thabet W, et al. Myxoid Liposarcoma of the Parotid Gland. *Ear Nose Throat J*. Published online February 29, 2024. doi:10.1177/01455613241235499
- Košec A, Zurak K, Čupić H, Bedeković V. Primary parotid liposarcoma. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2019;136(5):405-408. doi:10.1016/j.anorl.2018.01.013
- HongYT, YangY, LeeH. A case report of primary myxoid liposarcoma mimicking as a parotid cystic lesion. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Jan 14;101(2):e28473. doi: 10.1097/MD.00000000000028473. PMID: 35029195; PMCID: PMC8757944.
- Jones JK, Baker HW. Liposarcoma of the parotid gland: report of a case. *Arch Otolaryngol*. 1980;106(8):497-499. doi:10.1001/archotol.1980.00790320049012
- Chandan VS, Fung EK, Woods CI, de la Roza G. Primary pleomorphic liposarcoma of the parotid gland: a case report and review of the literature. *Am J Otolaryngol*. 2004;25(6):432-437. doi:10.1016/j.amjoto.2004.06.003
- Cheng J, Yu H, Wang L, Wang X, Shen G. Primary oral and maxillofacial liposarcoma: a clinicopathological and immunohistochemical study of eleven cases. *Arch Med Sci*. 2012;8(2):316-323. doi:10.5114/aoms.2012.28560
- Fanburg-Smith JC, Furlong MA, Childers EL. Liposarcoma of the oral and salivary gland region: a clinicopathologic study of 18 cases with emphasis on specific sites, morphologic subtypes, and clinical outcome. *Mod Pathol*. 2002;15(10):1020-1031. doi:10.1097/01.MP.0000027625.79334.F5
- Korentager R, Noyek AM, Chapnik JS, Steinhardt M, Luk SC, Cooter N. Lipoma and liposarcoma of the parotid gland: high-resolution preoperative imaging diagnosis. *Laryngoscope*. 1988;98(9):967-971. doi:10.1288/00005537-198809000-00011
- Mahmood U, Nguyen JD, Chang J, Gu M, Wong BJ. Atypical lipomatous tumor/well-differentiated liposarcoma of the parotid gland: case report and literature review. *Ear Nose Throat J*. 2009;88(10):E10-E16.

TUMOR DE MASSON EN VALLÉCULA EN PACIENTE ONCOLÓGICO: RESECCIÓN CON TOUSS

ANA MARÍA DOMÍNGUEZ CARRAL, RUXANDRA DINU PISTOLEA, BLANCA ESPINOSA ARNAU, MIGUEL MARTÍNEZ MORENO, MARÍA JOSÉ FERRER RAMÍREZ, CELIA LÓPEZ MOLLÁ.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia endotelial papilar intravascular (IPEH) también conocida como hemangioendotelioma vegetante intravascular o pseudoangiosarcoma de Masson, es una lesión vascular benigna inusual, que consiste en una rara proliferación endotelial reactiva, comúnmente localizada en la piel y en los tejidos subcutáneos. Su relevancia radica en que puede imitar lesiones malignas por su clínica, aspecto endoscópico y tendencia al sangrado, especialmente en pacientes oncológicos previamente irradiados. Aunque suele localizarse en las extremidades, en cabeza y cuello suele presentarse en la cavidad oral y labios, sin embargo, su aparición en la laringe es extremadamente rara, con muy pocos casos reportados en la literatura médica mundial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso clínico de un varón de 69 años con antecedentes de carcinoma epidermoide de orofaringe G2 cT3N0M0 tratado con quimiorradioterapia concomitante (09/2020 – 10/2020) y adenocarcinoma de tercio inferior esofágico cT4N2M0, tratado con quimioterapia de inducción seguido de cirugía y quimioterapia adyuvante (10/2024 – 05/2025). Actualmente en seguimiento y libre de enfermedad.

En 10/2025 consulta por odinofagia, tos y hemoptisis autolimitada y recurrente, de un mes de evolución. Se realiza exploración ORL completa y en la nasofibrolaringoscopia se objetiva una neoformación redondeada de superficie irregular con zonas negruzcas, friable, localizada a nivel de vallécula en contacto con la cara lingual de epiglotis.

Solicitamos una TC cervical con contraste que se informa de lesión de morfología ovalada de aproximadamente 14 x 9 x 14 mm que contacta con la cara lingual de la epiglotis a nivel de la línea media, predominantemente hipodensa, con focos hiperdensos internos que podrían corresponder a estructuras vasculares o calcificaciones, sin otros realces mucosos ni adenopatías cervicales. La biopsia realizada en consultas no es diagnóstica por tratarse de tejido exclusivamente necrótico.

RESULTADOS

En el contexto de un paciente oncológico, se decide realizar una exéresis de la lesión completa y con márgenes a través de un abordaje transoral. Identificamos la lesión con base de implantación a nivel de la cara lingual de la epiglotis.

Utilizamos un endoscopio para mejor visualización y bisturí ultrasónico para cortar y coagular el tejido con precisión (TOUSS).

El estudio histológico de la pieza informa de trombo de fibrina recanalizado con hiperplasia endotelial papilar intravascular (fenómeno de Masson/IPEH).

DISCUSIÓN

La hiperplasia endotelial papilar intravascular fue descrita por primera vez por Pierre Masson en 1923, esta entidad se caracteriza por una proliferación reactiva de células endoteliales con formación de papilas, generalmente asociada a un trombo. Aunque su causa exacta es desconocida, se asocia a una proliferación endotelial exuberante tras una estasis sanguínea o inflamación perivascular. Puede aparecer como una forma pura desarrollada en espacios vasculares dilatados o puede asociarse a otras lesiones preexistentes como hemangiomas o malformaciones vasculares.

El reconocimiento de los hallazgos morfológicos de esta lesión es relevante para poder hacer un buen diagnóstico diferencial frente a tumores vasculares como el angiosarcoma, evitando tratamientos agresivos innecesarios.

Las características histopatológicas de la IPEH incluyen: proliferación confinada al lumen vascular, ausencia de necrosis, pleomorfismo celular o mitosis atípicas y presencia de estructuras papilares intimamente asociadas a material trombótico.

El uso de inmunohistoquímica es de gran utilidad, mostrando positividad para marcadores endoteliales como CD31, CD34 y Factor VIII.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa.

FIGURAS



Figura 1. Hallazgos endoscópicos y radiológicos de la lesión valléculo-epiglótica: nasofibrolaringoscopia y TC cervical con contraste.

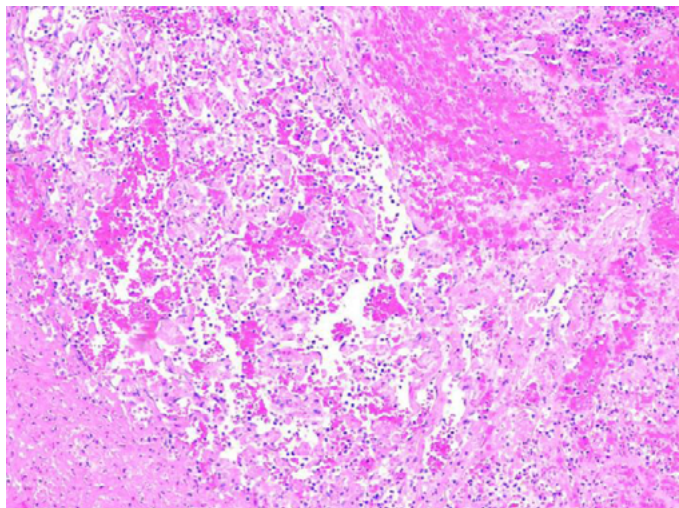


Figura 2. Histopatología de fenómeno de Masson: trombo de fibrina recanalizado con proliferación endotelial papilar intravascular.

CONCLUSIÓN

El Tumor de Masson localizado en la laringe es una entidad clínica excepcional. La identificación correcta de esta lesión es fundamental para prevenir diagnósticos erróneos de malignidad y evitar procedimientos quirúrgicos agresivos. Cuando se logra una resección completa, el pronóstico es excelente y el riesgo de recurrencia es mínimo.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Shim HK, Kim MR. *Intravascular papillary endothelial hyperplasia of the vocal cord: a case report and review of the literature*. Am J Case Rep. 2019;20:1664–1668.
- ² Tedla M, Bežová M, Biró C, et al. *Intravascular papillary endothelial hyperplasia of larynx: case report and literature review of all head and neck cases*. Otolaryngol Pol. 2014;68(4):200–203.
- ³ Fernández García-Guilarte R, Enríquez de Salamanca Celada J, Comenero I. *Hiperplasia papilar endotelial intravascular (Tumor de Masson)*. Cir. plást. iberolatinoam. 2009;35(2):155–158.
- ⁴ Kuo T, Sayers CP, Rosai J. *Masson's vegetant intravascular hemangioendothelioma: a lesion often mistaken for angiosarcoma. Study of seventeen cases located in the skin and soft tissues*. Cancer. 1976;38(3):1227–1236.
- ⁵ Fernández-Fernández MM, Montes-Jovellar L, Parente Arias PL, et al. *TransOral endoscopic UltraSonic Surgery (TOUSS): a preliminary report of a novel robotless alternative to TORS*. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2015;272(12):3785–91.
- ⁶ Sakthivel P, Thakar A, Fernández-Fernández MM, et al. *TransOral UltraSonic surgery (TOUSS) for oral cavity, oropharyngeal and supraglottic malignancy: A prospective study of feasibility, safety, margins, functional and survival outcomes*. Oral Oncology. 2022;124:105643.
- ⁷ Tirelli G, Gardenal N, Gatto A, et al. *Is there a role for ultrasonic surgery in transoral laryngeal cancer resections?* Expert Review of Medical Devices. 2019;16(4):285–295.
- ⁸ Sumarroca Trouboul A, Costa González JM, García-Cabo Herrero P, Valero Mayor C. *Bases genéticas del cáncer de cabeza y cuello*. Actualización SEORL CCC. 2026.

CUANDO NO TODA MASA ROJIZA RETROTIMPÁNICA ES PARAGANGLIOMA; SARCOMA DE EWING EN OÍDO MEDIO

DIAZ BELLIDO LAURA (1), RODRÍGUEZ PRADO CRISTINA (2), CAMPOS CATALÁ AGUSTÍN (3), GIMENO CORET MAR (3), MOMPÓ MARTÍNEZ CARLA (3), ZAPATER LATORRE ENRIQUE (3)

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA, (2) Hospital General Universitario de Valencia, (3) Hospital General Universitario de Valencia

TIPO DE COMUNICACIÓN:

Resumen premio caso clínico

PALABRAS CLAVE:

Sarcoma de Ewing, oído medio.

INTRODUCCIÓN

El sarcoma de Ewing (SE) es un tumor maligno neuroectodérmico poco frecuente en el área de cabeza y cuello (1-6%), siendo todavía menos prevalente a nivel del hueso temporal (1). Se relaciona a alteraciones genéticas específicas, como la translocación t(11;22)(q24;q12) que apoya el diagnóstico definitivo basado en el estudio histopatológico, el cual en ocasiones puede ser difícil de establecer (2). El tratamiento de estas lesiones es complejo y suele requerir combinación de cirugía y quimioterapia y radioterapia (3).

CASO CLÍNICO

Varón de 34 años derivado por sospecha de paraganglioma en oído derecho con clínica de otalgia intensa, hipoacusia y acúfeno pulsátil. En otoscopia se objetiva masa violácea, no pulsátil retrotimpánica sin parálisis facial ni otra clínica otológica. En audiometría presentaba hipoacusia de transmisión moderada en oído derecho. Las pruebas de imagen (TC y RMN) apoyaban el diagnóstico de paraganglioma. Por lo que el paciente fue intervenido realizándose una mastoidectomía y exéresis de la lesión. La biopsia intraoperatoria fue inespecífica y la definitiva posterior confirmaba paraganglioma con degeneración extensa.

Tras la primera cirugía el paciente tuvo una evolución tórpida (supuración continua, mala cicatrización y dolor importante que requirió ingreso para tratamiento endovenoso). Esta mala evolución junto con la aparición de paresia mentoniana llamó la atención al equipo quirúrgico, y se estableció la necesidad de revisión quirúrgica. En la segunda intervención se objetivó una masa violácea que se extendía ampliamente a mastoides por lo que se llevó a cabo una mastoidectomía

radical con meatoplastia y timpanoplastia tipo III. El diagnóstico definitivo obtenido fue de sarcoma de Ewing por lo que se presentó en el comité multidisciplinar y cuello donde se derivó a la unidad de sarcomas para tratamiento adyuvante.

CONCLUSIÓN

El SE del oído medio es una entidad excepcional y potencialmente confundible con paraganglioma. La otalgia intensa y desproporcionada junto con la rápida evolución y los hallazgos intraoperatorios atípicos deben alertar sobre posibles diagnósticos alternativos (4). El diagnóstico definitivo requiere confirmación anatomopatológica con apoyo inmunohistoquímico y molecular. El abordaje terapéutico debe ser multimodal e individualizado, requiriendo combinación de cirugía, quimioterapia y radioterapia (5).

REFERENCIAS

- 1 Ağın A, Baytaroglu A, Koc I, Taylan Sekeroglu H. An Unusual Initial Presentation of Temporal Bone Ewing's Sarcoma: Cranial Nerve Palsy. *Turk Arch Pediatr*. 1 de noviembre de 2024;59(6):599-602.
- 2 Vishnoi JR, Kumar V, Srivastava K, Misra S. Primary Ewing's sarcoma of the temporal bone: a rare entity and review of the literature. *BMJ Case Rep*. 23 de octubre de 2019;12(10):e230768.
- 3 Rehman R, Osto M, Parry N, Awada N, Agemy J, Arianpour K, et al. Ewing Sarcoma of the Craniofacial Bones: A Qualitative Systematic Review. *Otolaryngol Neck Surg*. 2022;166(4):608-14.
- 4 Goudarzipour K, Shamsian S, Alavi S, Nourbakhsh K, Aghakhani R, Eydian Z, et al. Primary Ewing's Sarcoma of the temporal bone in an infant. *Int J Hematol-Oncol Stem Cell Res*. 1 de abril de 2015;9(2):104-6
- 5 Kadar AA, Hearst MJ, Collins MH, Mangano FT, Samy RN. Ewing's Sarcoma of the Petrous Temporal Bone: Case Report and Literature Review. *Skull Base*. mayo de 2010;20(3):213-7.

EXTRAVASACIÓN DE PROPOFOL POR UN CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA SIMULANDO UNA FÍSTULA QUILOSA DURANTE UN VACIAMIENTO CERVICAL

PREMIO CASO CLÍNICO

VALENZUELA GRAS, M; MARTÍN JARAMAGO, J; BAVIERA GRANELL, N; RODRÍGUEZ IGLESIAS, M.
Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 63 años con diagnóstico de carcinoma epidermoide de laringe cT4aN0M0 programado para laringectomía total y vaciamiento ganglionar cervical bilateral. Tras la inducción anestésica, se insertó un catéter venoso central de inserción periférica (PICC, por sus siglas en inglés Peripherally Inserted Central Catheter) para la administración de medicación intravenosa. El mantenimiento anestésico se realizó con perfusión continua de propofol endovenoso. Durante la disección del nivel IV izquierdo, el equipo quirúrgico observó la salida de un líquido de aspecto lechoso en el campo, adyacente a la vena yugular interna (VYI). Dada la localización anatómica, la principal sospecha diagnóstica fue una lesión iatrogénica del conducto torácico.

En consecuencia, se realizaron múltiples intentos para controlar el débito, incluyendo intentos de ligadura selectiva en la zona de la supuesta fuga y una sutura en bolsa de tabaco a nivel del confluente yugulo-subclavio. A pesar de estas maniobras, la salida del material lechoso persistió sin cambios. Además, durante la manipulación, se apreció que la propia pared de la VYI presentaba una anómala coloración blanquecina (figura 1). La comunicación con el anestesiólogo fue fundamental para modificar la sospecha diagnóstica y plantear la posibilidad de posición anómala de la punta del catéter PICC hacia la VYI con salida de emulsión lipídica de propofol.

Se procedió entonces a la retirada parcial del catéter unos centímetros por el anestesiólogo, sin que esta maniobra produjera disminución del débito en el campo quirúrgico ni cambios visibles en la coloración de la vena. La manipulación continuada de la VYI resultó en una lesión vascular que obligó a su ligadura para lograr una hemostasia eficiente.

Tras la ligadura y sección completa de la VYI, se confirmó que la punta del catéter PICC se encontraba dentro del vaso, habiéndose seccionado con la maniobra (figura 2). Se identificaron ambos cabos del catéter, uno en el extremo craneal y otro en el caudal de la vena. Se procedió a la retirada completa de ambos fragmentos y a una nueva ligadura de los muñones venosos, resolviéndose el incidente sin mayores consecuencias.

El diagnóstico final fue la fuga de propofol por un catéter PICC cuya punta estaba situada en la VVI ipsilateral, cuyo hallazgo intraoperatorio simuló de manera exacta una fístula quilosa.

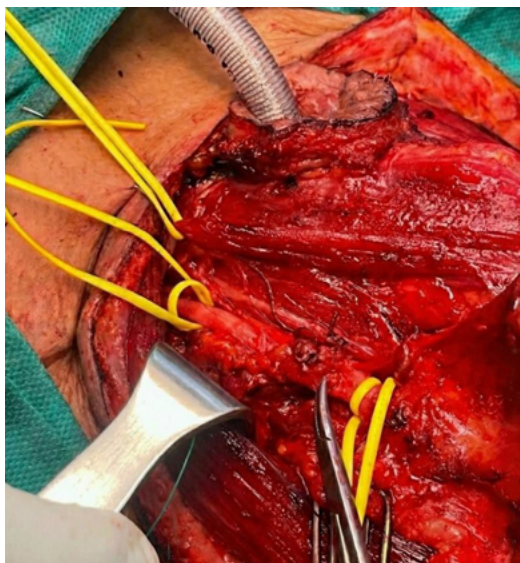


FIGURA 1. Coloración blanquecina de la pared de la VVI.

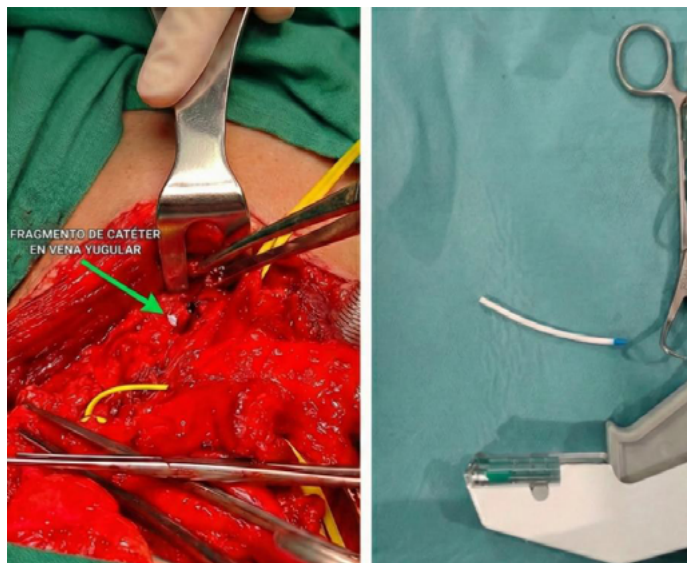


FIGURA 2. Fragmento del catéter PICC seccionado en extremo caudal de la VVI, con la ligadura de la vena inferiormente.

DISCUSIÓN:

El uso de PICC se ha generalizado en la práctica clínica, especialmente en pacientes oncológicos. Sus ventajas, como la facilidad de inserción y un menor riesgo de complicaciones mecánicas graves durante la colocación en comparación con los catéteres venosos centrales tradicionales, han impulsado su popularidad en el periodo intraoperatorio (1), (2), (3), (4).

Sin embargo, la evidencia sugiere que la tasa global de complicaciones asociadas a PICC es considerable, con incidencias reportadas que oscilan entre el 14,4% y el 48,1% (2). Entre sus complicaciones más se encuentran los fallos mecánicos (1), (3).

Dentro de estos, la malposición de la punta del catéter es una complicación conocida, con una incidencia de hasta el 34,2%. La VVI es la localización anómala más frecuente, ocurriendo el 30% de todas las malposiciones de la punta del PICC en la VVI ipsilateral (5). Los factores que aumentan este riesgo son: colocación desde el brazo izquierdo, falta de guía (ultrasonografía), técnica a pie de cama sin comprobación posterior, experiencia del operador y variaciones anatómicas del paciente (6).

En nuestro caso, la inserción del catéter desde el brazo izquierdo y la técnica a pie de cama sin comprobación posterior, como suele realizarse en quirófano tras la inducción anestésica, pudieron ser factores predisponentes en la malposición del catéter. Por otra parte, el mantenimiento de la anestesia general con perfusión de propofol endovenosa en vez de con sevoflurano inhalatorio, contribuyó a los hallazgos intraoperatorios.

El aspecto más singular de este caso es la simulación de una fístula quilosa intraoperatoria. Durante un vaciamiento cervical, especialmente en la disección del nivel IV izquierdo, la aparición súbita de un líquido de aspecto lechoso es un signo casi patognomónico de lesión del conducto torácico. Esta es una de las complicaciones más temidas en la cirugía de cabeza y cuello, y su manejo inmediato es crucial para prevenir la severa morbilidad metabólica e inmunológica postoperatoria (7). En nuestro paciente, la colocación de la punta del catéter en la VVI y la infusión de propofol endovenosa, creó un escenario que mimetizaba a la perfección una fuga de quilo, llevando al equipo quirúrgico a realizar, correcta pero infructuosamente, las maniobras de hemostasia y sutura habituales para su control.

Este caso clínico subraya varios puntos críticos. Primero, resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha para complicaciones relacionadas con dispositivos intravasculares, incluso cuando la presentación clínica parece clásica de otra patología. Y segundo, pone de manifiesto la necesidad de una comunicación fluida y constante entre el equipo quirúrgico y el de anestesiología. Una vez que se sospechó la implicación del PICC, la comunicación y la multidisciplinariedad fueron fundamentales para el manejo del incidente.

En conclusión, aunque los PICC son dispositivos valiosos en el manejo del paciente oncológico, es imperativo que todo el personal clínico sea consciente de sus complicaciones y la posible interacción con la cirugía de cuello. La migración del catéter hacia la VVI o su malposición son un riesgo frecuente y la infusión endovenosa de propofol puede presentarse como un confuso imitador de una fístula quilosa, llevando a un desafío diagnóstico y terapéutico intraoperatorio. Este caso refuerza tener en cuenta esta posible complicación y la necesidad de una comunicación efectiva y trabajo en equipo con Anestesiología para diagnosticar y tratar eventos adversos inesperados intraoperatorios.

BIBLIOGRAFIA

- 1** Duwadi S, Zhao Q, Budal BS. Peripherally inserted central catheters in critically ill patients - complications and its prevention: A review. *Int J Nurs Sci.* 10 de enero de 2019;6(1):99-105.
- 2** Liu R, Xu H, Pu L, Xie X, Chen H, Wu Z, et al. Clinical characteristics of peripherally inserted central catheter-related complications in cancer patients undergoing chemotherapy: a prospective and observational study. *BMC Cancer.* 22 de septiembre de 2023;23(1):894.
- 3** Kalma B, van Zundert A. Perils of the PICC: Peripherally Inserted Central Catheter-Associated Complications and Recommendations for Prevention in Clinical Practice-A Narrative Review. *Healthc Basel Switz.* 14 de agosto de 2025;13(16):1993.
- 4** Magos T, Massa G, Burdett E, Al Khalfan A, Thaj J, Al Yaghchi C, et al. Enhanced recovery after laryngectomy: A feasibility study in 25 patients. *J Perioper Pract.* diciembre de 2022;32(12):338-45.
- 5** Song L, Li X, Guo Y, Ye M, Ma Y, Guo M, et al. Malposition of peripherally inserted central catheter: experience from 3012 cancer patients. *Int J Nurs Pract.* agosto de 2014;20(4):446-9.
- 6** Huang L, Chen Y, Li Q, Luo J, Long F, Wang G. Comparison of Catheter Malposition Incidence in Peripherally Inserted Central Catheters Between Left and Right Upper Limbs: A Cross-Sectional Study. *Health Sci Rep.* agosto de 2025;8(8):e71172.
- 7** Delaney SW, Shi H, Shokrani A, Sinha UK. Management of Chyle Leak after Head and Neck Surgery: Review of Current Treatment Strategies. *Int J Otolaryngol.* 2017;2017:8362874.

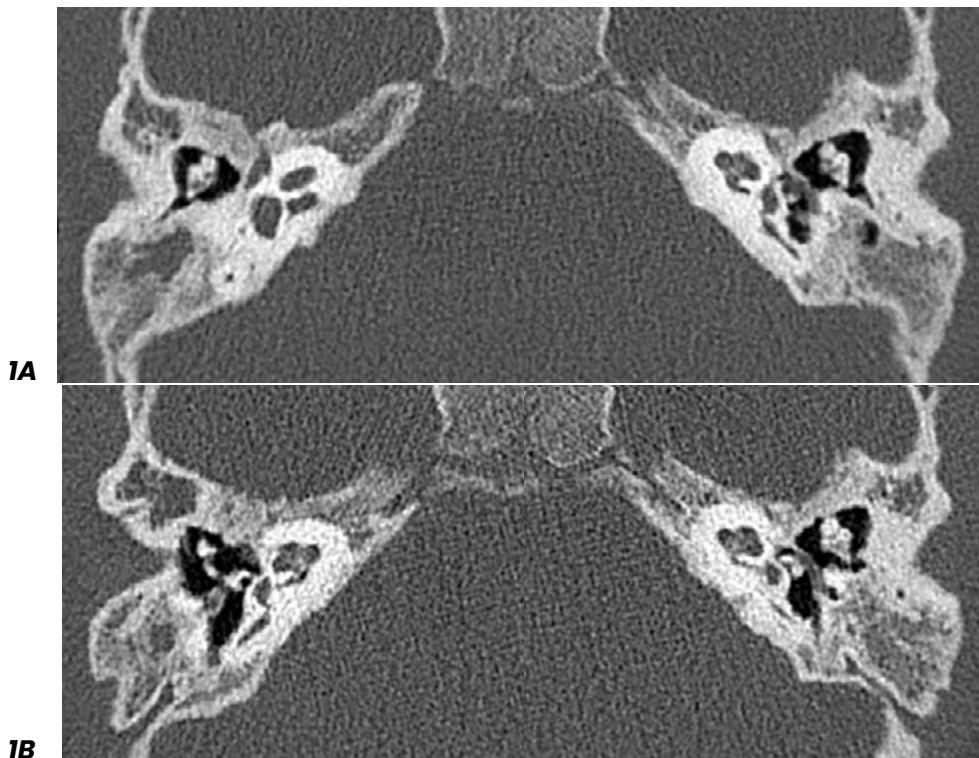


UNA FOTO - UN CASO

MALFORMACIONES OTOLÓGICAS EN EL SÍNDROME OTOPALATODIGITAL TIPO 1

ALEXANDRA CORTÉS-ARCINIEGAS (1), INÉS TORTAJADA-TORRALBA (1), SANTIAGO ALMANZO (1, 2), SAÚL ASTRAY-GÓMEZ (1), JAVIER MÁS-SABATER (1), GERMÁN MARTÍN-VIGUER (1), MARÍA ESCOSURA-FERNÁNDEZ, ABEL GUZMÁN-CALVETE, LAURA CAVALLÉ-GARRIDO, CARLOS DE PAULA-VERNETTA (1, 2)

(1) Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Universitari i Politècnic La Fe (2) Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia



El síndrome otopalatodigital tipo 1 (SOPDI) es una displasia ósea rara ligada al cromosoma X, causada por mutaciones en el gen FLNA (filamina A). Se caracteriza por anomalías craneofaciales, otológicas y esqueléticas, con gran variabilidad fenotípica. La hipoacusia es principalmente conductiva, debido a displasias de la cadena osicular y malformaciones del oído externo.

Presentamos el caso de una niña de 5 años diagnosticada de SOPDI, portadora de una mutación missense en el gen FLNA (c.760G>A;p.Glu254Lys). Consultó por hipoacusia bilateral persistente, sin mejoría tras la colocación de drenajes transtimpánicos. En la exploración física destacaban rasgos faciales dismórficos y malformaciones digitales. La otomicroscopía no mostró hallazgos patológicos. La audiometría tonal liminar evidenció una hipoacusia de transmisión leve-moderada, bilateral y simétrica, con un umbral tonal medio de 40 dB. La tomografía computarizada de peñasco reveló, de forma bilateral y simétrica, hipoplasia de las cajas timpánicas y focos de desmineralización del martillo y el yunque (Fig. 1A), asociados a un marcado engrosamiento y esclerosis del estribo y de sus cruras (Fig. 1B), con obliteración de ambas ventanas ovales. La prueba con diadema de conducción ósea confirmó un beneficio auditivo, por lo que se realizó una implantación bilateral simultánea de implantes de conducción ósea (Sentio®), obteniéndose una ganancia auditiva media de 10 dB.

Este caso destaca hallazgos radiológicos escasamente documentados que amplían el espectro de las alteraciones otológicas en el SOPDI y constituye el primer caso reportado de rehabilitación auditiva mediante implante de conducción ósea en esta entidad, aportando evidencia clínica relevante para su manejo.

USO DE MATRICES DÉRMICAS SINTÉTICAS EN LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS CUTÁNEOS COMPLEJOS

CECILIA REINOSA CALDERÓN, MARÍA ANTÓN ALMERO, EVES PRISCILA REYES PUYOLS, ANDRÉS LUCAS WIDMER, JAIME MARCO ALGARRA.

En la imagen se presenta un paciente de 59 años con melanoma cutáneo invasor fusocelular pT4b pN1b N0 BRAF wt en vértex, estadio IIIC, tratado mediante exéresis amplia con márgenes oncológicos que incluyó piel, planos musculares y periostio, originando un defecto complejo con exposición ósea (1). La ausencia de periostio impedía la colocación directa de un injerto cutáneo, y la localización del defecto limitaba el uso de colgajos regionales. Asimismo, el estado general del paciente desaconsejaba procedimientos reconstructivos microvasculares.

Ante un defecto no injertable y con contraindicación para técnicas reconstructivas complejas, se optó por una estrategia reconstructiva en dos tiempos mediante una matriz dérmica bicapa, sintética y biodegradable (2). Esta decisión permitió evitar una cirugía más agresiva, ofreciendo una alternativa segura, reproducible y adaptada a un paciente frágil. La matriz actuó como sustituto dérmico temporal, protegiendo el hueso expuesto y favoreciendo la neovascularización progresiva, transformando un lecho inicialmente no viable en una superficie apta para cobertura definitiva.

Tras seis semanas, al retirar la capa superficial de la matriz, se observó la formación de tejido bien vascularizado cubriendo el hueso (3), lo que permitió la realización de un injerto cutáneo de espesor parcial con adecuada integración. El resultado final fue una cobertura estable y funcional, comparable a la obtenida mediante un colgajo fasciocutáneo vascularizado, evitando la morbilidad asociada a técnicas reconstructivas más complejas (4).

En pacientes seleccionados, las matrices dérmicas sintéticas permiten convertir defectos no injertables en reconstrucciones estables, seguras y reproducibles, ampliando el arsenal reconstructivo en cirugía oncológica cutánea.

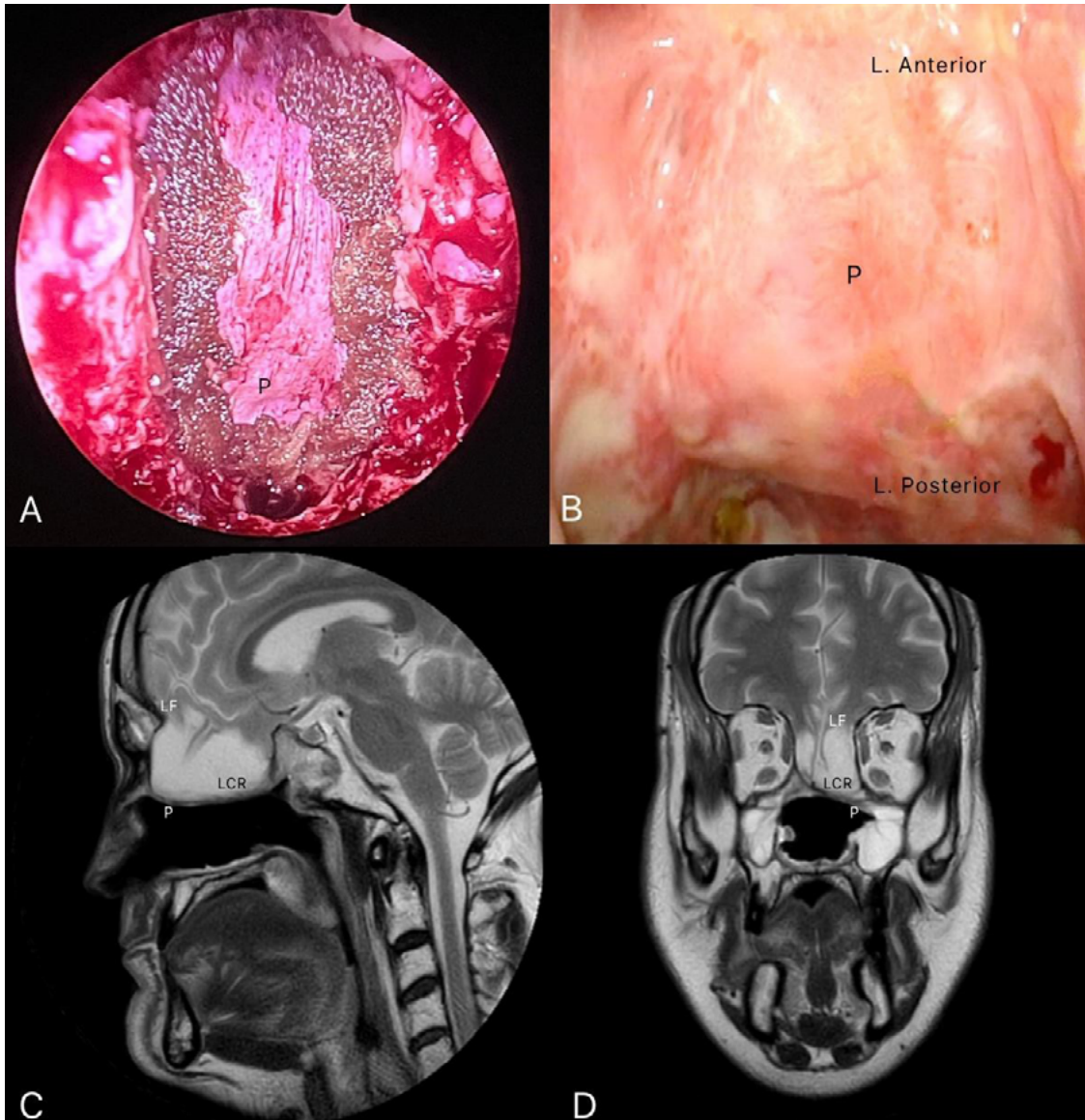


HERNIACIÓN ENCEFÁLICA TRAS RESECCIÓN CRANEOFACIAL ENDOSCÓPICA POR ESTESIONEUROBLASTOMA: UNA COMPLICACIÓN ASOCIADA A AOS Y OBESIDAD

RODRÍGUEZ-PRADO, CRISTINA; GARCÍA-LLIBERÓS, AINHOA; SÁNCHEZ-PARDO, MOISÉS; GARCÍA-NAVALÓN, CARMEN; GÓMEZ-GÓMEZ, MARÍA JOSÉ; DÍAZ-BELLIDO, LAURA; GIMENO-CORET, MAR; MOMPÓ, CARLA; ZAPATER LATORRE, ENRIQUE.

PALABRAS CLAVE:

Estesioneuroblastoma olfatorio; Resección craneofacial endoscópica; Reconstrucción multicapa; Base de cráneo anterior; Herniación encefálica postquirúrgica.



El estesioneuroblastoma es una neoplasia nasosinusal maligna infrecuente derivada del epitelio olfatorio, de crecimiento localmente agresivo y tendencia a la invasión de la base de cráneo anterior (BCA). La resección craneofacial endoscópica (RCE) se ha consolidado como una alternativa eficaz a la cirugía abierta tradicional, permitiendo resecciones completas menos invasivas. No obstante, la reconstrucción del defecto continúa siendo desafiante, especialmente en pacientes con factores predisponentes a hipertensión intracraneal, como la obesidad o la apnea obstructiva del sueño (AOS), que aumentan el riesgo de herniación cerebral.

Se presenta el caso de un hombre de 47 años intervenido mediante RCE por estesioneuroblastoma, con reconstrucción multicapa de la BCA. En la imagen superior izquierda (A), se observa el cierre del defecto tras completar la resección mediante abordaje transcribiforme, utilizando dos capas de fascia lata y colgajo de pericráneo (P) onlay, sellado con

celulosa oxidada. La imagen superior derecha (B) muestra la endoscopia a los siete meses con adecuada integración de la reconstrucción (P), sin signos de fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR).

Las imágenes de resonancia magnética sagital (C) y coronal (D) en T2 evidencian una herniación encefálica postquirúrgica, con herniación delimitada de LCR y leve inclusión de parénquima frontal (LF), todo ello contenido por la reconstrucción. Este hallazgo, más frecuente en pacientes con AOS y obesidad tras RCE, se relaciona con el aumento crónico de la presión intracraneal. El caso demuestra la eficacia mecánica, estabilidad y seguridad del cierre multicapa en la resección de tumores de base de cráneo anterior incluso en pacientes de alto riesgo.

REFERENCIAS

- 1 Battaglia P, Turri-Zanoni M, Castelnuovo P, Prevedello DM, Carrau RL. Brain Herniation After Endoscopic Transnasal Resection of Anterior Skull Base Malignancies. *Neurosurgery*. 2015;11 Suppl 3:457-462. doi:10.1227/NEU.0000000000000859
- 2 Lopez F, Agaimy A, Franchi A, et al. Update on olfactory neuroblastoma. *Virchows Arch*. 2024;484(4):567-585. doi:10.1007/s00428-024-03758-z

SILICONOMAS CERVICALES: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ADENOPATÍAS SUPRACLAVICULARES

SERRANO MARTÍN E, GALLO ALLER J, FERRERO COLOMA S, SANCHO MESTRE M

Hospital General Universitario Dr Balmis de Alicante

Paciente de 63 años que consulta por tumoraciones laterocervicales bilaterales de varios meses de evolución. Como antecedente personal relevante, es portadora de prótesis mamarias Poly Implant Prothèse (PIP).

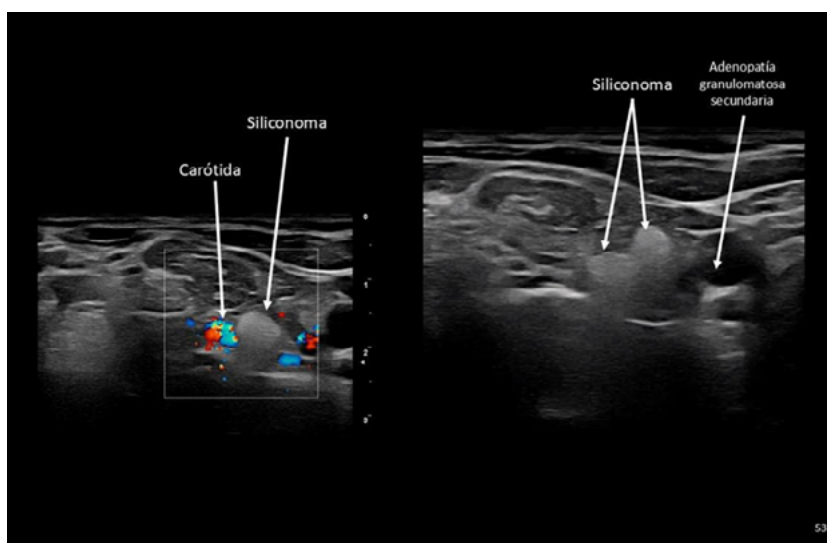
En la exploración física cervical se palpan de forma bilateral múltiples nodulaciones laterocervicales y supraclaviculares, de consistencia firme, no dolorosas y sin signos inflamatorios cutáneos asociados.

La ecografía cervical muestra lesiones mal definidas, de ecogenicidad heterogénea, con patrón ecográfico en "tormenta de nieve", presencia de múltiples ecos internos y marcada atenuación acústica posterior, con distorsión del hilio ecogénico y ausencia de vascularización intralesional en el estudio Doppler color.

Ante estos hallazgos, y considerando los antecedentes de la paciente, resulta fundamental el diagnóstico diferencial entre adenopatías siliconóticas, secundarias a migración de silicona procedente de las prótesis mamarias, y otros procesos oncológicos como adenopatías metastásicas o linfomas.

Las prótesis PIP se asociaron a una alta tasa de rotura, así como a migración de silicona incluso sin rotura franca, favoreciendo la extravasación del material y la aparición de reacciones granulomatosas crónicas (siliconomas) y adenopatías siliconóticas, habitualmente duras e indoloras.

La actitud recomendada es conservadora, con seguimiento clínico y ecográfico, evitando intervenciones quirúrgicas debido a la ausencia de planos de resección definidos y al riesgo de exacerbar la reacción inflamatoria. Las prótesis PIP, que contenían silicona industrial no autorizada, fueron retiradas del mercado entre 2010 y 2011.



Imágenes 1 y 2. Múltiples siliconomas en área supraclavicular bilateral

RECIDIVA TUMORAL SOBRE COLGAJO PECTORAL: UN RESCATE PELIAGUDO

MAS JAVIER (1), ASTRAY SAÚL (1), ALMANZO SANTIAGO (2), MARTÍN GERMÁN (1), TORTAJADA INES (1), CORTÉS ALEXANDRA (1), AGUDO MARÍA (3), LÓPEZ NACHO (1), COLLADO DIEGO (1), PEROLADA JOSE MARÍA (1)
 (1) HUIP La Fe, (2) La Fe, (3) HUIP La Fe

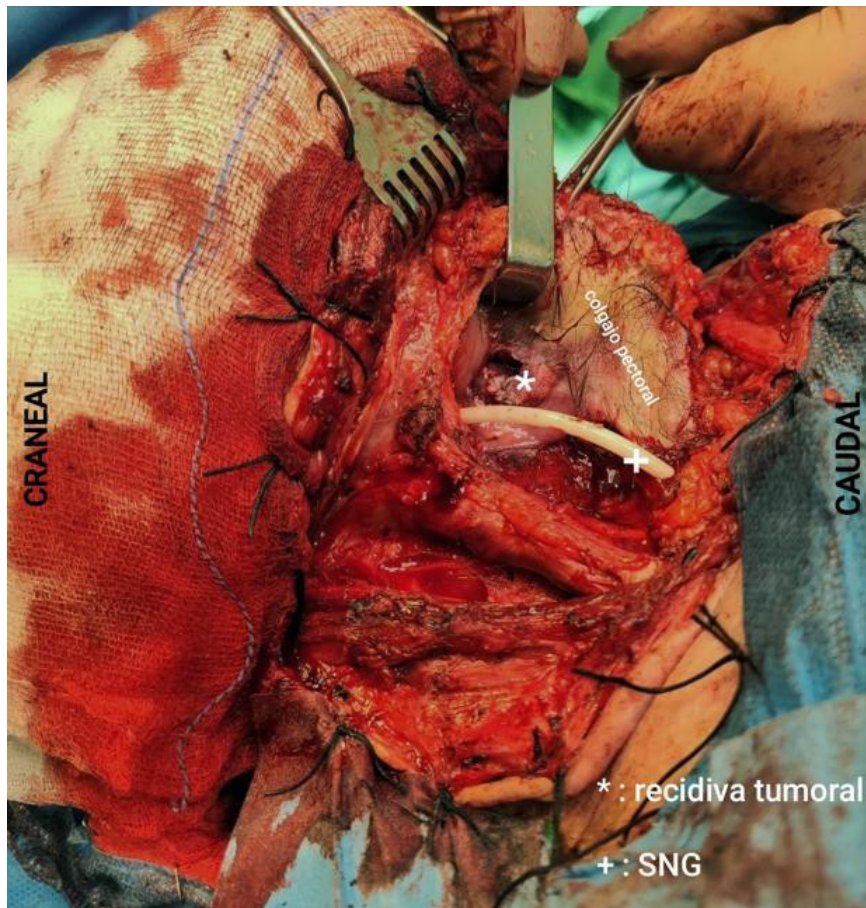
TIPO DE COMUNICACIÓN:

Resumen premio una foto un caso

PALABRAS CLAVE:

Recidiva tumoral, Colgajo pectoral

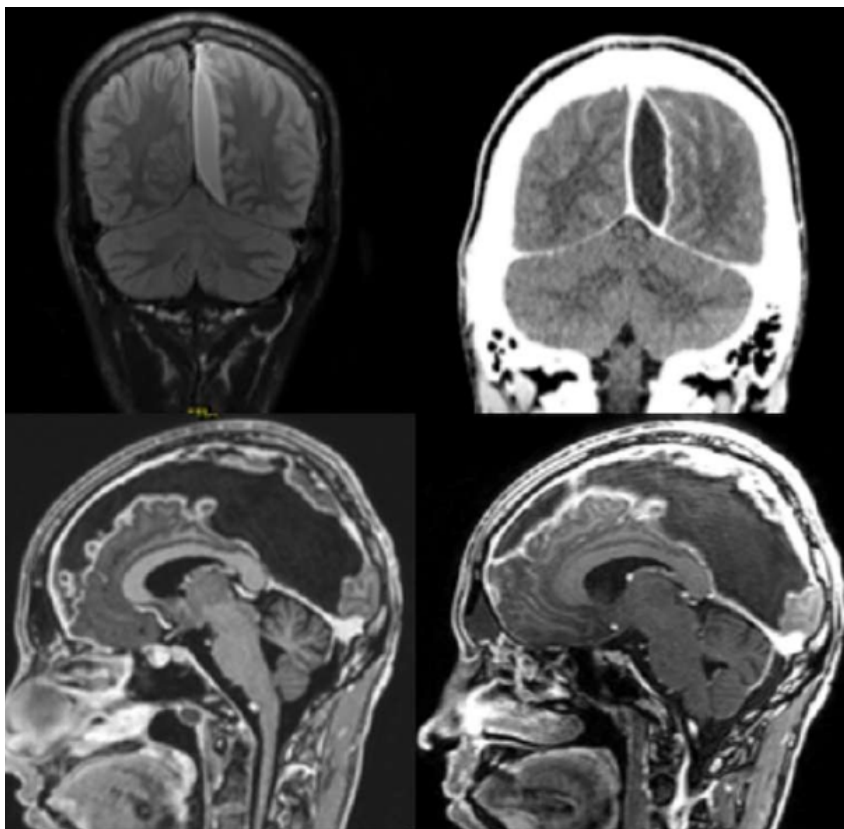
Paciente tratado con QTRT hace 10 años por carcinoma glótico, en el que se encuentra una recidiva tumoral por la que se realiza laringectomía total y reconstrucción con colgajo miocutáneo pectoral en noviembre de 2024. En anatomía patológica aprecian márgenes libres pero invasión perineural. En el TC de control al año se detecta una nueva recidiva (*) en seno piriforme izquierdo, que infiltra el tejido del colgajo pectoral. La imagen muestra el abordaje quirúrgico para la exéresis del colgajo pectoral afecto, la exéresis del tumor y su posterior sustitución por un colgajo libre anterolateral del muslo (ALT).



SINUSITIS AGUDA COMPLICADA CON EMPIEMA SUBDURAL, MENINGITIS Y NEUMOENCÉFALO EN VARÓN JOVEN INMUNOCOMPETENTE

LAURA ZARCO GALLEGO¹, AHMED CHAKIB TALEB FERROUKHIL, TOMÁS PÉREZ CARBONELL¹, JAIME MARCO ALGARRA^{1,2}

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España ²Universitat de València, Valencia, España



INTRODUCCIÓN

La sinusitis aguda puede evolucionar hacia complicaciones potencialmente letales, incluso en pacientes jóvenes e inmunocompetentes, siendo el empiema subdural la complicación intracraneal más frecuente (38–85%). Se presenta un caso de sinusitis complicada con extensión subdural y cortical y debut neurológico que requirió manejo urgente multidisciplinar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Varón de 21 años inmunocompetente que consulta por cefalea hemisférica, vómitos e hiperemia conjuntival. Tras una reconsulta por empeoramiento clínico, presenta celulitis preseptal y crisis tónico-clónica generalizada. Se inicia antibioterapia empírica de amplio espectro y tratamiento anticonvulsivante. Análiticamente destaca PCR elevada (341 mg/L) y leucocitosis. La TC craneofacial evidencia pansinusitis con extensión intracraneal y la RM cerebral confirma colección extraaxial frontal izquierda con extensión interhemisférica, restricción en la difusión y captación leptomenígea, compatible con empiema subdural complicado con meningitis y cerebritis frontal ipsilateral.

RESULTADOS

El paciente ingresa en Reanimación. Oftalmología descarta edema de papila y Neurocirugía desestima intervención quirúrgica urgente. ORL realiza CENS extensa con etmoidectomía y DRAF IIB bilaterales con apertura sinusal y drenaje de abundante material purulento, aislándose *Escherichia coli* y *Streptococcus constellatus*. Durante el ingreso presenta paresia crural derecha de evolución favorable. Es dado de alta con cefditoreno y linezolid oral y levetiracetam, manteniendo seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIONES

La sinusitis aguda puede ocasionar complicaciones intracraneales severas incluso sin factores predisponentes. El diagnóstico precoz, el tratamiento antibiótico adecuado y la intervención quirúrgica ORL urgente, junto con un manejo multidisciplinar, son fundamentales para un desenlace favorable.

EVOLUCIÓN DE UN MUCOCELE NASOSINUSAL

PREMIO: UNA FOTO UN CASO

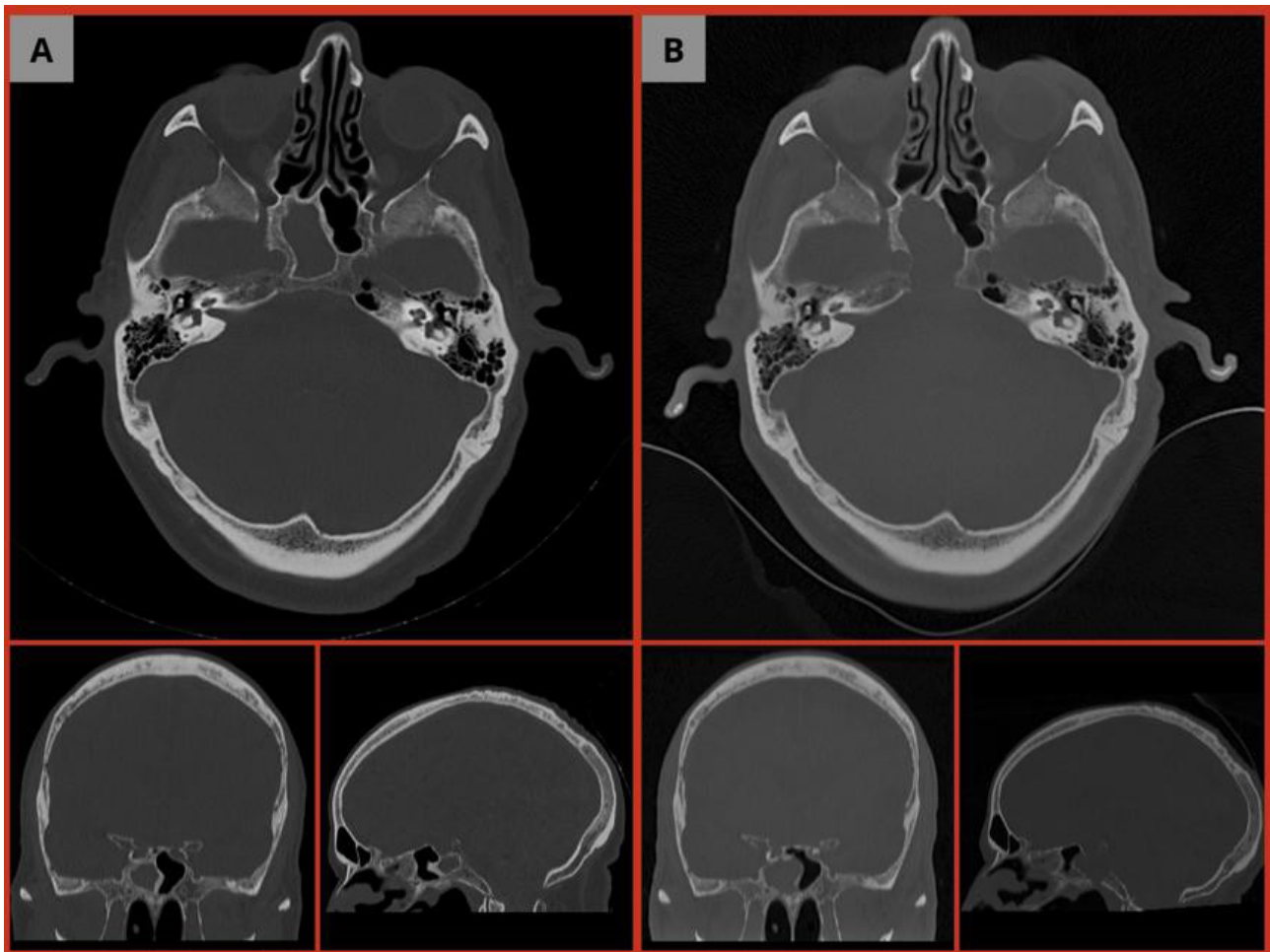
LORENZO TREGLIA - treglialoreenzo@gmail.com (1); JUAN RAMÓN PAREDES - jrosado@coma.es (1); FRANCISCO SIGNES - psignes@gmail.com, (1); SINUK JEONG - jeong.sinuk@gmail.com (1); RONAL HUAYNAY - RONAL02005@gmail.com (1); JOSÉ MAURI - pepemauri1968@gmail.com (1)
(1) HGU Dr. Balmis Alicante, Alicante

INTRODUCCIÓN:

Se denomina mucocoele nasosinusal a una lesión quística de contenido mucoso, revestida por epitelio respiratorio, originada en los senos paranasales, capaz de producir remodelado y erosión ósea, así como deformidades, como consecuencia de su crecimiento progresivo. El principal mecanismo implicado en su desarrollo es la obstrucción de la vía de drenaje natural de un seno paranasal, lo que conduce a una acumulación crónica de moco en la cavidad sinusal afectada. En determinadas circunstancias, este proceso puede desencadenar una cascada inflamatoria que favorece la reabsorción ósea circundante, dando lugar a la aparición de las manifestaciones clínicas. Estas pueden llegar a ser potencialmente graves, dada la estrecha relación anatómica de los senos paranasales con estructuras nobles como la órbita y el sistema nervioso central.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se comparan las imágenes TC de un mismo paciente, a distancia de 3 años.



RESULTADOS:

Paciente varón, nacido en 1937, que sufrió un traumatismo craneoencefálico en agosto de 2022. Durante el estudio de posibles complicaciones se realizó una tomografía computarizada (TC) craneal, en la que se descartaron lesiones agudas, identificándose como hallazgo incidental una ocupación compatible con contenido mucoso del seno esfenoidal derecho, con conservación de sus límites óseos. En marzo de 2025, el paciente acudió al servicio de urgencias por diplopía y cefalea progresivas de aproximadamente una semana de evolución. En la TC cerebral urgente se evidenció ocupación del seno esfenoidal derecho asociada a reabsorción y destrucción de sus paredes óseas, con remodelación y pérdida de sus

límites anatómicos, en relación con un mucocele esfenoidal derecho. La comparación entre ambas TC permitió constatar la evolución desde ocupación sinusal simple hasta la destrucción y deformación ósea características del mucocele nasosinusal. De manera programada, se realizó marsupialización del mucocele mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS), con evolución postoperatoria favorable y resolución completa de la sintomatología.

CONCLUSIONES:

Este caso resulta de especial interés didáctico, ya que no solo permite diferenciar las características típicas de un mucocele nasosinusal frente a una simple ocupación mucoide, sino que además confirma que estas lesiones pueden representar la evolución de determinadas ocupaciones sinusales en las que se activa una cascada inflamatoria responsable de la osteólisis y la remodelación ósea.

TEXTO:

Paciente varón, nacido en 1937, que sufrió un traumatismo craneoencefálico en agosto de 2022. Durante el estudio de posibles complicaciones se realizó una TC craneal (Fig. A - cortes axial, coronal y sagital) en la que se descartaron lesiones agudas, identificándose como hallazgo incidental una ocupación compatible con contenido mucoso del seno esfenoidal derecho, con conservación de sus límites óseos. En marzo de 2025, el paciente acudió al servicio de urgencias por diplopía y cefalea progresivas de aproximadamente una semana de evolución. En la TC cerebral urgente (Fig. B - cortes axial, coronal y sagital) se evidenció ocupación del seno esfenoidal derecho asociada a reabsorción y destrucción de sus paredes óseas, con remodelación y pérdida de sus límites anatómicos, en relación con un mucocele esfenoidal derecho. La comparación entre ambas TC permite constatar la evolución desde una ocupación sinusal simple hasta la destrucción y deformación ósea características del mucocele nasosinusal. De manera programada, se realizó marsupialización del mucocele mediante cirugía endoscópica nasosinusal (CENS), con evolución postoperatoria favorable y resolución completa de la sintomatología.

Este caso resulta de especial interés didáctico, ya que no solo permite diferenciar las características típicas de un mucocele nasosinusal frente a una simple ocupación mucoide, sino que además confirma que estas lesiones pueden representar la evolución de determinadas ocupaciones sinusales en las que se activa una cascada inflamatoria responsable de la osteólisis y la remodelación ósea.

TORTÍCOLIS POSTOPERATORIA TRAS CIRUGÍA ADENOAMIGDALAR EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO.

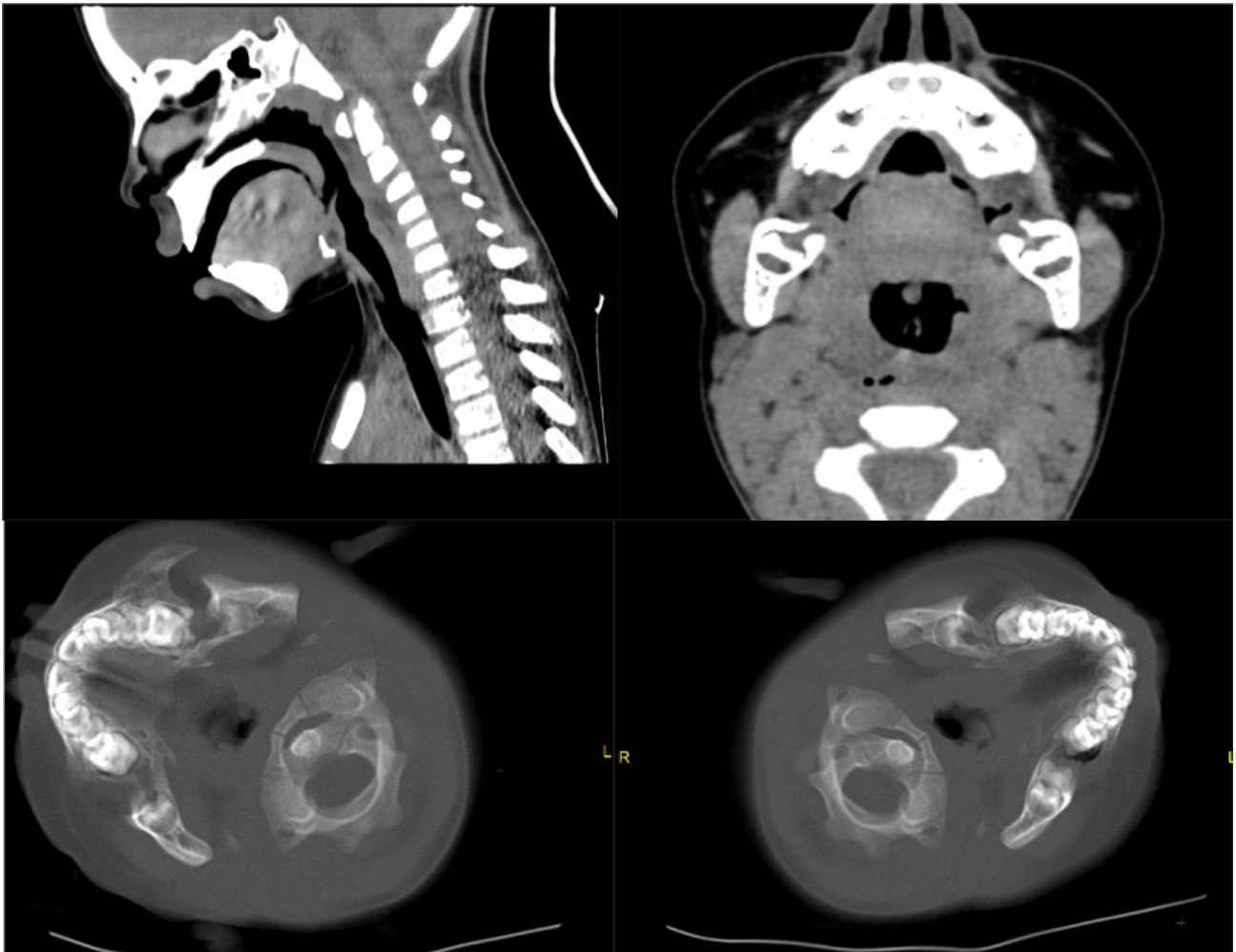
MIGUEL MARTÍNEZ

Preescolar de 4 años, sin antecedentes personales de interés, intervenido de adenoidectomía y resección parcial de amígdalas cinco días antes, que acude a Urgencias pediátricas por odinofagia y limitación de la movilidad cervical de dos días de evolución. Niega sangrado oral o nasal. Afebril, sin disfagia y con buen estado general.

A la exploración física, el cuello no presenta masas ni adenopatías. En la cavidad oral se observan lechos amigdalares fibrinosos, sin abombamiento del paladar blando ni de la pared orofaríngea posterior. Destaca dolor a la hiperextensión cervical, sin dolor a la flexión ni a la rotación cefálica, adoptando el paciente postura antiálgica en flexión cervical.

En la analítica se objetiva leve leucocitosis con neutrofilia y discreta elevación de la PCR.

Ante la sospecha clínica de síndrome de Grisel, se solicita TC cervical con adquisición dinámica, decidiéndose ingreso hospitalario e iniciándose tratamiento conservador con corticoterapia, antibioterapia profiláctica y collarín cervical. La TC muestra edema prevertebral con burbujas aéreas en el espacio retrofaríngeo, en relación con defecto mucoso postquirúrgico, sin alteraciones en la alineación de los cuerpos vertebrales. Se completa el estudio con RM cervical, sin restricción a la difusión sugestiva de abscesificación.



Tras un ingreso sin complicaciones y evolución clínica favorable, se decide alta domiciliaria.



ISSN 2792-9027

LIBRO DE ABSTRACTS SVORL-CCC
XVII Congreso SVORL-CCC

Edita: Sociedad Valenciana de Otorrinolaringología
y Cirugía de Cabeza y Cuello
2026

COLABORADORES

 **Aural**
CENTROS AUDITIVOS

