

VERTIGO POSICIONAL PAROXISTICO BENIGNO. NUESTRA EXPERIENCIA

A. Enrique, E. Blanch, E. Esteller, E. Matió, P. Huerta, J.M. Ademà
Servicio ORL. Hospital General de Catalunya. St. Cugat del Vallès

Introducción:

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) se manifiesta por episodios breves de vértigo que cursan en forma de crisis bruscas e intensas provocadas por algunos movimientos de la cabeza o el cuerpo (como acostarse en la cama, giros de la cabeza, extensión del cuello). Es la principal causa de vértigo, y representa hasta el 25% de los pacientes que consultan por este síntoma. Puede aparecer en cualquier grupo de edad, pero es más frecuente entre los 50 y los 70 años. Su fisiopatología se basa en la litiasis de los conductos semicirculares, y aunque puede estar originado en cualquiera de los canales semicirculares del oído interno, el más frecuente es el del canal posterior, siendo excepcional la afectación del canal horizontal o el superior.

Material y método:

Hemos realizado un estudio prospectivo en el que hemos incluido todos los pacientes diagnosticados de vértigo posicional paroxístico benigno en nuestro servicio entre julio de 2005 y enero de 2007. Todos los pacientes fueron diagnosticados mediante pruebas diagnósticas específicas como la maniobra de Dix-Hallpike y la maniobra de rotación cefálica. Para el tratamiento se utilizó la maniobra de Epley modificada para la afectación del canal posterior o superior, y la maniobra de la barbacoa de 270° para el canal horizontal. Consideramos como criterio de curación la negativización de las pruebas diagnósticas específicas (Dix-Hallpike y rotación cefálica), acompañadas de la ausencia de clínica vertiginosa durante la realización de las mismas.

Conclusiones:

Las maniobras de recolocación de partículas pueden ser consideradas un tratamiento efectivo para el vértigo posicional paroxístico benigno.

OTROS TUMORES DEL ÁNGULO PONTocerebeloso

M. Palau, S. Lareo, J. Vergés, M. Pérez, D. Guerrero, C. Pollán, F. Roca-Ribas
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Los tumores del ángulo pontocerebeloso representan un 10% de todos los tumores intracraneales, y de todos ellos un 80-90% son Schwannomas del nervio vestibular.

Presentamos el caso de una paciente de 35 años con un meningioma del ángulo, que debutó con clínica Trigeminal, para recordar el 10% de tumores que tienen un origen no vestibular. Se analiza el diagnóstico diferencial entre ellos y su aspecto radiológico más característico, así como las diversas opciones de tratamiento.

PARÁLISIS FACIAL, OTALGIA I TUMEFACCIÓN LATEROCERVICAL

Domènech, E; Merán, J; Avilés, F.J; Figuerola, E; Risco, J; Martínez, D; Flores, J.C.
Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII

Presentamos el caso de una mujer de 47 años con parálisis facial periférica, otalgia y tumefacción laterocervical. Las pruebas complementarias evidenciaron una afectación micótica de oído medio izquierdo, que requirió tratamiento médico y quirúrgico. La paciente está actualmente en seguimiento ambulatorio.

Hemos realizado revisión bibliográfica, encontrando pocos casos similares descritos en la literatura.

TUBERCULOSI EN OÏDA MITJA

M. González; J.M. Blanc; J. Pardo
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

L'otitis mitja tuberculosa és una causa rara d'infecció crònica supurativa de l'òïda mitja i de la mastoïdes. Els pacients presenten típicament una perforació timpànica crònica amb otorrea associades a una pèrdua auditiva progressiva.

El fet que sigui infreqüent juntament amb el seu curs indolent, fan que el diagnòstic sigui sovint tardà i es puguin presentar complicacions com la paràlisi del nervi facial o laberintitis. La malaltia es tracta amb agents antituberculosos.

Presentem el cas d'una pacient de 80 anys amb otorrea crònica resistent als tractaments convencionals.

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO NASOSINUSAL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE SANT PAU.

I.Viza, Z. Piñeiro, A. Pujol, D. Virós, R.Krakowiak, E. Dina, J.R. Gras.
Servei ORL. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

El carcinoma adenoide quístico es un tumor epitelial maligno de glándulas salivares mayores y menores. Tiene una alta tendencia a recidivar y metastatizar de forma tardía por lo que tiene un pobre pronóstico. Es característica su diseminación por vía nerviosa.

Estos tumores en fosas y senos paranasales, representan entre 4-8% de los tumores epiteliales malignos.

Presentamos una serie de 5 pacientes afectados de carcinoma adenoide quístico nasosinusales entre 1984 y 2006. Dos pacientes afectados de CAQ maxilar, dos etmoidales y un caso de CAQ septal.

Todos, excepto el CAQ septal, son estadiados en fases avanzadas.

El tratamiento en todos los casos fue quirúrgico seguido de RTA postoperatoria.

FÍSTULA MEDIO-FACIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

C.Marín, S.Diez, X.Barceló, N.Mir
Servicio ORL. Hospital Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona

Presentamos el caso de una paciente que acude a nuestra consulta por lesión de aspecto fistuloso en el ángulo naso-labial. A la exploración se aprecia una tumoración de aspecto quístico a nivel gíngivo-vestibular superior que al presionarla origina salida de material purulento por orificio fistuloso.

Se discute la etiopatogenia, clínica, diagnòstico y actitud terapéutica. Se realiza una revisión de lesiones centofaciales.

RECONSTRUCCIÓN DE LA HIPOFARINGE CON COLGAJO LIBRE ANTEROLATERAL DE MUSLO

Dr. A.F. Aguilà, Dra. J. Vivancos, Dra. Y. Escamilla, Dr. C. Puente*, Dr. J. Pi*, Dra. R. Rosell, Dr. J.M. Saiz, Dra. M. Costey, Dra. A. Cardesin.
Secciones ORL y Microcirurgia(*). C.S. Parc Taulí. Sabadell

El cierre del defecto faríngeo, tras laringectomía total y faringectomía parcial amplia, que requieren el aporte de tejido de otra localización, constituye todavía uno de los problemas reconstructivos más complejos en la cirugía oncológica de cabeza y cuello. Ello es debido a diferentes motivos, entre los que destacan:

- la necesidad de permitir su funcionalidad (fonación y deglución),
- el realizarse en un medio séptico (cavidad oral y faringe),
- son frecuentes las complicaciones (fístula faríngea, estenosis), sobretodo si previamente ya se ha realizado un tratamiento (quirúrgico y/o radioterápico) sobre la zona.

Presentamos el caso de un paciente afecto de una 2ª neoplasia, de localización faringo-laríngea, 8 años después de haber sido tratado de un T1 N2 de hipofaringe izquierda. Había

recibido tratamiento quirúrgico ganglionar y Radioterapia con intención radical por aquel primer tumor. Para la reconstrucción de la faringe, tras la faringolaringectomía, hemos utilizado un colgajo libre anterolateral de muslo. Constituye el primer caso en que utilizamos este colgajo.

Exponemos, además del caso clínico, la técnica quirúrgica de elevación del colgajo, y en la discusión, sus posibles ventajas respecto a otras opciones reconstructivas. Informamos también de la posibilidad de utilizar la Ecografía con contraste Sonovue® a nivel de la región cervical para mostrar la presencia de vascularización del colgajo.

HEMANGIOMA LARÍNGEO.

Dra. Susanna Tobias Gómez, Dra. Montserrat Borràs Perera, Dr. Víctor Palomar Asenjo, Dr. Esteban Sarroca Capell, Dr. Antonio Ruiz Giner, Prof. Víctor Palomar García.
Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Los hemangiomas laríngeos son neoformaciones laríngeas infrecuentes que podemos clasificar histológicamente en capilares, cavernosos y mixtos. Los de tipo capilar suelen darse en niños y pueden involucionar espontáneamente. Los de tipo cavernoso suelen darse en adultos.

Se trata el caso de un varón de 48 años que acude por tos de pocos días de evolución. A la exploración con fibroscopia laríngea se aprecia tumoración de unos 2,5 cm en la zona de los tres repliegues. La RMN plantea el diagnóstico diferencial de hemangioma, paraganglioma y neurinoma. Se realiza angiografía. Se extirpa por microcirugía laríngea con láser CO2. El resultado anatomopatológico es de hemangioma tipo adulto.

Existen varios esquemas de tratamiento, desde la cirugía abierta hasta el tratamiento médico con glucocorticoides, pero se considera la fotocoagulación con láser CO2 como el más efectivo y seguro.

LARINGECTOMÍA TOTAL EN PACIENTE NO ONCOLÓGICO

R. Wegmann, C. Iglesias, E. Genestar, C. García-Vaquero, M. Saderra, J. Chamizo, A. Martínez, R. Boemo, R. Vera, J. Lorente, E. Perelló.
Hospital General Universitari Vall d'Hebró. Barcelona.

La parálisis recurrencial bilateral obedece a múltiples causas, entre ellas, a procesos neoplásicos, cirugía de cabeza y cuello, traumatismos no quirúrgicos, radioterapia o a una combinación de ellas. Dependiendo del grado y del nivel de la lesión, las principales complicaciones que derivan de estos cuadros son la disnea, la disfonía, la disfagia y las aspiraciones. El tratamiento es complejo y comprende desde el tratamiento médico y rehabilitador hasta la necesidad de realizar una laringectomía total.

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de paraganglioma cervical bilateral, tratada quirúrgicamente del paraganglioma izquierdo por Cirugía Vasculuar y que en el curso de su evolución postquirúrgica fue necesario realizar una tiroplastia tipo I para el tratamiento de las complicaciones derivadas tanto de su patología de base como de la propia intervención, principalmente las aspiraciones, optando finalmente por realizar una laringectomía total.

TERMOTERAPIA INDUCIDA POR RADIOFRECUENCIA BIPOLAR EN LA HIPERTROFIA AMIGDALAR INFANTIL.

M. Alfonso, RD. Ramirez, A. Ros, M. Vela, L. Encina, O. Bravo, D. Dinares, G. Arias y E. Cànovas. Hospital Universitario Sagrat Cor (HUSC).

Se presenta nuestra experiencia en el tratamiento de la Hipertrofia Amígdalar Infantil mediante Termoterapia Inducida por Radiofrecuencia Bipolar. Durante el periodo comprendido entre

Abril 2004 y Diciembre 2006, habiendo sido tratados un total de 208 niños. Se analizan los resultados y las complicaciones.

A PROPÓSITO DE UN CASO : SÍNDROME DE FORESTIER.

I. Clemente; C. Viña, B. De Frias, A. Farrè, J. Skufca, C. Tortajada, R. Jimenez

La enfermedad de Forestier es una entidad que puede presentar sintomatología en el área ORL.

En nuestro trabajo presentamos un caso de enfermedad de Forestier en un paciente de 59 años, con antecedentes patológicos: fumador, enólico moderado, HTA. Quien acude a urgencias de nuestro centro debido a disfagia progresiva de 3 semanas de evolución. Se le realizan exámenes complementarios como endoscopia digestiva, tránsito gastroduodenal, TAC, observándose osteofito a nivel de C4. Dada la localización del mismo se contacta con el servicio de Neurocirugía quien realiza cervicotomía para tratamiento específico del mismo.

TUMORACIÓN LATERO-CERVICAL ATÍPICA

Dra.Díaz, Dra. Gallego, Dr.Tobed, Dr.Sambola, Dr.Ferran, Dr.Sanchez Palomero, Dra.Vilaró, Dr.Liern.

Hospital de Girona Josep Trueta

Presentamos un caso clínico de un varón 55 años afecto de tumoración latero-cervical baja (área V) de sospecha neoplásica, al que las pruebas diagnósticas iniciales no consiguen determinar el diagnóstico exacto.

El manejo y tratamiento final, así como el resultado anatomo-patológico, confieren un interés especial del caso que plantea diversos puntos de discusión.

MANEJO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES PARAFARÍNGEOS

B. Martínez, I. Alobid, JL. Blanch, I. Vilaseca

Servicio de ORL, Hospital Clinic, Barcelona

Objetivos:

Los tumores del espacio parafaríngeo son neoplasias muy interesantes y poco frecuentes que constituyen el 0.5% de todos los tumores de cabeza y cuello. El objetivo de este artículo es definir las características demográficas, clínicas e histológicas de dichas neoplasias, así como describir su abordaje quirúrgico y los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico.

Material y Métodos:

Un estudio retrospectivo y descriptivo de 14 pacientes con tumores del espacio parafaríngeo intervenidos quirúrgicamente desde el año 1996 al 2005 en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico de Barcelona. Se recogieron datos sobre edad, sexo, sintomatología, métodos diagnóstico, tratamiento quirúrgico y seguimiento. Resultados: 14 pacientes con tumores parafaríngeos: 6 hombres y 8 mujeres con una media de edad de 56 años. La punción por aspiración con aguja fina (PAAF) se hizo en 4 pacientes (28%) con una sensibilidad del 100%. Todos los pacientes se evaluaron con TC y a 8 de ellos se les realizó una RNM como estudio complementario. 10 pacientes presentaron neoplasias benignas (71%) y 4 malignas (29%). La histología más frecuente fue el adenoma pleomorfo (30%) seguido de cerca por los tumores neurogénicos (28%). La técnica de resección transcervical se utilizó en el 100% de los casos como terapia inicial. No hubo complicaciones ni mortalidad postoperatoria. No se encontraron recidivas en los pacientes con patología benigna. Se encontró una recidiva en el grupo de pacientes con neoplasias malignas (25%). El tiempo de seguimiento medio fue de 3.5 años.

Conclusiones:

El espacio parafaríngeo es una localización rara para los tumores de cabeza y cuello. El tratamiento de estos tumores es esencialmente quirúrgico, siendo el abordaje más efectivo y

frecuente el abordaje transcervical que permite una exposición total de la mayoría de las lesiones, por lo que debería ser la primera opción. La mandibulotomía se reserva para los pacientes en los cuales no se logra una exposición adecuada mediante la vía transcervical simple. El diagnóstico histológico es útil aunque no necesario en todos los casos. La tasa de complicaciones, recurrencias y mortalidad postoperatoria es baja. Las neoplasias malignas tienen un mal pronóstico probablemente por su estado avanzado en el momento del diagnóstico. Sin embargo, la supervivencia global es, en general, muy buena.