



Boletín nº 16—Enero de 2021

B-AMORL

Boletín de la Asociación Madrileña de Otorrinolaringología



Boletín de la Asociación Madrileña de Otorrinolaringología

Boletín de la Asociación Madrileña de Otorrinolaringología

ISSN 2255-467X

Calle Velázquez 94, 1º.

28006 Madrid

Editores:

Marisa Mozota Núñez

Carolina Bullido Alonso



B-AMORL

Boletín de la Asociación Madrileña de Otorrinolaringología

INDICE

Artículo original:

TECNICA DE LA TRAQUEOSTOMÍA QUIRÚRGICA ADAPTADA A PACIENTES COVID EN CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA “GÓMEZ ULLA”. MADRID. SPAIN.

Bullido-Gómez de las Heras E1; Bullido-Alonso C2; Alonso-Martínez C1; Friedlander E1; Tauste-Gómez A1; Martin-Carranza J1; De la Calzada-Ramos J1; Siles Rojas A1; Santillán-Sánchez M1

1 Hospital Central de la Defensa. Madrid. 2 Hospital de El Escorial

A propósito de un caso:

MENINGIOMA DE SURCO OLFATORIO: SILENTE Y RECIDIVANTE

Acle Cervera L, Mata Castro N, Delgado Vargas B, Rodríguez Pérez I, García Fernández A.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Puerta del Sur. Madrid.

PARÁLISIS FACIAL COMO PRIMER SÍNTOMA DE UN COLESTEATOMA

Arteaga puente J Morazán o de Cortés zaga a Charles Martínez C Rodríguez Paradinas M o Larrieta Soto rivera Rodríguez.

Servicio de O.R.L. Hospital universitario Príncipe de Asturias.

How do i do.

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON SIALOADENITIS OBSTRUCTIVA CRÓNICA CS O C.

Santillán Coello, J; Sánchez Barrueco A; Díez; Tapia G; González Galán F; Villacampa, JM; Cenjor Español, C.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General de Villalba. Hospital infanta Elena. Hospital universitario fundación Jiménez Díaz.



Boletín de la Asociación Madrileña de Otorrinolaringología

EDITORIAL

Enfrentarnos a la tercera ola, donde a la covid-19 se suman el resto de enfermedades del área otorrinolaringológica, exige un nuevo esfuerzo.

Continuamos con las publicaciones, esperamos que os sean de provecho.

JUNTA DIRECTIVA DE LA AMORL.

Boletín de la Asociación Madrileña de Otorrinolaringología



Artículo Original

TECNICA DE LA TRAQUEOSTOMÍA QUIRÚRGICA ADAPTADA A PACIENTES COVID EN CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA “GÓMEZ ULLA”. MADRID. SPAIN.

Bullido-Gómez de las Heras E1; Bullido-Alonso C2; Alonso-Martínez C1; Friedlander E1; Tauste-Gómez A1; Martin-Carranza J1; De la Calzada-Ramos J1; Siles Rojas A1; Santillán-Sánchez M1

1 Hospital Central de la Defensa. Madrid. 2 Hospital de El Escorial. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La traqueostomía es un procedimiento estandarizado en la práctica ORL y tiene una serie de indicaciones bien establecidas (1). Una de ella es conseguir un mejor acceso a la vía aérea en pacientes con intubación prolongada, logrando eliminar espacio muerto, conseguir un mejor control de la aspiración y limpieza de secreciones y reducir la posibilidad de complicaciones asociadas a la intubación prolongada, como la temida estenosis subglótica (2).

Los propósitos de la traqueostomía en pacientes con COVID 19 ingresados en unidades de cuidados intensivos 3 se detallan en la tabla1

VENTAJAS DE LA TRAQUEOSTOMIA EN PACIENTES CON INTUBACIÓN PROLONGADA

Mejorar la limpieza de secreciones

Disminuir la incidencia de estenosis subglótica

Mejorar los parámetros respiratorios al disminuir el espacio muerto.

Disminuir la necesidad de sedación de los pacientes

Acelerar la supresión de ventilación asistida (“destete”)

Liberar camas de cuidados intensivos,

Tabla 1.

En el contexto de la infección por COVID 19, se ha actuado de diferentes maneras según las necesidades en cada momento, en la primera oleada se tardaba más en hacer la indicación quirúrgica; teniendo en cuenta el potencial daño de la infección SARS2-COVID sobre la vía aérea²

En este trabajo queremos exponer como hemos actuado en nuestro hospital, con las características propias del mismo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Número de pacientes:

Se han realizado un total de 21 traqueostomías por técnica quirúrgica, en pacientes ingresados en UCI durante la actual pandemia de Coronavirus.

Se han realizado también traqueostomías percutáneas, pero éstas no forman parte de este estudio. Las contraindicaciones clásicas de la traqueostomía percutáneas son: obesidad, cuello corto, cirugía previa de cuello, coagulopatía, urgencia del proceso, daño cervical y edad <16 años.⁴

Espacio físico:

Las traqueostomías se han llevado a cabo en el propio box de los pacientes y con su respirador, en la cama de los pacientes.

Los boxes de la Unidad de cuidados intensivos son espacios reducidos de unos 12 m² (aproximadamente 3x4 metros, ocupados en gran parte por la cama del paciente, el respirador y diferente aparataje necesario. En dicho espacio debíamos permanecer tres personas, una mesa de instrumental y una mesa auxiliar con material fungible necesario y la consola del electrobisturí.

(Fig. 1)



Fig 1.

Material empleado:

Material quirúrgico habitual para la traqueostomía (Fig. 2):

- Pinzas de disección
- Pinzas de forcipresión (mosquito, Kocher, disector, portaagujas)
- Tijeras de disección y de hilos
- Separadores de Farabeuf
- Separador de Senn-Müller

- Bisturí (habitualmente bisturí desechable nº 15)
- Separador quirúrgico autostático “Lone Star”, que reducía la necesidad de personal al “sustituir” al segundo ayudante.
- Cánulas de traqueostomía con balón
- Ligaduras, suturas y grapas
- Equipos de protección individual. Luz frontal (fotóforo) con pantalla de acetato de diseño propio de nuestro servicio (Fig. 3)
- Bisturí eléctrico: usado sólo en el modo bipolar para minimizar la producción de aerosoles.



Fig 2.



Fig 3.

Técnica quirúrgica:

La técnica que usamos es la habitual de la traqueostomía con algunas modificaciones:

Se realiza una incisión cutánea horizontal de unos 4 o 5 cm a la altura del cricoides o a 3 cm en dirección craneal desde el manubrio esternal.

Se disecciona el tejido subcutáneo y se apartan o se ligan las venas yugulares anteriores cuando se localizan.

En este paso colocamos el separador autostático “Lone Star” ® compuesto de un arco de material plástico con ranuras en las que se insertan unas tracciones de goma que acaban en un gancho como para retraer los tejidos. La ventaja de dicho dispositivo es que “hace el trabajo del 2º ayudante”, en el sentido de mantener los separadores, con lo que el procedimiento se puede realizar con una persona menos.5 (Fig. 4 y 5)

Al llegar al plano muscular se disecciona la línea alba y se retraen los músculos con el separador autostático. Posteriormente se expone el istmo de la glándula tiroidea que se secciona y se liga.



Fig 4.

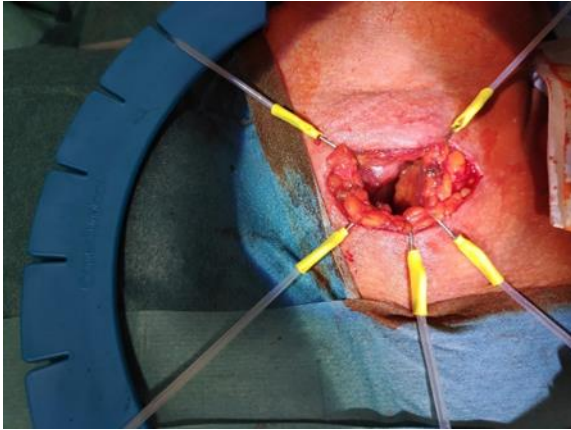


Fig 5.

A continuación, se abre la tráquea realizando una ventana que se reseca o bien se hace un flap inferior con la misma. Es opcional fijar con un punto a piel el flap o el anillo inferior para favorecer los cambios de cánula. La ventaja del flap, según algunos autores, es la facilidad para posteriores cambios de cánula. (Fig. 6) Personalmente hemos visto con esta técnica que pueden quedar posteriormente adherencias de la tráquea a la piel con un trayecto fibroso que las unen, y la piel se desplaza con la deglución, este hecho es muy molesto para los pacientes y hay que liberar esas adherencias quirúrgicamente con un procedimiento bajo anestesia local; en caso de no hacer el flap ni dar punto de tráquea a piel, este problema lo vemos con menos frecuencia. 6

Igualmente, no hemos tenido problemas para los cambios de cánula sin hacer el flap. La única condición es que solicitamos que nos avisen para el primer cambio de cánula, que puede ser entre 1 semana y 10 días, siempre que la cánula no se obstruya.

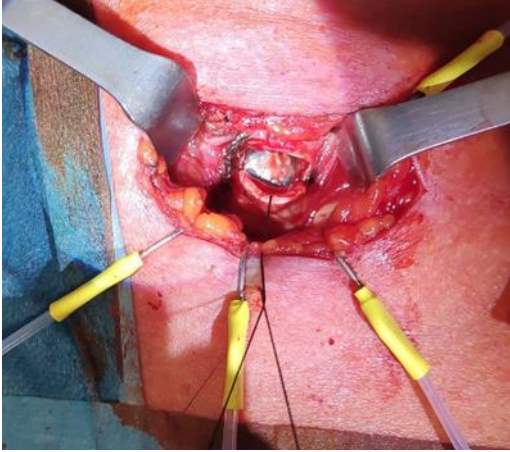


Fig 6.

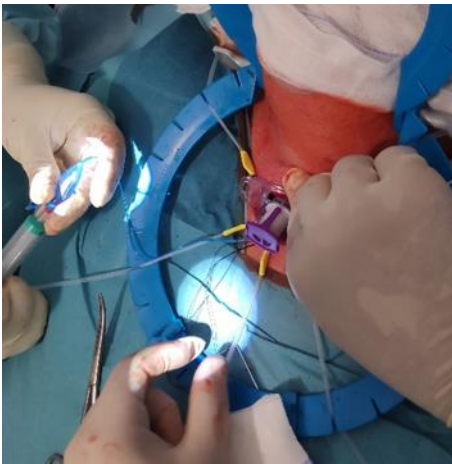


Fig 7.

Es importante la coordinación con el intensivista o anestesiólogo antes de abrir la tráquea para pedirle que prograse el tubo endotraqueal hacia adentro, a fin de evitar pinchar el balón de neumotaponamiento.

Se retira el tubo endotraqueal y se inserta la cánula (Fig. 7). Antes de proceder a la retirada del tubo endotraqueal e inserción de la cánula, se debería desconectar al paciente del respirador sin retirar el filtro o realizar una pausa espiratoria, a efectos de conseguir un flujo mínimo. Todo ello realizado de manera rápida para minimizar el tiempo de hipoxia del paciente, los aerosoles producidos y la exposición a una alta concentración de partículas víricas en el ambiente por parte del personal presente en la sala.

Personal (equipo médico):

Por la necesidad de llevar a cabo el procedimiento en el box de los pacientes llegamos a la conclusión de usar el mínimo personal posible, tanto por la limitación de espacio como para minimizar riesgos de contagio del personal. El equipo lo componían tres personas: dos cirujanos ORL, al menos uno de ellos con experiencia suficiente. Uno de ellos era el cirujano principal y el otro hacía las labores de primer ayudante e instrumentista. En el box permanecía también un médico anestesiólogo o intensivista encargado de vigilar la ventilación del paciente, la medicación, su estado y el cambio de tubo por la cánula.

El personal de enfermería estaba atento desde fuera y pasaba al habitáculo cuando se requería algún material que faltaba.

El tiempo medio de realización de la técnica quirúrgica contado desde la incisión de la piel hasta la colocación de la cánula fue de 22 min.

RESULTADOS

Hemos contabilizado un total de 21 pacientes COVID 19 ingresados en UCI que fueron sometidos a traqueostomía quirúrgica entre los meses de abril y junio de 2020.

La media de edad fue de 57,75 años. Por sexos se contabilizaron 18 varones y 3 mujeres.

En cuanto a la patología previa no hemos realizado un estudio exhaustivo de la patología y condiciones previas de los pacientes, pero destaca el hecho de la obesidad y sobrepeso de un porcentaje elevado de los mismos, presentando un IMC elevado (superior a 35), que la bibliografía estima en un porcentaje de un 76,19%.⁷

De los pacientes en los que se realizó las traqueotomías hubo un total de 5 fallecidos (por motivo de empeoramiento de su patología posteriormente a la traqueotomía) y los demás fueron dados de alta.^{8,9}

El tiempo medio de permanencia en UVI de los pacientes que han precisado traqueostomía ha sido de 38 Días.

Hubo que revisar 3 casos por sangrado leve que se corrigió con medidas locales en el postoperatorio inmediato.

Un caso presentó agitación y decanulación por parte del mismo paciente a las 48h y hubo de ser reanulado por el ORL de guardia.

Hemos revisado a un total de 14 pacientes de los 16 que sobrevivieron por los que hemos perdido el seguimiento de 2 casos. De los pacientes revisados no constan en su historia clínica complicaciones en relación con la traqueostomía.

DISCUSIÓN

La indicación de traqueostomía se realizaba por los médicos de cuidados intensivos generalmente teniendo en cuenta criterios de intubación prolongada, aunque también por otros motivos como la dificultad de ventilación del paciente o la dificultad de limpieza de las secreciones.¹

Aunque no se han contabilizado en este estudio, se realizaron 3 traqueotomías percutáneas en pacientes COVID 19. Pensamos que no se realizaron más traqueotomías percutáneas por varios motivos, básicamente por las dificultades técnicas, ya que muchos eran pacientes obesos, con coagulopatías debido a la propia enfermedad o al uso de anticoagulantes, y también por las carencias de personal durante la pandemia, priorizando el tiempo de los especialistas en cuidados intensivos en otras tareas.¹⁰

No está claro aún la indicación de la traqueotomía percutánea, que se va ampliando con la experiencia, aunque es una técnica muy útil y quizá menos

traumática que la traqueotomía quirúrgica clásica. La práctica de la traqueotomía percutánea está siendo asumida por los médicos de cuidados intensivos y otros que trabajan habitualmente en las unidades de cuidados intensivos.⁴

Pensamos que la solución ideal sería la formación conjunta de los especialistas implicados en los diferentes tipos de traqueostomía, tanto la quirúrgica como la percutánea, y también en los cuidados postoperatorios de las mismas. En el ambiente de la medicina militar, al recibir formación en el soporte vital básico y avanzado, muchos otros especialistas deben formarse en el abordaje quirúrgico de la vía aérea (cricotomía y traqueostomía).

Las dificultades de espacio físico, condiciones adversas, el estado de los pacientes y todos los factores que han sucedido y siguen presentes en esta pandemia han hecho que las traqueotomías en estos pacientes tengan unas condiciones muy especiales y hayan supuesto un reto para nosotros y para los profesionales de cuidados intensivos.¹¹

Algunos aspectos de la técnica como el uso del separador autostático “Lone Star”, el uso de pinza bipolar y otros descritos son útiles y aplicables en la práctica de la traqueostomía⁵

CONCLUSIONES

. - Los pacientes COVID 19 ingresados en UCI con intubación prolongada, considerándose habitualmente más de 14 días,² son subsidiarios de una traqueotomía al igual que los demás pacientes cuando se cumplen condiciones de intubación prolongada u otras que lo aconsejen.

. - Las condiciones clínicas de los pacientes COVID 19 (coagulopatías, neumonía, obesidad) suelen ser desfavorables.

. - El mejor lugar para llevar a cabo el procedimiento es el propio box del paciente y en su propia cama, lo que evita movilizaciones de estos pacientes tan críticos y disminuye el riesgo de contagios.

. - Las condiciones de espacio, uso de equipos de protección individual y el escaso personal presente hacen esta técnica más compleja y requiere cierto entrenamiento, así como una previsión y planificación más detallada de la misma y el uso de cierto material ya descrito en este artículo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Aprobación ética: No aplicable.

Consentimiento para participar: No aplicable.

Declaración de los autores: Hemos publicado un artículo similar en la Revista Militar de Sanidad de difusión limitada en el ámbito de las FAS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conlan AA, Kopec SE. Tracheostomy in the ICU. *J Intensive Care Med.* 2000;15(1):1-13. doi:10.1046/j.1525-1489.2000.00001.x
2. Piazza C, Filauro M, Dikkers FG, et al. Long-term intubation and high rate of tracheostomy in COVID-19 patients might determine an unprecedented increase of airway stenoses: a call to action from the European Laryngological Society. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology.* Published online 2020. doi:10.1007/s00405-020-06112-6
3. Glibbery N, Karamali K, Walker C, O'Connor IF, Fish B, Irune E. Tracheostomy in the coronavirus disease 2019 patient: Evaluating feasibility, challenges and early outcomes of the 14-day guidance. *J Laryngol Otol.* Published online 2020:1-17. doi:10.1017/S0022215120001759
4. Traqueotomía percutánea en el paciente ventilado | *Medicina Intensiva.* Accessed November 23, 2020. <https://www.medintensiva.org/es-traqueotomia-percutanea-el-paciente-ventilado-articulo-S0210569112003543>
5. Baeza Murcia M, Miguel Perelló JA, Flores Pastor B, Aguayo Albasini JL. Usefulness of the Lone Star® Retractor in Thyroid and Parathyroid Surgery. *Cirugía Española (English Ed.* 2019;97(6):358-359. doi:10.1016/j.cireng.2019.05.014

6. Mukherjee D, Samaddar S, Kar T. Conventional versus Flap Tracheostomy: Operative Simplicity, Stomal Care, Complications. *Bengal J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;28(2):120-126. doi:10.47210/bjohns.2020.v28i2.328
7. Abou-Arab O, Huette P, Berna P, Mahjoub Y. Tracheal trauma after difficult airway management in morbidly obese patients with COVID-19. *Br J Anaesth.* 2020;125(1):e168-e170. doi:10.1016/j.bja.2020.04.004
8. Hussain A, Mahawar K, Xia Z, Yang W, EL-Hasani S. Obesity and mortality of COVID-19. Meta-analysis. *Obes Res Clin Pract.* 2020;14(4):295-300. doi:10.1016/j.orcp.2020.07.002
9. Grasselli G, Greco M, Zanella A, et al. Risk Factors Associated with Mortality among Patients with COVID-19 in Intensive Care Units in Lombardy, Italy. *JAMA Intern Med.* Published online 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.3539
10. Lamb CR, Desai NR, Angel L, et al. Use of Tracheostomy During the COVID-19 Pandemic: American College of Chest Physicians/American Association for Bronchology and Interventional Pulmonology/Association of Interventional Pulmonology Program Directors Expert Panel Report. *Chest.* 2020;158(4):1499-1514. doi:10.1016/j.chest.2020.05.571
11. Takhar A, Walker A, Tricklebank S, et al. Recommendation of a practical guideline for safe tracheostomy during the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology.* 2020;277(8):2173-2184. doi:10.1007/s00405-020-05993-x



A propósito de un caso.

MENINGIOMA DE SURCO OLFATORIO: SILENTE Y RECIDIVANTE

Acle Cervera L, Mata Castro N, Delgado Vargas B, Rodríguez Pérez I, García Fernández A.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Puerta del Sur. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los meningiomas de surco olfatorio surgen de la parte más débil de la base del cráneo: la lámina cribosa y la sutura frontoetmoidal. Suponen el 8-13% de los meningiomas intracraneales. La mayoría corresponden a los tumores grado I de la OMS. El tratamiento es quirúrgico y debido a la escasa sintomatología de los tumores de esta localización, el tamaño al diagnóstico es considerable. La recidiva es frecuente en casos de resección incompleta del tumor. La supervivencia libre de enfermedad a los 5 años es de 88%. Se han estudiado algunos factores pronósticos que podrían estar implicados en la recurrencia de estos tumores: edema (≥ 20 mm), hiperostosis, textura tumoral blanda y signo de cola dural.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 72 años que acude por insuficiencia respiratoria nasal. Presenta dos cirugías previas por meningioma de surco olfatorio (intervenido mediante craneotomía) y radioterapia posterior.

En la exploración mediante fibroscopia se objetiva una masa proveniente de meato medio derecho. Se toma biopsia en consulta confirmándose la recidiva de meningioma meningotelial. Fig.1

En el TAC con contraste se observa una ocupación del etmoides anterior y posterior bilateralmente así como ocupación de seno frontal derecho. No presenta extensión intracranial. Fig.2

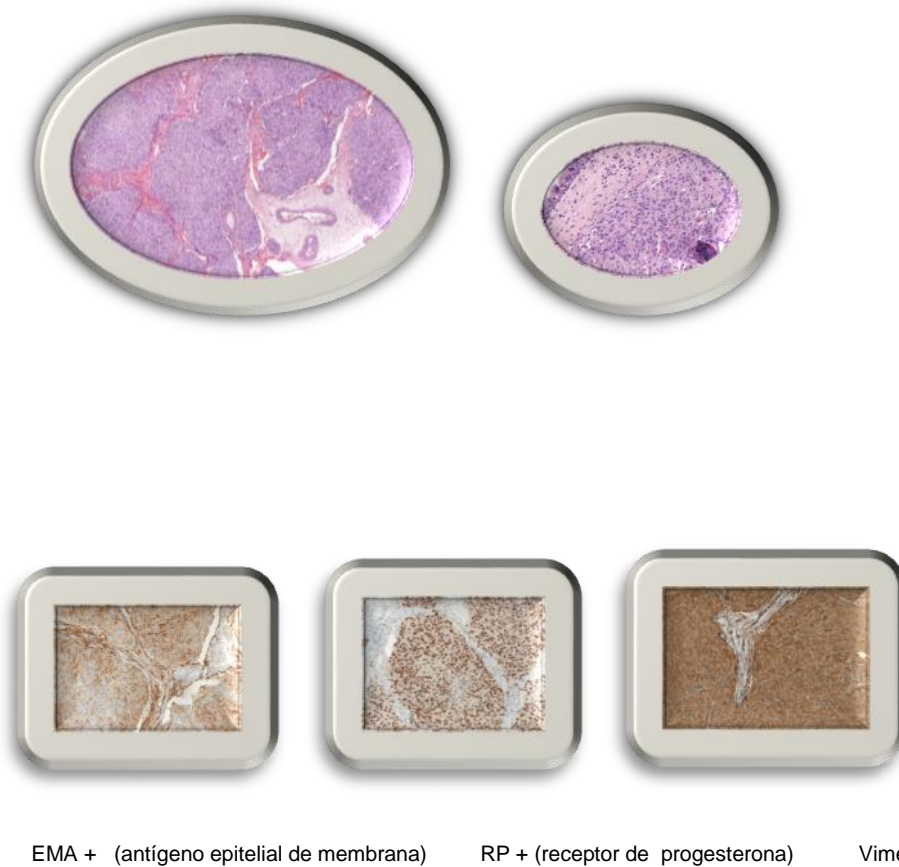


Figura 1. Células de aspecto epitelioide (patrón estoriforme) con núcleos claros. Cuerpos de Psamoma. Inmunohistoquímica + (Vimentina, EMA y RP)

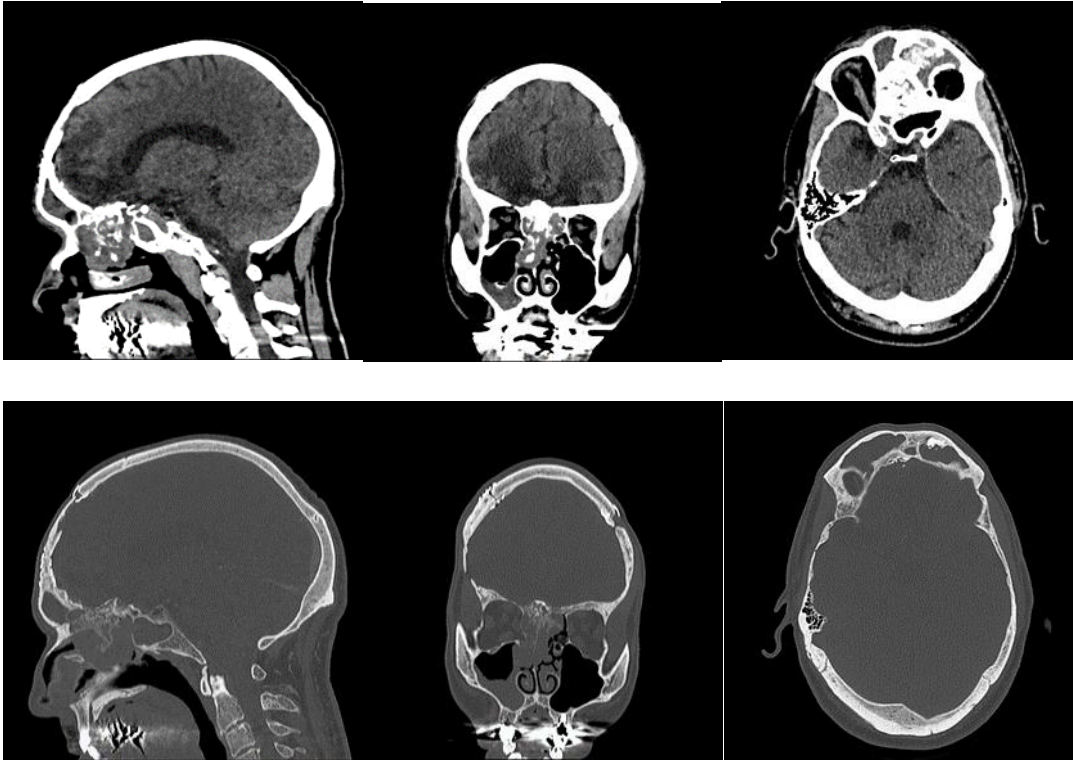


Figura 2. TAC con contraste. Tumoración en ambas fosas con predominio en fosa derecha. No invasión intracraneal. Cambios postquirúrgicos en calota craneal.

DISCUSIÓN

Para conseguir un mayor éxito quirúrgico en el tratamiento de los meningiomas olfatorios es muy importante una adecuada elección del abordaje en base a las características del paciente y extensión tumoral. El abordaje transbasal ha sido durante muchos años el caballo de batalla en el tratamiento de estos tumores, especialmente en tumores grandes o con importante extensión lateral sobre las órbitas, así como también en tumores más pequeños con olfacción conservada. El abordaje endoscópico transcribiforme permite un acceso directo a la base de cráneo ventral. Se consigue una completa resección tumoral, controlando su vascularización y resección de hueso hiperostótico adyacente pero evitando la retracción del cerebro o la manipulación de importantes estructuras neurovasculares como sucede en abordajes transcraneales. La reconstrucción

con el colgajo nasoseptal es un método efectivo para prevenir la fistula de líquido cefalorraquídeo de los defectos transcribiformes.

CONCLUSIONES

El abordaje endoscópico vía transcribiforme presenta buenos resultados como alternativa a abordajes transcraneales abiertos en casos de recidiva, anosmia y en tumores <4cm, consiguiendo una menor morbilidad, menor estancia operatoria y baja incidencia de fístulas en manos expertas.

Dada la recurrencia de estas lesiones se recomienda el seguimiento anual durante 8-10 años del postoperatorio.

BIBLIOGRAFÍA

- Zhang J, Sai K et al. Prognostic factors for olfactory groove meningioma with nasal cavity. Extension. *Oncotarget*, 2018;9: 4607-4613.
- Liu J, Silva N et al: Transbasal versus endoscopic endonasal versus combined approaches for olfactory groove meningiomas: importance of approach selection. *Neurosurg Focus* 2018; 44:1-7.
- Liu J,, Hattar E, Eloy JA. Endoscopic Endonasal Approach for Olfactory Groove Meningiomas Operative Technique and Nuances. *Neurosurg Clin N Am*. 2015 Jul;26(3):377-88



A propósito de un caso.

PARÁLISIS FACIAL COMO PRIMER SÍNTOMA DE UN COLESTEATOMA.

Arteaga puente J Morazán o de Cortés zaga a Charles Martínez C Rodríguez Paradinas M o Larrieta Soto rivera Rodríguez. Servicio de O.R.L. Hospital universitario Príncipe de Asturias.

INTRODUCCIÓN

La parálisis facial periférica puede presentarse como una complicación en el contexto de una otitis media crónica colesteatomatosa sin embargo tiene una incidencia baja. El mecanismo de la parálisis en un colesteatoma puede ser tanto inflamatorio como compresivo, pudiendo ocasionar incluso la lisis ósea del conducto de Falopio. La instauración es rápida generalmente, siendo la mayoría de los casos durante un proceso y pocas veces es el primer síntoma de la patología (1).

CASO CLÍNICO

Mujer de 63 años, con antecedentes personales de dislipemia, que acudió a urgencias derivada de su médico de cabecera por referir parestesias y disminución de la movilidad de hemicara izquierda de un mes y medio de evolución con empeoramiento progresivo.

No refirió antecedentes otológicos salvo episodios de otorrea ocasional por el oído izquierdo.

Exploración física: se evidenció una parálisis facial grado 46 de House Black mann con ligero lagoftalmos izquierdo y en la otoscopia se observó en el oído izquierdo una perforación subtotal con resto timpánico hialino y mucosa de caja de aspecto normal (fig 1). En la audiometría se objetivó una hipoacusia transmisiva leve con PTA de 31 dB en el oído izquierdo y una hipoacusia transmitida leve en graves en el oído derecho con PAT de 28 dB.



Fig 1.

Se solicitó una tomografía computarizada (TC) desde donde se evidenció una masa de partes blandas con afectación de mesotímpano y epitímpano que se extendía a celdillas Y producía dehiscencia del tégmen tympani comunicando con fosa media. Asimismo, erosionaba y destruía estructuras del oído interno afectando de forma completa a la primera rodilla del facial y a los canales semicirculares, llegando incluso a contactar con la cóclea (fig 2). Se completó el estudio con una resonancia magnética RM donde se confirmó la presencia de una masa iPod intensa en secuencias T1 y T2 y que en el estudio de difusión mostraba restricción por lo que el diagnóstico era compatible con un colesteatoma con comportamiento agresivo. (fig 3)

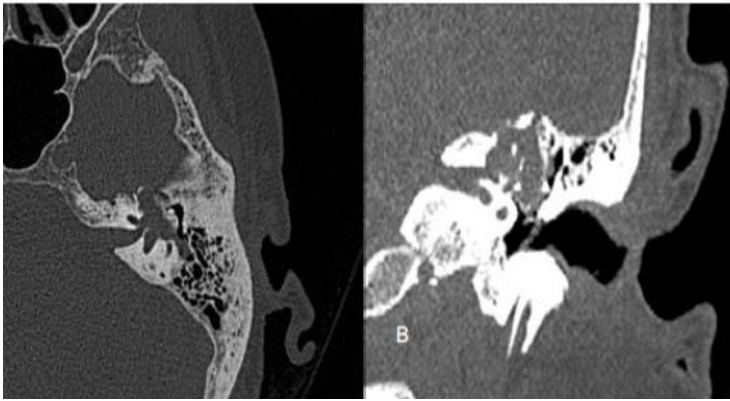


Fig 2.

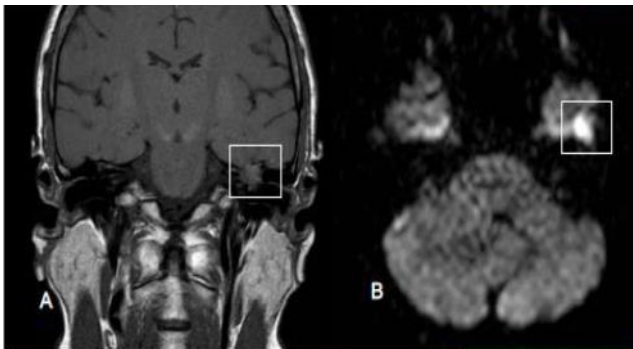


Fig 3.

RESULTADOS

Se decidió realizar una intervención quirúrgica preferente. Los hallazgos intraoperatorios fueron un colesteatoma que afectaba a antro, ático y se extendía hacia bloque laberíntico destruyendo los conducto semicircular horizontal y superior.

Se extendía hacia el conducto auditivo interno (CAI) con conducto del nervio facial adelgazado pero íntegro. Se encontraba adherido a meninge de fosa posterior con salida de líquido cefalorraquídeo (LCR) a través de defecto en la dura madre y medial al nervio facial. Se realizó un vaciamiento radical del oído izquierdo con disección del colesteatoma hasta acá y completando la laberintectomía y disección hasta facial mastoideo. La fístula de LCR se cerró con cartílago, fascia y cola de fibrina.

Tras un año de la cirugía no hubo recuperación funcional.

DISCUSIÓN

La frecuencia de parálisis facial como complicación de una otitis crónica colesteatomatosa se estima en un 12 % (2).

Existen diversos mecanismos por los cuales se puede producir la parálisis, sin embargo en los casos de presentación progresiva la causa más frecuente es la erosión del conducto de Falopio con progresiva compresión isquemia del nervio facial. Referenciados en estos casos la descompresión del nervio y la erradicación completa de la patología es considerado el tratamiento de elección. El tiempo de evolución de la parálisis antes de la cirugía se considera un importante factor pronóstico para la recuperación (3).

CONCLUSIÓN

La parálisis facial como complicación, y más aún como síntoma debut de una otitis crónica colesteatomatosa es infrecuente, sin embargo debemos considerarlo siempre entre los posibles diagnósticos ya que el tratamiento principal debe ser una intervención quirúrgica preferente y el pronóstico de la recuperación funcional empeora a medida que el tiempo de evolución es mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Parálisis facial periférica. A Devece et col. Otorrinolaringología 2013-11-01, volumen 42, núm 4; pág 1 a 24 copyright 2013, Elsevier Masson SAS.
- 2- Quaranta H et col. Facial Parálisis Associated with cholesteatoma: a Review of 13 cases. Otol neurotic, 2007; 28(3); 425-7.
- 3- Wang JJ et col.



How do i do.

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON SIALOADENITIS OBSTRUCTIVA CRÓNICA CS O C.

Santillán Coello, J; Sánchez Barrueco A; Díez; Tapia G; González Galán F; Villacampa, JM; Cenjor Español, C.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General de Villalba. Hospital infanta Elena. Hospital universitario fundación Jiménez Díaz.

INTRODUCCION

La sialoadenitis obstructiva crónica es una patología benigna de las glándulas salivares mayores que consiste en la inflamación glandular y el éxtasis salivar que puede derivar en infecciones agudas son agudas o crónicas de repetición, finalizando en la atrofia glandular referencia uno.

Hasta hace unos años el tratamiento de esta patología estaba limitado al tratamiento de sus complicaciones y en casos extremos se valoraba la exéresis glandular. En la década de los 90 se desarrolla una técnica mínimamente invasiva, la social o endoscopia, para el tratamiento de la sialolitiasis que ha ido evolucionando con el tiempo gracias al desarrollo de instrumental específico (1).

Los resultados de la sialoendoscopia en la literatura actual reportan notables mejorías en la sintomatología y en la preservación glandular (1,2) sin contar con una herramienta validada que nos permita determinar la forma específica la

repercusión que tiene la sialoadenitis crónica en la calidad de vida de los pacientes ni el cambio en la misma tras la realización de una sialoendoscopia.

MATERIAL Y METODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando la base de datos electrónicas Pubmed con los términos de búsqueda: sialoadenitis- Questionnaire y sialodenitis-Quality Of Life. La búsqueda dió como resultado tres artículos. De ellos dos hacen referencia al cuestionario COSS (2,3) y otro a una versión modificada del OHIP-14 (Oral Health IMPact Profile-14) (1).

Cuestionario sobre sobre la calidad de vida de pacientes con Sialoadenitis Obstructiva Crónica de repetición (CSOC)

A continuación encontrará una lista de situaciones asociadas con la sialoadenitis obstructiva crónica de repetición. Por favor, responda a las preguntas que se detallan a continuación, rodeando con un círculo el número correspondiente a la respuesta que se parezca más a lo que a usted le ocurre en los últimos 3 meses.

No hay respuestas incorrectas, lo que interesa es reflejar cómo la sialoadenitis obstructiva crónica de repetición afecta a su vida diaria.

Afectación local

1. ¿Cuánto le duele la glándula afectada, al tocarla o presionarla, en los últimos 3 meses?

0	1	2	3	4
Nada	Poco	Algo	Bestante	Mucho

2. Durante las comidas, ¿con qué frecuencia nota hinchazón de la glándula afectada o de la zona cercana a ella, en los últimos 3 meses?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	A veces	Muy a menudo	Siempre

3. Entre las comidas, ¿con qué frecuencia nota hinchazón de la glándula afectada o de la zona cercana a ella, en los últimos 3 meses?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	A veces	Muy a menudo	Siempre

Afectación funcional

4. ¿Con qué frecuencia nota la boca seca (disminución de la saliva), en los últimos 3 meses?

Fig 1. OHIP 14 modificado.

63

Modified OHIP-14 for issues pertaining to salivary gland problems

Available responses to questions include "Never"=0, "Hardly Ever"=1, "Occasionally"=2, "Fairly Often"=3, or "Very Often"=4

- 1) Have you had trouble pronouncing any words because of your salivary problems?
- 2) Have you felt that your sense of taste has worsened because of your salivary problems?
- 3) Have you had pain in your salivary glands since treatment?
- 4) Have you found it uncomfortable to eat any foods because of your salivary problems?
- 5) Have you been self-conscious because of your salivary problems?
- 6) Have you felt tense because of your salivary problems?
- 7) Has your diet been unsatisfactory because of your salivary problems?
- 8) Have you had to interrupt meals because of your salivary problems?
- 9) Have you found it difficult to relax because of your salivary problems?
- 10) Have you been a bit embarrassed because of your salivary problems?
- 11) Have you been a bit irritable with other people because of your salivary problems?
- 12) Have you had difficulty doing your usual jobs because of your salivary problems?
- 13) Have you felt that life in general was less satisfying because of your salivary problems?
- 14) Have you been totally unable to function because of your salivary problems?

Fig 2- Cuestionario COSS.

UCSF Chronic Obstructive Sialadenitis Symptoms (COSS) Questionnaire

Today's Date _____ Your Name _____

Circle Side and Gland Affected: 1. RIGHT or LEFT 2. PAROTID or SUBMANDIBULAR

Please read each question below carefully. To answer a question, select ONE of the numbers that is listed for that question, and draw a CIRCLE around it like this: (50%) or (5).

Over the PAST MONTH..

1. What percentage of your time awake do you experience **DISCOMFORT** in the area of your salivary gland when **NOT** touching/pressing on the area?
 Never ➤ 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% ◀ Constantly
2. How **SEVERE** is this discomfort?
 No discomfort ➤ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Very Severe
3. What percentage of your time awake do you experience **DISCOMFORT** in the area of your salivary gland when touching/pressing on the area?
 Never ➤ 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% ◀ Constantly
4. How **SEVERE** is this discomfort?
 No discomfort ➤ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Very Severe

Over the PAST MONTH..

5. What percentage of the time do you experience **SWELLING** in the area of your salivary gland **DURING MEALS**?
 Never ➤ 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% ◀ Every meal
6. How **SEVERE** is this swelling?
 No swelling ➤ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ◀ Very Severe

Fig 3- Cuestionario CSOC.



Fig 4. Esquema de dimensiones del CSOC.

DISCUSION

Definimos el constructo “calidad de vida” como: el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios o dimensiones de su vida, considerando el impacto que en estos tiene su estado de salud (4).

Se consideró que las dimensiones que pueden ser afectadas con más frecuencia por la sialadenitis crónicas son: las afectaciones local, funcional, social, ocupacional, emocional y global.

Considerando estas dimensiones se diseñó un cuestionario con 20 ítems, en el que todos ellos se responden con una escala tipo Likert con cinco categorías que corresponden a una puntuación de 0 a 4.

Cada ítem se estableció con preguntas concretas que el paciente puede comprender y responder sin ambigüedad. Se ordenaron los ítems de preguntas de más concretas a preguntas más generales.

CONCLUSIÓN

El CSOC es un instrumento específico diseñado para medir la calidad de vida de los pacientes con sialoadenitis crónica.

Es necesario realizar un estudio de las propiedades psicométricas del test.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Gillespie MB; O’Connell BP; Rawl, JW et col. Clinical and Quality-of-life outcomes following gland preserving surgery for chronic sialadenitis. The Laryngoscope 2015; 125:1340-4.

- 2- Aubin poullot, A; Delagnes , EA et col. The chronica obstructiva siladenitis symptoms questionnaire to assess sialendoscopia assited surgery. The Laryngoscope 2016; 126:93-9.Dol: 10:1002/ lary 25521.
- 3- Aubin Poullot, A; Delagnes, EA et col. Sialendoscopia assisted surgery and the chronica obstuctive sialadenitis symptoms questionnaire: A prospective study. The Laryngoscope 2016; 126: 1343-8. Dol: 10:1002/ lary 25759.
- 4- Urzúa, MA; Caqueo Urizar, A. Calidad de vida : una revisión teórica del concepto. Ter psicologica. 2012; 30:6:61-71. Dol: 10.4067/50718-48082012000100006.