



Boletín nº 19 – Febrero 2024

**B-AMORL**

Boletín de la Asociación Madrileña de Otorrinolaringología



**B-AMORL**

Boletín de la Asociación Madrileña de Otorrinolaringología

**Boletín de la Asociación Madrileña de  
Otorrinolaringología**

ISSN 2255-467X

Paseo de la Castellana 126  
28046 Madrid

**Editores:**

Leticia Acle Cervera

Carolina Bullido Alonso

Ernesto Soler Lluch

Jesús María Martínez Salazar

Marisa Mozota Núñez

Adriana Poch Pérez Botija



**B-AMORL**

Boletín de la Asociación Madrileña de Otorrinolaringología

## **INDICE**

### **OSTEOMIELITIS DE LA BASE DE CRÁNEO EN PACIENTE PEDIÁTRICO. UN CASO EXCEPCIONAL.**

María Fernández-Rueda\*, Silvia Martín-Ruiz, Marina Herranz-Ruiz, Bruno Brisigotti-Oliva, Ignacio Jiménez-Huerta.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

### **SÍNDROME DEL SENO SILENTE**

Asensi-Díaz MM, Rueda-Vega M, Montaña-Frau ML, López-Granados AC, Pasamontes-Pingarrón JA.

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

### **COLESTEATOMA INTRAPETROSO GIGANTE: RESECCIÓN INFRALABERÍNTICA RETROLABERÍNTICA CON APOYO ENDOSCÓPICO**

Scola Torres MC, Bueno-Aventín I, Asensi Díaz MM, Rueda-Vega M, Martín-Oviedo C.

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

### **LESIÓN DESTRUCTIVA DE LA LÍNEA MEDIA NASAL: UN RETO DIAGNÓSTICO A CONTRARRELOJ**

García Lerma, M; Ruiz García, C; Suazo Díaz-Recio, J; Grau Van Laak, C; Mateos Serrano, B.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### **EXÉRESIS DE MELANOMA NASAL MEDIANTE ABORDAJE COMBINADO: PARALATERONASAL Y ENDOSCÓPICO**

Isabel Bueno Aventín<sup>1</sup>, María Cecilia Scola Torres<sup>2</sup>, Andreas Schilling Borghesi<sup>3</sup>, Amalia María Fiestas Tartiere<sup>4</sup>, Guillermo Manuel Sanjuan de Moreta<sup>5</sup>

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

## **LINFOMA MALT FARÍNGEO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Álvarez-Hernández P, Horna Schlincker J, Conde Gómez-Menor T, De la Rosa Astacio F, Toledano Muñoz, A.

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

## **ABSCESO FACIAL BILATERAL**

Conde Gómez-Menor T, Horna Schlincker J, Álvarez Hernández P, Dr. Toledano Muñoz A, Aparicio Fernández JM.

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

## **SINUSITIS AGUDA COMPLICADA EN UN NIÑO**

Agustina Nicole Arbía Kalutich; María del Mar Martínez Ruiz-Coello; Estefanía Miranda-Sánchez; Cristina García García; Guillermo Plaza Mayor.

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Universitario de Fuenlabrada y Hospital Universitario Sanitas Zarzuela.

## **MENINGOENCEFALOCELE EPITIMPÁNICO EN PACIENTE MONOARUAL.**

de Manueles Gómez- Martino J<sup>1</sup> Olarieta Soto FJ· Bazán Inostroza BA· Robles Castilla Filho E, García León V.

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

## **NO TODA PARÁLISIS FACIAL ES UNA PARÁLISIS DE BELL**

Arana-Fernández, B<sup>1</sup>; Fernández-Mateos, F<sup>1</sup>; Zaldívar Saiz-Maza, S<sup>1</sup>; Gálvez Gafo, L<sup>1</sup>; Vaca González, M<sup>1</sup>.

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

## **BOCIO TIROIDEO AMILOIDE, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POCO FRECUENTE**

Gálvez Gafo L. Arana Fernández B., Barberá Durbán R.

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

## **COMPLICACIÓN DE HERNIA MENINGOENCEFÁLICA DE OÍDO MEDIO**

Amalia María Fiestas-Tartiere<sup>1</sup>, María de Lluç Montaña-Frau<sup>2</sup>, Isabel Bueno-Aventin<sup>3</sup>, María Cecilia Scola-Torres<sup>4</sup>, Carlos Martín-Oviedo<sup>5</sup>

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

## **UNA CAUSA INFRECUENTE DE AOS: LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO DE EPIGLOTIS**

Sara Zaldívar Saiz-Maza<sup>1</sup>, Lucía Hoyos Cortés<sup>1</sup>, Beatriz Arana Fernández<sup>1</sup>, Fabio Fernández Mateos<sup>1</sup>, Lourdes Montes-Jovellar González<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de otorrinolaringología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.





## CONCURSO DE CASOS XV CONGRESO DE LA ASOCIACION MADRILEÑA

### OSTEOMIELITIS DE LA BASE DE CRÁNEO EN PACIENTE PEDIÁTRICO. UN CASO EXCEPCIONAL.

María Fernández-Rueda\*, Silvia Martín-Ruiz, Marina Herranz-Ruiz, Bruno Brisigotti-Oliva, Ignacio Jiménez-Huerta.

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

\* Autor por correspondencia: [mfrueda@salud.madrid.org](mailto:mfrueda@salud.madrid.org)

Fernández Rueda, María (Fernández Rueda, María)

#### INTRODUCCIÓN

La osteomielitis de la base del cráneo en edad pediátrica es una patología infrecuente, con escasos casos publicados en la literatura. La sospecha clínica y radiológica es esencial para el diagnóstico y el tratamiento antibiótico de larga duración es necesario para la resolución del cuadro pudiendo ser necesario un tratamiento quirúrgico.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un niño de 10 años que presentó una osteomielitis del clivus por una infección retrofaringea. Se expone el manejo clínico y el tratamiento de esta entidad tan poco frecuente.

#### RESULTADOS

Paciente de 10 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, derivado desde otro Centro Sanitario por rigidez de nuca y cefalea por sospecha de meningitis bacteriana. Se realizó analítica sanguínea donde se observó una leucocitosis con neutrofilia y una PCR de 21 ml/dl, con punción lumbar fue negativa. A la faringoscopia anterior se observó un exudado blanquecino a nivel de paladar blando y ambos pilares amigdalinos como único hallazgo reseñable. La palpación cervical se apreciaba una adenopatía en área V derecha, de características inflamatorias. Se realizó una tomografía computarizada y una resonancia magnética urgente donde se observaba una colección retrofaringea y prevertebral alta con afectación del clivus sugerente de osteomielitis (Figura 1). Se intervino quirúrgicamente de urgencia drenando la colección mediante un acceso transoral. En el cultivo creció un *Streptococo Intermedius*. Durante su ingreso presentó paresia del VI par craneal derecho (Figura 2) que le ocasionaba diplopía así como paresia del IX par craneal que le generaba rinolalia abierta y disfagia. A los 10 días se realizó una resonancia magnética de control en la que se apreciaba aumento

de la colección prevertebral (Figura 3) por lo que se intervino nuevamente. Se realizó un abordaje mediante cervicotomía externa drenando abundante material purulento localizado retrofaríngeo a nivel clival. Durante su ingreso y para confirmar la osteomielitis del clivus adicional al absceso retrofaríngeo preclival se realizó una gammagrafía ósea con TC-99 y un SPECT-TC donde se observaba un incremento patológico del radiotrazador a nivel de la base de cráneo, localizado en la base de cráneo, incluyendo el clivus, la unión occipito esfenoidal y el cuerpo del esfenoides, compatibles, efectivamente, con osteomielitis de base del cráneo/clivus (Figura 4). Debido a la mejoría clínica, analítica y exploratoria, tras 46 días, se decidió hospitalización domiciliaria para continuar con tratamiento intravenoso con metronizadol y ceftriaxona hasta completar 6 semanas y posteriormente continuó con metronidazol intravenoso y amoxicilina oral hasta completar 5 meses de tratamiento. El seguimiento se realizó con resonancias magnéticas periódicas. En la última resonancia magnética de control se aprecia captación ósea en clivus y cuerpo de esfenoides (Figura 5). Debido a que esta captación puede persistir durante meses hasta la resolución completa, se decidió suspender el tratamiento antibiótico. En el momento actual, el paciente se encuentra asintomático. A día de hoy, continúa en seguimiento por la unidad de Enfermedades Infecciosas de nuestro hospital, así como por Otorrinolaringología y Oftalmología.

## **DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN**

La osteomielitis de la base de cráneo es un proceso infeccioso poco común y excepcional en los pacientes pediátricos inmunocompetentes. Normalmente, los casos de osteomielitis de la base de cráneo suelen darse en adultos, en relación con la otitis externa maligna. Pueden clasificarse de manera etiológica en otogénicos y no otogénicos. Estos últimos suelen proceder de rinosinusitis agudas o infecciones retrofaríngeas<sup>1</sup>. La clínica de debut es la cefalea, la rigidez de nuca y la fiebre, pudiendo existir alteraciones en distintos pares craneales, lo cual indica la gravedad del cuadro. El diagnóstico microbiológico es variable en edad pediátrica, siendo más frecuentes bacterias gran positivas y gran negativas<sup>2</sup>. La resonancia magnética y la tomografía computarizada son necesarias para el diagnóstico. La resonancia magnética tiene mayor sensibilidad y especificidad para la detección de la osteomielitis<sup>3</sup>. El uso de gammagrafía con Tc<sup>99m</sup> ósea y el SPECT-TC ayudan a la confirmación diagnóstica sobre todo para la localización anatómica exacta<sup>4</sup>. Un diagnóstico temprano es necesario para establecer un adecuado tratamiento, donde la antibioterapia intravenosa entre 6 y 20 semanas es esencial, además de poder requerir intervenciones quirúrgicas para drenaje de abscesos en caso de estar presentes<sup>5</sup>. Los escasos casos reportados en la literatura varían en cuanto a clínica, severidad y etiología, y la mejor modalidad de tratamiento, así como la duración del mismo debe ser individualizada en cada caso.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Clark MP, Pretorius PM, Byren I, et al. Central or atypical skull base osteomyelitis: diagnosis and treatment. *Skull Base*. 2009;19:247–254.

2. Trück J, Thompson A, Dwivedi R, Segal S, Anand G, Kelly DF. Nonotogenic Skull Base Osteomyelitis in Children: Two Cases and a Review of the Literature. *Pediatr Infect Dis J*. 2015 Sep;34(9):1025-7.
3. Faust SN, Clark J, Pallett A, et al. Managing bone and joint infection in children. *Arch Dis Child*. 2012;97:545–553.
4. Van der Bruggen W, Bleeker-Rovers CP, Boerman OC, et al. PET and SPECT in osteomyelitis and prosthetic bone and joint infections: a systematic review. *Semin Nucl Med*. 2010;40:3–15.
5. Bates DD, Shetty AK, Kirse DJ. Treatment of a clivus abscess in a child using image-guidance. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra*. 2006;1:207–212.



*Figura 1. Imagen en corte sagital de RMN ponderada en T1 en la que se observa una colección a nivel del clivus (flecha).*



*Figura 2. Paciente con paresia de IV par craneal derecho.*

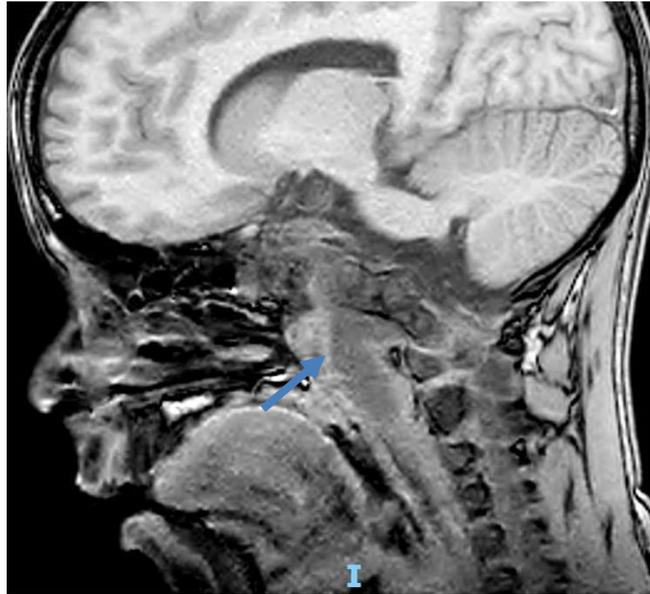


Figura 3. Corte axial de RMN en T1 en la que se aprecia la colección retrofaringea-prevertebral (flecha)

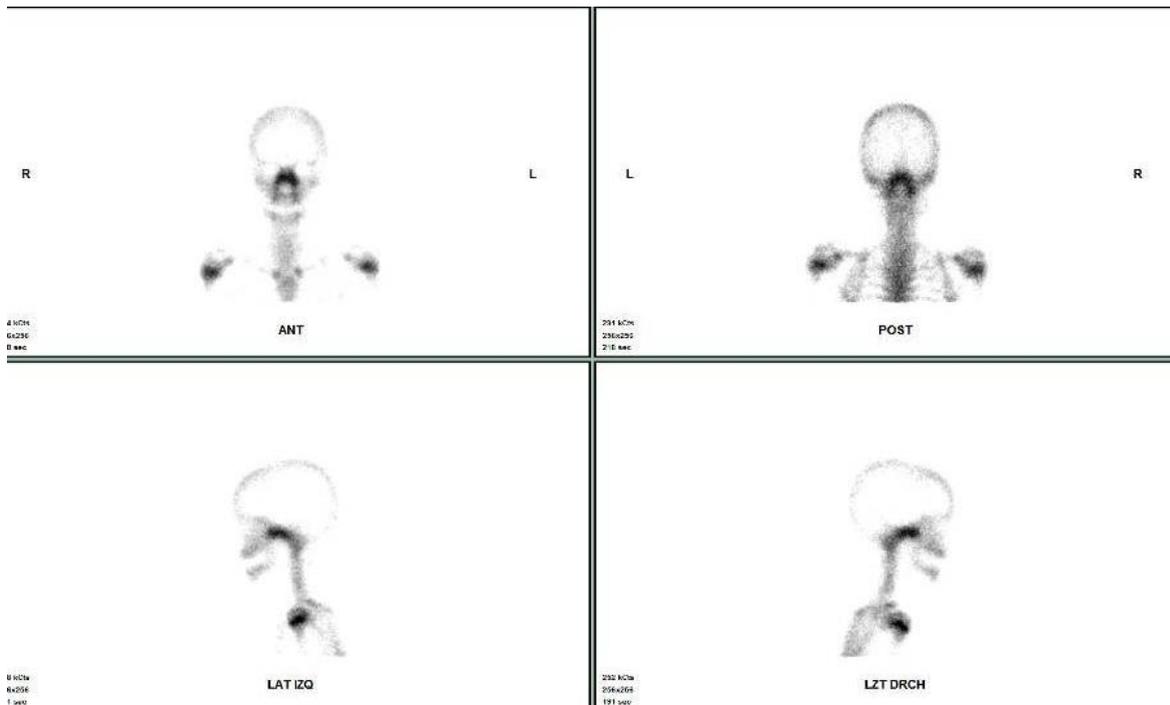
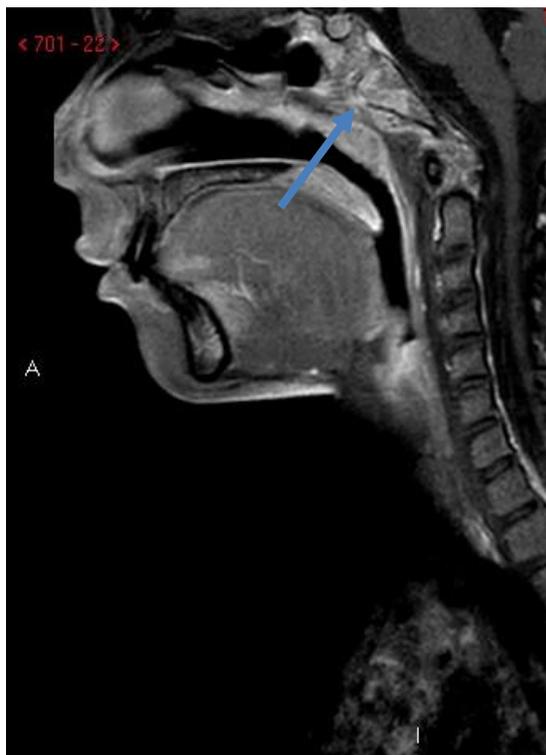


Figura 4. Imagen de gammagrafía ósea donde aparece captación del radiotrazador en clivus, unión occipito-esfenoidal y el cuerpo del esfenoides.

Figura 5. RMN en la que se observa persistencia de la captación a nivel del clívus compatible con osteomielitis (flecha).





## CONCURSO DE CASOS XV CONGRESO DE LA ASOCIACION MADRILEÑA

### SÍNDROME DEL SENO SILENTE

Asensi-Díaz MM, Rueda-Vega M, Montaña-Frau ML, López-Granados AC, Pasamontes-Pingarrón JA. María Montserrat Asensi-Díaz. [mariamontserrat.asensi@salud.madrid.org](mailto:mariamontserrat.asensi@salud.madrid.org)  
ORCID:0009-0002-1840-6132  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. España.  
Autor de correspondencia: [mariamontserrat.asensi@salud.madrid.org](mailto:mariamontserrat.asensi@salud.madrid.org)

#### INTRODUCCIÓN

El síndrome del seno silente (SSS) es una patología infrecuente caracterizada por una retracción de las paredes del seno maxilar. Aunque de fisiopatología incierta, la hipótesis más aceptada es una hipoventilación crónica del seno maxilar.

Clínicamente se manifiesta como enoftalmos e hipoglobo y, característicamente, carece de clínica nasosinusal asociada. Menos frecuentemente asocia hipostesia malar, lagofthalmos u retracción del párpado superior, entre otros. Su diagnóstico se basa en la clínica, exploración física y prueba de imagen, siendo la tomografía computarizada (TC) de senos la prueba de elección.

El tratamiento requiere un abordaje quirúrgico combinado: cirugía endoscópica nasosinusal para apertura del seno maxilar y, si fuese necesario, elevación del suelo de la órbita.

Presentamos un caso clínico de SSS visto y tratado en nuestro servicio.

#### CASO CLÍNICO

Antecedentes personales:

- Sin alergias conocidas.
- Antecedentes médico-quirúrgicos: hipertensión arterial.

Anamnesis:

Paciente de 55 años de edad, derivada a Otorrinolaringología por sospecha de sinusitis maxilar izquierda. Ha sido valorada por Neurología y Oftalmología por dolor hemifacial izquierdo asociado a visión borrosa ipsilateral de semanas de evolución, en tratamiento con amitriptilina, sin mejoría. La

exploración oftalmológica y neurológica descartan hallazgos patológicos y se solicita una RMN donde se aprecian signos de sinusopatía bilateral con especial afección maxilar izquierda.

En nuestra consulta la paciente refiere agravamiento de la clínica, asociando además presión retroocular ipsilateral. No obstante, niega rinorrea, obstrucción nasal, hiposmia/anosmia u otra clínica ORL.

#### Exploración física:

- Inspección facial: ptosis palpebral, enoftalmos e hipoglobo izquierdos. Movilidad ocular conservada, ausencia de diplopía.
- Palpación: hipostesia en el territorio de la rama maxilar trigeminal izquierda (V2).
- Rinoscopia anterior: septo recto y cornetes normotróficos.
- Endoscopia nasal: inflamación a nivel de meato medio izquierdo.

#### Pruebas complementarias:

La paciente cuenta con una RMN solicitada para estudio de cefalea por Neurología en la que se informa de: *"...engrosamiento mucoso en ambos antros maxilares, celdillas etmoidales y senos esfenoidales en relación con cambios inflamatorios más significativos en el antro maxilar izquierdo donde se observa nivel hidroaéreo..."* (Figura 1)

Posteriormente, dadas las alteraciones oculares y la afectación trigeminal se solicita TC de senos. En este se objetiva *"...ocupación del seno maxilar izquierdo cumpliendo criterios de retracción con paredes óseas adelgazadas, descenso de suelo de órbita izquierdo con enoftalmos secundario, retracción de apófisis unciforme y pared posterior de seno con expansión de la grasa infratemporal hacia el seno maxilar y solución de continuidad en su cara anterior a nivel y por debajo de nervio infraorbitario..."*. (Figuras 2 y 3)

#### Diagnóstico:

La suma de la clínica presentada, la exploración física y los hallazgos de las pruebas de imagen son compatibles con el diagnóstico de SSS izquierdo.

#### Tratamiento:

Se realiza una valoración conjunta de la paciente con Cirugía Maxilofacial y se plantea un abordaje combinado nasosinusal y orbitario.

Se realiza cirugía conjunta en un mismo tiempo quirúrgico con abordaje endoscópico consistente en uncinectomía, antrostomía maxilar, etmoidectomía anterior y posterior y Draft IIA. Posteriormente, reparación de suelo de órbita mediante abordaje transconjuntival con colocación de malla a medida.

#### Evolución:

La evolución postquirúrgica de la paciente es favorable. Desde el punto de vista ORL, se constata una mejoría en la flujometría nasal (PNIF) así como en la valoración subjetiva funcional de la paciente y normalización endoscópica del aspecto de la mucosa nasosinusal. Desde el punto de vista Maxilofacial, se aprecia corrección de la proyección ocular, desaparición de la clínica hemifacial y recuperación de la sensibilidad malar.

## **DISCUSIÓN**

El SSS es una entidad clínica infrecuente, con sólo 276 casos publicados en la literatura hasta 2022. A pesar de no existir consenso sobre su definición, los autores coinciden en un enoftalmos e hipoglobo progresivos secundarios a colapso de suelo de órbita por retracción del seno maxilar, sin presentar síntomas nasosinuales.

Pese a que se desconoce su fisiopatología, se postula como desencadenante la obstrucción del infundíbulo osteomeatal resultado de cirugía nasosinusal, intubación nasal o de manera espontánea en pacientes con predisposición anatómica, entre otros. Este bloqueo del ostium maxilar produce una limitación en la ventilación del seno homónimo. La hipoventilación conlleva una reabsorción del aire, con metaplasia de la mucosa sinusal que comienza a trasudar mucosidad en el interior del seno. El acúmulo de la misma ocasiona una reacción inflamatoria subclínica que induce una osteopenia con remodelado óseo. Todo ello lleva a la retracción y disminución del volumen sinusal.

En cuanto a la sintomatología presentada característicamente estos pacientes no presentan clínica nasosinusal: obstrucción nasal, rinorrea, hiposmia/anosmia, etc. Sin embargo, enoftalmos, ptosis palpebral, hipoglobo y alteraciones en la sensibilidad malar son los síntomas más frecuentemente referidos. La exploración física de estos pacientes demuestra las alteraciones oculares asociando en ocasiones en la rinoscopia anterior y endoscopia nasal signos indirectos como desviación septal, hipertrofia de cornetes ipsilateral o inflamación de meato medio.

Para el diagnóstico debemos combinar la clínica y exploración física con pruebas de imagen, de elección el TC de senos. En él, veremos los cambios descritos previamente, incluyendo adelgazamiento y descenso de suelo de órbita y retracción de paredes de seno maxilar, pudiendo asociar cambios inflamatorios en su interior.

El tratamiento de esta patología es quirúrgico y se divide en: abordaje nasosinusal para corrección de la oclusión del infundíbulo osteomeatal y orbitario para corrección de suelo de órbita. No existe unanimidad a la hora de realizar la cirugía en uno o en dos tiempos. Algunos autores abogan por una cirugía en dos tiempos al constatar que, en ocasiones, con la aireación del seno el enoftalmos puede resolverse sin necesidad de reconstrucción de suelo de órbita. No es el caso del aumento de surco palpebral superior o hipoglobo que si precisarán una cirugía reconstructiva.

El SSS es una patología infrecuente que debemos contemplar en el diagnóstico diferencial de dolor hemifacial con alteraciones estéticas y funcionales orbitarias.

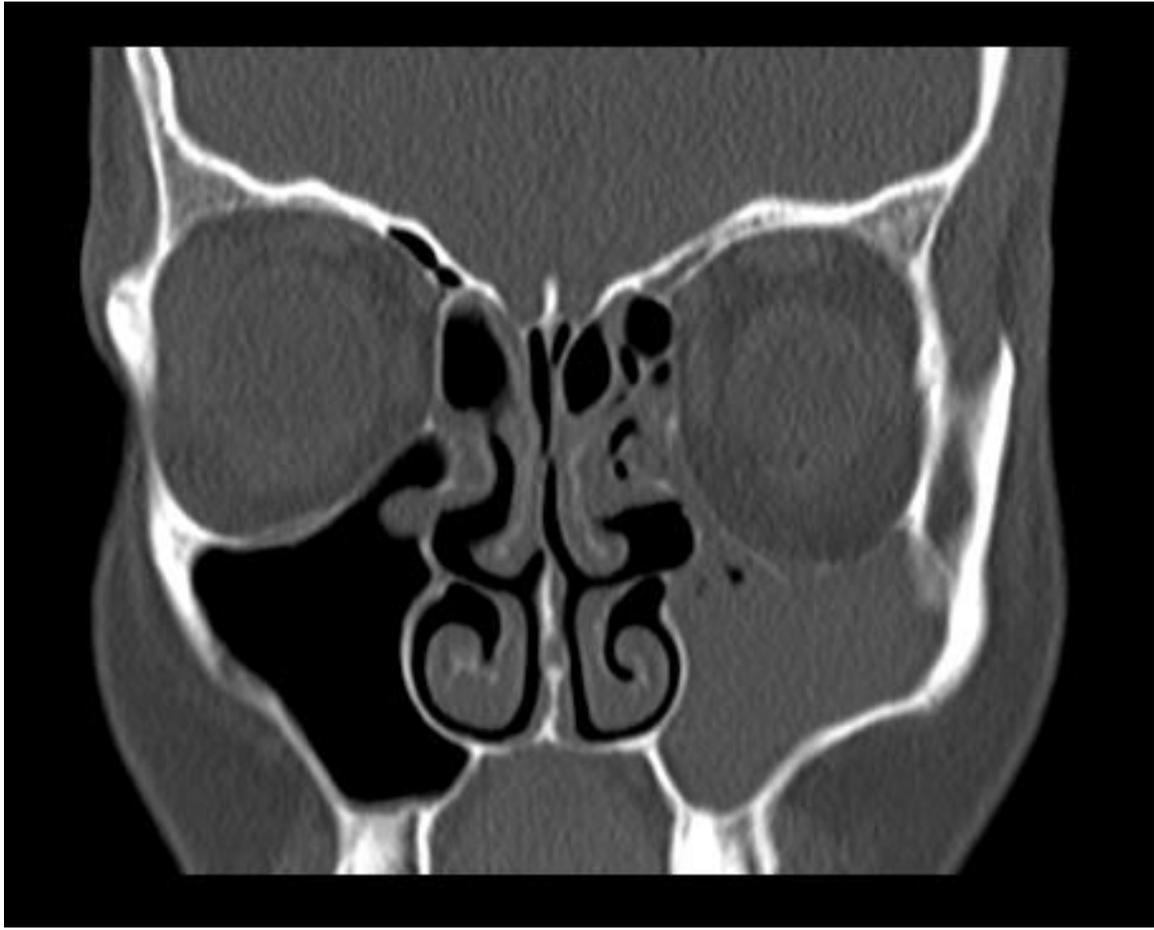
## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rosso C, Saibene AM, Felisati G, Pipolo C. Silent sinus syndrome: systematic review and proposal of definition, diagnosis and management. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* agosto de 2022;42(4):305-16.
2. Borràs Perera M, Palomar Asenjo V, Soteras Ollé J, Fortuny Llanses JC, Palomar García V. Síndrome del seno silente. *Acta Otorrinolaringológica Española.* diciembre de 2007;58(10):491-3.
3. Fiorenza UD, Spoldi C, Nekrasova L, Pipolo C, Lozza P, Scotti A, et al. Prevalence of Maxillary Sinus Hypoplasia and Silent Sinus Syndrome: A Radiological Cross-Sectional Retrospective Cohort Study. *Am J Rhinol Allergy.* enero de 2022;36(1):123-8.

**FIGURAS:**



*Figura 1: RMN. Sinusopatía bilateral con cambios inflamatorios significativos en seno maxilar izquierdo.*



*Figura 2: TC de senos. Ocupación de seno maxilar izquierdo con retracción de sus paredes y descenso de suelo de órbita.*



*Figura 3: TC de senos. Retracción de pared posterior y expansión de grasa infratemporal a seno maxilar.*



**B-AMORL**

Boletín de la Asociación Madrileña de Otorrinolaringología

**CONCURSO DE CASOS XV CONGRESO DE LA ASOCIACION MADRILEÑA**

**COLESTEATOMA INTRAPETROSO GIGANTE: RESECCIÓN  
INFRALABERÍNTICA RETROLABERÍNTICA CON APOYO ENDOSCÓPICO**

María Cecilia Scola-Torres

<https://orcid.org/0009-0007-6724-9600>

[mariacecilia.scola@salud.madrid.org](mailto:mariacecilia.scola@salud.madrid.org)

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Isabel Bueno-Aventín

<https://orcid.org/0009-0001-3507-3803>

[isabel.bueno@salud.madrid.org](mailto:isabel.bueno@salud.madrid.org)

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

María Montserrat Asensi-Díaz

<https://orcid.org/0009-0002-1840-6132>

[mariamontserrat.asensi@salud.madrid.org](mailto:mariamontserrat.asensi@salud.madrid.org)

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Mónica Rueda-Vega

<https://orcid.org/0000-0002-6501-2833>

[mruedav@salud.madrid.org](mailto:mruedav@salud.madrid.org)

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Carlos Martín-Oviedo

<https://orcid.org/0009-0008-0158-653X>

[carlos.martin@salud.madrid.org](mailto:carlos.martin@salud.madrid.org)

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**INTRODUCCIÓN**

La otitis crónica colesteatomatosa es una patología benigna con potencial para la erosión ósea, destrucción del oído medio y complicaciones extra e intracraneales. En ocasiones puede ser asintomática y desarrollarse de manera importante antes de dar signos clínicos, debutando ya en fases avanzadas. El tratamiento es eminentemente quirúrgico con intención radical para evitar recidivas,

tanto a medio como a largo plazo. Presentamos el caso de una recidiva tardía de un colesteatoma gigante intrapetroso, tratado en nuestro centro mediante una cirugía radical con un abordaje combinado; microscópico y endoscópico.

## **CASO CLÍNICO**

### Antecedentes personales y Enfermedad actual

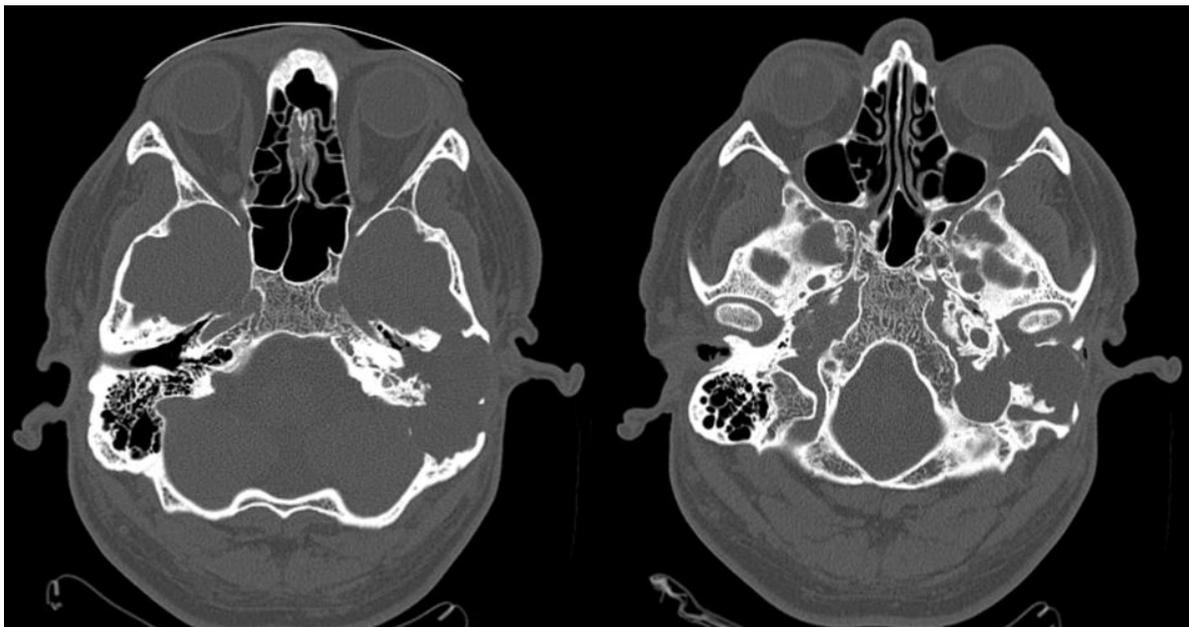
Paciente de 43 años con antecedente de aticoantrostomía hace 30 años por un colesteatoma atical izquierdo, diagnosticado tras un episodio de parálisis facial. Desde entonces, ha presentado una hipoacusia progresiva izquierda, sin otros episodios de parálisis facial, otorrea ni vértigo.

### Exploración física y Pruebas complementarias

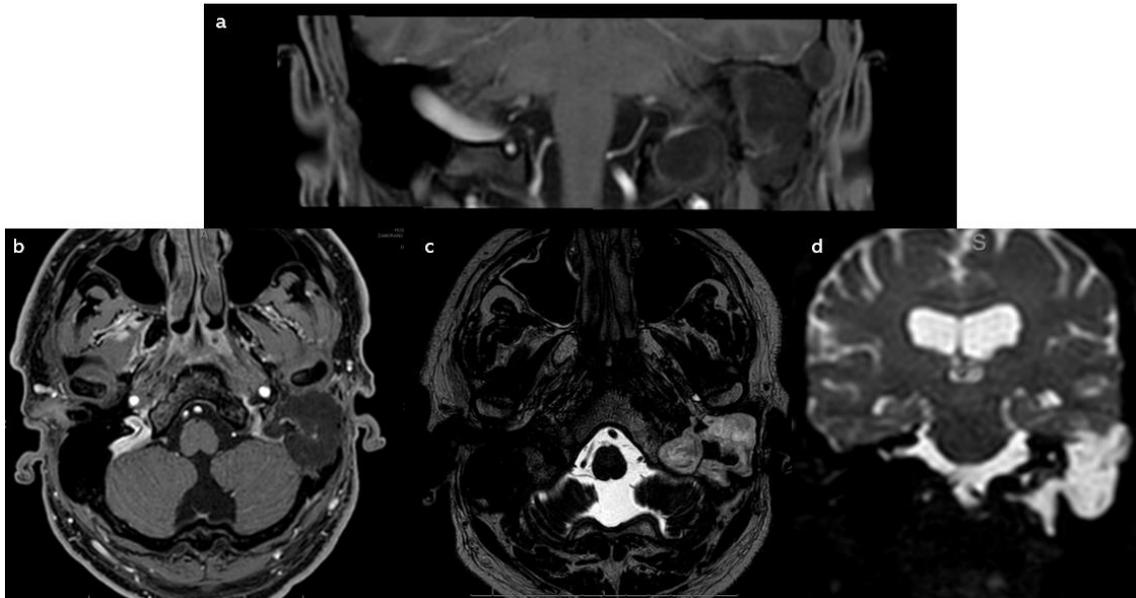
La otoscopia izquierda mostraba un conducto auditivo externo estenótico en fondo de saco, sin otorrea. La otoscopia derecha fue normal, así como la función facial.

Presentaba una hipoacusia izquierda mixta moderada-severa con una discriminación que alcanzaba el 100% a 90dB. El oído derecho era normoacúsico.

El TC y la Resonancia Magnética mostraba una lesión del oído medio izquierdo, con extensión mastoidea completa (incluyendo la región hipotimpánica), heterogénea e hiperintensa en T2 con marcada restricción de la difusión, compatible con colesteatoma. Existía una solución de continuidad con la articulación temporomandibular y en el tegmen tímpani. Mostraba infiltración del seno sigmoide por ocupación, expansión del foramen yugular, desplazando los pares craneales y destrucción ósea con impronta sobre el hemisferio cerebeloso con extensión a la fosa temporal supracigomática.



*Fig. 1 TC peñascos corte axial.*



*Fig. 2 RMN que muestra colesteatoma intrapetroso (a) T1 coronal (b) T1 axial (c) T2 axial (d) Secuencia de difusión en coronal*

#### Tratamiento quirúrgico

Comenzamos con un abordaje retroauricular con un colgajo muscular en T. Se realizó una petrosectomía subtotal conservando el bloque laberíntico y el nervio facial. Con tejido muscular autólogo, se bloqueó la trompa de Eustaquio. Se realizó un fresado de las celdas retrofaciales y la región infrabulbar, alcanzando la arteria carótida interna y el bulbo de la yugular, vía infracoclear. Se consiguió la resección macroscópica completa del colesteatoma infralaberíntico retrolaberíntico extendido hasta el clivus. Se utilizó apoyo endoscópico con una óptica de 30° para la exéresis de la región medial al nervio facial, próximo al agujero estilomastoideo. Se obliteró la cavidad con grasa abdominal y cierre por planos.

#### Evolución

El postoperatorio fue favorable, dándose de alta hospitalaria el tercer día. No presentó ningún grado de parálisis facial. La anatomía patológica confirmó el colesteatoma. A los 4 meses de seguimiento no ha presentado otras complicaciones.

#### DISCUSIÓN

El colesteatoma intrapetroso es una patología infrecuente, con una incidencia estimada de entre el 4 y 9% de todas las lesiones del hueso temporal. Invade de manera gradual el laberinto óseo y erosiona el ápex petroso y la base de cráneo lateral, pudiendo alcanzar hasta el conducto auditivo interno y el ángulo pontocerebeloso. Su extensión y potencial afectación de estructuras como el nervio facial, la cápsula ótica, la arteria carótida interna, el seno sigmoide o la duramadre, pueden ocasionar un daño funcional severo y afectar gravemente a la calidad de vida del paciente.

Para el diagnóstico, es trascendental la historia de otorreas de repetición y cirugías previas, episodios de vértigo o de parálisis facial. También es imprescindible la radiología, teniendo además un papel fundamental para la planificación quirúrgica. El TC de alta resolución del hueso temporal muestra los

límites de la erosión ósea y su extensión al oído interno, la fosa craneal media y posterior o al agujero rasgado posterior y al clivus, como en nuestro caso. La RMN con contraste se debe solicitar de manera rutinaria, que además de diagnosticar la presencia de complicaciones intracraneales, permite controlar la afectación de sistema vascular como seno sigmoide o el bulbo de la yugular, especialmente importante cuando sea necesario su cierre. En secuencias de difusión, muestra restricción de la misma, lo que lo diferencia de otras lesiones benignas como granulomas de colesterol o schwannomas.

El objetivo del tratamiento implica una cirugía de resección completa de la lesión, disminuyendo el riesgo de recidiva al máximo. Si la cirugía primaria conlleva un reto para el cirujano, las revisiones quirúrgicas en recurrencias suponen una dificultad añadida, con el peligro que ello conlleva para el paciente. Algunos de estos pacientes con lesiones extensas, no presentan déficit facial preoperatorio ni otros déficits nerviosos, por lo que la cirugía puede potencialmente disminuir de manera importante su calidad de vida. El fin es lograr el equilibrio entre la radicalidad y la menor morbilidad posible.

La elección del abordaje se debe realizar basándose en la localización y extensión de la lesión, la audición y la función facial preoperatoria. Debe garantizar el control de estructuras como el bulbo de la yugular, la arteria carótida y exponiendo de forma completa la lesión para evitar residuos y con ello, recidivas.

A pesar de la iluminación, la magnificación y la visión tridimensional que ofrece el microscopio, éste tiene algunas limitaciones. Especialmente la posibilidad de no detectar restos de matriz en espacios angulados o de difícil acceso, aumentando el riesgo de recidiva o recurrencia. La combinación del microscopio con el endoscopio, con ópticas con distintos grados de angulación, es una herramienta cada vez más utilizada en la literatura. Entre sus ventajas esta la excelente visión de todos los ángulos, como el receso infralaberíntico, para evitar dejar restos de matriz y evitar recurrencias. Además, puede ayudar en la disección de estructuras nerviosas, aumentando posibilidades de mantener su integridad como para el nervio facial o en la disección de la duramadre, evitando fístulas de LCR postoperatorias.

## **CONCLUSIÓN**

En la otitis crónica colesteatomatosa es de vital importancia el seguimiento posterior al tratamiento quirúrgico, dado su potencial riesgo de recidiva. Actualmente, la disponibilidad de realizar RMN con técnicas de difusión ha supuesto un importante cambio en el seguimiento de estos pacientes, ya que su elevada sensibilidad para detectar pequeñas recurrencias ha permitido evitar cirugías de revisión o "second look" tradicional. En nuestro caso el seguimiento se realiza mediante controles periódicos en consulta cada 3 meses en este primer año y la programación de una RMN de control a los seis meses de la cirugía. Es vital mantener una actitud vigilante en estos pacientes, o de lo contrario, nos podemos encontrar recurrencias a largo plazo que requieran abordajes quirúrgicos de una magnitud muy superior. En casos seleccionados, el apoyo endoscópico combinado con el microscópico, pueden ser de gran ayuda para evitar la persistencia de resto completando una cirugía radical y evitar complicaciones, sobre todo en casos complejos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Sanna M, Zini C, Gamoletti R, Frau N, Taibah AK, Russo A, Pasanisi E. Petrous bone cholesteatoma. *Skull Base Surg.* 1993;3(4):201-13.
2. Cazzador D, Favaretto N, Zanoletti E, Martini A. Combined Surgical Approach to Giant Cholesteatoma: A Case Report and Literature Review. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2016 Aug;125(8):687-93.
3. Iannella G, Savastano E, Pasquariello B, Re M, Magliulo G. Giant Petrous Bone Cholesteatoma: Combined Microscopic Surgery and an Adjuvant Endoscopic Approach. *J Neurol Surg Rep.* 2016 Mar;77(1):e46-9.
4. Orhan KS, Çelik M, Polat B, et al. Endoscope-Assisted Surgery for Petrous Bone Cholesteatoma with Hearing Preservation. *J Int Adv Otol.* 2019;15(3):391-395.



## CONCURSO DE CASOS XV CONGRESO DE LA ASOCIACION MADRILEÑA

### LESIÓN DESTRUCTIVA DE LA LÍNEA MEDIA NASAL: UN RETO DIAGNÓSTICO A CONTRARRELOJ

García Lerma, M; Ruiz García, C; Suazo Díaz-Recio, J; Grau Van Laak, C; Mateos Serrano, B.  
Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.  
Correspondencia: [mglerma@salud.madrid.org](mailto:mglerma@salud.madrid.org)

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 78 años que acude a urgencias hospitalarias por dolor en la pirámide nasal de un mes de evolución, añadiéndose fiebre franca los últimos días sin otra focalidad que la justifique.

El paciente niega hábitos tóxicos salvo consumo de tabaco en el pasado, tampoco refiere abuso de sustancias. Es natural de América del Sur, donde ha viajado recientemente. También ha visitado Qatar hace unas semanas. Trabaja como veterinario y es usuario crónico de vasoconstrictores nasales. El paciente sufrió en el pasado un linfoma folicular, ya en remisión; pero en ese momento se encuentra en tratamiento con rituximab por un nuevo linfoma B, esta vez de células grandes.

En nuestra exploración física, se evidencia dolor en el dorso y vestíbulo nasal y labio superior. Se observan unas lesiones ulceradas con bordes necróticos en el suelo de la fosa nasal derecha, a nivel del vestíbulo, y en el surco gingivolabial, con comunicación entre ellos. La rinoscopia anterior y la nasofibroscoopia muestran una perforación septal amplia, así como abundantes costras mielicéricas y malolientes. La identificación de estructuras anatómicas en las fosas es imposible (figura 1).

Como prueba complementaria inicial se solicita una analítica sanguínea, que revela una leve neutropenia y una proteína C reactiva de 39mg/L. También se realiza una TC facial, que muestra un aumento de partes blandas en la pirámide nasal que se extiende hasta el espacio bucal izquierdo, así como una colección de 6x10mm que erosiona los huesos palatino y maxilar.

Con estos datos, se establece el diagnóstico sindrómico de lesión destructiva de la línea media nasal. La principal sospecha etiológica es la infecciosa. El paciente está inmunodeprimido por el rituximab, tiene una profesión con contacto con animales y ha estado recientemente de viaje en lugares exóticos; por lo que no se pueden descartar etiologías como micobacterias, lepra, leishmaniasis, etc.

Por otro lado, el propio linfoma B que ya padece el paciente podría haber recidivado en esta localización anatómica. También deberían considerarse otras neoplasias tanto hematológicas como sólidas, de nuevo favorecidas por la pérdida de inmunocompetencia en el paciente.

Aunque improbable por la edad, también se incluyeron en el diagnóstico diferencial enfermedades autoinmunes como la granulomatosis con poliangiítis, la sarcoidosis o el lupus.

Se prosigue el estudio con toma de biopsia y cultivos de la mucosa nasal (bajo anestesia local). Se solicitan además tóxicos en orina y serologías virales, de hongos endémicos y de bacterias atípicas; así como estudio de autoinmunidad (ANCA, ANA, enzima convertidora de angiotensina). Al estudio de imagen previo se añade un PET-TC. Mientras se espera el diagnóstico, el paciente es manejado de forma empírica con antibioterapia (levofloxacino 500mg/12h y clindamicina 600mg/8g) y corticoterapia (metilprednisolona a mg/kg con posterior pauta descendente).

Las serologías son negativas en su totalidad salvo para los virus de herpes simple, Epstein Barr y hepatitis A, que son positivas en IgG. La autoinmunidad resulta también negativa. No se encontraron tóxicos en la muestra de orina. Los cultivos de las muestras nasales resultaron positivos para flora saprofita. En el PET-TC se aprecia únicamente captación de la lesión local ya conocida, sin poder determinar la naturaleza de ésta. La biopsia tomada con anestesia local muestra necrosis tisular sin otros hallazgos.

Tras la negatividad de todas las pruebas, biopsia incluida, se decide realizar una segunda biopsia en quirófano bajo anestesia local. Esta muestra tampoco aporta resultados específicos.

Pasan los días, el diagnóstico no se determina y la exploración física del paciente empeora, con aparición de signos de fístula cutánea en el dorso nasal y una úlcera en el paladar duro (figura 2). La antibioterapia se escala a meropenem 1g/8h y se añade profilaxis antiinfecciosa.

La no obtención de un diagnóstico claro hace decidir al equipo la toma de nuevas biopsias con una mayor obtención de tejido, esta vez bajo anestesia general. Algunas de estas muestras muestran de nuevo necrosis y tejido de granulación, pero otras resultan diagnósticas para linfoma T/NK nasal (figura 3).

El paciente es remitido a Hematología e inicia tratamiento con quimioterapia y radioterapia, que se encuentra realizando hoy en día. No obstante, la enfermedad persiste evolucionando negativamente (figura 4).

## **DISCUSIÓN**

Las lesiones destructivas de la línea media nasal son actualmente un reto diagnóstico para el otorrinolaringólogo, si bien no hace tantos años el desconocimiento de sus causas hacía que constituyesen una sentencia de muerte (“granuloma letal de la línea media”). Hoy en día sabemos que el diagnóstico diferencial es vasto e incluye etiologías de índole neoplásica, infecciosa, autoinmune y tóxica, entre otras (1–3).

El diagnóstico diferencial de las lesiones destructivas de la línea media nasal se inicia en la anamnesis (país de origen, consumo de tóxicos, síntomas sistémicos...), puesto que la exploración física es similar independientemente de la etiología. Ciertos datos de laboratorio pueden aportar grandes pistas sobre la etiología, como los marcadores de autoinmunidad, la determinación de tóxicos en orina y las serologías de virus, bacterias atípicas hongos endémicos. Las pruebas de imagen nos orientan sobre la extensión de la destrucción y el alcance de estructuras nobles, pero apenas aportan datos sobre la etiología de la lesión. El diagnóstico definitivo lo aporta el estudio histológico e inmunohistoquímico de la lesión, si bien los resultados no concluyentes son frecuentes. Una orientación diagnóstica adecuada y la toma de varias muestras (a veces en varias ocasiones) facilitarán este proceso (1–3).

El linfoma T/NK nasal es una entidad de reciente descripción debido a su difícil diagnóstico anatomopatológico, prácticamente dependiente de las técnicas de inmunohistoquímica. Se estima que un porcentaje considerable de lesiones destructivas de la línea media nasal antes consideradas idiopáticas se corresponderían con esta etiología en la actualidad. Esta neoplasia se caracteriza por su carácter extranodal y por su evolución subaguda y necrotizante debido a la angioinvasión por parte de los linfocitos T neoplásicos. Afecta de forma típica a varones de mediana edad y se relaciona íntimamente con el virus Epstein Barr, de ahí su mayor prevalencia en Oriente Medio y Sudamérica. La supervivencia a los cinco años es del 70% y no llega al 50% en estadios avanzados. El tratamiento se basa en la radioterapia y la quimioterapia, reservándose la cirugía para el diagnóstico de la enfermedad o con fines paliativos (4,5).



Figura 1: exploración física del paciente el primer día de ingreso. Se aprecian signos inflamatorios en el dorso nasal (A), así como una úlcera en el surco gingivolabial (B). Esta úlcera se comunicaba con el vestibulo nasal.



Figura 2: empeoramiento de la exploración física del paciente a los 15 días del ingreso, con aparición de fístula cutánea en dorso nasal (A) y una lesión ulcerosa en el paladar duro (B).

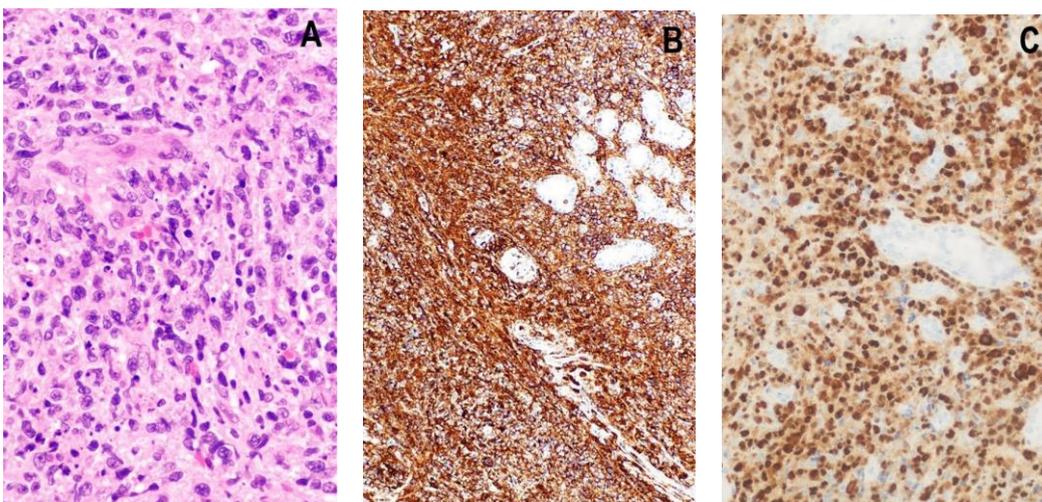


Figura 3: histología e inmunohistoquímica de una de las biopsias diagnósticas del paciente. Se muestra presencia de linfocitos en la tinción hematoxilina-eosina (A), así como la expresión del marcador CD45 (B) y de EBER (C), característicos de los linfomas T/NK y la relación con el VEB respectivamente.



Figura 4: progresión de la necrosis de la pirámide nasal a los dos meses del diagnóstico pese al tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Parker NP, Pearlman AN, Conley DB, Kern RC, Chandra RK. The dilemma of midline destructive lesions: a case series and diagnostic review. *Am J Otolaryngol.* marzo de 2010;31(2):104-9.
2. Westreich RW, Lawson W. Midline Necrotizing Nasal Lesions: Analysis of 18 Cases Emphasizing Radiological and Serological Findings with Algorithms for Diagnosis and Management. *Am J Rhinol.* julio de 2004;18(4):209-19.
3. Bianchi FA, Gerbino G, Tosco P, Tanteri G, Gatti G, Ramieri G. Progressive midfacial bone erosion and necrosis: Case report and differential diagnosis. *J Cranio-Maxillofac Surg.* diciembre de 2014;42(8):1698-703.
4. Metgud R, Doshi J, Gaurkhede S, Dongre R, Karle R. Extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type (angiocentric T-cell lymphoma): A review about the terminology. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2011;15(1):96.
5. Gama R, Sousa M, Castro F, Condé A. Nasal-type extranodal NK/T-cell lymphoma: a diagnostic challenge. *BMJ Case Rep.* enero de 2021;14(1):e241500.

**CONCURSO DE CASOS XV CONGRESO DE LA ASOCIACION MADRILEÑA****EXÉRESIS DE MELANOMA NASAL MEDIANTE ABORDAJE COMBINADO:  
PARALATERONASAL Y ENDOSCÓPICO**

Isabel Bueno Aventin<sup>1</sup>, María Cecilia Scola Torres<sup>2</sup>, Andreas Schilling Borghesi<sup>3</sup>, Amalia María Fiestas Tartiere<sup>4</sup>, Guillermo Manuel Sanjuan de Moreta<sup>5</sup>

Mail del autor para correspondencia: [isabel.bueno.aventin@gmail.com](mailto:isabel.bueno.aventin@gmail.com)

**INTRODUCCIÓN**

El melanoma nasosinusal es una enfermedad poco común, que se corresponde con menos del 1% de los melanomas y hasta el 4% de los tumores malignos nasosinuales. Es un tumor agresivo con muy mal pronóstico independientemente del tratamiento seleccionado.

Los datos publicados en la literatura de supervivencia en los 5 primeros años varían entre un 6 y un 35%, con una supervivencia media que no excede los 3 años.

La resección quirúrgica con márgenes libres es el tratamiento de elección del melanoma nasosinusal. La radioterapia adyuvante parece mejorar el control locorregional aunque no ha demostrado tener un impacto en la mejoría de la supervivencia global.

**CASO CLÍNICO**

## Anamnesis

Paciente mujer de 82 años que acude a consultas externas de Otorrinolaringología derivada del Médico de Atención Primaria por sensación de obstrucción nasal izquierda, rinorrea acuosa de fosa nasal izquierda, hiposmia y epífora de 3 meses de evolución.

## Antecedentes personales

- Alergia a estreptomicina.
- Enfermedades previas: Hipertensión arterial.
- No antecedentes familiares de interés.

## Exploración física

- Rinoscopia anterior: Desviación septal derecha con presencia de masa en fosa nasal izquierda.
- Endoscopia nasal: Fosa nasal izquierda totalmente ocupada por tumoración marronácea que desplaza septum nasal, aparentemente no infiltrado.

### Pruebas complementarias

-TAC y RM de senos paranasales: Proceso neofornativo en fosa nasal izquierda que se extiende hacia la coana ipsilateral, alcanza también la coana contralateral y afecta a la rinofaringe. En sentido craneal invade las celdillas etmoidales. Sin signos de extensión intraorbitaria o intracraneal (Fig. 1)

-Biopsia masa de fosa nasal izquierda: Melanoma intranasal

-PET-TAC oncológico FDG-18: Ocupación de toda la fosa nasal izquierda por una tumoración con densidad de partes blandas intensamente hipermetabólica (SUV 10.31) que se extiende sin solución de continuidad desde el vestíbulo nasal hasta el techo de la rinofaringe (ocupando en su mayor parte, produciendo una disminución del calibre de la vía aérea superior) y condiciona cambios líticos en los cornetes ipsilaterales y las paredes nasales óseas. Se extiende a la coana contralateral. No se detectan ganglios cervicales de tamaño patológico. No se ven signos de afectación metastásica pleuropulmonar ni ganglios hiliomediastínicos, axilares, ni marnarios internos de tamaño patológico.

Diagnóstico: Tumoración fosa nasal izquierda-melanoma intranasal

### Tratamiento

Se realiza exéresis de melanoma de fosa nasal izquierda mediante abordaje combinado paralateronasal y endoscópico.

Se lleva a cabo una exéresis completa de la tumoración y toda la mucosa adyacente de fosa nasal izquierda mediante abordaje abierto tras incisión de Weber Ferguson y cirugía endoscópica endonasal. Se realiza una osteotomía de hueso nasal propio y apófisis ascendente de hueso maxilar superior izquierdos para lograr una exposición completa de la tumoración.

Durante el abordaje endonasal, con el objetivo de extraer la pieza quirúrgica y disminuir el sangrado intraoperatorio, se ligan la arteria etmoidal anterior y el pedículo esfenopalatino izquierdos. Se coloca un taponamiento nasal en cada fosa. (Fig. 2)

Se logra una extracción de la tumoración endonasal izquierda completa en varios fragmentos, que se envían a Anatomía Patológica para posterior análisis: la primera de ellas se etiqueta como "tumoración fosa nasal izquierda" y la segunda "margen superior de hueso propio izquierdo". (Fig. 3)

### Evolución

La paciente presenta una buena evolución clínica post-operatoria, por lo que es dada de alta del hospital con seguimiento en consultas externas.

El estudio anatomopatológico confirma que nos encontramos ante un melanoma mucoso nasal con infiltración focal del hueso esponjoso y cortical remitidos en la pieza. La segunda muestra ("margen superior de hueso propio izquierdo") se informa como mucosa respiratoria sin evidencia de malignidad. Se presenta el caso de la paciente con los resultados de la Anatomía Patológica en Comité de Tumores de Cabeza y Cuello, tomando la decisión conjunta con equipo de Oncología y Oncología Radioterápica de no administrar Radioterapia ni Quimioterapia a la paciente.

Se continúa seguimiento de la paciente en consultas externas de Otorrinolaringología mediante controles endoscópicos y radiológicos (RM).

(Fig. 4 y 5)

En el control endoscópico a los 27 meses de la primera intervención se visualiza una tumoración en el suelo de la cavidad nasal derecha mediante control endoscópico, por lo que se realiza TAC con contraste pre-quirúrgico, que es informado como masa nasal captante (tamaño aproximado de 26x21x20mm) compatible con recidiva de melanoma nasal intervenido. Aparente base de implantación en mitad posterior del suelo de hemifosa derecha y meato inferior. Dicho tumor condiciona una remodelación sin erosión del hemipaladar duro derecho. En sentido craneal la masa alcanza un plano inmediatamente inferior al ostium esfenoidal, sin signos de infiltración ósea asociada.

Se decide realizar una segunda intervención (en este caso exclusivamente por CENS), mediante una resección completa de la tumoración rodeada de tejido sano en suelo de fosas y pared posterior posterior de senos maxilares. Se reseca un margen amplio de paladar blando y mucosa de ambas trompas de Eustaquio, quedando expuesto la porción ósea y cartilaginosa de dichas trompas. Se decide coagular la arteria nasal posterior lateral derecha. Se deja un taponamiento bilateral.

La anatomía patológica de la pieza es informada como melanoma mucoso con márgenes de resección libres. En el momento actual la paciente continúa en seguimiento en consultas externas de Otorrinolaringología sin signos de recidiva (30 meses tras la primera intervención y 4 meses tras la segunda). (Fig. 6)

## **DISCUSIÓN**

El melanoma endonasal es una rara y agresiva tumoración que se origina en los tejidos pigmentarios de la nariz y los senos paranasales.

Los síntomas que aquejan estos pacientes suelen ser obstrucción nasal unilateral y episodios de epistaxis.

Dada la inespecificidad de su sintomatología inicial, su diagnóstico puede pasar desapercibido y detectarse en estadios avanzados.

A pesar de su mal pronóstico, la cirugía con márgenes de resección libres continúa siendo el tratamiento de elección.

No existe en el momento actual un consenso acerca del tratamiento adyuvante de este tipo de tumores, dado que no hay series de casos con un tamaño suficiente para avalar un tipo de tratamiento concreto.

El principal problema de los melanomas endonasales es que presentan un alto índice de recidiva local y a distancia, con un índice de supervivencia a los 5 años que no supera el 35%.

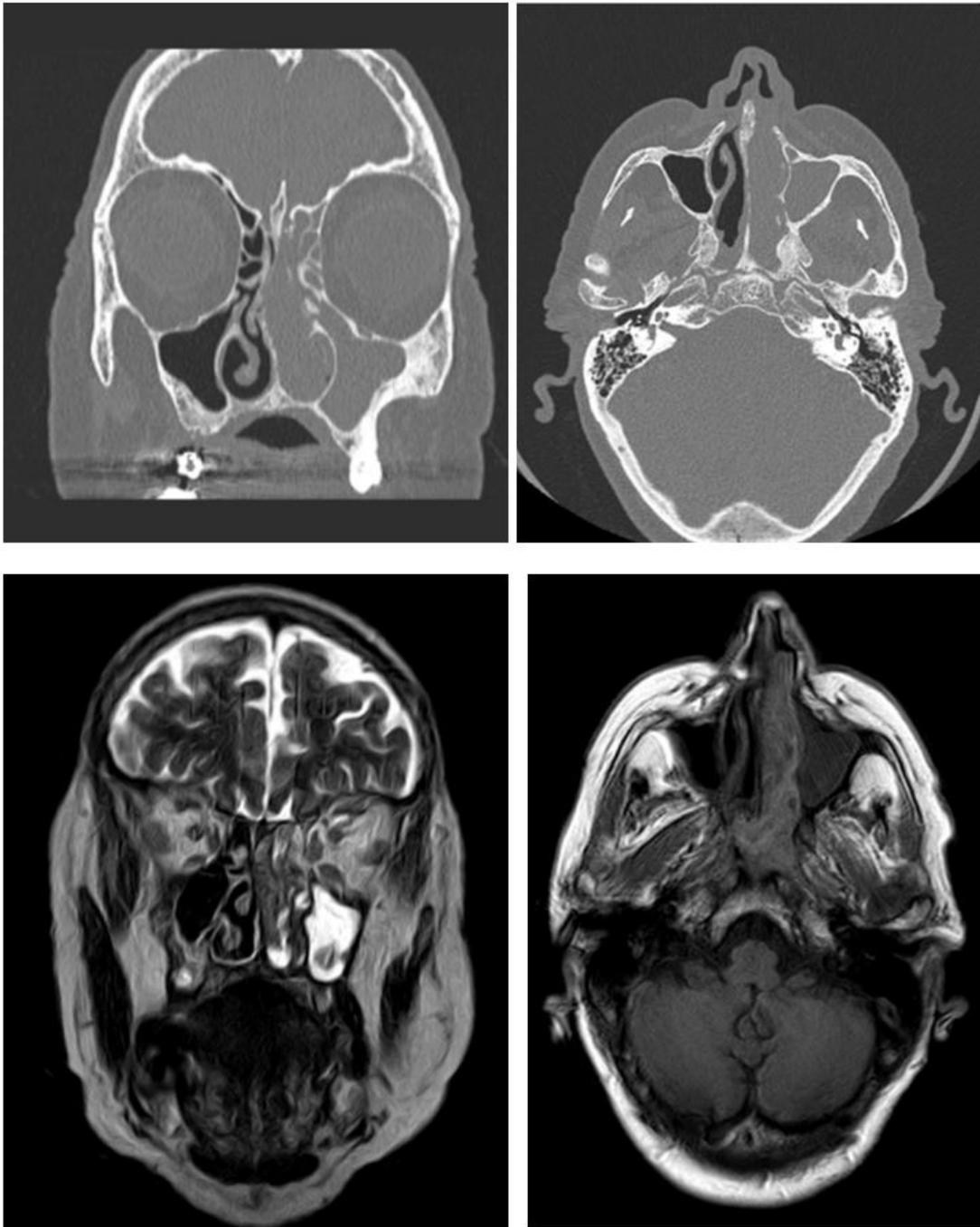
## **BIBLIOGRAFÍA**

- Adrianakis A, Kiss P et al. Sinonasal mucosal melanoma: treatment strategies and survival rates for a rare disease entity. *Wien Klin Wochenschr.* 2021 [consultado el 28 de mayo de 2023] 133(11).
- Amit M, Na'ara S, Hanna EY. Contemporary Treatment Approaches to Sinonasal Mucosal Melanoma. *Curr Oncol Rep.* 2018 [consultado el 28 de mayo de 2023] ;20(10).
- Gal TJ, Silver N, Huang B. Demographics and treatment trends in sinonasal mucosal melanoma. *Laryngoscope.* 2018 [consultado el 28 de mayo de 2023] ;121(8).

-Mantin T, Tillman B et al. Sinonasal Melanoma: A single institutional análisis and future directions. J Neurol Surg B Skull Base. 2019; 80(5).

-Miglani A, Patel SH et al. Endoscopic resection of sinonasal mucosal melanoma has comparable outcomes to open approaches. Am J Rhinol Allergy. 2017; 31(3).

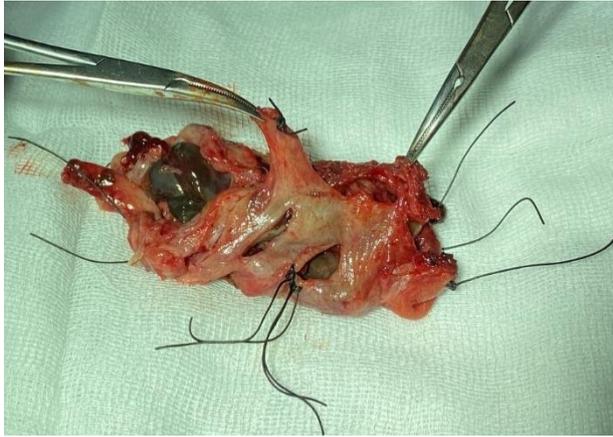
**FIGURAS:**



*Figura 1. TAC y RM de senos paranasales con contraste, donde se aprecia la tumoración endonasal izquierda y la extensión paranasal y rinofaríngea que presenta.*



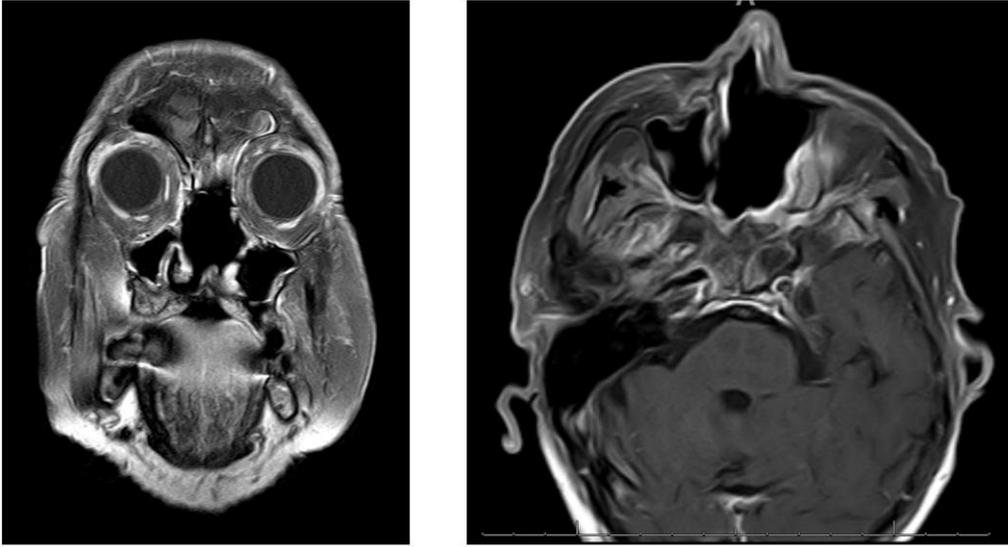
*Figura 2. Abordaje paranasal tras incisión de Weber Ferguson con exposición de melanoma endonasal y posterior excisión de dicho melanoma.*



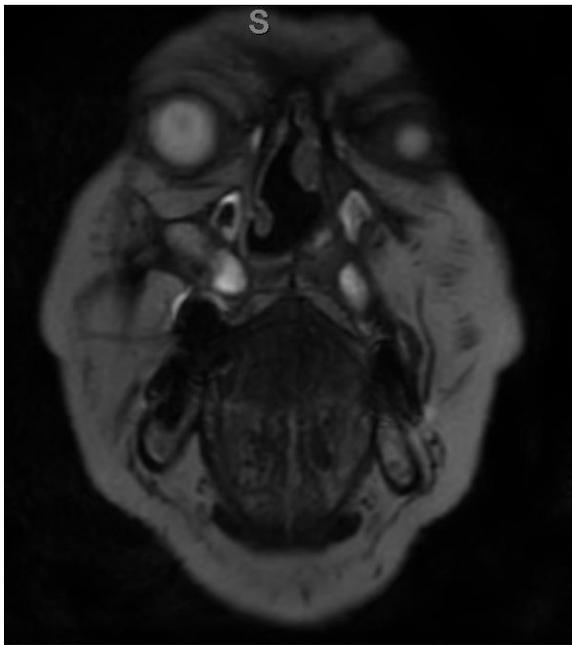
*Figura 3. Pieza quirúrgica extraída en varios fragmentos, con un tamaño de 8,5x2,6 cm.*



*Figura 4. Resultado estético al año tras resección de melanoma por abordaje combinado.*



*Figura 5. RM de control al año tras resección de melanoma (corte coronal y axial).*



*Figura 6. RM de control 4 meses post-resección de recidiva de melanoma endonasal: sin signos de recidiva.*



## CONCURSO DE CASOS XV CONGRESO DE LA ASOCIACION MADRILEÑA

### LINFOMA MALT FARÍNGEO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

#### AUTORES

- Dra. Paloma Álvarez-Hernández. Médico Interno Residente 2º año del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España.  
E-mail: [palvarezhernandez@salud.madrid.org](mailto:palvarezhernandez@salud.madrid.org)  
URL: <https://orcid.org/0000-0002-9978-5236>
- Dr. Joaquín Horna Schlincker. Médico Interno Residente del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- Dra. Teresa Conde Gómez-Menor. Médico Interno Residente del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- Dra. Falening De la Rosa Astacio. Médico adjunto del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- Dr. Adolfo Toledano Muñoz. Médico adjunto del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

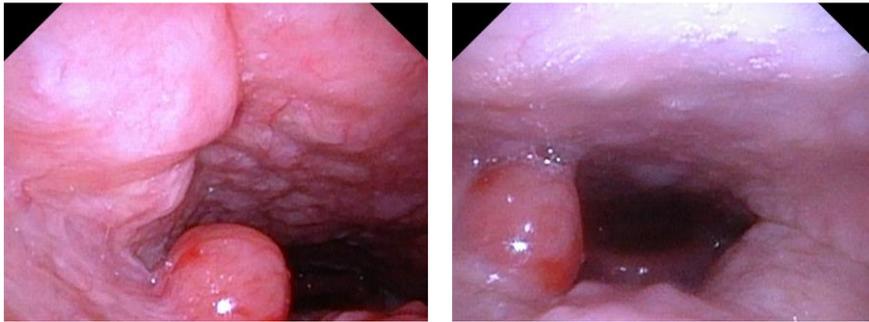
#### INTRODUCCIÓN

El linfoma asociado a mucosas (MALT) es una neoplasia maligna no-Hodgkin de células B con afectación extranodal. Es más frecuente en tracto gastrointestinal, médula ósea y pulmón<sup>1</sup>. La cavidad oral y orofaringe son localizaciones excepcionales. Presenta mayor incidencia en varones de 60 a 70 años. Debido a que la sintomatología es anodina, el diagnóstico definitivo es histopatológico asociado a marcadores característicos<sup>2</sup>. No existe protocolo de tratamiento estándar. Estas lesiones son poco agresivas, por lo que las recurrencias son raras.

#### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 63 años diabético, hipertenso y fumador en tratamiento por otitis media secretora de repetición de años de evolución. Durante sus revisiones periódicas no se objetivó ninguna lesión a la exploración orofaríngeoscópica ni fibrolaringoscópica. En una de las revisiones se observa mediante fibrolaringoscopia una lesión en cara posterior de paladar blando lateral derecha no visible mediante orofaringoscopia (figuras 1 y 2). La resonancia magnética evidencia una lesión polipoidea inespecífica en margen posterior de paladar blando y faringe sin adenopatías sospechosas (figura 3). Se realiza extirpación quirúrgica de la tumoración y estudio anatomopatológico. El estudio morfológico muestra la presencia de células linfoides de tamaño intermedio rodeando centros germinales residuales. En la inmunohistoquímica hay sobreexpresión de los marcadores B CD20, PAX-5 y BCL2 con negatividad para CD5, CD10, BCL6 y Ciclina D1 (figura 4), lo que recalca la probabilidad

de tratarse de un linfoma MALT. El paciente es derivado al Servicio de Hematología para estudio de extensión y seguimiento. Finalmente, el paciente no ha necesitado tratamiento adicional y actualmente permanece sin recidiva al año de ser diagnosticado (figura 5).



Figuras 1 y 2. Fibrolaringoscopia: lesión en cara posterior de paladar blando lateral derecha de aspecto polipoideo.

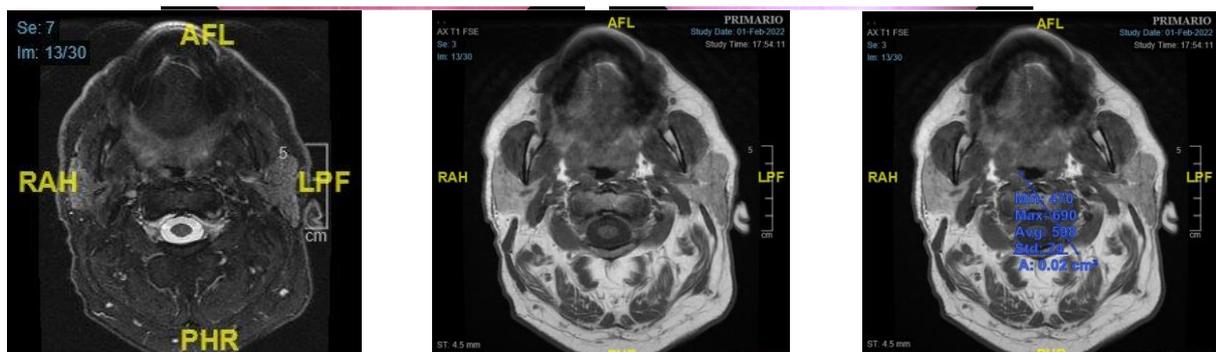
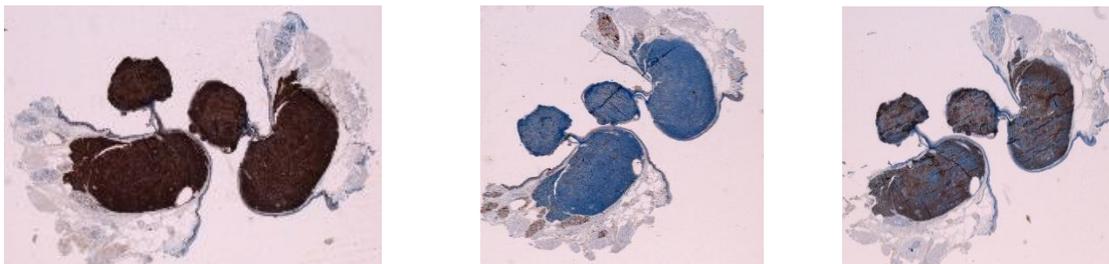
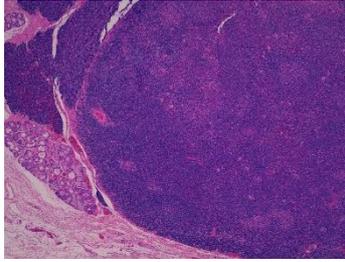


Figura 3. (A) RMN laringe y cuello corte axial T2 STIR; (B Y C) RMN laringe y cuello corte axial T1.

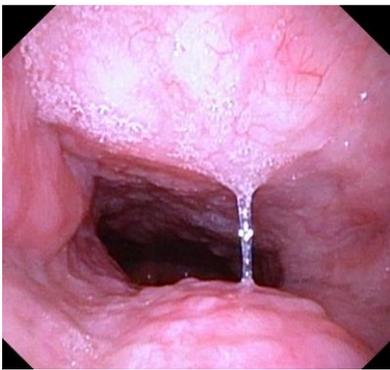
## DISCUSIÓN

La aparición de una masa en las paredes de paladar blando es un hallazgo poco habitual en nuestra práctica clínica, lo que nos obliga a su estudio mediante extirpación, biopsia y análisis histopatológico de la lesión. El diagnóstico definitivo depende de la inmunohistoquímica y la positividad de los marcadores específicos CD5+, CD20+, Ciclina D1+, BCL2+ y CD23-/+<sup>2,4,5</sup>, los cuales coinciden con los de nuestro paciente. El tratamiento es individualizado en función de las características de cada paciente. Lo más frecuente es la administración de RT o QT-RT, sin embargo, las lesiones bien localizadas en estadio I pueden realizar tratamiento conservador<sup>3</sup>.





*Figura 4. Estudio inmunohistoquímico: (A) BCL2+; (B) CD5, CD10, BCL6 y Ciclina D1 -; (C) PAX5+; (D) Hematoxilina-eosina 40x folículos residuales rodeados de c. linfoides intermedias.*



*Figura 5. Fibrolaringoscopia*

## **CONCLUSIÓN**

Nuestro paciente debuta como un hallazgo incidental de rápida evolución. Se debe tener en cuenta que lesiones simples pueden no resultar tan banales con un diagnóstico incierto, por ello una orientación correcta del estudio anatomopatológico es fundamental para el diagnóstico definitivo. A pesar de ser lesiones de baja incidencia en el área ORL es de vital importancia incluirlas en el diagnóstico diferencial de masas orofaringolaríngeas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, Thiele J, editors. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues (Revised 4th edition). IARC; 2017.
2. Carvalho MVR, Rodrigues-Fernandes CI, de Cáceres CVBL, Mesquita RA, Martins MD, Román Tager EMJ, Carlos R, Pires FR, Robinson L, van Heerden WFP, Valente VB, Xavier-Júnior JCC, Bernabé DG, Pontes HAR, Soares CD, da Costa MHM, Vargas PA, Fonseca FP. Mantle cell lymphoma involving the oral and maxillofacial region: a study of 20 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2023 Jan;135(1):101-109.

3. Georgaki M, Theofilou VI, Pettas E, Piperi E, Stoufi E, Panayiotidis P, Nikitakis NG. Blastoid Mantle Cell Lymphoma of the Palate: Report of a Rare Aggressive Entity and Review of the Literature. *Head Neck Pathol.* 2022 Jun;16(2):631-642.
4. Mohamed A, Cowie R, Shanahan D. Mantle cell lymphoma: a rare cause for a swollen palate. *BMJ Case Rep.* 2020 Oct 4;13(10):e238332.
5. Kyo C, Kawaoka Y, Kinoshita K, Ohno H. Mantle cell lymphoma presenting with a tumor of the hard palate. *Intern Med.* 2010;49(15):1663-6.



## CONCURSO DE CASOS XV CONGRESO DE LA ASOCIACION MADRILEÑA

### ABSCESO FACIAL BILATERAL

Autores: Conde Gómez-Menor T, Horna Schlincker J, Álvarez Hernández P, Dr. Toledano Muñoz A, Aparicio Fernández JM.

Institución: Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Email del autor: teresa.conde@salud.madrid.org

URL:

- Conde Gómez-Menor T <https://orcid.org/0009-0003-6438-0399>
- Horna-Schlincker J <https://orcid.org/0000-0003-0957-4900>,
- Álvarez Hernández P <https://orcid.org/0000-0002-9978-5236>
- Adolfo Toledano Muñoz <https://orcid.org/0000-0001-9894-6838>
- Aparicio-Fernández JM <https://orcid.org/0000-0002-6184-7307>

#### INTRODUCCIÓN

Los abscesos son cavidades donde se acumula material purulento. En este caso, se encontraron en la región facial de manera bilateral. Su etiología es variada, pudiendo encontrar como origen un foco odontógeno, infecciones contiguas o material protésico. La mala higiene dental, la edad avanzada, la diabetes mellitus y la obesidad son factores de riesgo comunes para la presentación de este tipo de abscesos. Sin embargo, a veces pueden plantear un verdadero reto diagnóstico. El objetivo de este caso clínico es presentar el manejo de una paciente con absceso facial bilateral.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Anamnesis:

Mujer de 83 años, diabética, natural de Cuba, que acude a Urgencias con eritema facial doloroso con signos de infección (empastamiento, induración y fluctuación), sin fiebre.

Antecedentes personales:

- Intolerancia a betalactámicos
- Diabetes mellitus tipo 2
- Hipertensión
- Cardiopatía isquémica en 2007
- Asma

Exploración física:

- Cavidad oral y orofaringe: piezas dentales en mal estado.

- Inspección y palpación facial: empastamiento, induración y fluctuación de ambas regiones malares (imagen 1).
- Rinoscopia anterior: lesiones nodulares con pústula central en cada narina de una semana de evolución (imagen 2).
- Palpación cervical: no masas palpables.



Imagen 1.



Imagen 2. Narina derecha.

Tratamiento inicial:

La paciente ingresa en Medicina Interna por absceso facial bilateral y foliculitis en ambas narinas. Se solicita: analítica sanguínea y cultivo de exudado nasal para guiar tratamiento.

Se trató empíricamente con metilprednisolona 40mg/24h + Aztreoman 1 gr/8h y Linezolid 600mg/12h ya que la paciente es intolerante a Amoxicilina-ácido clavulánico.

Después de tres días de ingreso la evolución no fue favorable, motivo por el cual se añade Amikacina y se interconsulta al servicio de Otorrinolaringología que solicitamos TC de senos paranasales y realizamos drenaje por abordaje de surco gingivolabial a cada lado con anestesia local.

## RESULTADOS

Pruebas complementarias:

- El resultado de la analítica sanguínea de urgencias mostró leucocitosis con neutrofilia y PCR elevada (de 275 mg/L). Además, se observaron cifras mantenidas de glucosa >220 mg/dL (mal control de la glucemia).
- Con la intención de identificar el microorganismo causante de la infección facial y guiar la antibioterapia, se realizó cultivo de exudado nasal con resultado de Staphylococcus aureus resistente a Oxacilina, orientándonos así la foliculitis de ambas narinas como etiología principal.
- El resultado del TC de senos paranasales fue de extensos cambios inflamatorios que afectaban al tercio medio facial, fundamentalmente a la región del labio superior y base de pirámide nasal, así como del septo con áreas de aspecto flemonoso en evolución a abscesificación en región maxilar y base de pirámide nasal. Edema de tejidos blandos sin alteraciones orbitarias ni óseas (imagen 3).

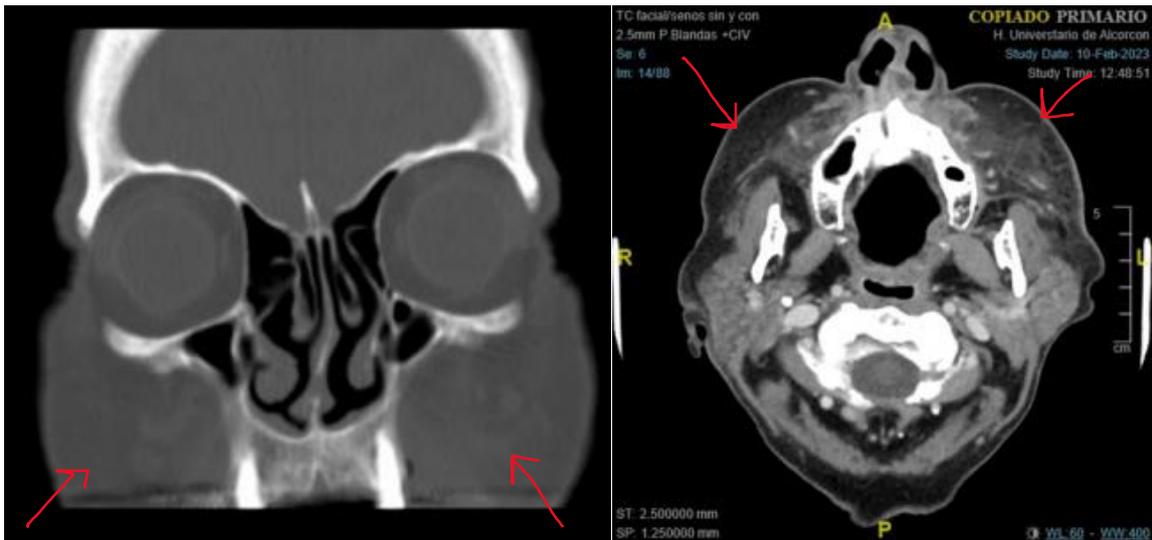


Imagen 3.

Tratamiento tras pruebas complementarias:

Se realizó drenaje con abordaje por surco gingivolabial de manera bilateral con anestesia local con abundante salida de material purulento. Se repitió el proceso diariamente durante 3 días más por la persistencia de la palpación fluctuante, del dolor y de la salida espontánea de material purulento por los abordajes ya realizados.



Juicio clínico: Absceso facial bilateral.

Evolutivo:

Ante la no mejoría, sospechamos la presencia de material protésico facial que la paciente negó. No obstante, palpamos dos masas redondas y duras en región media malar bilateral, motivo por el cual decidimos solicitar una resonancia magnética diferida que la paciente rechazó.

Tras el drenaje repetido la paciente evoluciona favorablemente con mejoría de los síntomas, del control glucémico y desaparición completa de la inflamación y secreción purulenta, por lo que fue dada de alta a domicilio.

## **DISCUSIÓN**

Queremos mostrar este caso por ser una forma de presentación rara de absceso facial. Supuso un reto diagnóstico ya que su etiología podía ser por origen odontógeno (mala higiene dental), por infecciones contiguas (foliculitis nasal bilateral), material protésico (sospecha no demostrada) y además cumplía todos los factores de riesgo. Ya que se ha observado un aumento de los casos en relación a prótesis con hilos o silicona deberíamos tenerlo en cuenta a la hora de realizar la anamnesis. No obstante, sea cual sea el foco primario debemos realizar drenaje del absceso y antibioterapia para conseguir su resolución.

## **CONCLUSIÓN**

Ante cualquier infección local que se complica con absceso de partes blandas es importante realizar un drenaje y guiar antibioterapia. La modalidad de anestesia (local o general) depende de las características del paciente y la localización del mismo. La anamnesis y antecedentes personales del paciente nos ayudarán a sospechar el desencadenante de la infección.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Joethy, J. V., Cheah, A., & Ang, C. H. (2020). Facial abscess from unlicensed thread lift. *Singapore medical journal*, 61(9), 498–499.
2. Mistry R. D. (2013). Skin and soft tissue infections. *Pediatric clinics of North America*, 60(5), 1063–1082.
3. Abbasi, M., Bayat, M., Beshkar, M., & Momen-Heravi, F. (2012). Ultrasound-guided simultaneous irrigation and drainage of facial abscess. *The Journal of craniofacial surgery*, 23(2), 558–559.
4. Lewis, D. L., Butts, C. J., & Moreno-Walton, L. (2014). Facing the danger zone: the use of ultrasound to distinguish cellulitis from abscess in facial infections. *Case reports in emergency medicine*, 2014, 935283.

**CONCURSO DE CASOS XV CONGRESO DE LA ASOCIACION MADRILEÑA****SINUSITIS AGUDA COMPLICADA EN UN NIÑO**

*Autores: Agustina Nicole Arbía Kalutich<sup>1</sup>; María del Mar Martínez Ruiz-Coello<sup>1</sup>; Estefanía Miranda-Sánchez<sup>1</sup>; Cristina García García; Guillermo Plaza Mayor<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup>Médico residente de Otorrinolaringología en el Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

<sup>2</sup>Jefe de servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Fuenlabrada y Hospital Universitario La Zarzuela. Madrid.

**REPORTE DEL CASO**

Se presenta el caso de un niño de 8 años que acude a las urgencias de pediatría de nuestro hospital por presentar cefalea de una semana de evolución, febrícula hasta 37.8°C, tos y rinorrea acompañante. Se le pauto amoxicilina oral a 80 mg/kg/d y se dio de alta a domicilio.

Tras 24 horas vuelve a consultar por inicio de edema palpebral doloroso y cefalea. A la exploración se evidencia edema palpebral en el ojo izquierdo, acompañado de proptosis, dificultad para abrir el ojo, ligera diplopía y limitación de los movimientos oculares (Figura 1).



*Figura 1: Exploración del paciente previo a ser intervenido. Se observa edema y eritema palpebral del ojo izquierdo.*

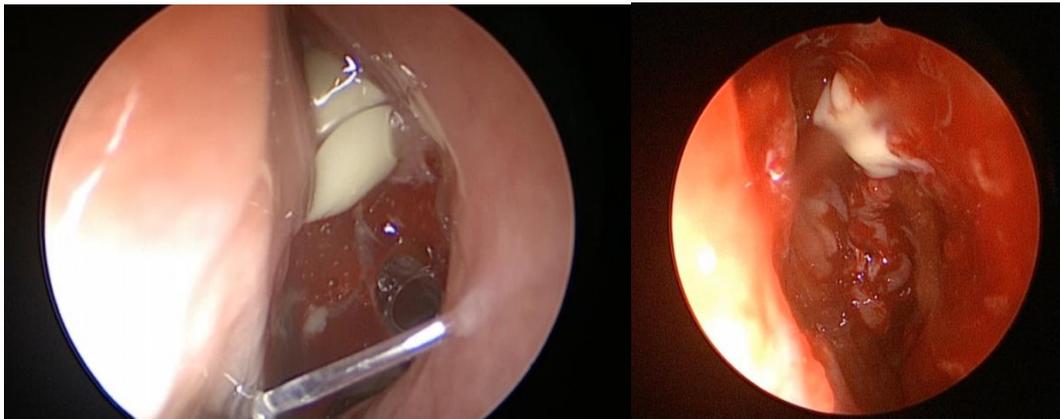
Se solicita analítica de sangre, con presencia de elevación de los reactantes de fase aguda (PCR de 12.58 mg/dl) y leucocitosis de 21.000 con neutrofilia (84%). Se realiza TAC de senos paranasales con

presencia de celulitis orbitaria pre y postseptal izquierda, pequeño absceso subperióstico etmoidal izquierdo, miositis del músculo recto medial y posible trombosis de vena oftálmica superior (Figura 2).



*Figura 2: TC corte coronal donde se observa ocupación en seno maxilar izquierdo y celdillas etmoidales.*

Se pide interconsulta a otorrinolaringología programando cirugía endoscópica nasal (CENS) ante los hallazgos en la exploración clínica y radiológica. En el quirófano se realiza unciformectomía, etmoidectomía anterior y posterior, meatotomía media amplia con salida de material purulento, además de drenaje de pus al presionar el ojo (Figura 3).



*Figura 3: Imágenes de drenaje de material purulento durante la intervención. En la segunda imagen podemos observar salida de pus al apretar el ojo.*

Tras la cirugía el paciente se queda ingresado con tratamiento intravenoso con cefotaxima a 200 mg/kg/día y clindamicina a 40 mg/kg/día y metilprednisolona 30 mg cada 12 horas en pauta descendente, observando mejoría progresiva.

Al 8º día de ingreso se evidencia un empeoramiento con mayor inflamación palpebral y con imposibilidad para la apertura ocular. Se solicita nuevo TAC con persistencia de ocupación completa de las celdillas etmoidales y del seno frontal (Figura 4).



*Figura 4.*

Ante estos hallazgos clínicos y radiológicos se decide nueva CENS en la que se lleva a cabo etmoidectomía anterior y posterior observando salida de moco denso por celdillas periorbitarias. Se realizó la ampliación de ostium de maxilar izquierdo y entrada en seno frontal con salida de moco. No se observó drenaje de pus a la compresión del globo ocular. Una semana tras la reintervención el paciente se encuentra mucho mejor, sin proptosis ni edema ocular. A la exploración no se evidencia edema o eritema palpebral superior o inferior izquierdo. Los movimientos oculares se encuentran conservados y no presenta dolor en región orbitaria (Figura 5).



*Figura 5.*

Tras completar 20 días de antibiótico intravenoso, se decide dar alta a domicilio con tratamiento antibiótico oral y lavados nasales con suero fisiológico 5 veces al día y seguimiento en consultas ORL de forma ambulatoria.

#### **DISCUSIÓN:**

La sinusitis es un evento infeccioso e inflamatorio que afecta a la mucosa que recubre los senos paranasales. La sinusitis aguda es un cuadro infeccioso, que mayoritariamente suele ser de origen vírico, acompañado de una sobreinfección bacteriana en el seno paranasal correspondiente<sup>1</sup>.

El diagnóstico actual de la rinosinusitis es un diagnóstico clínico, en el que destaca la aparición brusca de congestión nasal, presión o dolor facial, hiposmia o anosmia, fiebre, tos y dolor maxilar<sup>1</sup>. En la edad pediátrica suelen presentarse con un catarro de vías respiratorias altas<sup>2</sup>. Las pruebas de imagen se reservan para casos en los que se sospechan complicaciones intracraneales, u orbitarias como en el caso descrito.

Cuando nos encontramos con un caso de sinusitis en la infancia, debemos tener en cuenta el desarrollo de los senos paranasales. En el momento del nacimiento el seno maxilar y etmoidal se encuentran presentes y van desarrollándose con los años hasta adquirir su tamaño de adulto en la adolescencia. Los senos esfenoidales y frontales comienzan el crecimiento alrededor de los 2 años hasta completarse al final de la adolescencia<sup>3</sup>.

Como complicaciones de la sinusitis aguda en pediatría encontramos complicaciones endocraneales, óseas y las orbitarias que son las más frecuentes<sup>4</sup>.

El tratamiento suele ser médico con amoxicilina-clavulánico, Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y lavados nasales<sup>4</sup>. En algunos casos este tratamiento fracasa, o se evidencian complicaciones y hay que realizar tratamiento quirúrgico. La CENS estaría indicada en casos de presencia de no mejoría tras 48 horas de tratamiento intravenoso con antibiótico, absceso subperióstico o intraorbitario de tamaño mayor de 0,5-1 ml u ocupando más del 5% del total del volumen de la órbita, complicaciones de origen dental, absceso que recurre tras drenaje previo, complicaciones oculares con pérdida de visión o compromiso de nervio óptico, proptosis, diplopía y alteración de la movilidad ocular<sup>5</sup>.

En conclusión, la sinusitis aguda en edad pediátrica puede llegar a ser una patología con riesgo de complicación que en ocasiones la clínica puede ser poco evidente, por lo que es importante el abordaje multidisciplinar con pediatras y oftalmólogos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Flint, P. Buce H., Et al. Cummings Otolaryngology Head and Neck surgery. Elsevier 7º edition, 2020.
2. Basterra Alegría J. Otorrinolaringología y patología cervicofacial manual ilustrado. Elsevier: Masson. 2.ª Edición, 2015.
3. Shah RK, Dhingra JK, Carter BL, Reveiz EE. Paranasal sinus development: A radiographic study. Laryngoscope 2003; 113:205-9.
4. Moreno-Luna R, García-Lliberós de Miguel. A. PATOLOGÍA INFECCIOSA-INFLAMATORIA RINOSINUSAL EN LA INFANCIA [Internet]. Webapp SEORL. 2021.
5. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, Kern R, Reitsma S, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. Rhinology 2020;58(Suppl S29):1-464.

**CONCURSO DE CASOS XV CONGRESO DE LA ASOCIACION MADRILEÑA****MENINGOENCEFALOCELE EPITIMPÁNICO EN PACIENTE MONOARUAL.**

de Manueles Gómez- Martino J<sup>1</sup>, Olarieta Soto FJ<sup>2</sup>, Bazán Inostroza BA<sup>3</sup>, Robles Castilla Filho E<sup>4</sup>, García León V<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>R3 en el servicio de ORL del Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

<sup>2</sup>Facultativo especialista de área ORL del Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

<sup>3</sup>R4 en el servicio de ORL del Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

<sup>4</sup>R2 en el servicio de ORL del Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

<sup>5</sup>R1 en el servicio de ORL del Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Contacto: Julio de Manueles: [julio.manueles@salud.madrid.org](mailto:julio.manueles@salud.madrid.org)

**ANAMNESIS**

Mujer de 67 años que presenta hipoacusia derecha progresiva y acufeno ipsilateral de seis años de evolución. No ha presentado fiebre, otorrea, otalgia ni vértigo.

Antecedentes personales:

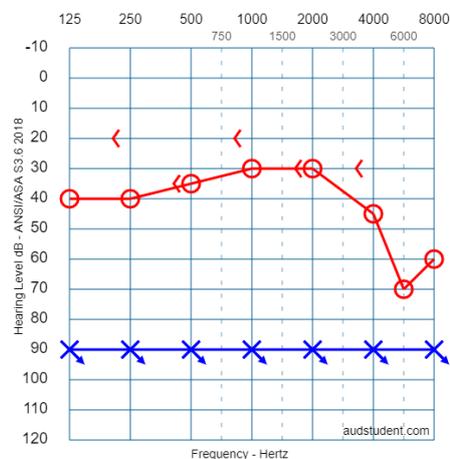
Cofosis izquierda desde la infancia. No otros antecedentes personales de interés.

Exploración física:

A la realización de la otoscopia esta es rigurosamente normal. En la acumetría, Rinne positivo en oído derecho, Weber derecho.

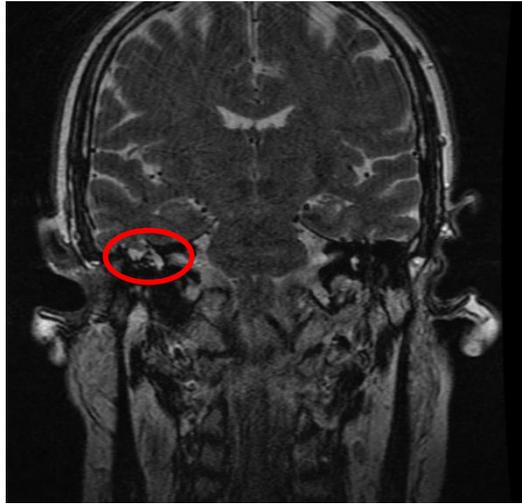
Pruebas complementarias:

Audiometría tonal: hipoacusia neurosensorial leve del oído derecho, con caída a partir de 4000Hz (*figura 1*).



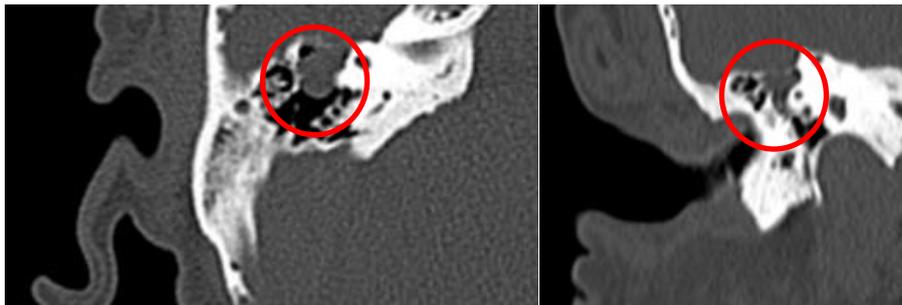
*Figura 1: audiometría inicial.*

Se solicita resonancia magnética (*figura 2*) para establecer posibles causas de la hipoacusia, hallando imagen compatible con un meningoencefalocelo de aproximadamente unos 8 mm en el techo del peñasco derecho con proyección hacia la cavidad timpánica, así como otros datos sugestivos de hipertensión intracraneal benigna.



*Figura 2: corte coronal de resonancia magnética cerebral. Irregularidad marcada del techo del peñasco derecho, con presencia de una imagen compatible con un meningoencefalocelo.*

Solicitamos TC de peñascos (*figura 3*) para completar estudio, confirmando los hallazgos del TAC y en consecuencia el diagnóstico de meningoencefalocelo temporal derecho. Se objetiva que la lesión se encuentra en estrecho contacto con la cabeza del martillo y el cuerpo del yunque.



*Figura 3: Cortes axial (izquierda) y coronal (derecho) del oído medio. Se aprecia el meningoencefalocelo atravesando el tegmen tympani.*

Diagnóstico: Meningoencefalocelo tegmental derecho.

Tratamiento:

Se realiza tratamiento quirúrgico: mastoidectomía cerrada y cierre del defecto tegmental mediante técnica multicapa con cartílago, fascia temporal y preparado de fibrinógeno-trombina. Se detalla el procedimiento a continuación:

1. Abordaje endocanal: retirada de yunque y cabeza de martillo por su contacto con la lesión (*figura 4*).



*Figura 4.*

2. herniándose a través del tegmen tympani (*figura 5*).



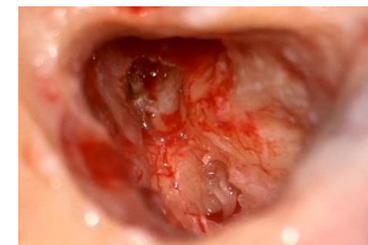
*Figura 5.*

3. Bipolarización del meningoencefalocelo con cauterización de baja potencia. Es necesario continuar el fresado hasta exponer la lesión de manera completa, de modo que este se va alternando con la bipolarización (*figura 6*).



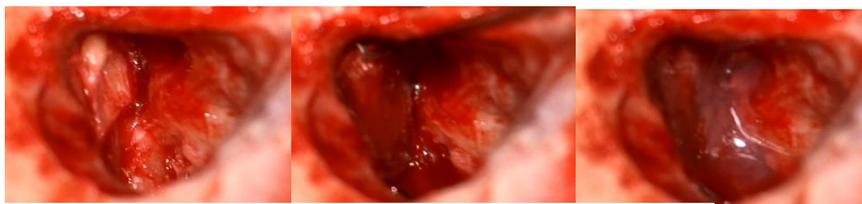
*Figura 6*

4. Meningoencefalocelo tras exposición completa y bipolarización (*figura 7*).



*Figura 7*

5. Reconstrucción secuencial multicapa con cartílago, fascia temporal y preparado de fibrinógeno-trombina (*figura 8*).



*Figura 8*

6. Reconstrucción de oído medio usando yunque remodelado y cartilago tragal. Posteriormente se rebate colgajo timpanomeatal y se cubren ambos abordajes con esponja de gelatina absorbible (*figura 9*).

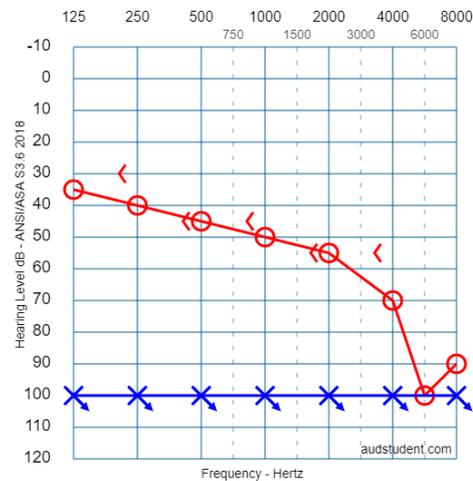


*Figura 9*

Evolución:

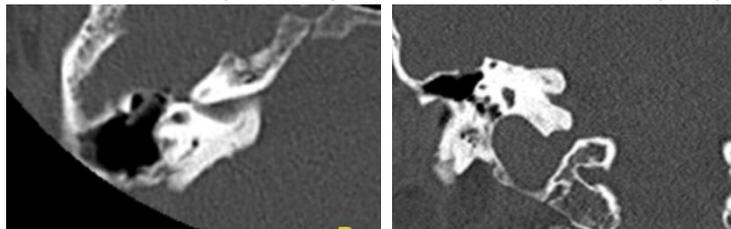
La paciente evolucionó adecuadamente en el postoperatorio, sin complicaciones infecciosas, otoneurológicas ni de otro carácter. Tras dos años de seguimiento la audición se mantiene estable y no ha presentado ninguna complicación.

En la audiometría tonal (*figura 10*) se objetiva recuperación funcional del oído reparado, con hipoacusia neurosensorial leve-moderada, sólo levemente mayor que previamente a la cirugía.



*Figura 10*

Se realizó un TC de control en el que se objetiva el cierre del defecto epitimpánico (*figura 11*).



*Figura 11: Cortes axial y coronal del oído medio derecho. Se objetiva la ausencia de meningocele y la reconstrucción del defecto epitimpánico.*

## **DISCUSIÓN**

La cirugía del oído sano en pacientes con sordera profunda unilateral es un desafío para el cirujano y su realización depende crucialmente del balance entre las posibles consecuencias o riesgos que se asumen al no realizarla y la posibilidad de pérdida auditiva en el oído a intervenir, considerando que la preservación de la audición sea posible.

En este caso, dado el alto riesgo de meningitis que el meningoencefalocelo entraña, se consideró que los beneficios de la cirugía superaban a los potenciales riesgos. Tras evaluar el caso con imágenes, determinamos que era posible realizar un abordaje quirúrgico con cobertura completa del defecto y reconstrucción osicular para proporcionar a la paciente una audición suficiente para obtener un buen rendimiento con audífonos.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Gross M, Eliashar R, Weinberger G. Spontaneous Meningoencephalocele of the Tegmen. *Otol Neurotol* [Internet]. 2006;27(4).
2. Gupta A, Sikka K, Irugu DVK, Verma H, Bhalla AS, Thakar A. Temporal bone meningoencephaloceles and cerebrospinal fluid leaks: experience in a tertiary care hospital. *J Laryngol Otol* [Internet]. 2019;133(3):192–200.
3. Vivas EX, McCall A, Raz Y, Fernandez-Miranda JC, Gardner P, Hirsch BE. ICP, BMI, surgical repair, and CSF diversion in patients presenting with spontaneous CSF otorrhea. *Otol Neurotol Off Publ Am Otol Soc Am Neurotol Soc* [and] *Eur Acad Otol Neurotol*. 2014 Feb;35(2):344–7.
4. De Paula Vernetta C, Ramírez Sabio JB, García Callejo J, Serrano Carañana MN, Marco Algarra J. Fístulas de líquido cefalorraquídeo en oído: a propósito de 5 casos. *Acta Otorrinolaringológica Española* [Internet].
5. Lundy LB, Graham MD, Kartush JM, LaRouere MJ. Temporal bone encephalocele and cerebrospinal fluid leaks. *Am J Otol*. 1996 May;17(3):461–9.



## CONCURSO DE CASOS XV CONGRESO DE LA ASOCIACION MADRILEÑA

### NO TODA PARÁLISIS FACIAL ES UNA PARÁLISIS DE BELL

**Autores:** Arana-Fernández, B<sup>1</sup>; Fernández-Mateos, F<sup>1</sup>; Zaldívar Saiz-Maza, S<sup>1</sup>; Gálvez Gafo, L<sup>1</sup>; Vaca González, M<sup>1</sup>.

**Centro de trabajo:** Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Contacto:** Beatriz Arana Fernández. Correo electrónico: [beatriz.arana@salud.madrid.org](mailto:beatriz.arana@salud.madrid.org). URL: 0000-0003-3304-6454

#### INTRODUCCIÓN

Los tumores del nervio facial son causas infrecuentes de parálisis facial (PF) pero debemos sospecharlos ante situaciones en las que tras un periodo de mejoría inicial se produzca un empeoramiento posterior, en casos de episodios recurrentes, si existe flacidez y espasmo concomitantes o debilidad asimétrica. Los más frecuentes son los schwannomas y los hemangiomas y el diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 26 años con PF derecha recurrente. En los últimos dos años había presentado 3 episodios que fueron tratados con una pauta de corticoides orales logrando una recuperación parcial. No refería hipoacusia, mareo u otra sintomatología otológica.

La otoscopia fue normal. Sin embargo, presentaba una PF derecha grado II/VI de House-Brackmann intercrisis. Ante la presencia de una PF de presentación atípica se realizó una analítica sanguínea en la que se incluyó un perfil serológico y autoinmune, sin evidenciar alteraciones. Además, se solicitó una tomografía computarizada (TC) y una resonancia magnética (RM) en las que se apreciaron un doble engrosamiento del nervio facial derecho a nivel del ganglio geniculado y de la segunda porción del facial, así como, del segmento mastoideo de aproximadamente 10 mm. No se evidenciaron lesiones a nivel parotídeo. (Imagen 1). Por último, se realizó una audiometría que confirmó una normoacusia bilateral (PTA 17 dB).

#### RESULTADOS

Se optó por un tratamiento quirúrgico consistente en la descompresión del nervio facial. Se realizó una mastoidectomía cerrada identificando límites, se extrajo el yunque y la cabeza de martillo para la exposición de la lesión de la segunda porción del nervio facial; y se procedió a la descompresión del canal de Falopio desde el límite anterior de la tumoración, lateral al ganglio geniculado, hasta el orificio estilomastoideo. De esta forma, se expusieron las dos tumoraciones y la zona de facial de aspecto normal del segundo codo. Se llevó a cabo una descompresión de más de 180° de la circunferencia del

estuche óseo del Falopio, eliminando el hueso y alcanzando la línea azul del canal semicircular horizontal. Sin embargo, no se realizó la exéresis de las tumoraciones al no existir un claro plano de disección con el nervio facial. Por último, se procedió a la reconstrucción con interposición de yunque tallado entre el estribo móvil y el mango del martillo.

La evolución postoperatoria fue favorable, la paciente no presentó complicaciones en el postoperatorio inmediato ni tardío. No existió un empeoramiento postquirúrgico de la PF ni nuevos episodios en los siguientes 6 meses, manteniéndose en un grado II HB. No obstante, presentó una mínima caída de la audición, descendiendo el umbral auditivo medio del oído derecho de 17 dB a 35 dB.

## **DISCUSIÓN**

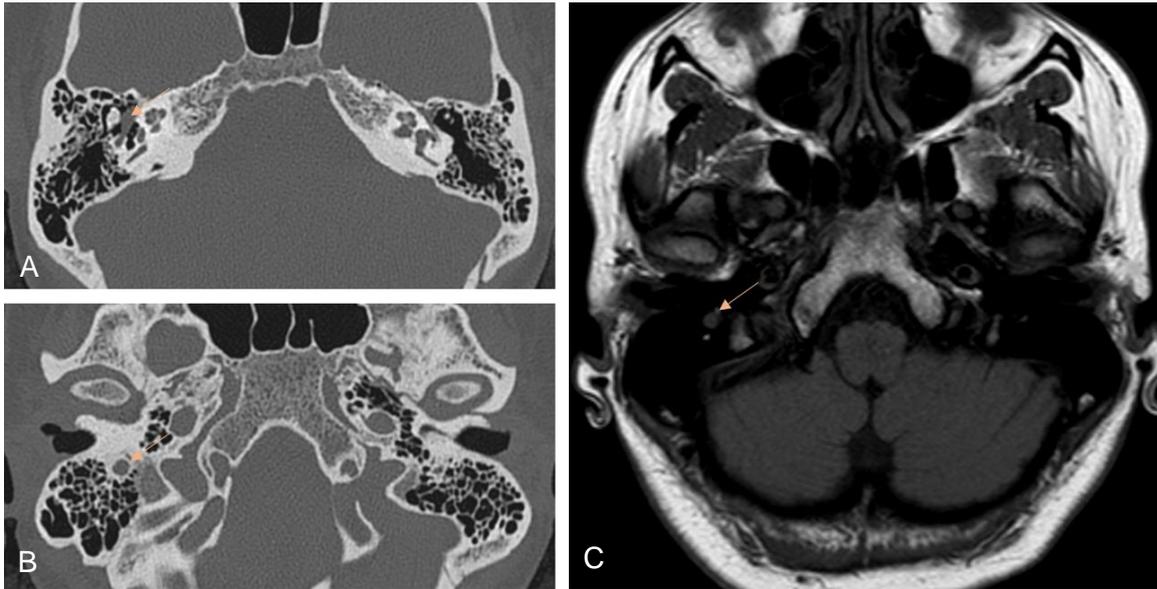
Los tumores del nervio facial son muy poco prevalentes, siendo el schwannoma el más frecuente. La mayor parte de estos tumores se originan del ganglio geniculado y de la porción mastoidea del nervio facial, debiendo sospechar su presencia ante una PF de evolución atípica. Los signos de alarma incluyen parálisis faciales progresivas o bilaterales, episodios recurrentes ipsilaterales, ausencia de recuperación tras 4 meses de evolución o la aparición simultánea de flacidez y espasmos en la hemicara afecta. La presencia de estos signos requiere la realización de una TC de peñascos y una RM con gadolinio para el estudio del recorrido de nervio facial, las cuales deben incluir secuencias cerebrales centradas en la región de ángulo pontocerebeloso y el conducto auditivo interno, además de secuencias de cuello que incluyan la glándula parótida.

El tratamiento de los tumores del nervio facial es controvertido. Existen diferentes opciones terapéuticas como el seguimiento, la descompresión del nervio facial, la resección microquirúrgica del tumor, la radiocirugía o la radioterapia fraccionada. En el caso de nuestra paciente se decidió un tratamiento quirúrgico basado en la descompresión del nervio facial con el objetivo de limitar los fenómenos isquémicos responsables de las parálisis recurrentes. No se realizó un stripping nervioso por el alto riesgo de producir un mayor grado de parálisis facial ya que no existía un claro plano de clivaje entre la lesión y el nervio.

## **CONCLUSIONES**

Los tumores del nervio facial son infrecuentes. La elección de una opción terapéutica u otra depende de varios factores como el grado de parálisis, el tamaño y localización tumoral, así como, la función auditiva. Es por ello, que el tratamiento de los tumores benignos del nervio facial deber ser individualizado para asegurar los mejores resultados funcionales.

## IMÁGENES:



*Imagen 1. Schwannoma nervio facial derecho. (A) Corte axial de TC de peñascos en el que se aprecia tumoración del nervio facial derecho a nivel de la segunda porción (flecha naranja). (B) Corte axial de TC de peñascos donde se aprecia tumoración a nivel de la tercera porción del nervio facial derecho (flecha naranja). (C) Corte axial de RM donde se aprecia engrosamiento de nervio facial derecho en su tercera porción (flecha naranja).*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Quesnel AM, et al. Evaluation and management of facial nerve schwannoma. *Otolaryngol Clin North Am.*2018; 51:1179-92
2. Barbut J, et al. Tumores del nervio facial. *EMC – Otorrinolaringología.* 2018;47(2):1-11
3. Lassaleta L, et al. Parálisis facial: guía de práctica clínica de la Sociedad Española de ORL. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2020;71(2):99-118



## CONCURSO DE CASOS XV CONGRESO DE LA ASOCIACION MADRILEÑA

### BOCIO TIROIDEO AMILOIDE, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POCO FRECUENTE

Gálvez Gafo L. Arana Fernández B., Barberá Durbán R.  
Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.  
Autor de correspondencia: lauragalvezgafo96@gmail.com

#### CASO CLÍNICO

Anamnesis:

Varón de 45 años con antecedentes de bocio multinodular es derivado a consulta por masa cervical anterior visualizada en el TAC. Presenta disfagia para sólidos y disnea de moderados esfuerzos. No otra sintomatología.

Exploración física:

- Palpación cervical: Bocio de gran tamaño de consistencia firme no doloroso.
- Fibroscopia: Abombamiento de la pared posterior faríngea que limita la visualización del vestíbulo laríngeo.

Pruebas complementarias:

- Análítica sanguínea: No alteraciones del perfil tiroideo.
- TAC cervical: Gran masa de aspecto lipomatoso en región anterior cervical de 76x92x108 mm (APxTxCC) dependiente de la glándula tiroidea.

Tratamiento:

Se realiza una hemitiroidectomía derecha y resección quirúrgica de tres lesiones lipomatosas en zona cervical anterior (100g), lateral derecha (90g) y lateral izquierda (80g), que se extendían a región parafaríngea y retrofaríngea superior.

Diagnóstico:

La anatomía patológica mostró un bocio amiloide multinodular con zonas de microcarcinoma papilar de tiroides, con bordes libres negativos, estadio pT1a. No requirió tratamiento adyuvante.

Evolución:

El paciente no presentó complicaciones, pero requirió posteriormente tratamiento hormonal sustitutivo por el desarrollo de hipotiroidismo (TSH 94 uUI/mL).

## **DISCUSIÓN**

La amiloidosis es una enfermedad de origen desconocido en la que la infiltración tiroidea es frecuente, encontrándose en un 50-80% de los enfermos. Sin embargo, el bocio amiloide es una entidad muy poco frecuente, siendo las referencias en la literatura muy escasas, limitadas a casos aislados o series cortas, estimándose entre 200-250 casos publicados. Se caracteriza por un crecimiento tiroideo rápido con aparición de clínica compresiva de estructuras vecinas, aunque la función tiroidea no se suele afectar. En el TAC aparece como lesiones de baja atenuación, mientras que en la RMN son lesiones hiperintensas, por el alto contenido de grasa. El diagnóstico diferencial se realiza con patologías con similar comportamiento radiológico como el carcinoma medular de tiroides, mieloma múltiple, infecciones crónicas, etc. Por ello, el bocio amiloide se considera una patología de baja prevalencia y de difícil diagnóstico inicial, ya que requiere el estudio anatomopatológico para su diagnóstico definitivo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Areal VM, Klein RE. Amyloid goiter. Review of the literature and report of a case. *Am J Clin Pathol.* 1961 Oct;36:341-55. doi: 10.1093/ajcp/36.4.341.
- Hamed G, Heffess CS, Shmookler BM, Wenig BM. Amyloid goiter. A clinicopathologic study of 14 cases and review of the literature. *Am J Clin Pathol.* 1995 Sep;104(3):306-12.
- Kimura H, Yamashita S, Ashizawa K, Yokoyama N, Nagataki S. Thyroid dysfunction in patients with amyloid goitre. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1997 Jun;46(6):769-74.



## CONCURSO DE CASOS XV CONGRESO DE LA ASOCIACION MADRILEÑA

### COMPLICACIÓN DE HERNIA MENINGOENCEFÁLICA DE OÍDO MEDIO

Amalia María Fiestas-Tartiere<sup>1</sup>, María de Lluç Montaña-Frau<sup>2</sup>, Isabel Bueno-Aventin<sup>3</sup>, María Cecilia Scola-Torres<sup>4</sup>, Carlos Martín-Oviedo<sup>5</sup>

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>1</sup> [amaliamarca.fiestas@salud.madrid.org](mailto:amaliamarca.fiestas@salud.madrid.org) 0009-0004-5740-7095

<sup>2</sup> [marialluc.montana@salud.madrid.org](mailto:marialluc.montana@salud.madrid.org) 0009-0004-8674-7195

<sup>3</sup> [isabel.bueno@salud.madrid.org](mailto:isabel.bueno@salud.madrid.org) 0009-0001-3507-3803

<sup>4</sup> [mariacecilia.scola@salud.madrid.org](mailto:mariacecilia.scola@salud.madrid.org) 0009-0007-6724-9600

<sup>5</sup> [carlos.martin@salud.madrid.org](mailto:carlos.martin@salud.madrid.org) 0009-0008-0158-653X

Mail del autor para correspondencia: [afiestastartiere@gmail.com](mailto:afiestastartiere@gmail.com)

#### CASO CLÍNICO

Antecedentes personales:

- Espondiloartropatía inflamatoria aguda diagnosticado en 2013 sin seguimiento.
- Fumador de 10 cigarrillos al día.
- No alergias conocidas.

Anamnesis:

Paciente de 33 años. Acude al servicio de Urgencias del Hospital por cefalea de dos días de evolución con febrícula, desorientación con dificultad para el habla y otalgia. Se realiza TAC craneal donde se evidencian hallazgos compatibles con otomastoiditis izquierda asociando neumoencefalo secundario supratentorial izquierdo. Se realiza punción lumbar con resultados en Líquido cefalorraquídeo:

*Hematíes 190, leucocitos 485 (85% PMNs), glucosa 63, proteínas 96. PCR positiva para Streptococcus pneumoniae.*

Es diagnosticado de meningitis neumocócica secundaria a otomastoiditis izquierda.

Se decide manejo médico con ceftriaxona, vancomicina y dexametasona intravenosas con buena evolución sin focalidad neurológica.

Valorado por Otorrinolaringología 8 días después tras el inicio del cuadro. En la otoscopia exostosis bilaterales que impiden correcta visualización de la membrana timpánica. Sin aparente otorrea. Se solicita TAC de peñascos donde se evidencia persistencia de ocupación de celdillas mastoideas y oído medio izquierdos, así como fenómenos erosivos en epítimpano. (Figura 1)

Se decide esperar a resolución del cuadro agudo para ser valorado con RMN de peñascos con cortes coronales en consultas de Otología.

Sin embargo, a los 10 días presenta cuadro de alteración de la emisión y comprensión del lenguaje por lo que se realiza TAC craneal urgente en el que se objetiva colección subdural hemisférica izquierda que impresionada de empiema subdural. Es valorado por neurología que objetiva afasia mixta fluctuante

de predominio sensitivo. Es trasladado a UCI donde ante agitación incoercible se decide sedación y conexión a Ventilación mecánica. Se realiza drenaje urgente de empiema por neurocirugía mediante craneotomía. (*Figura 2*)

El paciente permanece ingresado durante 10 días más en UCI con evolución favorable. Finalmente es dado de alta con Ceftriaxona 2g/12h pauta prolongada de 3 semanas.

Pruebas complementarias:

En consultas externas de ORL, se valora:

- RMN de peñascos: se evidencia hernia con contenido meníngeo y cerebral en oído medio izquierdo. (*Figura 3*)
- Otoscopia: exóstosis bilaterales con conducto auditivo externo muy estenosado sobre todo en oído izquierdo.
- Audiometría tonal: umbral tonal a 15 dB en ambos oídos.

Diagnóstico: hernia meningoencefálica izquierda.

Tratamiento:

Se decide reparación de hernia meningoencefálica izquierda mediante abordaje por fosa craneal media. Durante la intervención, retirando el lóbulo temporal, se evidenció dehiscencia del tegmen timpani a nivel de la cadena osicular con contenido herniario que se reseca y cauteriza con bipolar. Se utiliza material hemostático y cartílago tragal para reforzar la duramadre. (*Figuras 4,5 y 6*)

Evolución:

El paciente presenta una evolución postoperatoria muy buena sin complicaciones. Actualmente asintomático, con audición preservada. Sin nuevos episodios de otitis ni sus complicaciones.

## **DISCUSIÓN**

Por un lado, las hernias meningoencefálicas son una patología muy poco frecuente. Aparecen más típicamente tras cirugías de oído. También existen casos espontáneos, tras infecciones, traumatismos del hueso temporal o defectos congénitos. Su clínica habitual suele ser hipoacusia transmisiva y/o mixta con/sin otoliquorrea. Muy raramente debutan con sus complicaciones como meningitis o empiemas. Este caso nos permite observar la severidad que puede alcanzar una otitis media aguda en un oído con esta patología. El TAC de peñascos nos levantará la sospecha al apreciarse un defecto en el tegmen timpani que siempre estará presente. La RMN de peñascos nos permitirá confirmar el diagnóstico al poner de manifiesto el contenido herniario isoíntenso en oído medio.

Existen distintas vías de abordaje de las hernias meningoencefálicas; transmastoides, fosa craneal media, combinado o petrosectomía subtotal (obliteración del oído medio). La elección de este dependerá de la etiología, posición, tamaño del defecto óseo, audiometría preoperatoria y presencia de infección crónica en oído medio. Ante un oído sano con audición preservada, el abordaje por fosa craneal media nos permite un buen control del tegmen timpani y la oportunidad de llegar a defectos

óseos localizados anteriormente sin ninguna manipulación de la cadena osicular. Por ello, es considerado uno de los abordajes más seguros en oídos sin otra patología.

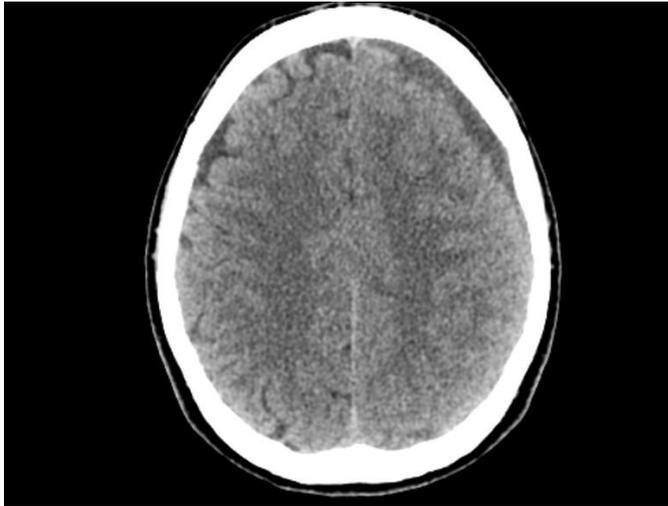
## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Sanna M, Fois P, Russo A, Falcioni M. Management of meningoencephalic herniation of the temporal bone: Personal experience and literature review. *Laryngoscope*. 2009 Aug;119(8):1579-85. doi: 10.1002/lary.20510. Erratum in: *Laryngoscope*. 2010 Jan;120(1):217.
2. Aristegui, M., Falcioni, M., Taibah, A., Russo, A., Landolfi, M., Sanna, M. and Saleh, E. (1995), Meningoencephalic herniation into the middle ear: A report of 27 cases. *The Laryngoscope*, 105: 513-518.
3. Amorós Sebastiá LI, Brotons Durbán S, Carrasco Llatas M, López Mollá C, Dalmau Galofre J, Murcia Puchades V, López Martínez R. Herniación meningoencefálica espontánea en oído medio: a propósito de dos casos [Spontaneous middle ear meningoencephalic herniation. 2 case reports]. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2002 Aug-Sep;53(7):507-12.

## **FIGURAS**



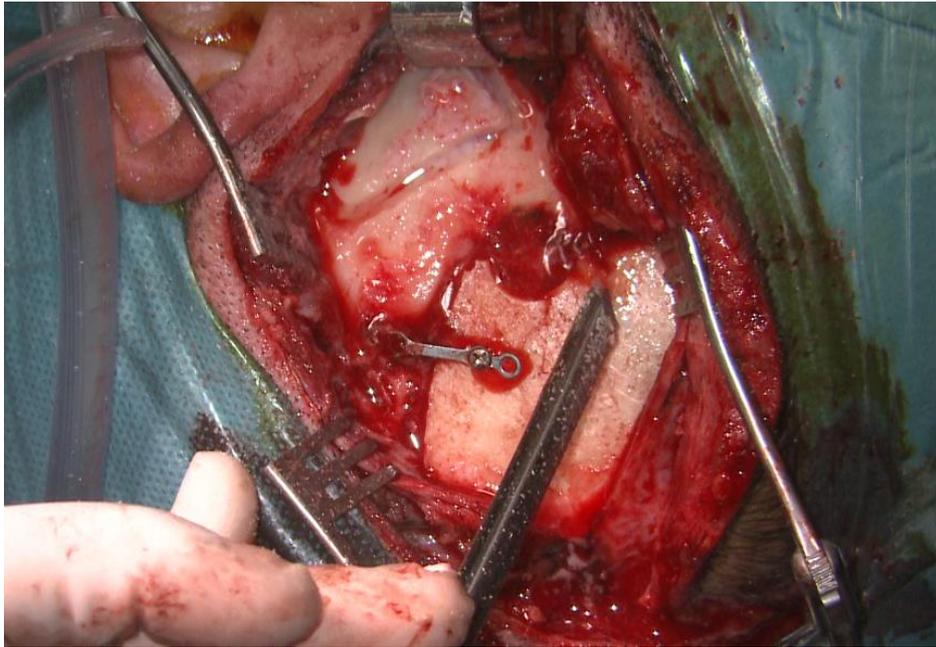
*Figura1. TAC DE PEÑASCO, MASTOIDES Y CAIS SIN CONTRASTE: ocupación de celdillas mastoideas y oído medio izquierdos, así como de los fenómenos erosivos en epitímpano. Cadena osicular aparentemente íntegra.*



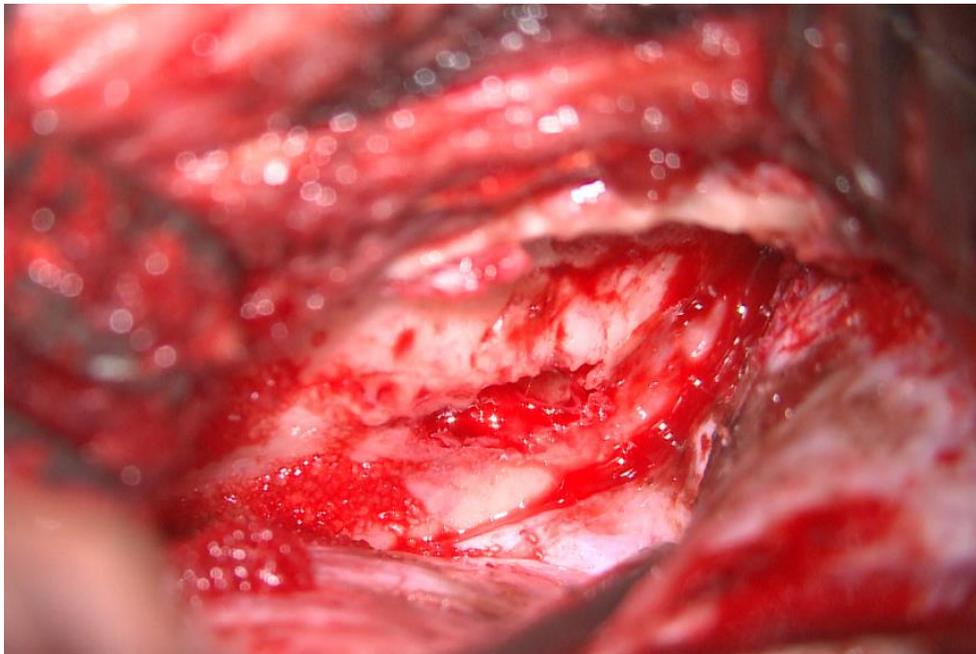
*Figura 2. TAC CRANEAL a los 10 días tras empeoramiento clínico: Colección subdural izquierda de morfología laminar que en la convexidad presenta un espesor máximo aproximado de 13 mm. Dicha colección ejerce discreto efecto de masa obliterando surcos cerebrales adyacentes, sin condicionar desplazamiento significativo de estructuras de referencia de línea media.*



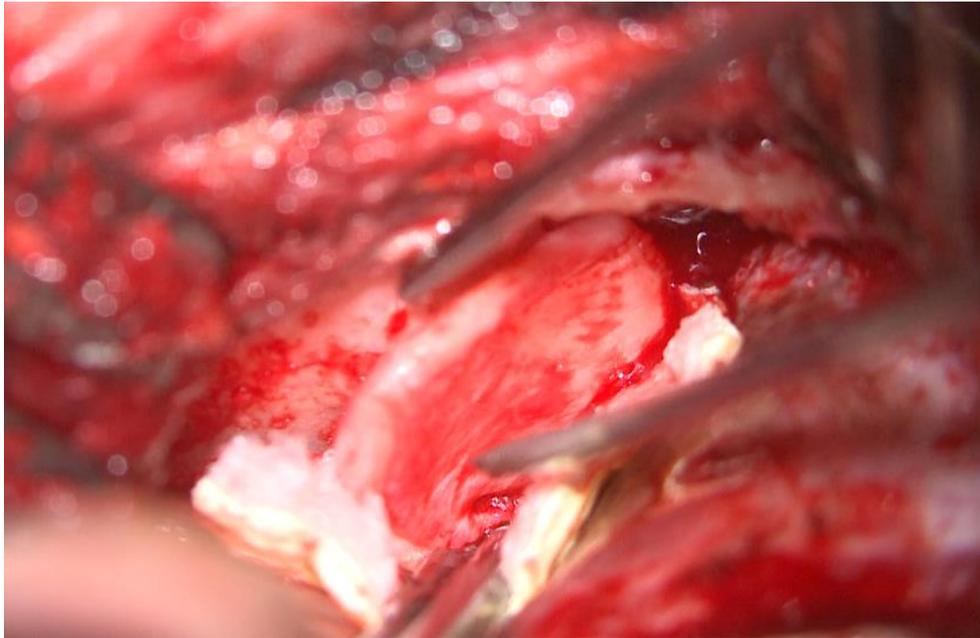
*Figura 3. RMN DE PEÑASCOS: descenso de tejido meningoencefálico del lóbulo temporal izquierdo a través del epítimpano hacia oído medio, junto a líquido cefalorraquídeo.*



*Figura 4. Abordaje por Fosa Craneal Media: se aprecia craneotomía con tornillo realizada por Neurocirugía para drenaje de empiema subdural. Se aprecia justo por debajo, labrado de craneotomía realizada por ORL para abordaje FCM.*



*Figura 5. Abordaje por Fosa Craneal Media: retracción del lóbulo temporal y visualización del tegmen timpani izquierdo dehiscente y hernias meningoencefálicas a su través que son cauterizadas con bipolar.*



*Figura 6. Abordaje por Fosa Craneal Media: colocación de cartílago tragal para reforzar cierre de duramadre en contacto directamente sobre lecho herniario.*



## CONCURSO DE CASOS XV CONGRESO DE LA ASOCIACION MADRILEÑA

### UNA CAUSA INFRECUENTE DE AOS: LIPOSARCOMA BIEN DIFERENCIADO DE EPIGLOTIS

Sara Zaldívar Saiz-Maza<sup>1</sup>, Lucía Hoyos Cortés<sup>1</sup>, Beatriz Arana Fernández<sup>1</sup>, Fabio Fernández Mateos<sup>1</sup>, Lourdes Montes-Jovellar González<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

#### INTRODUCCIÓN

Ilustramos el caso de un paciente varón de 51 años que es derivado a consultas de Otorrinolaringología por aparición reciente de disfonía. El paciente negaba disfagia, odinofagia ni otra clínica acompañante.

Antecedentes personales:

- No RAMC
- No hábitos tóxicos. IMC=24.
- AOS severo tipo obstructivo (IAH=38) de 7 meses de evolución y en tratamiento con CPAP
- No otras enfermedades de interés ni tratamiento habitual

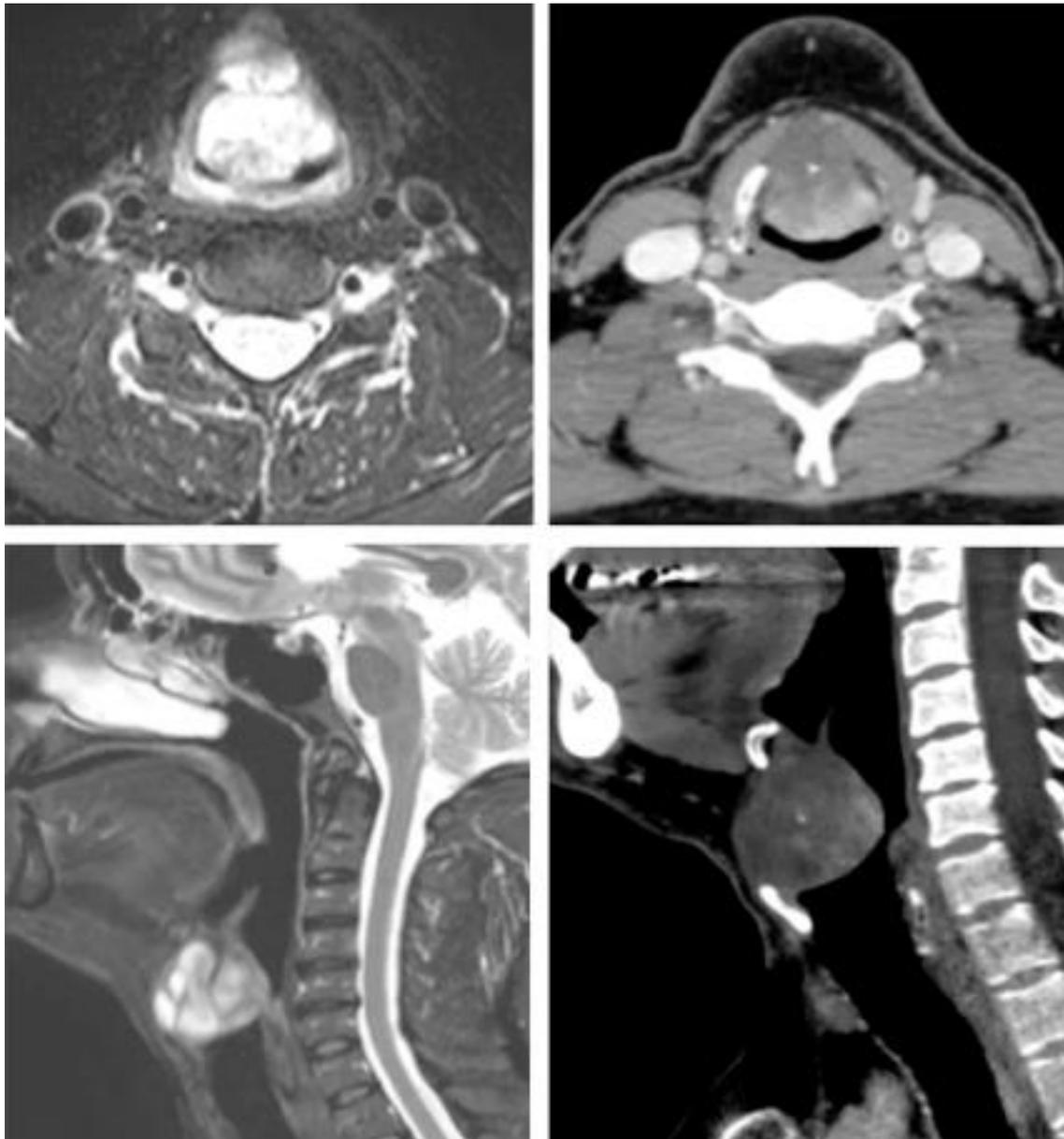
#### MATERIAL Y MÉTODOS

Exploración física:

- Cavidad Oral y Orofaringe: sin alteraciones
- Fibroscopia: masa redondeada y voluminosa supraglótica sin lesiones ulcerativas que ocupaba casi la totalidad del vestíbulo laríngeo, de base en epiglotis.
- Cuello: no se palpaban masas ni adenopatías

Pruebas complementarias:

Se realizó una eco-PAAF con resultado citológico de células adiposas y epiteliales de estirpe de glándula salival sin atipia. Dado este resultado, se realizó una RMN cervical (figura 1), para el diagnóstico diferencial entre lipoma y liposarcoma, entidad de difícil diagnóstico mediante pruebas de imagen, la cual evidenció una lesión nodular lobulada sólida preepiglótica no específica.



*Figura 1. RMN cervical*

## **RESULTADOS**

Se decidió la resección quirúrgica de la masa previa traqueotomía debido a la imposibilidad de intubación orotraqueal y posterior laringectomía supraglótica abierta, dada la cercanía de la lesión al hioides, realizándose decanulación precoz sin incidencias.

La pieza quirúrgica fue informada como liposarcoma bien diferenciado de tipo células fusiformes. El cartílago tiroides no mostró alteraciones. Se valoró el caso en el comité oncológico de Cabeza y Cuello, revisando la bibliografía existente sobre esta patología y debido a que no presentaba afectación ganglionar ni a distancia, se decidió seguimiento estrecho sin realizar tratamiento regional ni administrar tratamiento adyuvante. Doce meses tras la intervención quirúrgica, el paciente se encuentra completamente asintomático, decanulado y sin necesidad de utilizar la CPAP por

desaparición completa de la sintomatología. La RMN de control mostró resección completa sin evidencia de recidiva locorregional.

## **DISCUSIÓN**

Los liposarcomas laríngeos e hipofaríngeos representan el 10-15% de todos los liposarcomas de cabeza y cuello. Dentro de este grupo de tumores, los liposarcomas bien diferenciados de epiglotis son poco frecuentes, con escasas menciones en la literatura. Los síntomas de presentación más frecuentes son la obstrucción de la vía respiratoria alta y la disfagia.

El subtipo histológico es el factor pronóstico más importante en los liposarcomas. Se describen cinco tipos principales: mixoide, bien diferenciado, de células redondas, pleomórfico y dediferenciado. El liposarcoma bien diferenciado/atípico se define como un tumor de malignidad intermedia compuesto, totalmente o en parte, por adipocitos maduros que presentan variaciones significativas en su tamaño y, al menos, atipia nuclear focal, tanto en células estromales como lipoblastos. Es el segundo subtipo más frecuente, englobando el 30-40% de los casos, y está considerado como el grado de mejor pronóstico. El tratamiento de este tipo de tumores es quirúrgico, la técnica elegida puede variar desde laringectomía total a escisión local del tumor con márgenes, de elección por la mayoría de autores, debido a su menor morbilidad. En el caso presentado, se adoptó un enfoque multidisciplinar consensuado en un comité de tumores y eligiendo un tratamiento con intención curativa y conservador de las funciones laríngeas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Han Y, Yang LH, Liu TT, et al. Liposarcoma of the larynx: report of a case and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol*. 2015;8(1):1068–1072.
2. Gleinser DM, Font JP, Clement CG, Mohammed BS, Underbrink MP. Primary myxoid liposarcoma of the supraglottic larynx. *Rare Tumors*. 2010;2(3):e41.
3. Wenig BM, Heffner DK. Liposarcomas of the larynx and hypopharynx: a clinicopathologic study of eight new cases and a review of the literature. *Laryngoscope* 1995; 105: 747-56.
4. Pajaniappane, A., Farzan, J., Green, D. M., & De, M. (2014). Well-differentiated liposarcoma of the epiglottis. *The Journal of Laryngology & Otology*, 128(03), 296–298.