

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

**Diagnóstico y Manejo de infección profunda de cuello
2005-2009**

Carlos Fernando Ríos Deidán

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de
Especialista en Otorrinolaringología

Quito, junio de 2013

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

CARLOS FERNANDO RIOS DEIDAN

Juan Francisco Fierro Renoy, M.D.
Director del Programa de Postgrados en
Especialidades Médicas



Marco Guevara Sanchez, Dr
Director del Postgrado



Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud
USFQ



Víctor Viteri Breedy, Ph.D
Decano del Colegio de Postgrados



Quito, junio de 2013

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

DESCRIPCIÓN

TRABAJOS PUBLICADOS

1. Ríos CF, Narváez MM, Pacheco LA, et al. Diagnóstico y manejo de infección profundas de cuello 2005-09. Acta de Otorrinolaringología - CCC 2011;39:77-84.
2. Quisigüiña KP, Ríos CF, Peña MF, et al. Síndrome de Eagle. Cambios 2011;11:114-117

CONFERENCIAS

1. Calidad de vida en pacientes con implantes osteointegrados tipo BAHA. Experiencia en el Hospital Carlos Andrade Marín. Quito – Ecuador. IV Congreso Iberoamericano de Implante Coclear y Ciencias Afines. Buenos Aires – Argentina. 24-26 de Mayo 2012
2. Complicaciones Pos-operatorias de implante coclear. Análisis retrospectivo en 152 casos consecutivos en población ecuatoriana. IV Congreso Iberoamericano de Implante Coclear y Ciencias Afines. Buenos Aires – Argentina. 24-26 de Mayo 2012
3. Implantes Osteointegrados de pabellón auricular. XII Congreso Nacional de Otorrinolaringología. Santa Elena – Ecuador. 8-11 de Noviembre 2012

CARLOS FERNANDO RIOS DEIDAN

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de Especialista en OTORRINOLARINGOLOGÍA

Quito, junio de 2013

JUSTIFICACION

COMPLICACIONES POS-OPERATORIAS DE IMPLANTE COCLEAR. ANALISIS RETROSPECTIVO EN 152 CASOS CONSECUTIVOS EN POBLACION ECUATORIANA. IV CONGRESO IBEROAMERICANO DE IMPLANTE COCLEAR Y CIENCIAS AFINES. BUENOS AIRES – ARGENTINA. MAYO 2012

La implantación coclear es una cirugía que se realiza a pacientes con hipoacusia neurosensorial profunda bilateral, al ser el hospital Andrade Marín el único centro en Ecuador que realiza este procedimiento desde hace 6 años ininterrumpidamente, nos propusimos determinar la tasa complicaciones mayores y menores en 152 pacientes y lo presentamos en el Congreso Iberoamericano realizado en Buenos Aires, demostrando que esta cirugía tiene baja morbilidad así como baja tasa de complicaciones en nuestra población lo que es comparable con otras series internacionales.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS TIPO BAHÁ. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN. QUITO-ECUADOR. IV CONGRESO IBEROAMERICANO DE IMPLANTE COCLEAR Y CIENCIAS AFINES. BUENOS AIRES – ARGENTINA. MAYO 2012

El implante BAHÁ (bone anchored hearing aid) se osteointegra en el hueso y proporciona mejor audición, inteligibilidad, calidad del sonido que los dispositivos convencionales, el Hospital del Seguro realiza este procedimiento desde hace 5 años y nunca se ha evaluado como este procedimiento afecta en la calidad de vida, de los pacientes intervenidos; por lo que analizamos 25 pacientes con la escala Glasgow Benefit Inventory demostrando que existe un aumento en el bienestar del paciente, en especial en las sub-escalas general y social, así mismo la ganancia auditiva; siendo muy importante recalcar que los resultados son comparable con series internacionales. Esta interesante casuística la presentamos en el Congreso Iberoamericano teniendo muy buenos comentarios, ya que la calidad de vida no es evaluada habitualmente luego de procedimiento quirúrgicos.

IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS DE PABELLON AURICULAR. XII CONGRESO NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. SANTA ELENA – ECUADOR. NOVIEMBRE 2012

La atresia anotia es la malformación más frecuente en el Ecuador. Por lo que la displasia de pabellón uni o bilateral un problema estético y funcional, la alternativa son implantes osteointegrados. Es así, que nuestro hospital al ser líder de implantes de oído a nivel nacional, implemento este programa desde el año 2008 y presentamos la experiencia con 24 pabellones colocados tanto en adolescentes como adultos, además colocando un implante BAHÁ a todos en el mismo tiempo; siendo la visión actual de manejo del oído congénito, resolviendo tanto el problema estético como funcional sin complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias; con mejores resultados estéticos y funcionales en un solo procedimiento quirúrgico.

TRABAJOS PUBLICADOS

Ríos CF, Narváez MM, Pacheco LA, et al. Diagnóstico y manejo de infección profundas de cuello 2005-09. Acta de Otorrinolaringología - CCC 2011;39:77-84.

Resumen

Objetivo: Las infecciones profundas de cuello ameritan diagnóstico oportuno y terapéutica urgente, debido a potenciales complicaciones y mortalidad. El objetivo del presente estudio fue revisar nuestra experiencia en el manejo de pacientes con esta patología, conocer los gérmenes más frecuentes y analizar los factores asociados a complicaciones y estancia hospitalaria.

Materiales y métodos: Se analizaron retrospectivamente 46 pacientes que acudieron al Hospital "Carlos Andrade Marín" de Quito, Ecuador, desde enero 2005 a junio de 2009.

Resultados: El 63% fueron hombres y la mediana de edad fue 33 años. Tratamiento antibiótico previo recibió un 50% de pacientes. El espacio más afectado fue el submaxilar 68%; dos compartimentos se afectaron en 11%. El 13% de pacientes presentó co-morbilidades. En el 48% la causa se relacionó con patología dental. La sintomatología encontrada estuvo conformada de tumor cervical, dolor y fiebre. La tomografía axial computarizada se realizó en el 22% de casos. Los antibióticos utilizados fueron: B lactámicos + inhibidores de B-lactamasa en el 65% y penicilina cristalina + clindamicina en el 17%. En el 28% se utilizó corticoterapia como tratamiento coadyuvante. La estancia hospitalaria fue 9 días. El abordaje quirúrgico se realizó en el 48% y ninguno necesito re-intervención. La bacteria aislada más frecuentemente fue el estafilococo aureus. Complicaciones se presentaron en el 33% y no hubo mortalidad.

Conclusiones: La infección dental es nuestra principal etiología, lo cual tiene relación topográfica de los compartimentos afectados. El estafilococo aureus fue la bacteria más encontrada. El tratamiento antibiótico utilizado fue de gran eficacia y el uso de corticoide disminuyó la estancia hospitalaria. Encontramos pocas co-morbilidades en nuestros pacientes lo cual podría explicar la ausencia de mortalidad en nuestra serie.

Quisigüiña KP, Ríos CF, Peña MF, et al. Síndrome de Eagle. Cambios 2011;11:114-117

Resumen

El síndrome de Eagle o síndrome estiloide es una entidad rara, consistente en el alargamiento del proceso estiloide, provocando dolor por la estimulación de los nervios craneanos y sensoriales. El objetivo de este caso es dar a conocer esta patología, enfatizando en el diagnóstico y tratamiento realizado en nuestra paciente y sustentado en la bibliografía actual

Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

ISSN 0001-2041
CODEN AOCL
VOLUMEN 39, NÚMERO 2, JUNIO 2011

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO,
MAXILOFACIAL Y ESTÉTICA FACIAL (ACOCLE)

VOLUMEN 39, NÚMERO 2, JUNIO 2011

- ▶ Neumonía secundaria a aspiración silenciosa en pacientes con trastorno de deglución mayores de 30 años en el Hospital Universitario San Ignacio
- ▶ Puntos clave en la rehabilitación con prótesis de pabellón auricular
- ▶ Diagnóstico y manejo de infecciones profundas de cuello 2005-2009
- ▶ Nasoangiofibroma juvenil en un paciente adulto masculino
- ▶ Melanoma metastásico a la glándula tiroides
Reporte de dos casos



Diagnóstico y manejo de infecciones profundas de cuello 2005-2009

Deep neck infections diagnosis and management 2005-2009

Carlos Ríos Deidán*, Mercedes Narváez Black** , Luis Pacheco Ojeda***, Melissa Ordóñez León****

RESUMEN

Objetivo: Las infecciones profundas de cuello ameritan diagnóstico oportuno y terapéutica urgente, debido a potenciales complicaciones y mortalidad. El objetivo del presente estudio fue revisar nuestra experiencia en el manejo de pacientes con esta patología, conocer los gérmenes más frecuentes y analizar los factores asociados a complicaciones y estancia hospitalaria. **Materiales y métodos:** Se

* Residente de Otorrinolaringología. Hospital Carlos Andrade Marín. Universidad San Francisco. Quito, Ecuador.

** Médica otorrinolaringóloga. Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Carlos Andrade Marín. Quito, Ecuador.

*** Cirujano oncólogo. Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Carlos Andrade Marín. Quito, Ecuador.

**** Médico General en Salud Humana. Trabajo presentado en el XI Congreso Ecuatoriano de Otorrinolaringología Cuenca - Octubre 2010.

Correspondencia:

Carlos Ríos D.
deidancar@hotmail.com
Mercedes Narváez B.
mercedes_narvaez@yahoo.com

Recibido: 11-IV-2011

Aceptado: 15-V-2011

analizaron retrospectivamente 46 pacientes que acudieron al Hospital "Carlos Andrade Marín" de Quito, Ecuador, desde enero 2005 a junio de 2009. **Resultados:** El 63% fueron hombres y la mediana de edad fue 33 años. Tratamiento antibiótico previo recibió un 50% de pacientes. El espacio más afectado fue el submaxilar 68%; dos compartimentos se afectaron en 11%. El 13% de pacientes presentó co-morbilidades. En el 48% la causa se relacionó con patología dental. La sintomatología encontrada estuvo conformada de tumor cervical, dolor y fiebre. La tomografía axial computarizada se realizó en el 22% de casos. Los antibióticos utilizados fueron: B lactámicos + inhibidores de B-lactamasa en el 65% y penicilina cristalina + clindamicina en el 17%. En el 28% se utilizó corticoterapia como tratamiento coadyuvante. La estancia hospitalaria fue 9 días. El abordaje quirúrgico se realizó en el 48% y ninguno necesito re-intervención. La bacteria aislada más frecuentemente fue el estafilococo aureus. Complicaciones se presentaron en el 33% y no hubo mortalidad. **Conclusiones:** La infección dental es nuestra principal etiología, lo cual tiene relación topográfica de los compartimentos afectados. El estafilococo aureus fue la bacteria más encontrada. El tratamiento antibiótico utilizado fue de gran eficacia y el uso de corticoide disminuyó la estancia hospitalaria. Encontramos pocas co-morbilidades en nuestros pacientes lo cual podría explicar la ausencia de mortalidad en nuestra serie.

Palabras clave: Absceso profundo, antibióticos, drenaje, complicaciones, mortalidad.

ABSTRACT

Objective: Deep neck infections need urgent diagnostic and treatment because of potential complications and mortality. The aim of this study was to review our experience in the management of patients with this disease, know the most common germs and analyze the factors associated with complications and hospital stay. **Methods:** We retrospectively analyzed 46 patients who attended the Carlos Andrade Marín Hospital in Quito, Ecuador, from January 2005 to June 2009. **Results:** 63% were men and median age was 33 years. Previous antibiotic treatment received 50% of patients. The most affected area was the submaxilar 68%, two compartments were affected in 11%. 13% of patients had co-morbidities. In 48% the cause was related to dental disease. The symptoms found were cervical tumor, pain and fever. Computed tomography was performed in 22% of cases. The antibiotics used were: B-lactamics + B-lactamase inhibitors in 65% and clindamycin + penicillin G in 17%. In 28% received corticosteroids as adjunctive therapy. The hospital stay was 9 days. The surgical approach was performed in 48%. The most frequently isolated bacterium was *Staphylococcus aureus*. Complications occurred in 33% and we had no mortality. **Conclusions:** Dental infection is our main etiology, which is related topographic compartments affected. The bacteria *staphylococcus aureus* was the most found. The antibiotic regimen used was highly effective and steroid use decreased hospital stay. We found few co-morbidities in our patients which could explain the absence of mortality in our series.

Key words: Deep abscess, antibiotics, drainage, complications, mortality.

INTRODUCCIÓN

A pesar de la disminución en la incidencia de las infecciones profundas de cuello como resultado del uso de antibióticos y mejoría en el cuidado dental (1), continuamos recibiendo pacientes con este padecimiento el cual amerita atención diagnóstica y terapéutica urgente, por sus potenciales complicaciones y mortalidad (2).

Por otro lado, existe estrecha relación entre estrato socioeconómico y baja escolaridad en el progreso de estas infecciones (3).

La administración de antibióticos al inicio del proceso infeccioso se ha utilizado para evitar la formación del absceso hasta en 50% de los casos y su empleo ha disminuido la mortalidad (4).

Las complicaciones ocurren como resultado de la diseminación de la infección a lo largo de los planos faciales del cuello, debido a su continuidad con el mediastino y estructuras vasculares importantes lo cual es potencialmente peligroso para la vida (Figuras 1 y 2) (5). Por este motivo es importante tener un buen conocimiento de la anatomía de la región.

Por las consideraciones expuestas realizamos una revisión de la etiología, clínica, terapéutica de las infecciones profundas de cuello en nuestro servicio; además analizamos los factores de riesgo que podrían haber determinado hospitalizaciones prolongadas o complicaciones.

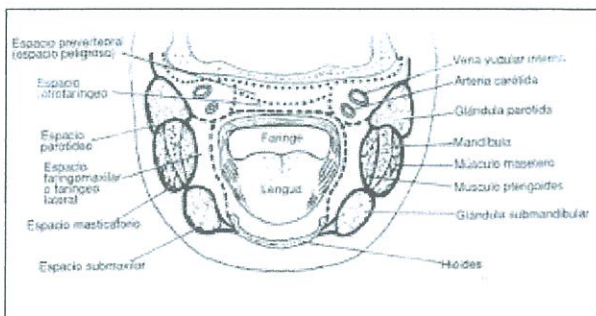


Figura 1. Espacios cervicales. Corte transversal oblicuo desde parótida superior hasta hueso hioides inferior. Obsérvese la relación del espacio faríngeo lateral con la vaina carotídea y el espacio retrofaríngeo.

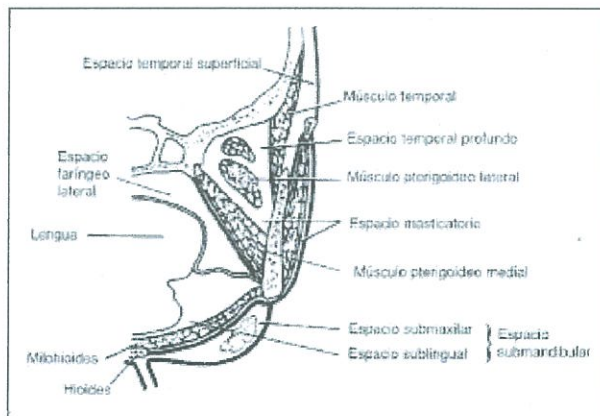


Figura 2. Vista coronal de los espacios cervicales. Espacio submaxilar posee una subunidad anterior el espacio submentoneano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio transversal retrospectivo de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de infección profunda de cuello, manejados en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

del Hospital “Carlos Andrade Marín” de Quito entre enero de 2005 a junio de 2009. No se incluyeron los casos de abscesos periamigdalinos y angina de Ludwig.

De 75 pacientes atendidos, 46 se analizaron por disponer de los datos completos en los expedientes clínicos.

Las variables se analizaron con pruebas descriptivas como media, mediana (rango) y pruebas de inferencia: chi cuadrado con corrección de Yates y T de student considerando un resultado significativo una $p < 0.05$.

RESULTADOS

De sexo masculino fueron 63% de pacientes y la mediana de edad fue 33 años (19-71 años). El tiempo de evolución de la sintomatología antes de acudir al hospital fue de 7 días (de 12 h a 21 días). El 50% (23/46) había sido sometido a tratamiento antibiótico previo con B-lactámicos (5/23), inhibidores de Beta-lactamasa (2/23), macrólidos (1/23), cefalosporinas (1/23) y combinaciones de betalactámicos con otros antibióticos (5/23); el resto de pacientes (9/23) desconocía el antibiótico recibido.

El espacio más frecuentemente afectado fue el submaxilar (31/46) (Figura 1), siendo el lado derecho el prevalente (18/31); en un 11% (5/46) se afectaron dos compartimentos. El 13% (6/46) presentaron co-morbilidades asociadas como hipertensión y diabetes mellitus (3/6), hipertensión e insuficiencia renal terminal (1/6) hipotiroidismo (1/6), y alcoholismo (1/6); tres pacientes presentaron antecedente de absceso submaxilar previo.

En el 48% la causa se relacionó con patología de piezas dentarias, generalmente molares; no fue posible identificar el origen de la infección en el 52% de pacientes. Los síntomas más frecuentes fueron tumor cervical, dolor y fiebre (Tabla 1). El promedio de leucocitos fue de 11.800 ± 3.850 con neutrofilia de $72\% \pm 1$. Una leucocitosis mayor a 10.000 no se relacionó con más días de hospitalización ($X^2 p > 0.05$). No se realizó PCR a ningún paciente. En el 98% (45/46) se realizaron exámenes de imagen; siendo el ultrasonido practicado a todos ellos; la TAC se realizó en 22% (9/45) como examen inicial (5/9) o complementario al eco; este estudio mostró áreas abscedadas en el 67% (6/9). La estancia hospitalaria media fue de 9 días (3-16 días).

Se realizó un abordaje quirúrgico mediante cervicotomía y drenaje como parte del tratamiento en el 48% (22/46) de pacientes, obteniéndose material purulento entre 4 a 25 cc. En el 23% (5/22) se reportó salida de gas. Ninguno necesitó re-intervención (Tabla 2). El manejo quirúrgico y médico tuvieron iguales tiempos de hospitalización (9 días).

Los antibióticos usados tanto en pacientes operados como no intervenidos fueron: B lactámicos + inhibidores de B-lactamasa en el 65% (30/46), penicilina cristalina + clindamicina en el 17% (8/46); clindamicina + inhibidor de betalactamasa o aminoglucósido o cefalosporina de tercera generación en el 11% (5/46) y otras combinaciones (3/46). En dos pacientes se tuvo que rotar el esquema antibiótico, por no presentar mejoría. En un 28% de pacientes (13/46) se utilizó corticoterapia como tratamiento coadyuvante. Ellos tuvieron un día menos de hospitalización (T Student $p>0.05$). Se realizó cultivo bacteriológico en todos los pacientes drenados siendo la bacteria aislada más común el estafilococo aureus (Tabla 3).

Dentro de las complicaciones, el 33% (15/46) tuvo signos de sepsis (leucocitos mayor a 12.000, fiebre, taquicardia). Dos pacientes requirieron ser ingresados en UCI en el posquirúrgico inmediato por insuficiencia respiratoria aguda. Ningún factor de riesgo fue estadísticamente significativo para demostrar mayor probabilidad de complicación (Tabla 4). Ningún paciente falleció. Al egreso, el tratamiento recomendado fueron los inhibidores de la B-lactamasa en el 76% (35/46), clindamicina el 11% (5/46), fluoroquinolona el 7% (3/46), cefalosporina en el 2% (1/46) y analgésicos 3% (2/46).

Tabla 1. Manifestaciones clínicas

Signo - Síntoma	Número	Porcentaje
Edema	45	98
Dolor	37	80
Fiebre	27	59
Trismus	18	39
Odinofagia	15	33
Disfagia	15	33
Dificultad respiratoria	5	11
Disfonía	1	2

Tabla 2. Procedimientos quirúrgicos según localización

Localización	Drenaje/Fasciotomía		Total
	Sí	No	
Submaxilar	11 (35%)	20	31
Submentoneano	3 (50%)	3	6
Cervicales	3 (75%)	1	4
Submaxilar + Parafaríngeo	3 (100%)	0	3
Submentoneano + Submaxilar	2 (100%)	0	2

Tabla 3. Microbiología

Bacteria	Número	Porcentaje
Stafilococo aureus	10	45
Streptococo milleri	2	9
Streptococo B-hemolítico Grupo A	1	5
Sin desarrollo	9	41
Total	22	100

Tabla 4. Factores riesgo y complicaciones

Factor riesgo		Sin complicación	Con complicación	χ^2
TTO previo	Pacientes	31	15	p > 0.05
	Sí	16	7	
	No	15	8	
Sexo	Masculino	18	11	p > 0.05
	Femenino	13	4	
Tiempo evolución	> 3 días	23	10	p > 0.05
	< 3 días	8	5	

DISCUSIÓN

Aunque la incidencia de infecciones cervicales profundas ha disminuido considerablemente desde la introducción de los antibióticos (6). Es necesario un perfecto conocimiento de los planos faciales y los espacios profundos del cuello para el diagnóstico y tratamiento de estas infecciones (7).

El sexo masculino predominó con una relación 2:1 comparable con otras series (8-11). Nuestra mediana de edad fue 33 años se encuentra entre los 20 a 50 años, período de mayor frecuencia citada en la literatura (12). La triada encontrada de tumor cervical, dolor y fiebre fue así mismo similar a la mayoría de series (3, 9, 8, 11). La disfagia, odinofagia (7) y rigidez cervical (13) son encontrados en abscesos retro y laterofaríngeos; sin embargo, la clínica puede variar en función del momento en el cual el paciente acude al control médico inicial.

La evolución previo ingreso tuvo mediana de 7 días, en otras series (3, 8) varió entre 5 y 6 días. El 50% de nuestro pacientes recibieron tratamiento antibiótico previo; similar a Crespo *et al.* (3), e inferior a lo reportado en la serie de Hope *et al.* (8) con 70%.

Tuvimos una media de 9 días de hospitalización que oscila entre 6 días a 14 días en la literatura (3, 7, 9, 10, 14). Se han descrito factores que aumentan el tiempo de estancia hospitalaria como: pacientes mayores a 65 años, con enfermedades subyacentes, con complicaciones, PCR mayor a 100 ug/ml al ingreso (15) y más de un espacio afectado (16). Una leucocitosis mayor a 10.000 en nuestra casuística no se relacionó con más días de hospitalización, como sucedió en otras series (16, 17).

La etiología dental fue la principal causa, al igual que en series revisadas, variando entre 8 al 50% (12, 6, 10, 17, 15), siendo indicativa de una deficiente higiene dental en nuestra comunidad. Marioni *et al.* (18) lo demuestra con la identificación de los molares de la mandíbula en especial el segundo y tercero como fuente inicial de infección. Para determinar su localización la Rx panorámica o TAC dental son los exámenes de elección (18).

No encontramos asociación con otras patologías como infección respiratoria que varía entre 17 a 26% (15, 16), amigdalitis cuya prevalencia va disminuyendo, (actualmente entre 4 a 16%) (4-7, 9, 10) cuerpo extraño, trauma, linfadenitis (3, 11, 17), tumores malignos, arañazo de gato (14) y administración de drogas intravenosas (2, 10) con menos del 3%. En 52% de nuestros casos la etiología fue idiopática que está en relación a tasas internacionales (5 a 75%) (8-10, 14, 17, 19); tal vez porque el foco infeccioso se resolvió al momento de la presentación del cuadro o por inflamación subclínica no detectada.

En un 13% se presentaron en pacientes con enfermedades sistémicas como diabetes e hipertensión. Los pacientes diabéticos tienen más tiempo de hospitalización, más complicaciones, traqueostomías (9, 16, 20) y limpiezas quirúrgicas (8) cuando se los compara con pacientes sin comorbilidad. En ellos ante lesiones aparentemente leves el drenaje quirúrgico debería ser considerado (17, 19). Como la bacteria más aislada en este grupo es la *Klebsiella pneumoniae* (9, 20, 21), el tratamiento empírico debería estar dirigido contra ella. En nuestro estudio los pacientes diabéticos no presentaron mayores complicaciones.

El espacio más afectado fue el submaxilar con 68%, más frecuentemente que en la literatura internacional (19-50%)

especialmente en afecciones del piso de boca (10). Otra complicación reportada es la trombosis de la vena yugular (19). Tan solo el 4,3% de nuestros casos necesitaron la unidad de cuidados intensivos por insuficiencia respiratoria lo que contrasta con estudio de Hope con el 28% pero comparable con otras series (4, 23).

La mediastinitis es una complicación potencialmente fatal. Se ha notado una disminución de la mortalidad debido al uso de antibióticos y mejoras en las UCI (24). Aunque no se presentó en nuestra revisión, siempre debemos tenerla presente. Se produce con más frecuencia cuando el espacio retrofaríngeo es el afectado. Mora (25) y Chen *et al.* (26) proponen que si la afección ocurre solo en el espacio anterosuperior mediastinal, el drenaje cervical sería lo indicado; en cambio, cuando más de 2 espacios son involucrados el drenaje combinado cervical con toracotomía es lo requerido, las tasas de mortalidad varían entre 9,5% y 17% (25, 26).

No tuvimos mortalidad la cual en las series actuales oscila entre 0 a 2,9% (3, 8, 9, 10) y está relacionada con procesos malignos (14), VIH y diabetes. Nuestra ausencia de mortalidad pudo haberse debido a que nuestra población fue joven y sin comorbilidades. Según Yang *et al.* (16) la tasa de mortalidad aplicada solo a los pacientes con complicaciones aumenta entre 7 a 42%.

CONCLUSIONES

El sexo masculino es el género más afectado y un porcentaje importante de pacientes recibió antibiótico previo al ingreso. La infección dental fue el principal factor etiológico lo que se relacionaría con el hecho de que los compartimentos más afectados fueron el submaxilar, el submentoneano y el parafaríngeo.

El manejo clínico con antibióticos utilizado fue de gran eficacia y el uso de corticoides disminuyó la estancia hospitalaria. Tuvimos pocas co-morbilidades en nuestros pacientes lo que podría explicar la ausencia mortalidad en nuestra serie.

Debido a que los abscesos profundos del cuello requieren usualmente estancias hospitalarias prolongadas, es importante establecer un diagnóstico oportuno, instaurar un régimen antibiótico de amplio espectro y realizar el drenaje quirúrgico inicial si existe una colección grande o tardío en aquellos pacientes que no responden adecuadamente al antibiótico. La preservación de la vía aérea es de capital importancia en pacientes con esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

- Vieira F, Allen S, Stocks R, Thompson J. Deep neck Infection. *Otolaryngol Clin N Am.* 2008; 41: 459-483.
- Weed H, Forest L. Deep neck infection. In Cummings C, Flint P, Harker L, *et al.* (eds.). *Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 4a. ed, Elsevier Mosby. 2005; 3, 2515-2524.
- Crespo A, Takahiro C, Santana A, Montenegro M, Pereira R, Milani J. Clinical versus computed tomography evaluation in the diagnosis and management of deep neck infection. *São Paulo Med J.* 2004; 122 (6): 259-263.
- Campos L, Hernández D, Barrón M. *Frecuencia y topografía de abscesos profundos de cuello.* An ORL Mex. 2009; 54 (4): 129-134.
- Boscolo P, Da Mosto M. Submandibular space infection: a potentially lethal infection. *Int J Infect Dis.* 2009; 13: 327-333.
- Regueiro S, Vásquez J, Herranz J. Infecciones cervicales profundas: etiología, bacteriología y terapéutica. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2006; 57: 324-328.
- Plaza G, Martínez J, Martínez A. Is conservative treatment of deep neck space infections appropriate? *Head Neck.* 2001; 23: 126-133.
- Hope J, Morales M. *Microbiología y factores predisponentes en absceso profundos de cuello.* An ORL Mex. 2009; 54 (3): 85-91.
- Lee J, Kim H, Lim S. Predisposing factors of complicated deep neck infection: an analysis of 158 cases. *Yonsei Med J.* 2007; 48 (1): 55-62.
- Parhiscar A, Har-El G. Deep Neck Abscess: a retrospective review of 210 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2001; 110 (11): 1051-1054.
- Eftekharian A, Roozbahany N, Vaezaefshar R, Narimani N. Deep neck infections: a retrospective review of 112 cases. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2009; 266: 273-277.
- Daramola O, Flanagan C, Maisel R, Odland R. Diagnosis and treatment of deep neck space abscesses. *Otolaryngol Head Neck.* 2009; 141 (1): 123-130.
- Schuler P, Cohnen M, Greve J, Ptettenberg C, Chereath J, Bas M, *et al.* Surgical management of retropharyngeal abscesses. *Acta Otolaryngol.* 2009; 129: 1274-1279.
- Ridder G, Technau K, Sander A, Boedeker C. Spectrum and management of deep neck space. An 8 year experience with 234 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005; 133: 709-714.
- Wang L, Kuo W, Tsai S, Huang K. Characterizations of life-threatening deep cervical space infections: a review of one hundred ninety-six cases. *Am J Otolaryngol.* 2003; 24 (2): 111-117.
- Yang S, Lee M, Lee Y, Huang S, Chen T, Fang T. Analysis on life-threatening complications of deep neck abscess and the impact of empiric antibiotics. *ORL* 2008; 70: 249-256.
- Huang T, Liu T, Chen P, Tseng F, Yeh T, Chen Y. Deep neck infection: Analysis of 185 cases. *Head Neck.* 2004; 854-860.

18. Marioni G, Rinaldi R, Staffieri C, Marchese R, Saia G, Stramare R, *et al.* Deep neck infection with dental origin: analysis of 85 consecutive cases (2000-2006). *Acta Oto Laryngol.* 2008; 128: 201-206.
19. Boscolo P, Marchiori C, Montolli F, Vaglia A, Da Mosto M. Deep Neck Infections. A Constant Challenge. *ORL.* 2006; 68: 259-265.
20. Huang T, Tseng F, Liu T, Hsu C, Chen Y. Deep neck infection in diabetic patients: comparison of clinical picture and outcomes with nondiabetic patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005; 132: 943-947.
21. Huang T, Tseng F, Yen T, Hsu C, Chen Y. Factors affecting the bacteriology of deep neck infection: A retrospective study of 128 patients. *Acta Otolaryngol.* 2006; 126: 396-401.
22. Freling N, Roele E, Schaefer C, Fokkens. Prediction of deep neck abscesses by contrast-Enhanced computerized tomography in 76 clinically suspect consecutive patients. *Laryngoscope.* 2009; 119 (9): 1745-1752.
23. Manzo E, Méndez G, Hernández G, Salvatierra A, Vásquez M. Abscesos profundos de cuello. Etiopatogenia y morbimortalidad. *Rev Asoc Mex Med Crit y Terap Int.* 2005; 19 (2): 54-59.
24. Freeman R, Vallieres E, Verrier E, Karmy R, Wood D. Descending Necrotizing mediastinitis: an analysis of the effects of serial surgical debridement on patient mortality. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2000; 119: 260-267.
25. Mora R, Jankowska B, Catrambone U, Passali G, Mora F, Leoncini G, *et al.* Descending Necrotizing Mediastinitis: 10 Years Experience. *ENT.* 2004; 83 (11): 774-780.
26. Chen K, Chen J, Kuo S, Huang O, Hsu H, Lee J, Lee Y. Descending necrotizing mediastinitis: A 10 year surgical experience in a single institution. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2008; 136: 191-198.

ISSN: 1390-5511

CAMBios

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN CIENTÍFICA

Volumen XI NO. 19
Julio 2011 - Diciembre 2011

Trabajos de Investigación | Casos Clínicos | Revisión Bibliográfica | Mística de Servicio



Avanzamos
Seguros...!

HOCAM
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN

Gangrena de Fournier Secundario a Absceso Ano Rectal. A propósito de 2 casos.....	80
Autores: Dr. Fausto P. Rodas Alvarez / Dra. Mónica Albán Galarraga / Dra. Angela Porcellato Ortega / Dr. Galo Venegas Toro / Dr. Fernando Gallegos / Dra. Tannia Raza S. / Dra. Tatiana Parra Sánchez / Dr. Patricio Galarza	
Obstrucción Intestinal completa por Seminoma de testículo derecho no descendido.....	85
Autores: Dr. Mauricio Puente Caizapanta / Dr. Germán Morillo Esparza / Dr. Iván Cevallos Miranda	
Enfermedad Poliúística Hepática Aislada. A propósito de un caso	91
Autoras: Dra. Lorena Novillo A. / Dra. Margarita Mencías	
Ascitis Fetal Aislada. A propósito de un caso	95
Autores: MD. Ma. Fernanda López / Dr. Santiago Chávez / Dr. Ramiro Hidalgo / Dr. Pablo Alvarado / Dr. Ricardo De La Roche / Dr. Rubén Bucheli T.	
Alveolitis Alérgica Extrinseca o Neumonitis por Hipersensibilidad: A propósito de un caso	98
Autores: Dr. Hugo Lara Santana / Dra. Fernanda Rosales / Dr. Santiago Cadena Mosquera / Dr. Fernando Moncayo	
Linfoma Pulmonar No-Hodking. A propósito de un caso	104
Autores: Dr. Hugo Lara Santana / Dr. Santiago Nuñez Espinoza / Dr. Alexander Castro Altuna / Dra. Sonia Sotomayor / Dra. Jeaneth Salazar / Dr. Fernando Moncayo	
Tumores Intramedulares. A propósito de un caso	109
Autores: Dra. Angélica Ortiz Y. / Dra. Fernanda Rosales / Dr. Ramiro Montenegro	
Síndrome de Eagle.....	114
Autores: Dra. Karla Quisiguiña Sánchez / Dr. Carlos Ríos Deidán / Dra. María Fernanda Peña Vásquez / Dr. Luis Pacheco Ojeda / Dra. Mercedes Narváez Black / Dr. Marco Guevara	
Edema Agudo Pulmonar de Reascenso / Reentrada. Caso clínico y Revisión bibliográfica.....	118
Autores: Dr. Estuardo Šalgado Yépez / Dr. Jennifer Tricallotis Guerra / Dr. Wilson Echeverría Mora / Grupo de estudio: Clínica La Merced	
Inestabilidad Atlantoaxoidea por Artritis Reumatoidea: Reporte de un caso.....	122
Autores: Dr. Fabricio Aguilar Erázo / Dr. Diego Pastor Mayorga / Dra. Monserrat Pavón / Dra. Mónica Espinosa	
Calcinosis Escrotal, patología extremadamente rara. Descripción de Caso clínico y Revisión bibliográfica.....	126
Autores: Dr. Edison Llamuca Naranjo / Dra. Gabriela Moya Jácome / Dr. Eduardo Camacho	

Revisión Bibliográfica

Descripción de una familia con Distrofia Miotónica (Enfermedad de Steiner). Caracterización clínica y Revisión de la literatura reciente.....	130
Autores: Dr. Colón Tomalá Pinto / Dr. Rodrigo Bossano / Lcda. Verónica Carvajal López / Dr. Víctor Hugo Espín	
Endometriosis.....	135
Autores: Dra. Isabel Jibaja / Dr. Ramiro Siguenza / Dr. Rubén Bucheli T.	
Tema de Revisión: Bloqueo del Nervio Pudendo.....	146
Autores: Dr. Diego Calderón / Md. Lillian Fiallos / Md. Julia Lucia Mena / Dr. Rubén Bucheli T.	
Síndrome de Aspiración Meconial.....	150
Autores: Dr. Luis Chancusig Paladines / Dra. Katherine Figueroa Espín / Dr. Gabriel Ordoñez	

Contribución Especial

Atlasprofilax	155
Autores: Dr. Federico Zambrano Suárez / Dra. Daniela Zambrano Espinoza	
El Área de Cuidados Intensivos, en sus primeros 40 años (1972 – 2012).....	159
Autor: Dr. Guillermo Falconí Morales	

Propuestas de CAMóca

Biblioteca del Hospital "Carlos Andrade Marín" para atención a pacientes, familiares y cuerpo médico.....	168
Autores: Dr. Ricardo De La Roche / Dra. Julia Lucia Mena	

SÍNDROME DE EAGLE

Dra. Karla Quisigüiña Sánchez

Médico Residente B4 del Postgrado de Otorrinolaringología – USFQ-HCAM

Dr. Carlos Ríos Deidán

Médico Residente B3 del Postgrado de Otorrinolaringología – USFQ-HCAM

Dra. María Fernanda Peña Vásquez

Médico Rural

Dr. Luis Pacheco Ojeda

Médico Tratante de Cirugía de Cabeza y Cuello – HCAM

Dra. Mercedes Narváez Black

Médico Tratante de Otorrinolaringología – HCAM

Dr. Marco Guevara

Jefe del Servicio de Otorrinolaringología – HCAM

Correspondencia:

Dra. Karla Quisigüiña Sánchez

E-mail: apolita19@yahoo.com.mx

RESUMEN

El síndrome de Eagle o síndrome estiloide es una entidad rara, consiste en el alargamiento del proceso estiloide, provocando dolor por la estimulación de los nervios craneanos y sensoriales. El objetivo de este caso es dar a conocer esta patología, enfatizando en el diagnóstico y tratamiento realizado en nuestra paciente y sustentado en la bibliografía actual.

PALABRAS CLAVE: Apófisis estiloides. Síndrome de Eagle. Dolor cervical.

SUMMARY

Eagle's syndrome or styloid syndrome is a rare entity, is the elongation of the styloid process causing pain by stimulation of the cranial nerves and sensory. The aim of this case is to present this pathology, with emphasis on diagnosis and treatment performed in our patient and based on updated revisions

KEYWORDS: *Styloid process, Eagle syndrome, cervical pain.*

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Eagle también conocido como síndrome de la arteria carótida o del proceso estiloide alargado y osificado se caracteriza por dolor recurrente en la garganta, cara, disfagia, sensación de cuerpo extraño en la faringe, se puede irradiar al oído ipsilateral y se exagera a la movilización del cuello.¹

La apófisis estiloide es una proyección ósea alargada, cilíndrica y puntiaguda que se origina antero-medialmente al proceso mastoideo. El complejo estilo-hioideo está formado por la apófisis estiloides, el ligamento estilo-hioideo y el cuerno del hueso hioides que derivan del segundo arco branquial.²

Aunque aproximadamente un 4% de la población tiene un alargamiento de las apófisis estiloides, únicamente entre el 4 de 10 (3%) de estos pacientes van a presentar sintomatología relacionada. Los pacientes del sexo femenino son más afectados.

El diagnóstico se basa fundamentalmente en la clínica y los estudios de imagen. El tratamiento es inicialmente

farmacológico siendo el quirúrgico la elección si la sintomatología no cede.

La importancia de presentar este caso poco frecuente es que se realice un buen diagnóstico diferencial.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 58 años de edad, sin antecedentes patológicos clínicos ni quirúrgicos en área cervical, no alergia a medicamentos; consulta en ORL; por una historia de 2 años de evolución, caracterizada por odinofagia, dolor difuso de moderada a severa intensidad, sin causa aparente, en región retromandibular derecha, irradiado a región mastoidea y latero cervical del mismo lado, que provoca limitación de movimientos mandibulares y cervicales; intraoralmente se palpa en fosa amigdalina derecha punta ósea, dura, dolorosa, fija; ante la sospecha de un proceso alargado se complementa con estudios de imagen. La panorámica dental evidencia asimetría de apófisis estiloides, por lo que se solicita TAC con reconstrucción 3D de cuello, que reporta alargamiento bilateral de apófisis estiloides; derecha 38mm e izquierda 43mm (Fig. 1 y 2).

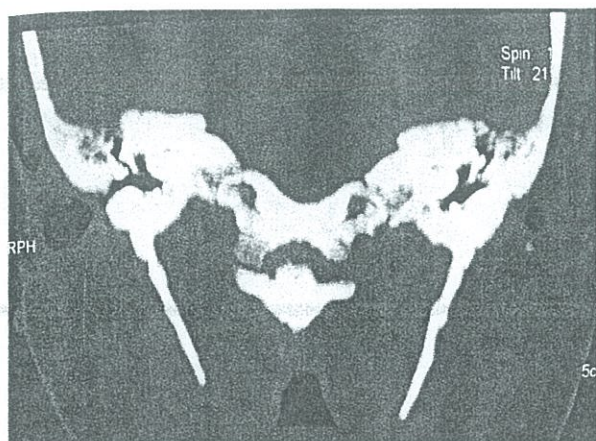


Figura 1. TAC Coronal. Apófisis estiloides alargadas bilateral.



Figura 2. TAC coronal Reconstrucción 3D.

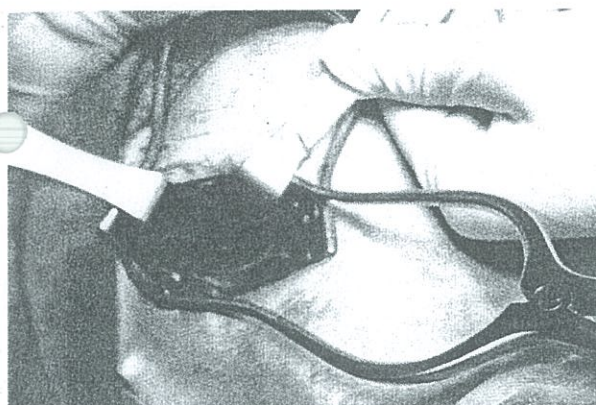


Figura 3. Trans-operatorio. Exposición de Apófisis estiloides.

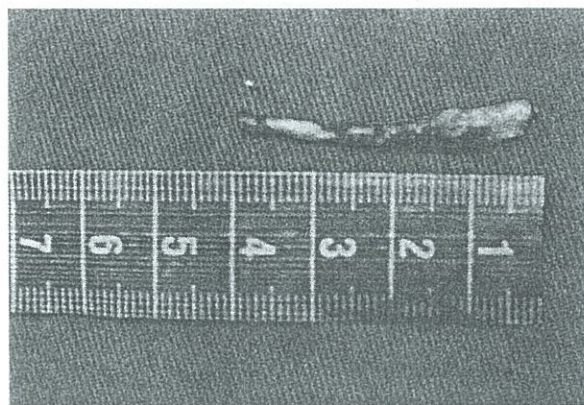


Figura 4. Apófisis estiloides derecha.

Recibió medicación con carbamazepina y AINES sin mejoría del cuadro por lo que se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza con abordaje extraoral (Fig. 3); se procede a la localización y extracción de la apófisis estiloides, con una longitud de 38mm (Fig. 4) con disección previa del estilofaríngeo, estilohioideo y estilogloso y los ligamentos estilohioideo y estilomandibular.

La paciente presentó parálisis facial G IV postquirúrgica, de predominio mandibular, recibió tratamiento farmacológico, como terapia de rehabilitación; egresa al quinto día sin dolor.

Acude a los controles sin referir odinofagia ni otra sintomatología acompañante. Se evidencia mejoría total de su parálisis facial a los 2 meses. Durante los controles posteriores hasta los 9 meses permanece asintomática.

DISCUSIÓN

Síndrome de Eagle o estilalgia, descrito por primera vez en 1937 por el alemán W. Eagle¹. La longitud normal de la apófisis estiloides varía entre 20 a 25 mm,^{2,3,4,6} con un rango de 1.53 y los 4.77 mm; siendo considerado como responsable del síndrome, si la longitud es mayor a 30 mm.

La incidencia de elongación de apófisis ocurre en pacientes adultos jóvenes, con mayor frecuencia en mayores de 50 años y 3 veces más en mujeres³. Ocurre en un 4% de la población general, con presentación unilateral y más común bilateral, sin embargo, no siempre se encuentran síntomas bilaterales.¹

Su etiología aún no está clara y ha sido muy debatida, algunas de las teorías propuestas mencionan que se presenta posterior a cirugía (tonsilectomía); irritación local crónica (osteítis, periosteítis o tendinitis con reactivación) del complejo estilohioideo; hiperplasia y osificación por persistencia del cartílago de Reichert's, desordenes endocrinos en las mujeres postmenopáusicas que causa la osificación del proceso estiloideo y otros elementos, elongación congénita, etc.^{3,6}

Se describen 2 posibilidades clínicas: a) El *síndrome clásico* que ocurre en pacientes con antecedente de trauma faríngeo o tonsilectomía, debido a que se forma una cicatriz alrededor del proceso estiloide que comprime los vasos y nervios que se encuentran en el espacio retroestiloideo, especialmente el nervio glossofaríngeo y las fibras simpáticas de la arteria carótida.¹ Sin embargo Fritz¹⁰ reporta que de sus 43 casos, solo 11 tenían antecedente de tonsilectomía; se caracteriza por dolor faríngeo persistente,

sensación de cuerpo extraño, odinofagia, disfagia, trismus, otalgia ipsilateral, se exagera con movimientos de rotación de la cabeza y se puede palpar una masa en la fosa amigdalina. Los pares craneales que pueden verse implicados por fibrosis de tejido en el pos-quirúrgico son el V, VII, IX y X.^{1,10}

b) El *síndrome de la arteria carótida* no es consecuencia de una cirugía faríngea previa; se produce por la compresión de la arteria carótida interna o externa con sus fibras simpáticas perivasculares por una desviación lateral o medial del proceso estiloideo. El dolor se localiza a lo largo de la distribución de la arteria, es producido y exacerbado por la rotación y compresión del cuello. Cuando existe una irritación de la arteria carótida interna el paciente refiere dolor supraorbital y cuando se afecta la carótida externa se irradia a la región infraorbital, además dolor en regiones temporal, auricular, occipital, cuello y cefalea.¹¹

El diagnóstico se lo realiza a través del examen físico y la sintomatología no patognomónica². La palpación de la fosa amigdalina produce dolor, se puede realizar el test de infiltración de 1ml de lidocaína al 2%, el cual, tiene una sensibilidad del 98% y una especificidad del 100%, el alivio del dolor indica una alta sospecha diagnóstica.³

Sobre la base de la ubicación de la palpación de la apófisis estiloides en la fosa amigdalina, se clasificó por Verma en 3 grados: grado I, la punta de la estiloides se palpa en el polo superior de la fosa; grado II la punta se palpa en el centro de la fosa y en el grado III, la punta se palpa en el polo inferior de la fosa.¹¹

Kishore⁴ realizó un estudio retrospectivo con 58 pacientes que presentaban proceso estiloide alargado; siendo el dolor de cuello y sensación de cuerpo extraño los síntomas más frecuentes (cuadro I).

Cuadro No.1

SÍNDROME EAGLE: CUADRO CLÍNICO

SÍNTOMAS	%
Dolor en el cuello	41
Sensación de cuerpo extraño	27,5
Dolor de garganta	20,6
Disfagia	17,2
Dolor al cambio de posición de la cabeza	10,3
Otalgia	6,9
Dolor en articulación temporomandibular	3,4

Además del examen físico se debe realizar la radiografía panorámica dental y TAC con reconstrucción 3D que es el gold standar examen diagnóstico de oro para esta patología.

Es importante hacer una buena evaluación y un diagnóstico diferencial ya que representa un error diagnóstico frecuente que se ve reflejado en las múltiples consultas a médicos cirujanos, neurólogos, odontólogos, maxilofaciales y psiquiatras^{12,13}. El diagnóstico diferencial se lo debe realizar con todas las condiciones que causen dolor cervicofacial que incluye: tendinitis del temporal, neuralgia del trigémino, síndrome de Ernest, neuralgia del glossofaríngeo, migraña, patología dental y protésica, sialolitiasis, artritis cervical, tumores de faringe y de base de lengua.^{3,8}

El *tratamiento médico* se basa en el uso de analgésicos, anti-depresivos, anticonvulsivantes, infiltraciones locales con esteroides, anestésicos locales de larga acción¹³, siendo un tratamiento local y conservador todavía muy utilizado, para aquellos casos en que no se tiene un adecuado control del dolor el tratamiento es siempre quirúrgico, en el que se han reportado 2 abordajes

El abordaje quirúrgico *intraoral* con la misma técnica que una amigdalectomía. En la actualidad, sólo se utiliza cuando hay que retirar la porción caudal del proceso estiloideo, y es fácilmente palpable a través de la fosa amigdalina, es un procedimiento difícil y con alto riesgo de lesionar el nervio glossofaríngeo, el nervio facial o la arteria carótida externa, debido a que el campo quirúrgico es limitado;¹¹

El abordaje quirúrgico *extraoral-cervicofacial* consiste en un abordaje de Hinds; La resección del ligamento y la apófisis se hace con mayor seguridad, al visualizar directamente estructuras anatómicas vasculares, nerviosas, el tendón y el músculo digástrico; con mínimo riesgo de lesionarlas.

En este caso en particular, la paciente refiere síntomas correspondientes a ambos tipos de presentación clínica, ya que indica la presencia de odinofagia, sensación de cuerpo extraño faríngeo, propios de la forma clásica; sin embargo, no existe el antecedente de una tonsilectomía. Por otra parte, el dolor cervical derecho traduce una compresión a nivel del sistema carotídeo, probablemente por un compromiso mayor de la arteria carótida externa.

El tratamiento quirúrgico fue adecuado; la técnica utilizada fue extraoral, el resultado obtenido fue exitoso, logrando una remisión total de la sintomatología preoperatoria hasta los 8 meses de seguimiento, sin lesión a estructuras adyacentes.

Para concluir es importante recalcar la importancia del síndrome de Eagle como diagnóstico diferencial de otras patologías que causan dolor cervicofacial. Además, se debe enfatizar que tras la sospecha de dicha entidad, no se deben olvidar las diferentes variantes clínicas de la patología, ya que éstas se pueden manifestar simultáneamente en un mismo paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. VITTORIO R. Eagle Syndrome. Emedicine 2010. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1447247-overview>
2. LIMA J et al. SÍNDROME DE EAGLE: REVISIÓN DE LA LITERATURA, Acta Odontológica Venezolana 2007; 45:1-6.
3. Nazar R, Naser a, Fulla a. Zamorano A. SÍNDROME DE EAGLE EN OTORRINOLARINGOLOGÍA. Rev Hosp Clin Univ Chile 2008;19:156 - 61.
4. PRASAD, Chandra, kishore, et al. ELONGATED STYLOID PROCESS (EAGLE'S SYNDROME): A Clinical Study. J Oral Maxillofac Surg 2002;60:171-175.
5. GARCIA N, et al. SINDROME ESTILOHIOIDAL, Acta Otorrinolaringológica Esp 2009.
6. CEYLAN, A et al. SURGICAL TREATMENT OF ELONGATED STYLOID PROCESS: EXPERIENCE OF 61 CASES, Skull Base 2008;18:289-295.
7. BEDER E. CURRENT DIAGNOSIS AND TRANSORAL SURGICAL TREATMENT OF EAGLE'S SYNDROME. J Oral Maxillofac Surg 2005 63:1742-1745.
8. BUONO, U. SURGICAL APPROACH TO THE STYLOHYOID PROCESS IN EAGLE'S SYNDROME, J Oral Maxillofac Surg 2005;63:714-716.
9. RAMOS, C et al, AN INTRAORAL SURGICAL APPROACH TO THE STYLOID PROCESS IN EAGLE'S SYNDROME, Oral Maxillofac Surg 2009;13:145-151.
10. Verma R: Stylagia. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 1996;48:312-316.
11. Naik Su, Naik Sa. Tonsillo-Styloidectomy for Eagle's Syndrome: A Review of 15 Cases in KVG Medical College Sullia. Oman Med J 2011; 26(2): 122-126.
12. KURSOGL P, Unala F. RADIOLOGICAL EVALUATION OF THE STYLOID PROCESS IN YOUNG ADULTS RESIDENT IN Turkey's Teditipe University faculty If Dentistry. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005;100: 491-494.
13. Colby C, Del Gaudio J. Stylohyoid complex syndrome: a new diagnostic classification. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2011; 137(3):248-52.
14. Peng G, Chen W, Wu J, Pan J. Eagle's syndrome treated with dissection of the styloid process via an extraoral approach combined with antidepressants. Chin J Dent Res. 2011;14(1):37-40.

CONFERENCIAS

- ❖ **IV CONGRESO IBEROAMERICANO DE IMPLANTE COCLEAR Y CIENCIAS AFINES**
XIV CONGRESO ARGENTINO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y FONOAUDIOLOGIA
PEDIATRICA. BUENOS AIRES- ARGENTINA MAYO-2012

- ✓ **CONFERENCIA 1:**

*COMPLICACIONES POS-OPERATORIAS DE IMPLANTE COCLEAR. ANALISIS
RETROSPECTIVO EN 152 CASOS CONSECUTIVOS EN POBLACION ECUATORIANA*

ANTECEDENTES: La implantación coclear es una cirugía con poca morbimortalidad que se realiza a pacientes con hipoacusia neurosensorial profunda bilateral. Con el paso del tiempo sus indicaciones han aumentado. Siendo establecido como un método efectivo y seguro para la rehabilitación de hipoacusia profunda, sin embargo las complicaciones pueden ocurrir, siendo importante que estemos preparados para resolverlas

OBJETIVO: Determinar la tasa complicaciones mayores y menores de implante coclear

LUGAR DE APLICACION: Hospital Carlos Andrade Marín. Quito- Ecuador

DISEÑO: Cohorte retrospectiva transversal

POBLACION: 152 paciente consecutivos adultos, niños y adolescentes

METODO: Entre diciembre del 2005 a diciembre del 2011 se realizaron 152 implantes siendo evaluadas las complicaciones mayores como aquellas que requieren ingreso hospitalario, cirugía y/o explante, y posterior re-intervención y las menores como parálisis facial, vértigo, tinnitus que se resuelven con tratamiento conservador sin necesidad de intervención quirúrgica

RESULTADOS: Los resultado revelan una tasa de complicación de 10.5 % (16 de 152), siendo el 6.6% de complicaciones mayores (10 pacientes) y 3.9% de complicaciones menores. En 4 casos hubo indicación de retirar el implante, 2 por colocación inadecuada, 1 por falla del componente interno y otro por infección severa secundario a inmunodeficiencia inmunitaria selectiva; en dos pacientes se ha reimplantado en el mismo oído sin complicaciones pos-operatorias. Una paciente que se encuentra colocado inadecuadamente no ha deseado realizarse cirugía y uno permanece en espera. En seis casos se formó colección (hematoma) que requirió drenaje bajo anestesia sin afectar la función del implante en sus controles posteriores. En dos casos se presentó parálisis facial transitoria, tres pacientes con vértigo que se recuperaron progresivamente y uno con tinnitus intenso. No registramos meningitis ni muerte como complicaciones mayores en nuestra experiencia

CONCLUSIONES: La cirugía para el implante coclear tiene una baja morbilidad con una baja tasa de complicaciones en nuestra población lo que es comparable con otras series internacionales

❖ **XII CONGRESO NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA. SANTA ELENA 2012**

✓ **CONFERENCIA 1**

IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS DE PABELLON AURICULAR (Mejor tema Libre)

La atresia anotia es la malformación más frecuente en el Ecuador con una tasa 10.8 x 10000, en el hospital nacen entre 7 y 8 niños anualmente con esta malformación; la cual presenta alteraciones en la estructura del oído externo y medio de diferente magnitud con hipoacusia de transmisión de grado severo

Es por tanto la displasia de pabellón uni o bilateral un problema estético y funcional, la alternativa actual son los *implantes osteointegrados* con mejores resultados funcionales y estéticos lo cuales pueden ser previsibles y muy buenos. La osteointegración es un fenómeno descubierto por Branemak.

La técnica quirúrgica es similar a colocar un implante tipo BAHA y en 2do tiempo se coloca la prótesis de silicona, a medida y el color de piel de acuerdo a cada paciente, entre 3 y 8 meses.

Este programa se implementó desde el año 2008 y presentamos nuestra experiencia. Se han colocado 24 pabellones, 8 en adolescentes y 9 en adultos, 7 han sido bilaterales. El 100% de los pacientes tenía microtia y se colocó simultáneamente un implante tipo BAHA, no tuvimos complicaciones intra ni posoperatorias. El seguimiento de los pacientes ha sido satisfactorio no se han presentado infecciones ni extrusiones del pilar.

JUSTIFICACION

COMPLICACIONES POS-OPERATORIAS DE IMPLANTE COCLEAR. ANALISIS RETROSPECTIVO EN 152 CASOS CONSECUTIVOS EN POBLACION ECUATORIANA

La implantación coclear es una cirugía que se realiza a pacientes con hipoacusia neurosensorial profunda bilateral, al ser el hospital Andrade Marín el único centro en Ecuador que realiza este procedimiento desde hace 6 años ininterrumpidamente, nos propusimos determinar la tasa de complicaciones mayores y menores en 152 pacientes y lo presentamos en el Congreso Iberoamericano realizado en Buenos Aires, demostrando que esta cirugía tiene baja morbilidad así como baja tasa de complicaciones en nuestra población lo que es comparable con otras series internacionales.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS TIPO BAHA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN. QUITO-ECUADOR

El implante BAHA (bone anchored hearing aid) se osteointegra en el hueso y proporciona mejor audición, inteligibilidad, calidad del sonido que los dispositivos convencionales, el Hospital del Seguro realiza este procedimiento desde hace 5 años y nunca se ha evaluado como este procedimiento afecta en la calidad de vida, de los pacientes intervenidos; por lo que analizamos 25 pacientes con la escala Glasgow Benefit Inventory demostrando que existe un aumento en el bienestar del paciente, en especial en las sub-escalas general y social, así mismo la ganancia auditiva; siendo muy importante recalcar que los resultados son comparable con series internacionales. Esta interesante casuística la presentamos en el Congreso Iberoamericano teniendo muy buenos comentarios, ya que la calidad de vida no es evaluada habitualmente luego de procedimiento quirúrgicos.

IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS DE PABELLON AURICULAR

La atresia anotia es la malformación más frecuente en el Ecuador. Por lo que la displasia de pabellón uni o bilateral un problema estético y funcional, la alternativa son implantes osteointegrados. Es así, que nuestro hospital al ser líder de implantes de oído a nivel nacional, implemento este programa desde el año 2008 y presentamos la experiencia con 24 pabellones colocados tanto en adolescentes como adultos, además colocando un implante BAHA a todos en el mismo tiempo; siendo la visión actual de manejo del oído congénito, resolviendo tanto el problema estético como funcional sin complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias; con mejores resultados estéticos y funcionales en un solo procedimiento quirúrgico.

EVALUACION DIAGNOSTICA DE ADENOPATIAS CERVICALES. EL VALOR DE LA BIOPSIA

Las adenopatías cervicales son una frecuente consulta en la especialidad, y la biopsia abierta es el procedimiento que se realiza habitualmente, sin embargo no teníamos el conocimiento real de su resultado histopatológico, para ello realizamos una revisión retrospectiva, analizando 110 casos; por medio de este estudio ahora sabemos que en nuestra población tenemos una gran prevalencia de tumoraciones malignas (51%) e hiperplasias reactivas en el 34%; cuyo valor es de suma importancia sobre todo en el estadiaje en procesos malignos y el manejo en general de estos pacientes



Asociación Argentina
DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
Y FONOAUDIOLÓGIA PEDIÁTRICA



Grupo Iberoamericano
de Implantes Cocleares
y Ciencias Afines GICCA

XIVº

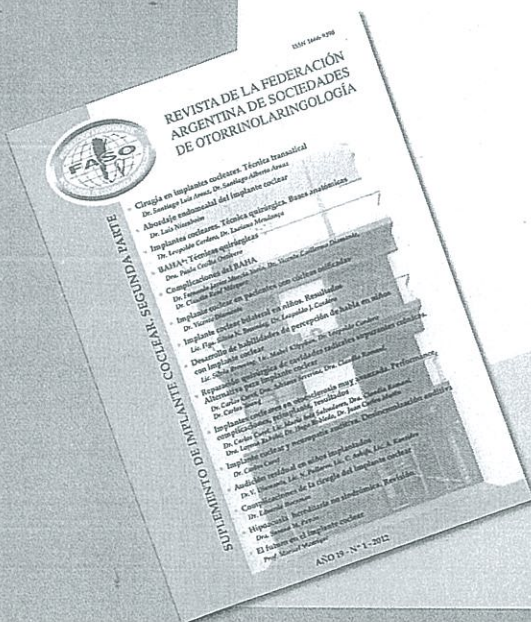
CONGRESO ARGENTINO
DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
Y FONOAUDIOLÓGIA PEDIÁTRICA

IVº

CONGRESO IBEROAMERICANO
DE IMPLANTE COCLEAR
Y CIENCIAS AFINES

VIIIº

JORNADA DE ORL
PARA PEDIATRAS



24, 25 y 26
MAYO 2012

Sheraton Hotel
Buenos Aires
Argentina

SCREENING AUDITIVO UNIVERSAL 2009-2010 QUITO-ECUADOR

Nº REFERENCIA: 2299

TIPO DE PRESENTACION: Temas Libres

CATEGORIA: Otológicos

SUBCATEGORIA: Audiología

INSTITUCION 1: HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN

AUTOR y COAUTORES: Dra. Karla Quisiguiña Sanchez, Dr. Carlos Rios Deidan, Dr. Marco Guevara Sanchez, Fga. Geoconda Fierro

RESUMEN DE LA PRESENTACION:

ANTECEDENTES: La necesidad de identificar los trastornos de la audición al nacer y garantizar el diagnóstico e intervención antes de los 6 meses de edad se reconoce como un estándar de salud internacional. A partir de esta premisa, cada vez más países han implementado programas de cribado auditivo universal que evalúan a todos los recién nacidos durante su estancia en la maternidad. El "screening Universal" de hipoacusias debe ser el pilar fundamental en la detección de esta patología, tanto en los RN sanos como en los de alto riesgo con el fin de obtener un diagnóstico audiológico temprano y tener una rehabilitación auditiva adecuada y oportuna

OBJETIVO: El objetivo es determinar la tasa de alteraciones auditivas profundas en recién nacidos

LUGAR DE APLICACION: Hospital Universitario Carlos Andrade Marín de la Seguridad Social del Ecuador

DISEÑO: Cohorte Retrospectivo transversal

POBLACION: Recién nacidos y lactantes

METODO: Se incluyeron a todos los RN sanos y con factores de riesgo; entre enero de 2009 a agosto de 2010, utilizando 2 pruebas sucesivas OEAT y los PEATCa según el protocolo establecido en nuestro hospital

RESULTADOS: Se evaluaron en total de 6.506 recién nacidos. En el año 2009 se realizó un primer chequeo audiológico a 3837 niños; a los 6 meses, no pasaron la prueba 4 niños que finalmente tuvieron diagnóstico de hipoacusia profunda bilateral profunda. En el periodo de 8 meses (enero-agosto) del año 2010, se realizó un primer control a 2669 niños, a los 6 meses de edad fueron 3 los niños a los que se les diagnosticó hipoacusia profunda bilateral profunda. En los controles subsecuentes a los 3 y 6 meses según lo establecido en nuestro protocolo existió un porcentaje importante de niños que no acudieron a completar el tamizaje. Sin embargo 7 niños fueron diagnosticados de Hipoacusia neurosensorial profunda bilateral, lo que representa una tasa de 1,07 niños por 1000 RN vivos en nuestro hospital

CONCLUSIONES: Nuestro programa de tamizaje universal auditivo es el primero en aplicarse de forma sistemática en un hospital público del Ecuador lo que es importante para nuestro país, estos 7 niños detectados iniciaron su rehabilitación auditiva temprana y cirugía de implante coclear alrededor del año de edad.

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS DE IMPLANTE COCLEAR ANALISIS RETROSPECTIVO EN 152 CASOS CONSECUTIVOS EN POBLACION ECUATORIANA

Nº REFERENCIA: 2300

TIPO DE PRESENTACION: Temas Libres

CATEGORIA: Otológicos

SUBCATEGORIA: Audiología

INSTITUCION 1: HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN, QUITO ECUADOR

AUTOR y COAUTORES: Dr. Carlos Fernando Ríos Deidán, Dr. Marco Guevara Sanchez

RESUMEN DE LA PRESENTACION:

ANTECEDENTES: La implantación coclear es una cirugía con poca morbimortalidad que se realiza a pacientes con hipoacusia neurosensorial profunda bilateral. Con el paso del tiempo sus indicaciones han aumentado, siendo establecido como un método efectivo y seguro para la rehabilitación de hipoacusia profunda, sin embargo las complicaciones pueden ocurrir; siendo importante que estemos preparados para resolverlas

OBJETIVO: Determinar la tasa complicaciones mayores y menores de implante coclear

LUGAR DE APLICACION: Hospital Universitario Carlos Andrade Marín. Quito- Ecuador

DISEÑO: Cohorte retrospectiva transversal

POBLACION: 152 paciente consecutivos adultos, niños y adolescentes

METODO: Entre diciembre del 2005 a diciembre del 2011 se realizaron 152 implantes siendo evaluadas las complicaciones mayores como aquellas que requieren ingreso hospitalario, cirugía y/o explante, y posterior reintervención y las menores como parálisis facial, vertigo, tinnitus que se resuelven con tratamiento conservador sin necesidad de intervención quirúrgica

RESULTADOS: Los resultado revelan una tasa de complicación de 10.5 % (16 de 152), siendo el 6.6% de complicaciones mayores (10 pacientes) y 3.9% de complicaciones menores. En 4 casos hubo indicación de retirar el implante, 2 por colocación inadecuada, 1 por falla del componente interno y otro por infección severa secundario a inmunodeficiencia inmuntaria selectiva; en dos pacientes se ha reimplantado en el mismo oído sin complicaciones pos-operatorias. Una paciente que se encuentra colocado inadecuadamente no ha deseado realizarse cirugía y uno permanece en espera. En seis casos se formó colección (hematoma) que requirió drenaje bajo anestesia sin afectar

la función del implante en sus controles posteriores. En dos casos se presentó parálisis facial transitoria, tres pacientes con vértigo que se recuperaron progresivamente y uno con tinnitus intenso. No registramos meningitis ni muerte como complicaciones mayores en nuestra experiencia

CONCLUSIONES: La cirugía para el implante coclear tiene una baja morbilidad con una baja tasa de complicaciones en nuestra población lo que es comparable con otras series internacionales

LA TARTAMUDEZ EN EL AMBITO ESCOLAR: ESPACIO DE DETECCION Y PREVENCION DE LA TARTAMUDEZ

Nº REFERENCIA: 2301

TIPO DE PRESENTACION: Temas Libres

CATEGORIA: Fonoaudiológicos

SUBCATEGORIA: Investigación básica

INSTITUCION 1: SANATORIO GUEMES

AUTOR y COAUTORES: Lic. Mara Luque, Lic. Nancy Mantiñan

RESUMEN DE LA PRESENTACION:

ANTECEDENTES: Lic. Fonoaudióloga UBA Ex Residente del Hospital de Clínicas. UBA Docente de la Carrera de Fonoaudiología de la UBA Miembro de la International Fluency Association. Miembro de la Asociación Argentina de Tartamudez. Beca de Especialización Universidad de Iowa, EEUU 2007. Beca de Formación en Niños y Adolescentes, Universidad de Pennsylvania, EEUU, 2008. Beca de Formación en Abordaje Cognitivo de la Tartamudez. Universidad de Boston, EEUU 2011

OBJETIVO: • Lograr la detección (precoz) de la disfluencia en el ámbito escolar. • Incorporar herramientas favorecedoras de fluidez en el aula. • Estimular la conducta comunicativa grupal. • Manejar estrategias adecuadas para evitar el desarrollo de pensamientos y sentimientos negativos del habla. • Identificar sentimientos internos propios del docente frente a la sintomatología, constituyéndose como un vínculo sólido entre la escuela y la familia.

LUGAR DE APLICACION: Escuelas Estatales y Privadas de la Ciudad Aut. de Buenos Aires que autorizaron la realización del taller de formación a docentes.

DISEÑO: Descriptivo, comparativo, retrospectivo y observacional.

POBLACION: Participaron un total de 76 docentes a cargo de Jardín de infantes y nivel Primario, como así también Docentes de materias especiales y directivos de las instituciones.

METODO: A cada uno de los docentes interesados, se les brindó el siguiente material: Cuestionario previo al taller de orientación planteado por la fonoaudióloga responsable del mismo. Se complementó con material teórico enfocado a la actividad docente de los diferentes niveles escolares como así también una Guía de consejos para docentes focalizando pautas favorecedoras para las actividades diarias escolares.

RESULTADOS: Se evidenció: La mayoría de los docentes creen que la disfluencia es una dificultad del habla. Asocian su origen a un trastorno psicológico y emocional. Consideran que la disfluencia está asociada a repeticiones y no a tensión al hablar. En su pronóstico y prevención, ellos creen que puede prevenirse y curarse. En relación a las burlas, creen que son frecuentes. Más de la mitad de los docentes evidenciaron situaciones de burlas en relación a la tartamudez. Muchos de ellos consideran que las personas disfluentes no son lo suficientemente inteligentes como los niños fluidos. La mayoría de los niños disfluentes son evaluados de manera diferente al resto de los compañeros. Muchos de ellos no recibieron información sobre disfluencia en su formación académica y solo un escaso porcentaje recibió información sobre tartamudez a lo largo de su ejercicio como docente. Más de la mitad continúa pidiendo que se calme, piense y se tranquilice a la hora de hablar. Un escaso grupo de docentes suele tratar a los niños disfluentes igual que al resto de sus pares. Los valores estadísticos de la información mencionada serán presentados con rigurosidad.

CONCLUSIONES: Consideramos a los docentes como un eslabón fundamental a la hora de detectarla en el ámbito escolar. La escasa información y formación con la que cuentan los docentes permiten que se vea postergada la derivación precoz, tan esencial para alcanzar grandes resultados. La mayoría de los docentes logró modificar sus actitudes e incorporar nuevas estrategias que favorezcan la dinámica dentro del ámbito escolar, especialmente durante instancias de participación grupal, lectura o evaluación del alumno.

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA E IMPLANTES COCLEARES

Nº REFERENCIA: 2302

TIPO DE PRESENTACION: Presentación en Láminas

CATEGORIA: Otológicos

SUBCATEGORIA: Otoneurología

INSTITUCION 1: VANDERBILT UNIVERSITY

AUTOR y COAUTORES: Dr. Alejandro Rivas, Dr. Theodore Mcrackan, Dr. Nathaniel K. Clark, Dr. Robert Labadie

RESUMEN DE LA PRESENTACION:

ANTECEDENTES: La Terapia Electroconvulsiva (TEC) se utiliza para numerosas enfermedades psiquiátricas recalcitrantes, incluyendo desorden de depresión mayor, depresión con conductas psicóticas, desorden bipolar, esquizo-

beneficios a los pacientes con hipoacusia conductiva o mixta y la selección de uno u otro sistema está influida por las preferencias, expectativas y desempeño socio-cultural del paciente.

TARTAMUDEZ EN NIÑOS PRE ESCOLARES, ESCOLARES, ADOLESCENTES Y ADULTOS.

Nº REFERENCIA: 2295

TIPO DE PRESENTACION: Temas Libres

CATEGORIA: Fonoaudiológicos

SUBCATEGORIA: Investigación básica

INSTITUCION 1: SANATORIO GUEMES

AUTOR y COAUTORES: Lic. Mara Luque, Lic. Nancy Mantiñan

RESUMEN DE LA PRESENTACION:

ANTECEDENTES: Lic. Fonoaudióloga UBA Ex Residente del Hospital de Clinicas. UBA Docente de la Carrera de Fonoaudiología de la UBA Miembro de la International Fluency Association. Miembro de la Asociación Argentina de Tartamudez. Beca de Especialización Universidad de Iowa, EEUU 2007. Beca de Formación en Niños y Adolescentes, Universidad de Pennsylvania, EEUU, 2008. Beca de Formación en Abordaje Cognitivo de la Tartamudez. Universidad de Boston, EEUU 2011

OBJETIVO: La tartamudez es uno de los motivos de consulta y de derivación cotidiana en el Servicio de Fonoaudiología. Se buscará determinar valores estadísticos locales: Edad de primera consulta en el servicio por disfluencia. Sexo Derivación de consulta Antecedentes familiares Edad de Inicio de la tartamudez Tratamientos anteriores Causa que asocia como desencadenante de la tartamudez. Inicio o abandono del tratamiento.

LUGAR DE APLICACION: Servicio de Fonoaudiología, sector lenguaje del Sanatorio GUemes de la CABA

DISEÑO: El estudio que se realizó fue de tipo descriptivo y comparativo, retrospectivo, observacional y transversal

POBLACION: La muestra está comprendida por 400 pacientes. Los mismos fueron distribuidos en tres grupos etarios (Pre- Escolares, Escolares y Adolescentes-Adultos) Dichos grupos etarios fueron distribuidos de la siguiente forma tomando como referencia la edad escolar establecida en nuestro país. Los mismos fueron evaluados con protocolo de ingreso al servicio y fueron diagnosticados con tartamudez según protocolos mundiales. Se excluyeron de la muestra aquellos pacientes que presentaban otros diagnósticos asociados tales como retraso mental, Síndrome de Down, discapacidad auditiva, autismo, ADHD, etc.

METODO: descriptivo y comparativo, retrospectivo, observacional y transversal.

RESULTADOS: Se determino que la edad de consulta a nuestro servicio estuvo comprendida entre 1 año 11 meses hasta los 34 años de edad como así también la población que mayormente concurre a nuestro servicio. La mayoría de las consultas es realizada para pacientes de sexo masculino. En relación a las derivaciones, concurren del servicio de pediatría y docentes, cambiando en poblaciones de edad mayor. Los antecedentes de disfluencia se evidencia en más de la mitad de la población. Se determina el porcentaje correspondiente a la rama materna, paterna o ambos. Se evidenció la presencia de casos de pacientes mellizos y adoptivos que presentan la sintomatología. La edad promedio de inicio de la tartamudez es cercana a los 3 años de edad para los tres grupos etarios. Se determinó la relación con los tratamientos anteriores orientados en disfluencia como también el ingreso a tratamiento de los pacientes que consultaron. La mitad de la población asocia su inicio a causas aparentes. Las mismas fueron identificadas como desencadenantes.

CONCLUSIONES: Los valores obtenidos en nuestra muestra reflejan valores de referencia para nuestra población representativa que se correlacionan con los valores internacionales demostrados en investigaciones destacadas. Los valores obtenidos se especifican para cada uno de los grupos etarios.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN. QUITO ECUADOR

Nº REFERENCIA: 2297

TIPO DE PRESENTACION: Temas Libres

CATEGORIA: Otológicos

SUBCATEGORIA: Audiología

INSTITUCION 1: HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN

AUTOR y COAUTORES: Dr. Carlos Fernando Ríos Deidán, Dr. Marco Guevara Sanchez, Dr. Edwin Andrade, Fga. Gardenia Rodriguez

RESUMEN DE LA PRESENTACION:

ANTECEDENTES: El sistema BAHA (bone anchored hearing aid) utiliza implantes de Branemark system en combinación con un procesador de sonido, para instalarlo, se coloca un pequeño implante de titanio en el hueso temporal por detrás del pabellón auricular. Este implante es osteointegrado en el hueso y proporciona mejor audición, inteligibilidad, calidad del sonido que los dispositivos convencionales. Debido a que la colocación del implante osteointegrado requiere de un procedimiento quirúrgico, estudios ponen de manifiesto que en intervenciones destinadas a mejorar la audición hay relación entre resultados audiológicos y calidad de vida; por lo que la importancia de estos últimos es cada vez mayor y con gran relevancia

OBJETIVO: Cuantificar los cambios en la calidad de vida en los pacientes con implantes osteointegrados, al igual demostrar que el acúfeno y la ganancia auditiva mejoran en nuestra población

LUGAR DE APLICACION: Hospital Universitario Carlos Andrade Marín de la Seguridad Social del Ecuador

DISEÑO: Serie de Casos

POBLACION: Desde el 2007 que se inició el programa BAHA en nuestro hospital 39 pacientes han recibido este implante incluyendo 25 pacientes (adultos y adolescentes) en esta revisión de casos

METODO: El instrumento empleado para medir la calidad de vida fue el Glasgow Benefit Inventory y un cuestionario con 3 preguntas abiertas, uso del BAHA, modificación de los acúfenos y dolor postoperatorio. además se realizó audiometría tonal liminar con promedio de tonos puros pre y posoperatorios

RESULTADOS: Aplicando la escala del Glasgow Benefit Inventory demostramos que existe un aumento en el bienestar del paciente en especial en las subescalas general y social, no así en la física. La ganancia auditiva tuvo mejoría significativa al comparar los resultados pre y pos-operatorios; en cuanto a los acúfenos tuvieron mejoría tras la colocación del implante, pero la misma fue menor en hipoacusia neurosensorial unilateral

CONCLUSIONES: Nuestros resultados señalan que el uso de implantes osteointegrados (BAHA) se asocia a una gran mejoría en la calidad de vida en nuestra población. Así también los implantes disminuyen el acúfeno y su mejoría auditiva fue estadísticamente significativa

LA TARTAMUDEZ Y SU RELACIÓN CON LOS DESORDENES DEL HABLA Y DEL LENGUAJE EN NUESTRA POBLACIÓN LOCAL

Nº REFERENCIA: 2298

TIPO DE PRESENTACION: Temas Libres

CATEGORIA: Fonoaudiológicos

SUBCATEGORIA: Investigación básica

INSTITUCION 1: SANATORIO GUEMES

AUTOR y COAUTORES: Lic. Mara Luque, Lic. Nancy Mantiñan

RESUMEN DE LA PRESENTACION:

ANTECEDENTES: Lic. Fonoaudióloga UBA Ex Residente del Hospital de Clínicas. UBA Docente de la Carrera de Fonoaudiología de la UBA Miembro de la International Fluency Association. Miembro de la Asociación Argentina de Tartamudez. Beca de Especialización Universidad de Iowa, EEUU 2007. Beca de Formación en Niños y Adolescentes, Universidad de Pennsylvania, EEUU, 2008. Beca de Formación en Abordaje Cognitivo de la Tartamudez. Universidad de Boston, EEUU 2011

OBJETIVO: La tartamudez está relacionada con el desempeño lingüístico que presentan los niños. Los desórdenes del lenguaje son un factor de riesgo para el pronóstico y evolución de la tartamudez. Se buscó determinar la presencia de casos de tartamudez aislada Vs casos que presentan tartamudez junto con compromiso lingüístico.

LUGAR DE APLICACION: Servicio de Fonoaudiología, del Sanatorio Guemes CABA

DISEÑO: Descriptivo y comparativo, retrospectivo, observacional y transversal.

POBLACION: Pacientes de ambos sexos de Edad Escolar y Niños Pre Escolares (N=250 pacientes). Fueron evaluados a través de Protocolo Clínico de Tartamudez, evaluaciones usadas internacionalmente para diagnosticar la tartamudez y test formales estandarizados para la evaluación del lenguaje. Se excluyeron de la muestra aquellos pacientes que presentaban otros diagnósticos asociados tales como retraso mental, Síndrome de Down, discapacidad auditiva, autismo, ADHD, etc. También se excluyeron pacientes que realizaron tratamiento con anterioridad. Solo participaron aquellos que consultaron por primera vez en relación a su tartamudez en nuestro servicio.

METODO: El estudio que se realizó fue de tipo descriptivo y comparativo, retrospectivo, observacional y transversal.

RESULTADOS: Se obtuvo que de la muestra total, el 32.8 % no presentó compromiso del habla y del lenguaje al momento de la consulta, mientras que en el 67.2 % restante se evidenció algún tipo de compromiso. (Los valores serán revisados). Los diferentes grupos etarios arrojan diferencias significativas. Los Pre Escolares, presentan un 75.5 % compromiso del habla y del lenguaje además de tartamudez. El 24.5 % restante solo presentaba tartamudez. De aquellos que presentaban compromiso del habla y lenguaje, se observa mayor compromiso en trastornos articulatorios, luego en compromiso del lenguaje mixto y posterior al Trastorno de Lenguaje Expresivo El grupo de Escolares, presenta en un 75.8 % compromiso del habla y del lenguaje además de tartamudez. El resto solo presentaba tartamudez. De los niños que presentaban compromiso del habla y del lenguaje, se observa mayor compromiso en trastornos del lenguaje expresivo, luego compromiso articulatorio y posterior trastorno mixto.

CONCLUSIONES: Al igual que en otras regiones del mundo, se evidencia una amplia relación entre la tartamudez y los trastornos del habla y del lenguaje en la población de niños escolares y pre escolares. Existe entre ambos grupos en nuestra población una amplia diferencia. Si hablamos de los niños Pre Escolares predomina el compromiso de Trastorno de lenguaje expresivo, mientras que en los niños Escolares la predominancia está marcada por Trastorno del Lenguaje Mixto Expresivo/Receptivo. Si bien en la bibliografía mundial no aparecen antecedentes concluyentes nuestros datos nos remiten a pensar que el desarrollo del lenguaje en unidades mayores apareja mayores compromisos en los niños en el aspecto expresivo. Sin embargo el componente receptivo es llamativo.

DÍA 2 - VIERNES 9 DE NOVIEMBRE

TEMAS LIBRES 10 MINUTOS	SIMPOSIUM SOCIEDADES 2 HORAS	CONFERENCIAS MÉDICOS EXTRANJEROS 20 MINUTOS	CONFERENCIAS MÉDICOS NACIONALES 20 MINUTOS	MESA REDONDA
----------------------------	---------------------------------	--	---	-----------------

SALÓN SUMPA

Presidente: Dr. Jorge Rodas / Secretario: Dra. Mercedes Silva

08:00-08:20	Parálisis facial periférica, protocolo de tratamiento médico y quirúrgico.	DR. LUIS GARCÍA-IBAÑEZ
08:20-08:40	Dispositivos osteointegrados, cuando, cómo y por qué.	DR. LUIS GARCÍA-IBAÑEZ
08:40-09:00	Implantes de oído, nuestra experiencia del HCAM.	DR. MARCOS GUEVARA
09:00-09:20	Resultados de los dispositivos auditivos osteointegrados.	DR. LUIS GARCÍA-IBAÑEZ
09:20-09:40	Plasticidad auditiva cerebral e implantes cocleares.	DR. EDUARDO HOCSMAN
09:40-10:00	Detección precoz y metodología de investigación del paciente hipoacusicos, screening auditivo.	DR. EDUARDO HOCSMAN

SALÓN GUANGALA

Presidente: Dr. Jorge Valdano / Secretario: Dr. Eduardo Mogrovejo

08:00-08:10	Implantes osteointegrados de pabellón auricular.	DR. CARLOS RÍOS DEIDÁN DR. MARCO GUEVARA
08:10-08:20	Calidad de vida en pacientes con implante osteointegrado tipo BAHA.	DR. C. RÍOS DR. M. GUEVARA DR. E. ANDRADE FLGA G. RODRÍGUEZ
08:20-08:30	Complicaciones post-operatorias en la cirugía de implante coclear.	DR. CARLOS RÍOS DEIDÁN DR. MARCO GUEVARA
08:30-08:40	Indicaciones y complicaciones de adeno-amigdalectomía en el servicio de ORL del HCAM	DRA. DANIELA YEPEZ DRA. MERCEDES NARVAEZ DRA. KARLA QUISIGUÑA DRA. M AUGUSTA FLORES
08:40-09:00	Diagnóstico y tratamiento de los cuerpos extraños en laringe, traquea y bronquios.	DR. FERNANDO SILVA
09:00-09:20	Reflujo extraesofágico.	DRA. MERCEDES NARVAEZ
09:20-09:40	Tratamiento quirúrgico de la insuficiencia velopalatina con técnica de Poncel.	DR. BOLIVAR ALVARADO
09:40-10:00	Tratamiento quirúrgico del apnea del sueño con procedimientos combinados.	DR. BOLIVAR ALVARADO

10:00-10:30 COFFEE BREAK Y VISITA STANDS

Presidente: Dr. Antonio Matamoros / Secretario: Dra. Irma Baez

10:30-10:50	Del screening auditivo neonatal al diagnóstico temprano de la hipoacusia infantil.	DR. MANUEL MANRIQUE
10:50-11:10	Importancia de la temprana implantación coclear en niños.	DR. EDUARDO HOCSMAN
11:10-11:30	Perspectiva histórica en el tratamiento con I. C.	DR. MANUEL MANRIQUE
11:30-11:50	Pautas de diagnóstico y tratamiento para I. C.	DR. FERNANDO SILVA
11:50-12:10	Abordajes quirúrgicos de implantes cocleares.	DR. EDUARDO HOCSMAN
12:10-12:30	I.C. Técnica en casos con variantes anatómicas, mastoidectomías con cavidades radicales y otosclerosis avanzada.	DR. LUIS GARCÍA-IBAÑEZ

Presidente: Dr. Jaime Rubén Robalino / Secretario: Dra. Marlene Salto

Cirugía endoscópica nasosinusal ¿nuevas fronteras? Coordinado por la Sociedad de Rinología y Cirugía Facial		
10:30-10:50	Anatomía relacionada con abordajes expandidos.	DR. ENRIQUE ITURRIAGA
10:50-11:10	Cirugía del seno frontal y esfenoides.	DR. ENRIQUE ITURRIAGA
11:10-11:30	Manejo endoscópico del angiofibroma juvenil.	DR. ANTONIO MATAMOROS
11:30-11:50	Abordajes endoscópicos expandidos.	DR. ENRIQUE ITURRIAGA
11:50-12:10	Cirugía endoscópica de hipofisis.	DR. EDGAR SERRANO
12:10-12:30	Abordaje endoscópico transplanum transtuberulum y abordaje el apex orbitario.	DR. ENRIQUE ITURRIAGA

12:30-12:45 TOMA DE FOTOGRAFÍA OFICIAL DEL CONGRESO. LUGAR: PLAZOLETA DEL TEATRO

12:30-14:00 ALMUERZO

Presidente: Dr. Fernando Silva / Secretario: Dr. Miguel Jerves

14:00-14:20	I. C. en el paciente añoso y casos con audición residual.	DR. LUIS GARCÍA-IBAÑEZ
14:20-14:40	Implantes cocleares bilaterales.	DR. MARCO GUEVARA
14:40-15:00	Implantes cocleares, resultados en niños y adultos.	DR. MANUEL MANRIQUE
15:00-15:20	Complicaciones intraquirúrgicas y postquirúrgicas de I.C. Cómo resolverlas.	DR. LUIS GARCÍA-IBAÑEZ
15:20-15:40	I. C. en pacientes con otras patologías sensoriales o motoras asociadas.	DR. MANUEL MANRIQUE

Presidente: Dr. Fernando Torres / Secretario: Dr. Carlos Prado

14:00-14:10	Laringectomía total: indicaciones actuales y resultados.	DR. LUIS PACHECO-OJEDA DR. DIEGO CARPIO
14:10-14:20	Traqueotomía: técnica, indicaciones, complicaciones.	DR. DIEGO CORDERO DR. EDWIN AVALOS DR. DIEGO CARPIO
14:20-14:40	Traqueotomía.	DR. HUMBERTO ESPINOZA
14:40-15:00	Manejo de tumores de cabeza y cuello.	DR. EDGAR SERRANO
15:00-15:20	Cirugía secundaria con injerto de costilla.	DR. EDGAR SERRANO
15:20-15:40	Tumores de glándulas salivares.	DR. FERNANDO CORREA

**XIV° CONGRESO ARGENTINO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Y FONOAUDIOLOGIA PEDIATRICA**
IV° CONGRESO IBEROAMERICANO DE IMPLANTE COCLEAR Y CIENCIAS AFINES
VIII° JORNADAS DE ORL PARA PEDIATRAS
24, 25 y 26 de Mayo de 2012, Buenos Aires Sheraton Hotel

Certificamos por la presente que:

el Dr. Carlos Fernando Ríos Deidán

ha participado en calidad de:

Disertante de la Conferencia

Complicaciones posoperatorias de implante coclear. Análisis retrospectivo en 152 casos
consecutivos en población ecuatoriana

durante las sesiones del XIV° Congreso Argentino de ORL y Fonoaudiología Pediátrica que
tuvieron lugar en el Hotel Sheraton de la Ciudad de Buenos Aires los días 24, 25 y 26 de mayo de
2012.

Se entrega el presente certificado a pedido del interesado y para ser presentado ante quien
corresponda, el 26 de mayo de 2012.

Dr. Leopoldo Cordero
Presidente IV° Congreso Iberoamericano
de Implante Coclear y Ciencias Afines

Dr. Alberto Chinski
Presidente XIV° Congreso
AAOFP

Dr. Hugo Rodríguez
Presidente
AAOFP

**XIVº CONGRESO ARGENTINO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
Y FONOAUDIOLÓGIA PEDIÁTRICA**
IVº CONGRESO IBEROAMERICANO DE IMPLANTE COCLEAR Y CIENCIAS AFINES
VIIIº JORNADAS DE ORL PARA PEDIATRAS
24, 25 y 26 de Mayo de 2012, Buenos Aires Sheraton Hotel

Certificamos por la presente que:

el Dr. Carlos Fernando Ríos Deidán

ha participado en calidad de:

Disertante de la Conferencia

Calidad de vida en pacientes con implantes osteointegrados. Experiencia en el Hospital Carlos

Andrade Marin. Quito Ecuador

durante las sesiones del XIVº Congreso Argentino de ORL y Fonoaudiología Pediátrica que
tuvieron lugar en el Hotel Sheraton de la Ciudad de Buenos Aires los días 24, 25 y 26 de mayo de
2012.

Se entrega el presente certificado a pedido del interesado y para ser presentado ante quien
corresponda, el 26 de mayo de 2012.

Dr. Leopoldo Cordero
Presidente IVº Congreso Iberoamericano
de Implante Coclear y Ciencias Afines

Dr. Alberto Chinski
Presidente XIVº Congreso
AAOFP

Dr. Hugo Rodríguez
Presidente
AAOFP



XII CONGRESO NACIONAL de Otorrinolaringología

8-11 NOVIEMBRE DEL 2012



FESORLYCA
FEDERACIÓN DE SOCIEDADES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
Y CIENCIAS AFINES DEL ECUADOR

Por participar como:

DR. CARLOS RÍOS DEIDÁN
AUTOR

DEL MEJOR TEMA LIBRE: **IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS DE PABELLÓN AURICULAR**

En el XII Congreso Nacional de Otorrinolaringología realizado los días 8 al 11 de noviembre de 2012
en Decámeron Resort Punta Centinela, Provincia de Santa Elena, Ecuador.

Doctor Pedro Toledo
Presidente FESORLYCA

Doctor Jorge Baquerizo
Presidente Comisión Científica



Doctor Rodolfo Farfán
Decano de la Facultad de
Ciencias Médicas de la UEES

Con el aval académico

