



ACTA OTORRINOLARINGOLÓGICA

Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Otorrinolaringología



Volumen 32 N° 01 octubre 2022 / ISSN: 2665 - 0355
Número de Depósito Legal Acta Otorrinolaringología DC2019001631
(Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)
Miembro de ASEREME

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA 2021-2023

Dra. Rosaria Sano

Presidente

Dr. Gerardo Salas

Vice-presidente

Dr. José Pastor Linarez

Secretario

Dra. Mariana Lossada

Tesorero

Dr. Juan Carlos Rodríguez

Primer Vocal

Dr. Carlos Calderón

Segundo Vocal

Dra. Zuleika Castellanos

Tercer Vocal

COMISIÓN DOCENTE

Dra. Francis Sánchez

Dra. Irene Avellán

Dra. Nelsi Mar Palacios

Dra. Soraya García

Dra. Rosalinda Pieruzzini

Dra. Yanet Bastidas.

Dra. Virginia Petoia.

TRIBUNAL DISCIPLINARIO

Dr. Esteban Torres

Dr. Juan Lorenzo Emmanuelli

Dr. Manuel Eman

BIBLIOTECARIO

Dra. Zuleika Castellanos

Diseño de Portada y Diagramación de Revista:
César Luna (Diseñador Gráfico)

REVISTA ACTA OTORRINOLARINGOLÓGICA JUNTA DIRECTIVA - 2021-2023

FUNDADOR

Dra. Teolinda Mendoza de Morales

EDITOR

Dra. Glenda Cristians

DIRECTOR

Dra. Ligia Acosta Boett

COORDINADORA DE PUBLICACIONES INTERNACIONALES

Dra. Alejandra Daza

COORDINADOR DE PUBLICACIÓN DIGITAL

Dra. Mariana Lossada

CONSULTOR JURÍDICO

Dra. Yaselin Soler

COMITÉ EDITOR

Dr. Zuleika Castellanos

Otorrinolaringólogo
Instituto de ORL, San Bernardino.
zuleika.castellanos9@gmail.com
Caracas. Venezuela.

Dr. Juan Carlos Valls

Cirujano de Cabeza y cuello
Hospital Universitario de Caracas.
vallstru@hotmail.com
Caracas. Venezuela

Dr. Siroyie Villaroel

Otorrinolaringólogo
Centro clínico Santa Paula.
Hospital de niños JM de los Ríos
siroyie@gmail.com
Caracas. Venezuela

COMITÉ EDITOR INTERNACIONAL

Dr. Simón Angeli

Otorrinolaringólogo
Otólogo-Otoneurólogo
Profesor de Facultad de Medicina
de la Universidad de Miami.
Director del Instituto del Oído de
UHealth.
SAngeli@med.miami.edu.
Miami . USA

Dr. Juan Armando Chiossone

Otorrinolaringólogo
Otólogo-Otoneurólogo
Profesor de Facultad de Medicina de
la Universidad de Miami
Profesor del Miami ear Institu,
juan.chiossone@med.miami.edu
Miami. USA

Dr. Rodolfo Lugo.

Otorrinolaringólogo de la Universidad
Autónoma de Nuevo León.
Director del Diplomado de
desórdenes respiratorios, sueño,
ronquido y rinología aplicada.
rodo_lugo@me.com
Monterrey. Mexico

Dr. Masao Kume

ORL, Laringólogo,
Director de la clínica para los
cuidados de la voz, medicina del
sueño y trastornos de la deglución.
Coordinador del Dpto. De PRL del
Hospital Ángeles del Pedregal
cirugiadevoz@gmail.com
DF. México

Dr. Oswaldo Henríquez

ORL, Rinólogo, Endoscopista
especialista en base de cráneo.
Profesor de la Universidad de EMORY.
oswaldo.henriquez@emory.edu
Atlanta. Georgia

Dr. Tania Sih.

ORL. Especialista en ORL pediátrico.
Profesora en la Universidad de Sao Pablo.
Fundadora y Expresidenta de la IAPO.
tsih@amcham.com.br
Sao Pablo. Brazil.

Dr. Mónica Saavedra

ORL, Especialista en Laringología
y Trastornos de la Deglución.
Coordinadora de la Unidad de
Laringología, Voz y Deglución
Hospital Regional de Talca, Chile.
Profesora Escuela de Fonoaudiología
Unidad de Laringología, Voz y
Deglución Universidad de Talca.
monicasaavedraortega@gmail.com
Talca. Chile.

Dr. Peter Baptista

ORL, Especialista en cirugía
de trastornos del sueño.
Profesor del Departamento de
Otorrinolaringología. Clínica
Universitaria de Navarra.
peterbaptista@gmail.com
Pamplona, España

Ign. Manuel Martínez

Lic. en Química, Doctorado
en Geoquímica.
Profesor Investigador de la UCV.
manmarti@gmail.com
Comunidad de Madrid. España.

ACTA OTORRINOLARINGOLÓGICA

Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Otorrinolaringología - RIF: J-30510825-0 Colegio de Médicos del Distrito Capital, Av. Principal de Urb. Santa Fé Norte (Av. José María Vargas), Piso 1. Caracas - Venezuela.
Caracas, 1050-A Tele-Fax: (58-212) 978.33.11 - Celular: 0414-241.0207 E-mail: svorl@hotmail.com - Página Web: www.svorl.org.ve.

INTENCIÓN DE LA REVISTA ACTA OTORRINOLARINGOLÓGICA.

La revista “Acta Otorrinolaringológica” órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Otorrinolaringología se edita con la intención de divulgar información científica actualizada en el campo de la Otorrinolaringología dirigida a los médicos otorrinolaringólogos y a los especialistas afines sobre los últimos estudios de Otorrinolaringología en Venezuela.

EXPRESIDENTES DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

- Dr. Angel Bustillos
- Dr. Alfredo Celis Pérez
- Dr. Gabriel Briceño Romero
- Dr. Silvestre Rincón Fuenmayor
- Dr. Victorino Márquez Reverón
- Dr. Francisco Aurrecochea
- Dr. Carlos González Blank
- Dr. Francisco Miralles
- Dr. Wilmer Palacios
- Dr. Vinicio Grillet
- Dr. Vicente Alizo
- Dr. Fernando Mirabal
- Dr. Cesar Rodríguez Navarro
- Dr. José Angel Hernández
- Dr. Roberto Oramas
- Dr. Eduardo Chapellin
- Dr. Francisco Conde Jahn
- Dr. Oscar Serrano
- Dr. Manuel Vicente Porras
- Dr. Ismael Arevalo Cohen
- Dr. Rene Wefer
- Dr. José Fermín
- Dr. Francisco Pérez Olivares
- Dr. Oswaldo Henríquez León
- Dr. Jesús Escontrela M.
- Dr. Rodolfo Contreras Michelena
- Dra. Teolinda Mendoza de Morales
- Dr. Manuel E. Eman R.
- Dr. Alfredo Naranjo
- Dr. Enrique Iturriaga
- Dr. Juan David Carvajal
- Dra. Violeta Salazar de Páez
- Dr. Aldo Aranzulla
- Dra. Francis Sánchez
- Dr. Esteban Torres
- Dra. Nora Hernández E
- Dra. Jacqueline Alvarado
- Dra. Sajidxa Mariño
- Dra. Ligia Acosta

Contenido

Editorial	6
<i>Dra. Ligia Acosta</i>	
Carta al Editor	
El sistema venezolano de salud del futuro	7
<i>Dr. Juan Carlos Rodríguez</i>	
Biopsias de neoplasias en orofaringe	9
<i>Dr. Juan Carlos Valls Puig. Dra. Emily Guevara. Dra. Oriana Cabrera. Dra. Marínelo Méndez. Dra. Ghabriela Albarran. Dra. Daniela Quintero. Dra. Luis Yañez Naireth Guillen y Dra. Marianela Vizcaino</i>	
Asociación del biomarcador índice neutrófilo- linfocito y el estadio clínico en el diagnóstico inicial de cáncer de cabeza y cuello	17
<i>Dra. Suero Rosa. Dra. Morante Luisa. Dr. Ortega Flabio. Dra. Sano Rosarí. Dra. Ferrer Hilariolyn y Dra. Marsella Sofia.</i>	
Manifestaciones Otorrinolaringológicas en pacientes con infección SARS CoV-2 (COVID-19)	21
<i>Dra. Peña Santos, Sonia. Dr. Rodríguez González, Luis. Dra. De Jesús Francisco, Melanie y Dra. Pieruzzini Azuaje, Rosalinda.</i>	
Experiencia en Traqueotomías en pacientes adultos en el Servicio de Otorrinolaringología.	34
“Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” 2017-2021. Valencia Estado Carabobo	
<i>Dr. Contreras, Gudiño. Antonio José. Dra. Barrios Ramos. Andrea Cristina. Dra. Bataille Martínez. Sharon, Dalhai. Dra. Guevara Torrealba. Karla, Vanessa. Dr. Salas Rivas. Gerardo, Manuel y Dr. Valles Hernández. Javier, Antonio.</i>	
Incidencia de Tumores de Cabeza y Cuello: Experiencia Servicio de Otorrinolaringología Hospital Vargas de Caracas	46
<i>Dr. Ortega Flabio. Dra. Morante Luisa. Dra. Suero Rosa. Dr. Farfán Nelsón. Dra. Sano Rosarí y Dra. Ferrer Hilariolyn.</i>	
Comparaciones de diversos tratamientos tópicos en el manejo de Otomicosis en pacientes de consulta externa del Departamento de Otorrinolaringología del Hospital Militar Universitario “ Dr. Carlos Arvelo”	52
<i>Dra. Flores Muñoz Estefanía Del Valle. Dra. Hernández Núñez Jeni Rosanna. Dra. Novoa De Abreu Karen María.</i>	

Editorial



*Dra. Ligia Acosta
Director del Acta
Otorrinolaringológica.*

Nos complace presentar al gremio Otorrinolaringológico y comunidades científicas afines la nueva edición del ACTA OTORRINOLARINGOLÓGICA, órgano oficial de difusión de la Sociedad Venezolana de Otorrinolaringología, con una trayectoria de más de 30 años de difusión ininterrumpida, originalmente en su modalidad impresa y desde el año 2019 en formato digital, la cual cabalmente ha cumplido con sus objetivos, la difusión de información científica actualizada, publicación de la experiencia e investigaciones científicas de especialistas ORL nacionales e internacionales y en especial de los trabajos científicos generadas en las distintas instituciones de Posgrado de la especialidad.

Considerando los actuales avances en las publicaciones científicas digitales y con el propósito de maximizar la calidad de nuestro órgano oficial de difusión, hemos optimizado el contenido editorial de la revista, en su estructura directiva, comité editor conformado por destacados especialistas ORL nacionales e internacionales, procedentes de Latinoamérica, USA y Europa. Se ha anexado el DOI, Nro. de identificación de objetos digitales, para la revista y los artículos publicados, que facilitará de manera expedita su ubicación inmediata en la web.

Actualmente el Acta Otorrinolaringológica ha sido incluida en el Repositorio Institucional de la Universidad Central de Venezuela “Saber UCV”, Open Journal Systems, plataforma que promueve el acceso abierto a los artículos producidos por miembros de la comunidad académica de la UCV y/o de otras instituciones a través de convenios específicos.

Sumamos esfuerzos para que nuestra revista cumpla con todos los requerimientos que en la actualidad debe de poseer toda publicación científica digital a nivel Mundial, que estimule la profesionalización, generación, reflexión y difusión del conocimiento en la comunidad científica nacional e internacional.

Invitamos a todos especialistas y en especial a las nuevas generaciones de Otorrinolaringólogos a continuar generando investigación científica, eslabón necesario para el desarrollo y evolución del conocimiento y del ejercicio profesional en nuestra especialidad.

EL SISTEMA VENEZOLANO DE SALUD DEL FUTURO



Doce años después de que Clau MK venciera el cáncer de mama en estadio 3 con varios regímenes de quimioterapia y mastectomía doble, la enfermedad regresó, más agresiva que antes. Día tras día, se sentaba en una silla en su sala de estar para moverse y pensar sobre su futuro. Perdió 9 kilos porque un tumor en su intestino hacía que fuera casi imposible comer. Clau no es alguien que se enfurezca o entre en pánico, pero antes de la cirugía para reparar la obstrucción intestinal, hizo algunos comentarios de angustia. “Rezo mucho para que, si las cosas no van a terminar bien para mí o si hay una complicación después de esta cirugía, muera bastante rápido”, recordó haberle dicho a su hija mayor. “No sé cuánto más dolor puedo tolerar”.

Desesperada y decidida, Clau fue referida a un grupo médico afiliado a la nueva red de “Centros de Excelencia” del sistema de salud en Venezuela, para recibir los nuevos inhibidores de puntos de control los cuales evitan que las proteínas creadas por el tumor se unan a las células inmunitarias, restableciendo la capacidad del paciente para combatir el cáncer.

Cinco años y medio después de su participación en el protocolo, Clau, de 62 años de edad, se encuentra en su jardín en Caracas, disfrutando de sus rosales rojos, blancos y amarillos, sembrados en medio de las colinas. “Me siento tan agradecida”, dijo. “Me emociona que investiguen la causa de mi mutación y cómo atacarla”.

¿Cómo se pueden alcanzar estos resultados en el sistema venezolano de salud del futuro? El sistema de salud venezolano mantiene una marcada segmen-

tación financiera y organizativa de los servicios que en medio de una drástica reducción del gasto público experimentan problemas de funcionamiento. Todavía queda mucho por hacer para abordar las necesidades no resueltas y las inequidades en materia de salud, así como para disminuir la incidencia de enfermedades crónicas. Desarrollar un sistema de salud proactivo, en lugar de reactivo, que facilite el acceso, que brinde asesoramiento personalizado en salud, que asista y apoye a las personas en la toma de decisiones y cambios en el estilo de vida, evitará las enfermedades crónicas y reducirá significativamente los costos.

Los cambios fundamentales en la innovación tienden a ocurrir en ciclos de siete años. Por ello, para 2040 la atención médica tal como la conocemos hoy ya no existirá. Habrá un cambio fundamental de “atención médica” a “cuidado de la salud”. Si bien la enfermedad nunca se eliminará por completo, podremos identificarla antes que aparezca e intervenir de manera proactiva y comprender mejor su progresión. El futuro se centrará en el bienestar y será prestado por empresas financiadas de manera colaborativa entre el sector público y privado que asuman nuevos roles para generar valor en el ecosistema de salud. Para entender estos cambios que esperamos lograr en el futuro, es necesario comenzar por las iniciativas que existen actualmente en Venezuela:

1. Hay una nueva apreciación de la importancia de la salud y la autonomía de las personas en la planificación de sus cuidados es cada vez mayor. En el ámbito empresarial, desde la alta gerencia hasta las cadenas de suministros, existe un reconocimiento de la salud como inversión que sustenta la riqueza y muchos empresarios están dispuestos a desempeñar

un papel para crear nuevos modelos de colaboración/ asociación público-privada

2. Mejorar el sistema de salud significa apoyar a la comunidad local. La pandemia aceleró la prestación de servicios de salud en la comunidad de una manera sin precedentes a través del despliegue de unidades móviles de pruebas y centros de vacunación emergentes. Esta tendencia continuará, haciendo que el acceso a la atención sea más fácil, más local y más asequible
3. Una gama de nuevas tecnologías está comenzando a alcanzar un uso generalizado, lo que promete hacer que la atención sea más equitativa y económica.
4. Ha comenzado una nueva era de diagnósticos. Con la realización de pruebas más tempranas podemos detectar precozmente condiciones de salud y obtener mejores resultados.
5. Cada día se avanza hacia un hospital sin barreras. La telemedicina y el monitoreo remoto de pacientes aumentarán la atención física y virtual de manera significativa e integrada, brindarán una experiencia superior al paciente, impactarán a la fuerza laboral de la salud y remodelarán qué, cómo y dónde el trabajo es realizado, y por quién.
6. Vamos hacia la atención sanitaria basada en valor: Mejores resultados clínicos de una manera más costo-eficiente. Para lograrlo, estamos comenzando

a organizar algunos servicios de atención para resolver necesidades cada vez más específicas de los pacientes, según patologías y no por especialidades, siguiendo además protocolos o guías estandarizadas de tratamiento y aumentando la medición del “valor entregado” y no el precio.

No cabe duda que el futuro es prometedor y que se acercan importantes avances que mejorarán la interacción entre médico y paciente. Pero este progreso trae consigo varias interrogantes y cuestiones éticas por resolver. Se requiere un equilibrio entre la innovación y las demandas de los pacientes, por un lado, y los marcos regulatorios y de calidad por el otro. Los esfuerzos deberán dirigirse a traspasar las barreras organizacionales (rediseño de procesos), económicas (formas de pago y financiamiento), y legales (determinación de responsabilidad según la normativa del país), ya que son estos aspectos que actualmente limitan la atención médica.

COVID-19 ha generado una gran oportunidad para todos, desde los sectores público y privado hasta los gobiernos y las comunidades, para reimaginar la colaboración en la búsqueda de sistemas de salud más sostenibles y eficientes. A través de un uso más estratégico de los datos y la tecnología, junto con el trabajo en equipo entre los profesionales de la salud y las comunidades, tenemos la oportunidad de aprender, adaptarnos y de prepararnos para un futuro mejor.

Dr. Juan Carlos Rodríguez H

Biopsias de neoplasias en orofaringe

AUTORES:

Dr. Juan Carlos Valls Puig

Especialista de cirugía general y cirugía oncológica. Profesor Agregado. Jefe de Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología. Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

Dra. Emily Guevara

Dra. Oriana Cabrera

Dra. Marínelo Méndez

Dra. Ghabriela Albarran

Dra. Daniela Quintero

Dra. Luís Yañez Naireth Guillen

Dra. Marianela Vizcaino

Residentes del Postgrado Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología. Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

BIOPSIAS DE NEOPLASIAS EN OROFARINGE

Dr. Juan Carlos Valls Puig*, Dra. Emily Guevara**, Dra. Oriana Cabrera**, Dra. Marínelo Méndez**, Dra. Ghabriela Albarran**, Dra. Daniela Quintero**, Dr. Luis Yañez**, Dra. Naireth Guillen**, Dra. Mariana Vizcaino**.

*Especialista de cirugía general y cirugía oncológica. Profesor Agregado. Jefe de Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología. Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

**Residentes del Postgrado Cátedra y Servicio de Otorrinolaringología. Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas, Venezuela.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los procedimientos realizados para toma de muestra tisular en pacientes con sospecha de neoplasias malignas de orofaringe. **Método:** estudio descriptivo y transversal de 20 casos sometidos a diversos procedimientos para toma de biopsia para determinar la presencia de cáncer de orofaringe. Divididos en dos grupos, aquellos cuya biopsia fue obtenida en consulta y los de quirófano. Las distintas frecuencias fueron expresadas en números, porcentajes y un promedio. **Resultado:** El género masculino predominó con un 55%. El promedio de la edad fue 59 años. Las fosas amigdalinas fueron la ubicación más frecuente representando el 65%, seguido de la base de la lengua, 25%. El 35% y 40% fueron neoplasias T3 y T4, respectivamente. El 70% de la serie presentó adenopatías clínicamente palpables. El tipo histológico definitivo más frecuente fue el carcinoma escamoso. El 41,6% de las biopsias tomadas en el consultorio, no fueron concluyentes de neoplasias malignas infiltrantes, requirieron nuevas tomas de muestras histológicas en consulta o en quirófano. Todas las obtenidas quirúrgicamente fueron satisfactorias. Treinta por ciento requirió procedimientos operatorios derivativos de la vía aérea y digestiva. **Conclusión:** La toma de biopsias en quirófano representa la principal opción para la evaluación apropiada de las neoplasias sospechosas en orofaringe. La crisis sanitaria de nuestro medio y el confinamiento por la Covid -19 determinaron dificultades en la evaluación de los pacientes y en el procesamiento de las muestras. **Palabras clave:** biopsia, neoplasia orofaringe.

SUMMARY

Objective: To evaluate the procedures for biopsies of patients with suspicious oropharynx neoplasms and compare with the scientific literature. **Method:** Descriptive and transversal study of 20 cases submitted to different procedures for biopsies to determine the presence of oropharynx neoplasms. Distributed in two groups, the biopsy tacked in the office or in the operating room. Different frequency express in frequency, percentages and average. **Results:** The male predominated with 55%. The media age was 59 years. The tonsillar fossa are the most common sites, with 65%, next the base of tongue 25%. The 35% and 40% were tumours T3 y T4, respectively. The 70% of the series had lymph nodes metastasis. Squamous cell carcinomas were the most common histologic type. The 41,6% tacked in the office didn't demonstrated malignant lesions and need new biopsies. All tacked in surgical rooms were satisfactory. Thirty per cent required procedures to derivate the airway and digestive tract. **Conclusions:** The surgical procedure represent appropriate key for determinate the diagnosis of malignant neoplasm in oropharynx. The sanitary crisis and pandemic covid 19 determinate difficulties in the evaluation of these patients. **Key words:** biopsies, neoplasms oropharynx.

INTRODUCCIÓN

La orofaringe es considerada como la región que comienza en la superficie anterior del arco de las fauces y se extiende en sentido posterior. Incluye los siguientes sitios anatómicos, el paladar blando, las fosas amigdalinas en ambos lados, la pared faríngea posterior y el tercio posterior de la base de la lengua ⁽¹⁾. Respecto a la incidencia estimada de las neoplasias en esta área, se señala que en Europa se ubica en 3,3 casos por 100.000 habitantes ⁽²⁾. En Estados Unidos se reportan aproximadamente 5.000 casos anualmente ⁽³⁾. Durante el 2012, representó la quinta localización de tumores en el área de cabeza y cuello en la población masculina venezolana ⁽⁴⁾.

El diagnóstico tisular de este tipo de neoplasias es importante para determinar el tipo de tratamiento y el pronóstico del paciente. Se suele confirmar mediante una biopsia en cuña o en sacabocados, obtenida de la periferia o el centro de la lesión, con un volumen adecuado de tejido viable recogido en la muestra. En ocasiones pudiera obtenerse tejido no satisfactorio de la superficie de la lesión y el diagnóstico de un carcinoma invasivo se puede pasar por alto si se toma una biopsia superficial, entonces es necesario una nueva toma de muestra histológica ⁽¹⁾.

El objetivo del presente trabajo es evaluar los procedimientos para la toma de muestra tisular en pacientes con sospecha de neoplasias malignas de orofaringe, se compararán los hallazgos obtenidos con la literatura nacional e internacional.

Pacientes y métodos

En la consulta de cirugía de cabeza y cuello de la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas se realizó un estudio descriptivo y cuantitativo de 20 pacientes con diagnóstico patológico definitivo de neoplasias malignas de orofaringe, quienes fueron sometidos a diversos procedimientos para toma de biopsia desde enero del 2020 hasta mayo del 2021.

En toda la serie se analizaron el sexo, la edad, clínica de presentación, localización de las lesiones, clasificación clínica por etapas, procedimientos diagnósticos realizados, morbilidad constatada y reportes definitivos de anatomía patológica. Las distintas frecuencias fueron expresadas en números, porcentajes y promedios.

La localización de las lesiones fue establecida de acuerdo a los sitios anatómicos descritos para la región orofaríngea. La clasificación TNM por etapas se determinó según la 8va edición de la UICC, Union for International Cancer Control ⁽²⁾. Los procedimientos para toma de muestra fueron separados en dos grupos, aquellos efectuados en consulta y los que requirieron intervención quirúrgica.

RESULTADOS

El género masculino predominó con un 55%. La edad osciló entre 34 años y 74 años; el promedio fue 59 años. La sintomatología más frecuente fue dolor faríngeo, odinofagia, cambios en la voz y expectoración sanguinolenta. Todos fueron evaluados con estudios endoscópicos y tomográficos.

Un paciente con antecedentes de extirpación quirúrgica de carcinoma escamoso en paladar blando, acudió con lesión ulcerativa en la ubicación mencionada. Otro presentó como hallazgo una neoplasia en base de lengua, durante la extirpación en quirófano de una masa cervical en estudio en el nivel II. El 70% de la serie presentó adenopatías clínicamente palpables.

Las fosas amigdalinas fueron la ubicación más frecuente con trece casos representando el 65%, seguido de cinco en la base de la lengua, 25%. Una localización en la pared posterior orofaríngea y otra en el paladar blando, 5% cada una.

Respecto al tamaño tumoral, solo el 15% vino conformado por tumores menores de 2cms o T1. Seguido de 35% de neoplasias T2 o mayores de 2 cms y menores de 4 cms.

El 40% eran T3, mayores de 4 cms. Un localmente avanzado T4a, con extensión a estructuras adyacentes como los músculos pterigoideos. Finalmente, el paciente con la recaída extensa en paladar, descrita previamente.

Doce pacientes integraron el grupo que fue sometido inicialmente a toma de muestra histológica en consulta, es decir el 60% de la casuística. Once por masas ubicadas en fosas amigdalinas y una en paladar blando. En todos se usó la pinza para biopsia de cabeza triangular como se constata en la Figura 1. El 41,6% de

este grupo no fue concluyentes de neoplasias malignas infiltrantes. Tres requirieron una nueva biopsia en consulta y los otros dos se planificaron para Amigdalectomía en quirófano. En el resto del grupo si se confirmó la presencia de un tumor maligno infiltrante.



Figura 1. Toma de muestra tisular con pinza de cabeza triangular en paciente con lesión amigdalina sospechosa. El área de biopsia se ubicó en la periferia de la lesión, incluyendo tejido sano.

Ocho casos integraron el grupo que se intervino quirúrgicamente de primera intención. Según la ubicación, lo integraron todos aquellos localizados en base de lengua, dos en amígdala y uno en pared posterior de orofaringe. Las neoplasias ubicadas en base de lengua fueron confirmadas mediante la introducción de una aguja de Trucut en la lesión tumoral, ver Figura 2. Se obtuvieron de dos a seis muestras histológicas, de acuerdo a si se acompañaron o no de traqueotomía. El resto del grupo fueron amigdalectomías parciales, una de ellas con corte congelado. Se realizó una extirpación parcial de una extensa lesión en la pared posterior de la orofaringe. Todos los especímenes quirúrgicos fueron confirmados como neoplasias malignas infiltrantes.



Figura 2. Esquema de la toma de muestra tisular en la base de la lengua con aguja de Trucut.

El tipo histológico definitivo más frecuente fue el carcinoma escamoso en un 90% de la casuística. El resto vino representado por linfomas de amígdala. En todos se solicitó interconsulta con los servicios de quimioterapia o radioterapia, de acuerdo al tipo histológico para tratamiento definitivo.

El 30% de la serie requirió la ejecución de traqueotomías y gastrostomías, en algún momento de su evaluación por el desarrollo de obstrucción de la vía aérea, por trismo o disfagia. La mitad de las traqueotomías se realizó con anestesia local en quirófano ante la imposibilidad del anesthesiólogo para abordar la vía aérea del paciente por el extenso compromiso tumoral.

Dos casos presentaron hemorragia por cavidad oral debido a progresión de la enfermedad, requiriendo ligadura de las arterias carótida externa y la arteria faríngea inferior para ocluir las pérdidas hemáticas, ver Figura 3.

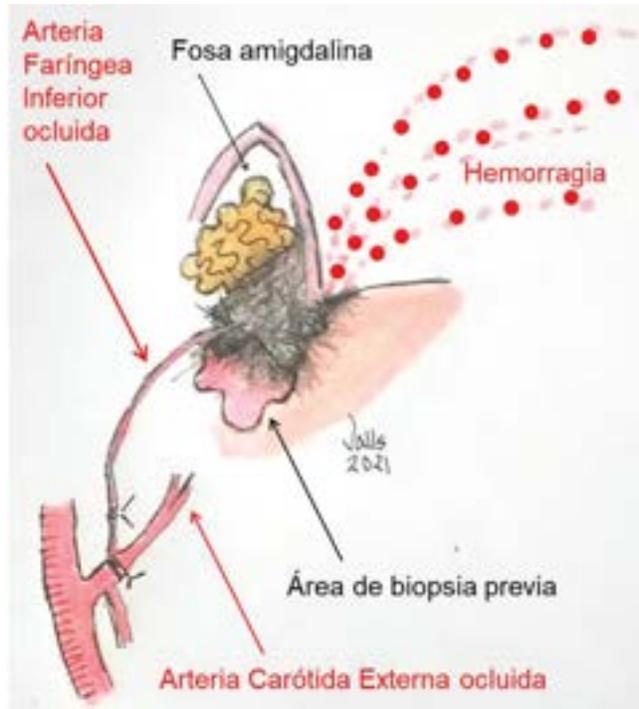


Figura 3. Paciente con cáncer de amígdala que requirió ligadura de la arteria carótida externa y arteria faríngea inferior, tres semanas después de la toma de muestra tisular.

Un paciente presentó en el postoperatorio mediato complicaciones infecciosas respiratorias. Durante el período en estudio, un 40% de la casuística falleció en espera del tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, la frecuencia del género, el promedio de la edad, la presentación clínica y la ubicación de las neoplasias por sitio anatómico se corresponden con lo reportado en la literatura revisada (2,3,5-7).

En los últimos años, la relación hombre mujer ha disminuido, asociado al incremento del tabaquismo y el alcoholismo en la población femenina. Anteriormente eran consideradas neoplasias que predominaban por encima de la sexta década de la vida, sin embargo, la incidencia en menores de sesenta años ha aumentado (6).

En etapas iniciales las neoplasias orofaríngeas son generalmente asintomáticas, usualmente se manifiestan cuando los tumores están avanzados. La sintomatología más frecuente reportada en la literatura es dolor faríngeo, odinofagia, cambios en la voz y expectoración sanguinolenta. La invasión del ligamento pterigomaxilar y los músculos pterigoideos determinan la aparición del trismo. La ubicación amigdalina es la más frecuente, seguido de la base de la lengua, el paladar blando y la pared posterior de la orofaringe (1,3,5). Estos aspectos se constataron en la actual casuística.

En la amígdala y base de lengua, las neoplasias tienden a ser ulceradas, fungosas e infiltrantes. En el paladar blando se caracterizan por ser superficiales. Los estudios endoscópicos y topográficos permiten evaluar la extensión del tumor y sus probables metástasis, categorizar por etapas, identificar el compromiso de la vía aéreo-digestiva, y precisar el tratamiento a aplicar (2,6,7).

En Latinoamérica los pacientes tienden a consultar en etapas tardías (8,9). Durante el período en estudio, la crisis económica, las dificultades para la adquisición de combustible, la inseguridad por los enfrentamientos armados entre bandas y la pandemia del Covid 19, han determinado un importante incremento de los pacientes con neoplasias avanzadas en nuestro medio (10-13). El bajo número de neoplasias T1 y el elevado número de tumores T3 en el estudio, corroboran lo señalado inicialmente.

Los tumores orofaríngeos se relacionan con metástasis ganglionares al momento del diagnóstico. La rica red de drenaje linfático de la zona drena principalmente al nivel II o yugulodigástrico (14). Las neoplasias mayores o iguales a T3 con infiltración profunda poseerán una mayor posibilidad de metástasis ganglionares (1). La presencia de metástasis ganglionares posee una repercusión adversa sobre el pronóstico (15). Más de dos tercios de la serie acudieron con adenopatías clínicamente evidentes.

El tipo histológico más común son los carcinomas escamosos, representan el 91% de los tumores en la orofaringe. En caso de tumores de la región amigdalina y del paladar blando, deben considerarse los linfomas y adenocarcinomas, respectivamente. Otras variedades raras son el melanoma mucoso y los sarcomas (7).

Dada la abundancia de tejido linfóide en el anillo de Waldeyer, los linfomas primarios deben considerarse en el diagnóstico de la región orofaríngea. Aquellos ubicados en la amígdala, la pared faríngea o la base de la lengua se pueden presentar como una lesión superficial con ulceración debida a una proliferación celular rápida. El tipo de Linfoma No Hodgking o extraganglionar es el más frecuente. La presencia de glándulas salivales menores en el paladar determinan la aparición de los adenocarcinomas ^(1,16,17). La frecuencia en los tipos histológicos de carcinomas escamosos y linfomas también se correlacionó con la literatura consultada. No se identificaron otros tipos histológicos.

El diagnóstico diferencial incluye infecciones bacterianas o virales, leucoplasias, eritropiasias displasias, granulomas y papilomas, entre otros ⁽⁷⁾. Los carcinomas escamosos muy queratinizados y los carcinomas verrugosos pudieran no proporcionar tejido representativo para obtener un diagnóstico histológico apropiado. Por tal motivo la biopsia se debe obtener de la zona invasiva periférica o de la profundidad de la lesión, en vez de la superficie. Si una muestra tisular no muestra carcinoma en una lesión clínicamente sospechosa de malignidad, se debe repetir hasta que se confirme el diagnóstico histológico ⁽¹⁾. Más del 40% de los especímenes patológicos provenientes de biopsias obtenidas en consulta, no fueron concluyentes de carcinoma invasor. Fue necesario someterlos a una nueva biopsia en consulta o en quirófano.

La exploración bajo anestesia general es recomendada porque también permite precisar la extensión apropiada de la lesión, la toma de muestras histológicas seriadas, y el mapeo tumoral con métodos diagnósticos como azul de toluidina y ácido acético (1-3,5-7). Las dificultades para la obtención de turnos quirúrgicos electivas asociado a la crisis sanitaria determina que numerosos procedimientos como las obtenciones de muestras histológicas sean realizados en el consultorio. La problemática social descrita previamente ocasionó dificultades para el traslado y procesamiento de los estudios histológicos, determinando la progresión de la enfermedad.

La presencia de una masa en la cadena ganglionar linfática puede ser la clave para identificar un tumor primario ^(18,19). El carcinoma escamoso es la lesión me-

tastásica del cuello más común. La exploración en quirófano es necesaria si el examen físico, los estudios de imágenes o endoscópicos no evidencian el sitio de la neoplasia primaria. La ubicación de la adenopatía dirigirá al cirujano en la búsqueda de las áreas sospechosas ^(20,21). Este aspecto se correlacionó en el paciente con tumor orofaríngeo identificado en quirófano, durante el protocolo de diagnóstico de un bulto cervical en nivel II.

Desde finales de la segunda década del nuevo milenio, las fallas en la obtención de los tratamientos quimioradiantes han determinado en pacientes con obstrucción de la vía aérea por cáncer cervicofacial, un importante incremento de las traqueostomías con anestesia local ante la imposibilidad por parte del anestesiólogo de asegurar la citada vía anatómica ⁽²²⁾. El confinamiento por la reciente pandemia y la ausencia de gasolina en la capital durante el período del estudio han agravado esta realidad. Por otro lado, aunque el abordaje endoscópico y la arteriografía con embolización de los vasos comprometidos, representan las opciones contemporáneas para detener las hemorragias en cabeza y cuello, la necesidad de contar con la tecnología apropiada y el personal calificado limitan su ejecución. La ligadura quirúrgica de la arteria carótida y sus ramas representan alternativas viables, seguras y efectivas en nuestro medio ⁽¹³⁾.

El tratamiento de las neoplasias orofaríngeas es complejo y multidisciplinario, en vista de la intrincada anatomía de esta región y de la usual presentación en etapas tardías. Factores propios de la lesión, del paciente y del centro tratante determinan el tipo de terapéutica a aplicar ⁽⁶⁾. El tipo histológico es un parámetro importante para la selección del tratamiento inicial. Los carcinomas escamosos son radiosensibles y los linfomas son susceptibles también al tratamiento con quimioterapia ⁽²⁾. En nuestro centro las principales opciones iniciales representan la radioterapia sola o combinaciones de quimioradioterapia, reservando la cirugía para el rescate. Los tumores de pared posterior en etapas iniciales son de resolución quirúrgica.

La tasa de supervivencia a los cinco años en el mundo se ubica en 41%. La supervivencia desciende de manera proporcional con el tamaño tumoral y la infiltración en profundidad, alcanzando hasta un 20% en los T4 ⁽⁷⁾. La presencia de metástasis ganglionares disminuye a la

mitad el pronóstico de cualquier tamaño tumoral ^(1,15). El elevado número de neoplasias con tamaño tumoral avanzado y de metástasis ganglionares, así como las dificultades propias de nuestro medio determinaron un 40% de fallecidos en el corto tiempo de ejecución del estudio.

CONCLUSIÓN:

El 41,6% de las biopsias dirigidas a lesiones sospechosas en orofaringe tomadas en el consultorio en un primer intento, no fueron concluyentes de neoplasias malignas infiltrantes. Fueron necesarias nuevas tomas de muestras tisulares en consulta o en quirófano. La intervención operatoria permite la exploración adecuada de la lesión, la obtención de muestras histológicas múltiples en profundidad y la derivación de la vía aérea digestiva de requerirlo. La crisis sanitaria y el confinamiento por la Covid -19 determinaron dificultades en la evaluación de los pacientes y en el procesamiento de los especímenes histológicos.

REFERENCIAS

1. Sha J, Patel S. Cavidad oral y orofaringe. En: Cirugía y oncología de cabeza y cuello. 3era. Edición. St. Louis: Mosby; 2003: 173-233.
2. Machiels J, Leemans C, Golusinski W, Grau C, Licitra L, Gregoire V. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, larynx, oropharynx and hypopharynx. *Ann Oncol*. 2020; 31 (11): 1462-1475.
3. Lin D, Cohen S, Coppit G, Burkey B. Squamous cell carcinoma of the oropharynx and hypopharynx. *Otolaryngol Clin N Am* 2005; 38: 59-74.
4. Capote L. Resumen del cáncer en Venezuela. *Rev Ven Oncol*. 2015; 27 (4): 256-268.
5. Garriga Garcia E, Brito E. Tumores de cabeza y cuello. Un enfoque práctico. [Internet] Disponible en: https://www.academia.edu/36496236/Tumores_de_Cabeza_y_Cuello_Tumores_de_Cabeza_y_Cuello.
6. Gallegos J. Cáncer de orofaringe. En: Rodríguez A, editor. Tumores de cabeza y cuello. 2da. edición. El manual moderno. 2003; 49-65.
7. Doyle K, Lee N. Lesiones malignas de la orofaringe. En: Diagnóstico y tratamiento en otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello. Editor: Anil Lalwani. Manual moderno. 2004: 349-356.
8. Ziv Gil, Dan M. Fliss. Contemporary Management of Head and Neck Cancer. *Israeli Medical Association Journal*. 2009; 11: 296-300.
9. Ospina A, Bruges R, Mantilla W, Triana I, Ramos P, Arauchan S, Quiroga A. Impact of covid 19 infection on cáncer patients. *The Oncologist*. 2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/onco.13861>.
10. Ponce D. Catástrofe de la salud venezolana. *Gac Med Car*. 2019; 127(1): 1-4.
11. Valls J. Desarrollo de la cirugía de cabeza y cuello en Venezuela. *Gac Med Caracas*. 2020; 128 (2): 159-178.
12. Valls J, Palacios N, Valdivia Ma I. La cirugía de cabeza y cuello, una especialidad emergente. *Revista Vitae. Academia Biomédica Digital*. 2021; 81 (Enero-Marzo).
13. Valls J, Alfaro G, Papa I, Blanco I, Altuve L, Lacle J. Ligadura quirúrgica de vasos arteriales en situaciones de emergencia. *Rev Fac Med*. 2021; 1(enero-abril): 37-51.
14. Lindberg R. Distribution of cervical lymph nodes metastasis. *Cancer*. 1972;29: 1446-1449.
15. Valls JC. Experiencia en disecciones de cuello. *Rev Fac Med*. 2018; 41(1).
16. Rodríguez M, Hong W. Diagnosis and management of lymphomas in head and neck. In: Myers/Suen. *Cancer of the head and neck*. 3er Edition. Philadelphia. W.B. Saunders. 1996. 670-678.
17. Idrogo L, Bustamante L, Leguía J. Perfil epidemiológico clínico y anatomopatológico de pacientes adultos con diagnóstico de linfoma. *Rev Ven Oncol*. 2020;32 (3): 151-159.
18. Márquez Reverón A. Conducta a seguir ante una adenopatía cervical. *Gac Med Car*. 1976. 84; 4-6: 297-305.
19. Fish U, Sigel M. Cervical lymphatic system. *Ann Oto Rhin Lar*. 1964; 73 (4): 869-882.
20. Rosenberg T, Brown J, Jefferson G. Evaluating the adult patient with a neck mass. *Med Clin N Am*. 2010; 94: 1017-1029.
21. Nugent A, El-Deiry M. Differential diagnosis of neck masses. En: Cummings of otolaryngology head and neck surgery. Editor: Flint P, Haughey B. Sixth edition 2015. Saunders; Vol I:1767-1772.
22. Valls J, Tabacco F, Exraño L. Experiencia en traqueotomías abiertas de emergencia con anestesia local. *Vitae Academia Biomédica Digital*. 2018; 77 (Enero -Febrero).



GRUPO MEDICAR
VENEZUELA

Montelukast + Levocetirizina

Evolukast

Tabletas de 10 mg / 5mg / 2,5 mg

La combinación perfecta



 1 vez al día

¡ÚNICO EN VENEZUELA!

¡Nuevo Producto!

- ✓ Mejora la calidad de vida, del desempeño laboral y escolar.
- ✓ Mayor rapidez de acción, actuando en máximo 30 minutos en la Rinitis Alérgica estacional y persistente.
- ✓ Superioridad en el alivio de los síntomas nasales vs Desloratadina, Loratadina, Fexofenadina y Ebastina.
- ✓ Control total de los síntomas diurnos y nocturnos.
- ✓ Reduce los síntomas, hospitalizaciones e Hiperreactividad Bronquial.



La Sociedad Venezolana de Otorrinolaringología

Te invita a conocer de primera mano, un espacio con la mejor información de las actividades docentes y científicas, publicaciones y actualidad de nuestra especialidad **y los más grandes avances científicos en ORL** a través de nuestra página:

www.svorlve.org/svorlve/

 @sociedadvenezolanaorl  @svorl

 sociedadvenezolanadeotorrinolaringologia



Asociación del biomarcador índice neutrófilo- linfocito y el estadio clínico en el diagnóstico inicial de cáncer de cabeza y cuello

AUTORES:

Dra. Suero Rosa,
Dra. Morante Luisa,
Dr. Ortega Flabio
Residentes de 2do año

Dra. Sano Rosaría.
Coordinadora Docente

Dra. Ferrer Hilariolyn y Dra. Marsella Sofia
Adjuntos del servicio Sede: Hospital Vargas de Caracas, Servicio de Otorrinolaringología,
Caracas, Venezuela.

ASOCIACIÓN DEL BIOMARCADOR ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO Y EL ESTADIO CLÍNICO EN EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

Autores: ¹Dra. Suero Rosa, ¹Dra. Morante Luisa, ¹Dr. Ortega Flabio ²Dra. Sano Rosarí, Dra. ³Ferrer Hilariolyn, ³Dra. Marsella Sofia

RESUMEN

Introducción: La asociación entre la inflamación y el cáncer ha sido tema de gran interés en los últimos años. El índice neutrófilos/linfocitos (INL) se ha utilizado como valor pronóstico en cáncer, enfermedades cardiovasculares e infecciosas. **Objetivos:** ¹Determinar el índice neutrófilo-linfocito (INL) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello que acudieron al Servicio de Otorrinolaringología en el Hospital Vargas de Caracas en el periodo enero-diciembre 2021. Establecer la relación entre el índice neutrófilo linfocito con el estadio clínico de la enfermedad. **Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo. De un universo de **124 pacientes**, se incluyeron como muestra **78 expedientes** de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, mediante la revisión de historias clínicas y reporte biopsia en el periodo anteriormente mencionado. **Resultados:** De los **78 pacientes estudiados**, se obtuvo una media del INL de **2,7**, dentro del cual **73% de los pacientes presentaron un INL mayor de 2,7**, este se asoció con estadio avanzado de enfermedad (III y IV). **Discusión:** Se obtuvo un promedio de **73% de los pacientes con INL mayor al valor normal 2,7**, lo que concluye asociación significativa con estadio avanzado de enfermedad, acorde con los resultados hallados en diversas literaturas como los reportados por Fang y cols, Cho y cols tabla ¹. **Conclusiones:** Los resultados arrojados por este estudio constituyen una herramienta bioquímica que es accesible, bajo costo, y podría aportar información pronóstica para las etapas avanzadas del cáncer de cabeza y cuello. **Palabras Claves:** Estadio, biomarcador, inflamación, neutrófilo.

SUMMARY

Introduction: The association between inflammation and cancer has been a subject of great interest in recent years. The neutrophil/lymphocyte ratio (INL) has been used as a prognostic value in cancer, cardiovascular and infectious diseases. **Objectives:** ¹To determine the neutrophil-lymphocyte index (NLI) in patients with head

and neck cancer who attended the otorhinolaryngology service at the Vargas Hospital in Caracas in the period January-December 2021. ²To establish the relationship between the neutrophil-lymphocyte index with the clinical stage of the disease. **Material And Method:** A retrospective, descriptive study was carried out. From a universe of **124 patients**, **78 records of patients with head and neck cancer** were included as a sample, by reviewing medical records and biopsy reports in the aforementioned period. **Results:** Of the **78 patients studied**, a mean INL of **2.7** was obtained, within which **73% of the patients presented an INL greater than 2.7**, this was associated with advanced stage disease (III and IV). **Discussion:** An average of **73% of patients with INL greater than the normal value 2.7** was obtained, which concludes a significant association with advanced stage of disease, in accordance with the results found in various literatures such as those reported by Fang et al, Cho et al table ¹. **Conclusions:** The results of this study constitute a biochemical tool that is accessible, low cost, and could provide prognostic information for advanced stages of head and neck cancer. **Key words:** Stage, biomarker, inflammation, neutrophils, lymphocytes.

INTRODUCCION

El cáncer de cabeza y cuello incluye todos los tumores malignos que se originan en los tejidos presentes desde la base del cráneo hasta el opérculo torácico, principalmente en las vías aéreo-digestivas superiores, senos paranasales, glándulas salivales mayores y menores.

Además, se incluyen los tumores de piel, partes blandas, huesos y estructuras neuro-vasculares, así como las lesiones malignas de tiroides y paratiroides. ²

La asociación entre la inflamación y el cáncer ha sido tema de gran interés en los últimos años. El índice neutrófilos/linfocitos (INL) se ha utilizado como valor pronóstico en cáncer, enfermedades cardiovasculares

e infecciosas. Existen marcadores bioquímicos de respuesta inflamatoria, incluyendo citocinas, proteína C reactiva, el índice neutrófilo-linfocito (INL) y el índice plaquetas-linfocitos, los cuales han sido incorporados en el score pronóstico en distintos tipos de cáncer ¹. El índice neutrófilo/linfocito se define como el recuento absoluto de neutrófilos dividido entre el recuento de linfocitos, obtenido a través de un equipo automatizado. Estudios han demostrado que un INL elevado está asociado a un aumento en la concentración de varias citocinas proinflamatorias, que consecuentemente provocan un daño al ADN celular ³.

El INL se propone como un balance entre el estado inflamatorio protumor y el estado inmunológico antitumoral, cuya elevación ha sido reconocida como indicador de peor pronóstico y metástasis en cáncer.¹

OBJETIVOS

1. Determinar el índice Neutrófilo-Linfocito (INL) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello que acudieron al Servicio de Otorrinolaringología en

el Hospital Vargas de Caracas en el periodo enero-diciembre 2021.

2. Establecer la relación entre el índice neutrófilo linfocito con el estadio clínico de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Vargas de Caracas, en el periodo comprendido entre enero y diciembre 2021. De un universo de 124 pacientes, se incluyó una muestra de 78 expedientes de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, mediante la exhaustiva y sistemática revisión de historias clínicas, exámenes de laboratorio y reporte de biopsia en el período anteriormente mencionado. Según los siguientes criterios de inclusión: ambos sexos, cualquier edad, tumores malignos de cabeza y cuello en cualquier localización.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con tumores benignos de cabeza y cuello y con tumores malignos sin estadio clínico para el momento del estudio.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra la correlación entre el INL y el estadiaje de la población estudiada. La media del INL fue de 2,7. Un 73% de los pacientes presentaban un INL elevado.

De los 78 pacientes estudiados, se obtuvo un promedio del índice neutrófilo-linfocito, dentro del cual 73% de los pacientes presentaron un INL mayor de 2,7, este se asoció con estadio avanzado de enfermedad (III y IV) en un 89%.

ESTADIO CLINICO							
INL	I	II	III	IV	TOTAL	PORCENTAJE	
<2.0	2	1	0	0	3	3%	
2.0 – 2.5	2	3	1	0	6	7%	
2.5 – 2.7	0	2	6	4	12	16%	
>2.7	2	4	28	23	57	73%	
TOTAL					78	99%	

DISCUSIÓN

Se realizó un promedio del INL de los **78 pacientes con cáncer de cabeza y cuello** diagnosticados en nuestro centro y una correlación entre este y el estadio clínico de cada paciente, donde se obtuvo un promedio de **73% de los pacientes con INL** mayor al valor normal de **2.7 mg/dl**, lo que concluye asociación significativa con estadio avanzado de enfermedad, acorde con los resultados hallados en diversas literaturas como los reportados por **Fang y cols, Cho y cols**. Aunque ya se ha corroborado el impacto negativo de un **INL elevado**, estos estudios difieren en los puntos de corte para establecer un **INL normal**. Los estudios categorizan a los pacientes de acuerdo con intervalos de **INL > 2.5, INL > 2.7, INL > 3, INL > 4**.

CONCLUSIONES

Los resultados arrojados por el presente estudio evidencian una tendencia a la asociación entre el Índice Neutrófilos Linfocitos elevados y el Estadio Clínico avanzado, por lo que el **INL constituye** una herramienta bioquímica que es accesible, bajo costo, y podría aportar información pronóstica para las etapas avanzadas del cáncer de cabeza y cuello.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Akilli NB, Yortanlı M, Mutlu H, et al. Prognostic of neutrophil-lymphocyte ratio in critically ill patients: short- and long-term outcomes. *Am J Emerg Med* 201.
2. Proctor MJ, McMillan DC, Morrison DS, Fletcher CD, Horgan PG, Clarke SJ. A derived neutrophil to lymphocyte. *British Journal of Cancer*. 2019; 107(4):695-9.
3. Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, et al. 2018. European Heart Network, Brussels, European Society of ORL.
4. Chitalia VC, Kothari J, Wells EJ, Livesey JH, Robson RA, Searle M, et al. Cost-benefit analysis and prediction of cancer. *ClinNephrol*. 2001;55(6):436– 47

Manifestaciones Otorrinolaringológicas en pacientes con infección SARS CoV-2 (COVID-19)

AUTORES:

Dra Peña Santos, Sonia.

Dr. Rodríguez González, Luis.

Dra. De Jesús Francisco, Melanie.

Dra. Pieruzzini Azuaje, Rosalinda.

Unidades de Faringe, Neurorinología, Laringe y Otología del Departamento de Otorrinolaringología Del Hospital Militar Universitario Dr. Carlos Arvelo, San Martín, Caracas, República Bolivariana De Venezuela.

MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN SARS COV-2 (COVID 19)

Autores:

Dra Peña Santos, Sonia; Dr. Rodríguez González, Luis; Dra De Jesús Francisco, Melanie; Dra. Pieruzzini Azuaje, Rosalinda.

RESUMEN

Introducción: A más de un año desde los primeros casos reportados de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causada por el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), se ha establecido mucho sobre el virus. Las manifestaciones otorrinolaringológicas son síntomas comunes de la COVID-19, siendo más frecuentes los trastornos del olfato y gusto, los cuales han sido motivo de múltiples investigaciones, sin embargo; hemos visto un aumento en la incidencia de síntomas en otras áreas de ORL, como odinofagia, la llamada “lengua Covid”, Otagia, Tinnitus, Vértigo, Parálisis facial periférica y Neuralgias de diferentes pares craneales. **Objetivo:** describir las diferentes manifestaciones otorrinolaringológicas y algunas comorbilidades en pacientes con infección SARS COV-2 (COVID 19) con PCR positiva. **Materiales y métodos:** Es un estudio tipo descriptivo, prospectivo y longitudinal. 119 pacientes evaluados en la consulta de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Dr. Carlos Arvelo, de los cuales se escogieron 108 pacientes con PCR positiva para SARS-Cov 2. Síntomas y signos clínicos confirmados mediante Historia Clínica, Examen físico, Audiometrías y Nasofibrolaringoscopia. **Resultados: Síntomas Otológicos;** Hipoacusia y Otagia 3%; **síntomas Nasales:** Hiposmia 19% Hiperosmia **síntomas en orofaringe:** Digeusia 5%. **Mixtas:** anosmia y Digeusia 34%. Otros: Parálisis Facial Periférica 3%, Neuralgias 2%. El tiempo promedio de remisión de los síntomas fue de 36 días, 11 pacientes persisten con los síntomas. **Discusión:** Se identificaron tres revisiones sistemáticas que incluyeron tres estudios primarios en general, de los cuales dos corresponden síntomas bucales asociados a Covid 19 (Carvalho & Cols), en donde se encuentran pigmentación del paladar blando y paladar duro y uno de disfunción del sistema Vestibular asociado a Covid 19 (Minjin & Cols), sin embargo; en nuestro estudio se logró identificar que la manifestación ORL más frecuente fue la Anosmia y Digeusia con

un 37% y un rango de edad de 15 a 45 años, con una relación de 69/39 en sexo femenino/masculino. Conclusiones: A pesar de que las alteraciones del olfato y el gusto se han observado como las más frecuentes en la infección por SARS-Cov 2 existen otras manifestaciones que también están apareciendo en la esfera de ORL y que requieren más investigación. **Palabras Claves:** disgeusia, Hiposmia, hipoacusia, disfagia, odinofagia.

SUMMARY

Introduction: More than a year since the first reported cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19), caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), much has been established about the virus. Otorhinolaryngological manifestations are common symptoms of COVID-19, with smell and taste disorders being more frequent, which have been the subject of multiple investigations, however; We have seen an increase in the incidence of symptoms in other ENT areas, such as odynophagia, the so-called “Covid tongue”, Otagia, Tinnitus, Vertigo, Peripheral facial paralysis and Neuralgia of different cranial nerves. **Objective:** to describe the different otorhinolaryngological manifestations and some comorbidities in patients with SARS COV-2 infection (COVID 19) with positive PCR. **Materials and methods:** It is a descriptive prospective and longitudinal study. 119 patients evaluated in the Otorhinolaryngology clinic of the Dr. Carlos Arvelo University Hospital, of which 108 patients with positive PCR for SARS-Cov 2 were chosen. Clinical signs and symptoms confirmed by clinical history, physical examination, audiometry and nasofibrolaryngoscopy. **Results:** Otolological Symptoms; Hearing loss and Otagia 3%; Nasal symptoms: Hyposmia 19% Hyperosmia Oropharyngeal symptoms: Digeusia 5%. Mixed: anosmia and Digeusia 34%. Others: Peripheral Facial Paralysis 3%, Neuralgia 2%. The average time of remission of symptoms was 36 days, 11 patients persist with symptoms. Discussion:

*Three systematic reviews were identified that included three primary studies in general, of which two correspond to oral symptoms associated with Covid 19 (Carvalho & Cols), where pigmentation of the soft palate and hard palate and one of vestibular system dysfunction are found. associated with Covid 19 (Minjin & Cols), however; In our study, it was possible to identify that the most frequent ENT manifestation was Anosmia and Digeusia with 37% and an age range of 15 to 45 years, with a ratio of 69/39 in female/male sex. Conclusions: Despite the fact that smell and taste alterations have been observed as the most frequent in SARS-Cov 2 infection, there are other manifestations that are also appearing in the ENT sphere and that require more research. **Keywords:** dysgeusia, hyposmia, hearing loss, dysphagia,odynophagia.*

INTRODUCCIÓN

A más de un año desde los primeros casos reportados de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causada por el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), se ha establecido mucho sobre el virus. A pesar de los descubrimientos realizados, el tropismo del SARS-CoV-2 aún no se ha establecido completamente, ni tampoco todos los aspectos clínicos de la COVID-19 ⁽²⁾.

La rápida propagación de la COVID-19 y la preocupación por la transmisión viral resalta la importancia de identificar síntomas tempranos o subclínicos de la infección. A nivel otorrinolaringológico los principales síntomas son la pérdida de olfato y gusto informada por los pacientes. Resulta fundamental identificar el momento y la asociación de la pérdida de olfato y gusto en la COVID-19, ya que puede ayudar a facilitar la detección y el aislamiento temprano de los casos. (Aunque la mayoría de las personas tienen síntomas leves, que son de naturaleza respiratoria, algunas experimentan manifestaciones extrapulmonares.

Las manifestaciones otorrinolaringológicas son síntomas comunes de la COVID-19, siendo más frecuentes los trastornos del olfato y gusto, los cuales han sido motivo de múltiples investigaciones, los resultados de los estudios examinados ponen de manifiesto la importancia de la identificación de la pérdida de olfato y

sabor en otorrinolaringología para identificar posibles casos positivos a la COVID-19. Cabe destacar que, según los estudios analizados, en la mayoría de los casos estos episodios de pérdida del olfato y gusto son auto-limitados y coinciden con la resolución de la enfermedad. Aún es demasiado pronto para saber si la infección por la COVID-19 causa disfunción gustativa y olfativa persistente; sin embargo; hemos visto un aumento en la incidencia de síntomas en otras áreas de ORL, como odinofagia, la llamada “lengua Covid”, Otaglia, Tinnitus, Vértigo, Parálisis facial periférica y Neuralgias de diferentes pares craneales ⁽¹⁾.

Debido al impacto actual de la COVID-19 resulta fundamental transmitir la existencia e importancia de los síntomas otorrinolaringológicos que puede desencadenar dicha enfermedad, para poder ofrecer al paciente una terapéutica oportuna.

OBJETIVOS

Objetivo General: describir las diferentes manifestaciones otorrinolaringológicas y algunas comorbilidades en pacientes con infección SARS COV-2 (COVID 19) con PCR positiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes.
- Determinar las comorbilidades y hábitos psicobiológicos.
- Identificar los pacientes que ameritaron hospitalización.
- Describir los signos y síntomas de los pacientes COVID-19.
- Detallar los estudios paraclínicos que demuestran la presencia de dichos signos y síntomas.

MARCO TEÓRICO

En el estudio de Hopkins y Cols (2) realizado en abril de 2020 en Reino Unido, se evaluaron a los pacientes que informaron anosmia de inicio durante la pandemia de la COVID-19 mediante una encuesta a 2428 sujetos. El 64 % de los encuestados tenían menos de 40 años, la mayoría informó el inicio de su anosmia en la última

semana; el 17 % no informó ningún otro síntoma que se considere asociado con la COVID-19.

En los pacientes que informaron otros síntomas, el 51 % presentó tos o fiebre y, por lo tanto, cumplió con las pautas actuales para el autoaislamiento.

La anosmia se informa junto con síntomas bien notificados del coronavirus, pero 1 de cada 6 pacientes con anosmia de aparición reciente lo informan como un síntoma aislado. Esto podría ayudar a identificar portadores de enfermedad asintomáticos y desencadenar pruebas específicas.

En el estudio de Lechien y otros, ⁽³⁾ realizado en abril de 2020 en doce países europeos, se investigó la aparición de disfunciones olfativas y gustativas en pacientes con la COVID-19. Los pacientes completaron la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición y la versión corta del Cuestionario de Trastornos Olfativos-Declaraciones Negativas (sQOD-NS). Un total de 417 pacientes con la COVID-19 leve-moderado completaron el estudio. Los síntomas generales más frecuentes consistieron en tos, mialgia y pérdida de apetito.

El dolor facial y la obstrucción nasal fueron los síntomas otorrinolaringológicos más relacionados con la enfermedad. El 85,6 % y el 88,0 % de los pacientes informaron disfunciones olfativas y gustativas, respectivamente. Hubo una asociación significativa entre ambos trastornos. La disfunción olfatoria apareció antes que los otros síntomas en el 11,8 % de los casos. ⁽¹⁾

Las puntuaciones de sQOD-NS fueron significativamente más bajas en pacientes con anosmia en comparación con individuos normosmicos o hiposmicos. Entre el 18,2 % de los pacientes sin obstrucción nasal o rinitis, el 79,7 % eran hiposmicos o anosmicos. La tasa de recuperación olfatoria temprana fue de 44 %.

Las mujeres fueron significativamente más afectadas por disfunciones olfativas y gustativas que los varones. Los trastornos olfativos y gustativos son síntomas prevalentes en pacientes europeos con la COVID-19, que pueden no tener síntomas nasales. Por tanto, la anosmia o ageusia repentina debe ser reconocida por la comunidad científica internacional como síntomas importantes de la COVID-19.

Efecto de COVID-19 sobre el olfato

Algunos estudios sugieren que virus como el rinovirus, la parainfluenza, Epstein Barr y el SARS-CoV-2 pueden causar disfunciones olfativas por mecanismos distintos a la obstrucción nasal, que pueden implicar un tropismo específico de estos virus por estructuras del epitelio olfatorio sensorial. COVID-19 se ha asociado con una pérdida olfativa temporal en una gran proporción de pacientes infectados.

Boscolo-Rizzo y col. (2021) ⁽⁷⁾ llevaron a cabo un estudio prospectivo con 183 pacientes que dieron positivo al SARS-CoV-2 y tenían síntomas de leves a moderados. El estudio investigó la prevalencia de disfunción olfativa durante 6 meses y el 18% de los sujetos describieron alteraciones del sentido del olfato o del gusto. Después de 6 meses, 85 (77,3%) sujetos informaron una resolución completa de estos síntomas, mientras que 22 (20,0%) informaron una mejora relativa y solo 3 sujetos (2,7%) informaron que los síntomas habían empeorado o permanecían sin cambios.

Comorbilidades

Las comorbilidades, como las enfermedades cardíacas, las respiratorias, las renales y el cáncer, conllevan un mayor riesgo de muerte por COVID-19, según una nueva investigación de la Universidad de East Anglia (UEA) y el Hospital Universitario de Norfolk y Norwich (NNUH), en Reino Unido, publicada en la revista 'Journal of the American Medical Association' (JAMA) Network Open.

Al principio de la pandemia, existía la preocupación de que los medicamentos específicos para la presión arterial alta pudieran estar relacionados con peores resultados para los pacientes de COVID-19.

Una investigación anterior del equipo de la UEA demostró que esto no era así y que los medicamentos para la hipertensión arterial podían, de hecho, mejorar las tasas de supervivencia del COVID-19 y reducir la gravedad de la infección.

Los nuevos resultados, publicados muestran además que son las comorbilidades, como las enfermedades

cardíacas, las respiratorias, las renales, el cáncer, la obesidad y el aumento de la edad (y el hecho de padecer más de una enfermedad o afección crónica al mismo tiempo) las que conducen a un aumento de la mortalidad y la gravedad de la enfermedad.

El equipo revisó 52 estudios distintos en los que participaron más de 100.000 pacientes en este estudio, el más completo de su clase hasta la fecha. Estudiaron los resultados de los pacientes que tomaban antihipertensivos, en particular los resultados “críticos”, como el ingreso en cuidados intensivos o la colocación de un respirador, y la muerte.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio: Descriptivo, prospectivo y longitudinal en el período comprendido entre noviembre 2020 hasta noviembre 2021.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Criterios de Inclusión

- Edades
- Descartar otras patologías que no tengan PCR positiva
- Pacientes con consentimiento informado

RESULTADOS

Datos Demográficos del Grupo de Estudio

En el presente trabajo de investigación se evaluaron un total de 1441 pacientes en las unidades de Faringe, Neuro-rinología, Laringe y Otología del Departamento de Otorrinolaringología Del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo” en el período del estudio. De dicha población, se tomó una muestra de 108 pacientes. 63.89% (69) corresponden a sexo femenino y 36.11% (39) corresponden al sexo masculino; la edad de mayor prevalencia fue de 46 a 60 años con un 44.44% (48), seguido de 31 a 45 años 28.70 (31), 20.37% (22) la edad de 15 a 30 años y 6.48% (7) 61 a 75 años.

- Hospitalizados en área COVID leves y moderados
- Antecedentes personales de HTA, diabetes, nefropatías, EPOC

Criterios de exclusión

- Pacientes con síndrome post/long covid
- Pacientes con enfermedades neurodegenerativas o confusionales
- Embarazadas
- Niños menores de 15 años
- Pacientes con tumores nasales

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizaron a los pacientes de esta investigación Historias clínicas y estudios según signos y síntomas presentados por el paciente: nasofibrolaringoscopia, audiometría, olfatometría, gustometría, biopsia bajo estrictas medidas de bioseguridad. Todos los pacientes sometidos a esta investigación se les fue efectuado consentimiento informado según las normas de Helsinki y aprobado por el comité de bioética del hospital militar Carlos Arvelo.

Análisis estadístico

Estadística descriptiva con medidas de tendencia central.

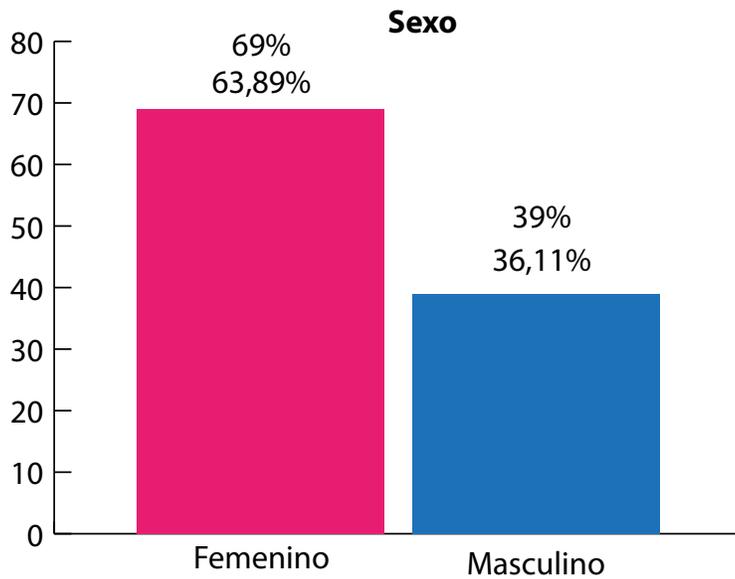


Gráfico Nro. 1: Distribución del Grupo de Estudio Según Sexo

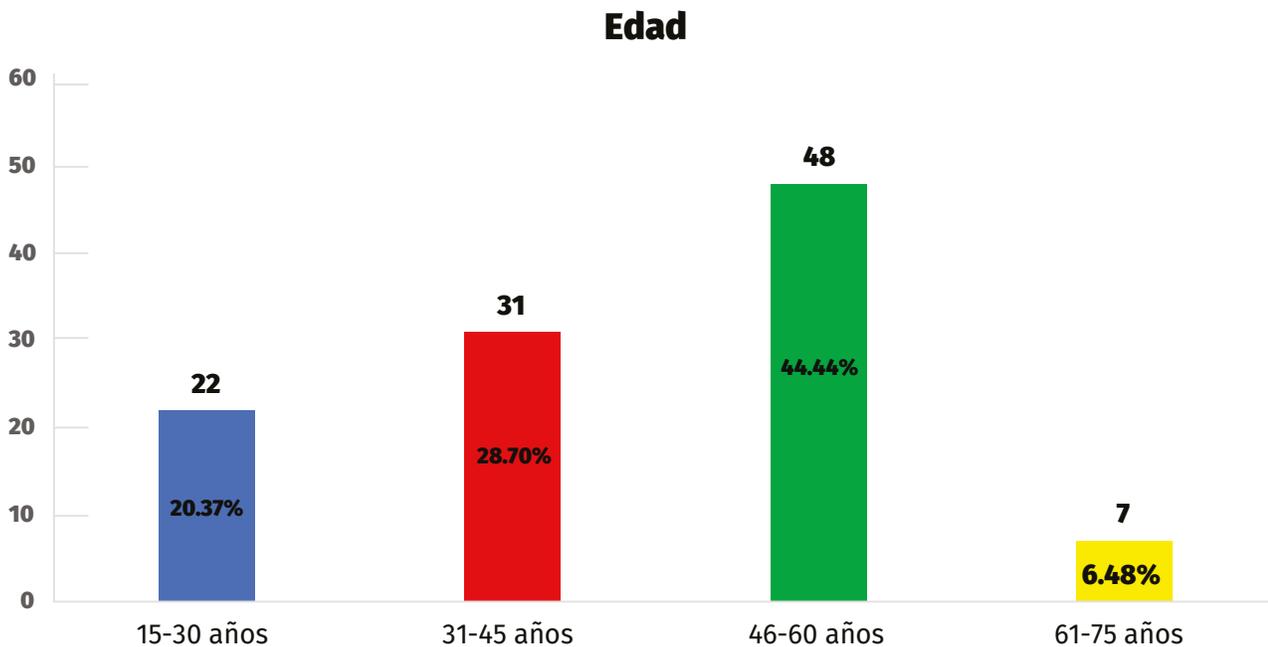


Gráfico Nro. 1: Distribución del Grupo de Estudio Según Sexo

Estadificación de los Pacientes Según Presentación de Comorbilidad y hábitos Psicobiológicos

En la evaluación de los pacientes se identificaron las diferentes comorbilidades; obteniendo como resultado de esta investigación, que el 70.37% (76) de estos pacientes no padecía ninguna enfermedad o condición de base, HTA 10.91% (11), DM 6.48% (7), Asma 5.56% (6), obesidad 3.70% (4) EPOC en un 2.78% (3), y Nefropatías en 0.93% (1) de los pacientes del grupo de estudio. En la utilización de los hábitos psicobiológicos 79.63% (86) refiere ingesta de café, alcohol el 35.19% (38) y 11.11% (12) niegan el consumo de estas.

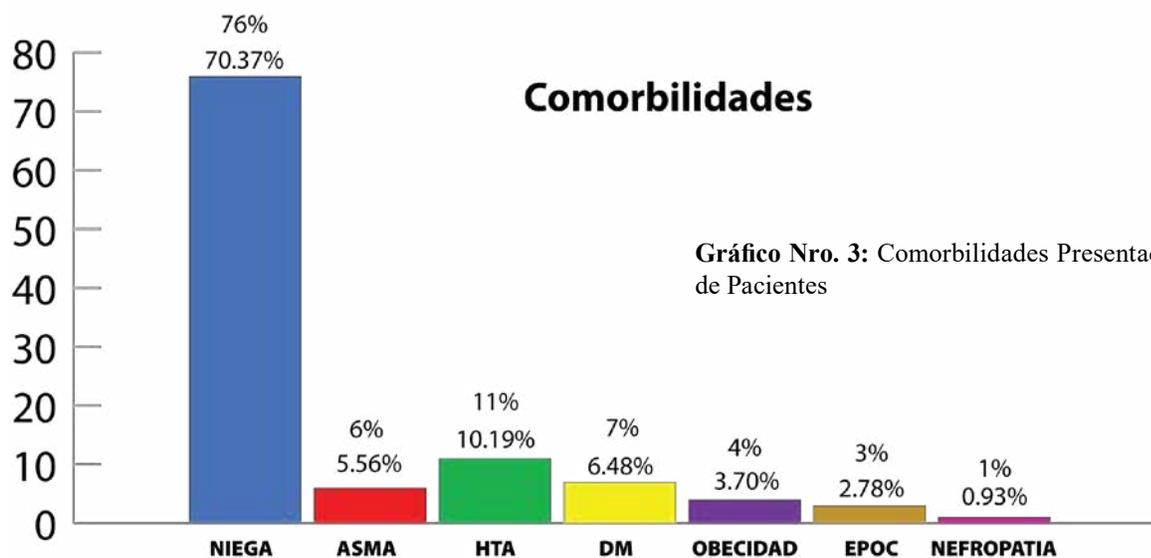


Gráfico Nro. 3: Comorbilidades Presentadas por el Grupo de Pacientes

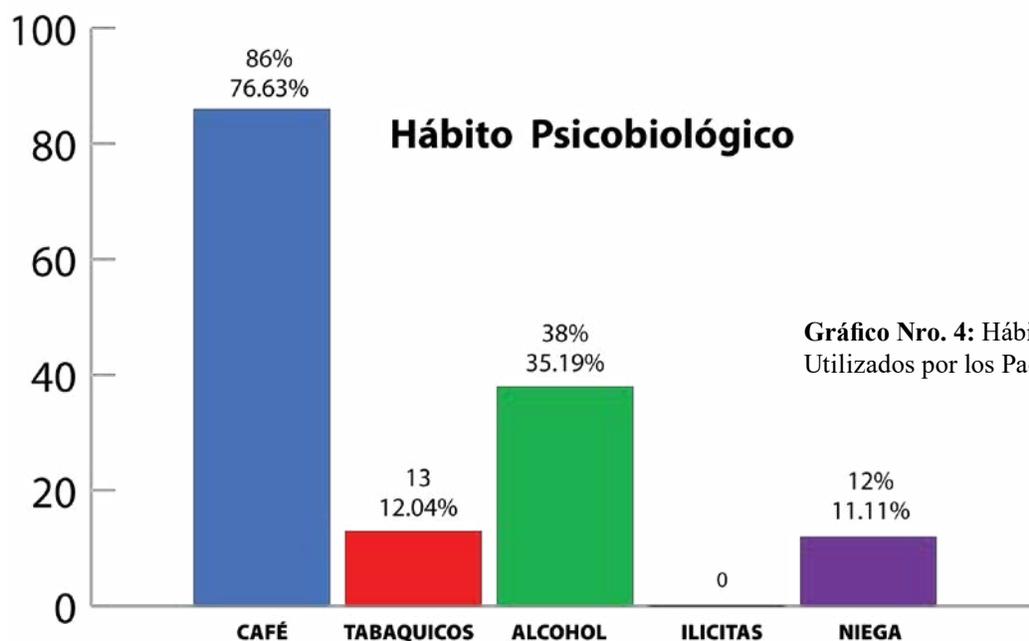


Gráfico Nro. 4: Hábitos Psicobiológicos Utilizados por los Pacientes

Clasificación de los Pacientes en Requerimiento o no de Hospitalización

La mayoría de los pacientes que se contagian de COVID 19 pueden tener una evolución satisfactoria con tratamiento médico ambulatorio, sin embargo, existen pacientes que, por la severidad de los síntomas, así como también comorbilidades adyacentes requieren de hospitalización. En nuestro trabajo el 83.33% (90) de los pacientes no amerito un ingreso hospitalario, sin embargo, el 16.67% (18) debieron ser hospitalizados. En cuanto a la estancia hospitalaria de los pacientes de nuestra investigación esta fue de dos semanas en el 55.56% (10) de los pacientes, seguida de una semana en el 27.78% (5) y 16.67 (3) ameritaron un ingreso de 3 semanas o más. Sin obtener una variación significativa de signos o síntomas entre los grupos de pacientes hospitalizados o no durante la fase aguda de la enfermedad.

Ingreso Hospitalario

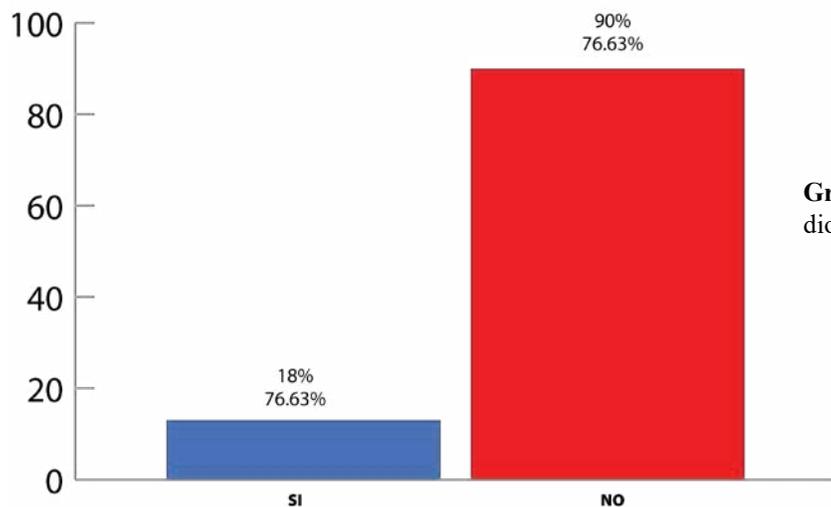


Gráfico Nro. 3: Distribución del Grupo de Estudio Según Hospitalización

Días Hospitalización

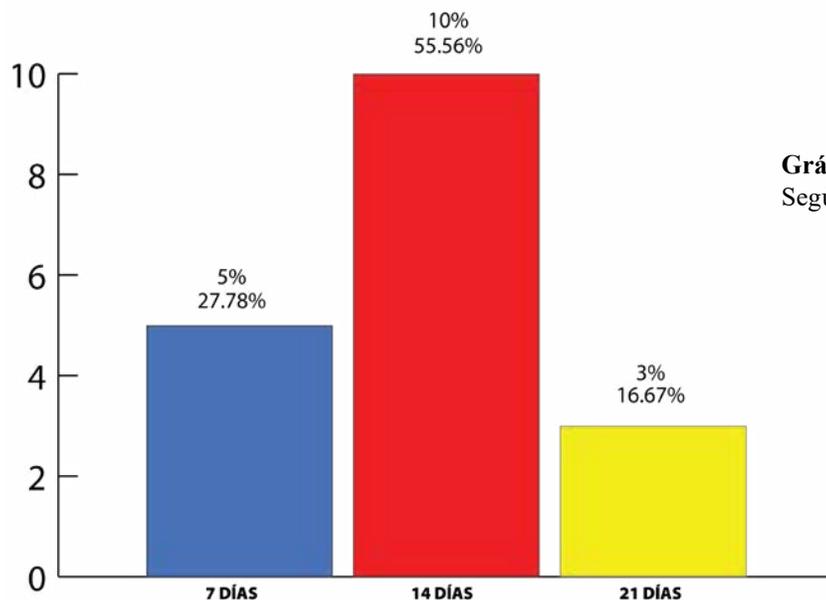


Gráfico Nro. 4: Distribución del Grupo de Estudio Según Días de Hospitalización

Clasificación de los Signos y Síntomas Presentados por la Población de Estudio

Los signos y síntomas presentados por los pacientes fueron divididos según el órgano afectado, y en esta investigación se evidencia que la prevalencia es mayor en los signos y síntomas combinados: Hiposmia + Disgeusia 34% (37), hiposmia y disgeusia aislada con 19% (20) y 5% (5) respectivamente, anosmia 7% (8), seguidos de hipoacusia, otodinia, parálisis facial periférica, hipoacusia + tinnitus e hipoacusia + vértigo + tinitus en un 3% de la población en estudio.

Signos y Síntomas	F A	FR
OIDO		
Hipoacusia	3	3%
Vértigo	2	2%
Tinnitus	2	2%
Plenitud ótica	1	1%
Otodinia	3	3%
NARIZ		
Anosmia	8	7%
Hiposmia	20	19%
Hiperosmia	1	1%
Cacosmia	1	1%
Fantosmia	1	1%
OROFARINGE		
Digeusia	5	5%
Odinofagia	1	1%
Disfagia	2	2%
Depapilación lingual	1	1%
Reflujo	3	3%
OTROS		
PFP	3	3%
Neuralgias	2	2%
MIXTOS		
Hipoacusia + Tinnitus	3	3%
Tinnitus + Vértigo	1	1%
Plenitud ótica + Disfagia	1	1%
Hipoacusia más Disfagia	1	1%
Disfagia + Vértigo + Tinnitus	2	2%
Hiposmia + Vértigo + Tinnitus	3	3%
Glositis + Pigmentación Lingual	1	1%
Hiposmia + Digeusia	37	34%
Total	108	100%

Tabla Nro. 1: Distribución del Grupo de Estudio Según Comorbilidades

Distribución según estudios realizados al grupo de estudio

Con relación a los pacientes que presentaron hiposmia estos fueron subdivididos en tres grupos a partir del resultado de la olfatometría en leve 31.67% (19), moderado 46.67 (28) y severo 21.67% (13).

Clasificación Hiposmia

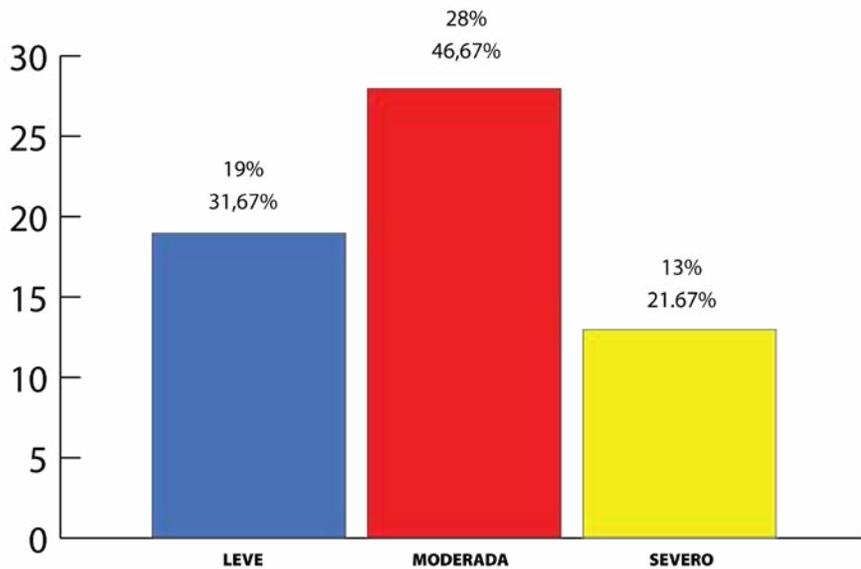


Gráfico Nro. 5: Clasificación de la Hiposmia Presentada por El Grupo de Estudio

La división se realizó de igual manera en los pacientes con disosmia según resultados de gustometría adaptada a la población venezolana y clásica, obteniendo como resultado que los trastornos leves se encontraron presente en un 66.67% (28), moderado 30.95% (13) y severo 2.38% (1).

Clasificación Disosmia

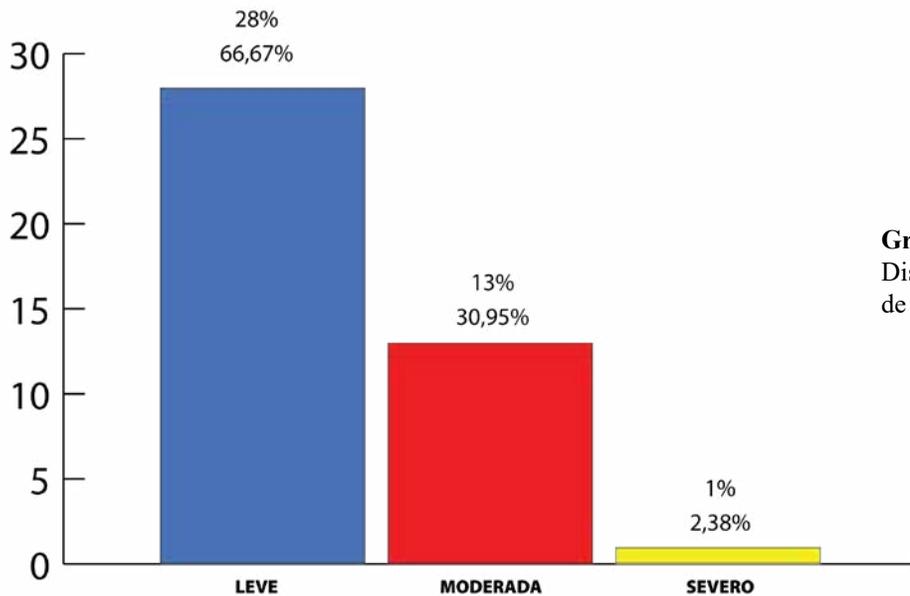


Gráfico Nro. 6: Clasificación de la Disosmia Presentada por El Grupo de Estudio

La realización de audiometría arrojó como resultados que la hipoacusia presentada por los pacientes fue de prevalencia leve con un 71.43% (5) y moderada 28.57% (2) de los pacientes.

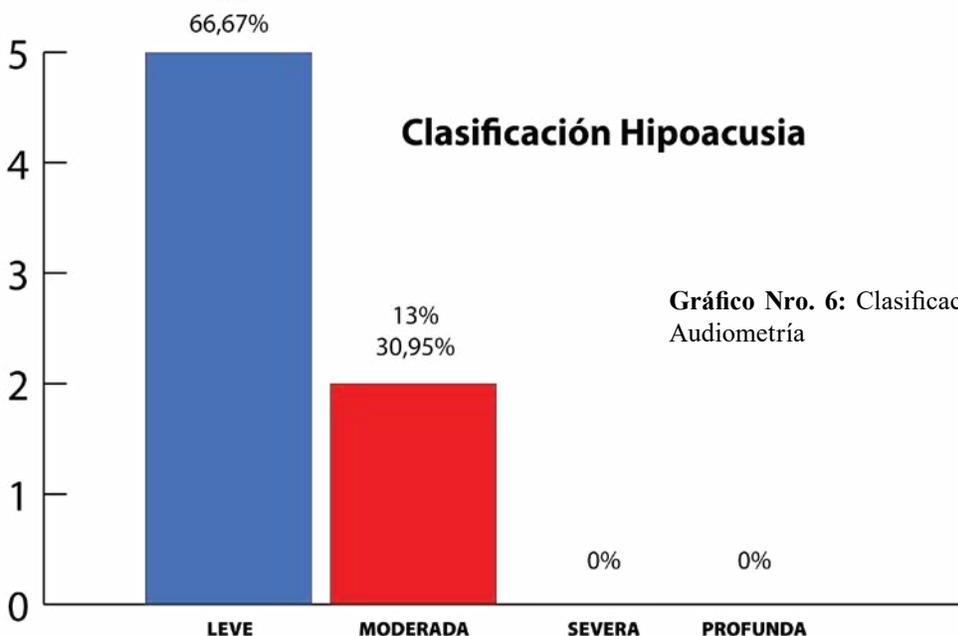


Gráfico Nro. 6: Clasificación de la Hipoacusia Según Audiometría

DISCUSIÓN

Lovato y cols. Realizaron en Italia en abril de 2020 una investigación con la finalidad de analizar las evidencias actuales sobre la presentación clínica de la COVID-19, se centró en los síntomas de las vías respiratorias superiores para ayudar a los otorrinolaringólogos a identificar casos sospechosos. Se incluyeron 5 estudios clínicos retrospectivos con 1556 pacientes hospitalizados. El 57,5 % eran varones y la edad media fue de 49,1 años. Los datos revelaron que la faringodinia estaba presente en el 12,4 % de los pacientes, la congestión nasal en el 3,7% y la rinorrea era rara. Los síntomas comunes fueron fiebre 85,6 %, tos 68,7 % y fatiga 39,4 %. Entre las comorbilidades frecuentes se destaca la hipertensión 17,4 %, diabetes 3,8 % y enfermedad coronaria 3,8 %. Sin embargo, en nuestra investigación el 63.89% corresponden a sexo femenino y 36.11% al sexo masculino; la edad de mayor prevalencia fue de 46 a 60 años con un 44.44%; y en cuanto a las comorbilidades la HTA 10.91%, DM 6.48%, Asma 5.56%, obesidad 3.70%, EPOC en un 2.78% de los pacientes del grupo de estudio.

En el trabajo de Yan y Cols. realizado en abril de 2020 en Estados Unidos, llevaron a cabo un estudio transversal para evaluar los síntomas informados por los pacientes con un enfoque en el olfato y el gusto. Se utilizó una plataforma en Internet en 1480 sujetos adultos que se sometieron a pruebas para la COVID-19; 59 de 102 pacientes (58 %) dieron positivos para la COVID-19 y 203 de 1378 (15 %) resultaron negativos. Se informó pérdida de olor y sabor en el 68 % (40/59) y el 71 % (42/59) de los sujetos positivos para la COVID-19, respectivamente, en comparación con el 16 % (33/203) y el 17 % (35/203) de pacientes negativos. El deterioro del olfato y el gusto se asociaron de manera independiente y fuerte con la positividad a la COVID-19; mientras que el dolor de garganta se asoció con resultados negativos. De los pacientes que informaron pérdida del olfato asociada a la COVID-19, el 74 % (28/38) informó mejoría de la anosmia con resolución clínica de la enfermedad. En esta investigación identificamos Hiposmia + Disgeusia 34%, hiposmia y disgeusia aislada con 19% y 5% respectivamente, anosmia 7% como la manifestación más frecuente en los pacientes con PCR positiva.

M. Zammit y cols. realizaron un estudio en 2020 con el objetivo de un aumento en las parálisis espontáneas de las neuronas motoras inferiores del nervio facial (VII par craneal) durante el brote del coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo en la emergencia, obteniendo como resultado una incidencia de parálisis del VII par craneal en el período 2020 fue del 3.5 por ciento (30 de 852), 2.7 más alta que la tasa del año pasado del 1.3 por ciento (14 de 1081). En nuestro estudio la presentación de parálisis fue de un 3% observando que si existe un aumento de la misma posterior a la pandemia COVID 19.

CONCLUSIÓN

Existen diferentes manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con infección SARS Cov- 2 (COVID 19), principalmente se han descrito los trastornos del olfato y gusto hasta ciertas fechas y la aparición de variantes, sin embargo, existen otras como las mencionadas en este estudio que requieren mayor investigación para poder garantizar mejor calidad de vida de los pacientes.

Es importante identificar los signos y síntomas en la consulta de otorrinolaringología con pacientes con infección SARS COV-2 (COVID 19) con PCR positiva, ya que en ocasiones estos se suelen obviar desde el contexto de la infección por no asociarlo a la misma.

RECOMENDACIONES

Se recomienda efectuar otros ensayos clínicos con mayor número de pacientes para demostrar la asociación

de estos síntomas a la esfera otorrinolaringológica.

BIBLIOGRAFIA

1. Soler Z, Patel Z, Turner J, Holbrook E. A primer on viral-associated olfactory loss in the era of COVID-19. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2020 04/042020];10(7):814-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/alr.22578>
2. Hopkins C, Surda P, Kumar N. Presentation of new onset anosmia during the COVID-19 pandemic. *Rhinology.* 2020;58(3):295-98.
3. Lechien J, Chiesa C, De Siati D, Horoi M, Le Bon S, Rodriguez A, et al. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020;277(8):2251-61.
4. Lovato A, de Filippis C. Clinical Presentation of COVID-19: A Systematic Review Focusing on Upper Airway Symptoms. *Ear Nose Throat J.* 2020 [acceso 04/04/2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177%2F0145561320920762>
5. Yan C, Faraji F, Prajapati D, Boone C, De Conde A. Association of chemosensory dysfunction and COVID-19 in patients presenting with influenza-like symptoms. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2020 [acceso 04/042020].
6. Bagheri SHR, Asghari AM, Farhadi M, Shamshiri AR, Kabir A, Kamrava SK, et al. Coincidence of COVID-19 epidemic and olfactory dysfunction outbreak. *medRxiv* 2020.
7. Boscolo-Rizzo, A. Menegaldo, et. Al. Six-Month psychophysical evaluation of olfactory dysfunction in patients with COVID-19. *Chem. Senses*, 46 (2021), p. bjab006.

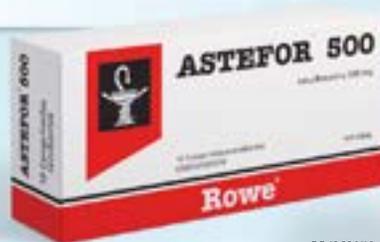
Astefor[®]

Levofloxacino

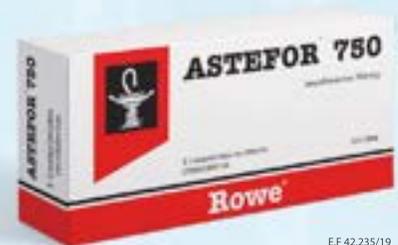
El mejor aliado contra las infecciones bacterianas

- Efectividad sobre la neumonía adquirida en la comunidad.
- Bronquitis bacteriana.
- Actividad sobre la Sinusitis aguda.
- Eficaz en las Infecciones del tracto urinario.

CONCIENTIZANDO
EL USO RACIONAL
DE LOS
ANTIBIÓTICOS



E.F. 42.236/19



E.F. 42.235/19

Ciflox[®]

Ciprofloxacino

Control sobre las infecciones bacterianas

- Antibiótico de amplio espectro frente a bacterias gram positivas y gram negativas.
- Tratamiento ideal en infecciones urinarias.
- Efectivo en infecciones cutáneas y tejido blando.



E.F. 42.252/19

E.F. 42.234/19



www.megalabs.com.ve @megalabsvenezuela

Experiencia en Traqueotomías en pacientes adultos en el Servicio de Otorrinolaringología.

“Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” 2017-2021. Valencia Estado Carabobo

AUTORES:

Dr. Contreras, Gudiño. Antonio José.

Dra. Barrios Ramos. Andrea Cristina.

Residentes ORL del segundo año

Dra. Bataille Martínez. Sharon, Dalhai.

Dra. Guevara Torrealba. Karla, Vanessa.

Residentes ORL de tercer año. Servicio de Otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez”, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia-Carabobo. Venezuela.

Dr. Salas Rivas. Gerardo, Manuel.

Jefe de servicio de ORL

Dr. Valles Hernández. Javier, Antonio

Adjunto del servicio de ORL

EXPERIENCIA EN TRAQUEOTOMÍAS EN PACIENTES ADULTOS EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA “DR. ALFREDO CELIS PÉREZ” DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” DESDE 2017 A 2021 VALENCIA ESTADO CARABOBO.

Dr. Contreras, Gudiño. Antonio José. (antocontreras.1991@gmail.com) * Dra. Barrios, Ramos. Andrea Cristina. ***** Dra. Bataille, Martínez. Sharon, Dalhai. ***** Dra. Guevara, Torrealba. Karla, Vanessa. ***** Dr. Salas, Rivas. Gerardo, Manuel. ***Dr. Valles, Hernández. Javier, Antonio****

RESUMEN

La traqueotomía es una intervención quirúrgica realizada para comunicar la luz traqueal con el medio aéreo externo, su uso se encuentra ampliamente difundido, siendo necesaria en gran cantidad de patologías; de tal manera por ser un procedimiento muy frecuente se debe estar bien capacitado para su realización, por lo cual el siguiente trabajo tiene como objetivo identificar la experiencia en traqueotomías en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por los pacientes que acudieron al servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el periodo 2017 al 2021 de los cuales se tomaron como muestra a 137 pacientes adultos que requirieron traqueotomías por nuestro servicio con diagnóstico de obstrucción aguda de la vía aérea superior e intubación orotraqueal prolongada. **Discusión:** Este procedimiento se realizó con mayor frecuencia en un 80.29% en el grupo etario mayor a 41 años, predominantemente el sexo masculino con 79.56%, la principal indicación fue obstrucción de vía aérea con 79.56%, y las principales complicaciones en un 20.43% de estas fueron por enfisema subcutáneo, 3.64% por hemorragia y 2.18% por infección del sitio quirúrgico. **Conclusión:** Las traqueotomías es el procedimiento quirúrgico que se realiza con mayor frecuencia en el manejo de obstrucción de la vía aérea superior. Nuestros resultados obtenidos se correlacionan con publicaciones nacionales e internacionales. **Palabras Clave:** Traqueotomía. Indicaciones. Complicaciones.

ABSTRACT

Tracheotomy is a surgical intervention performed to communicate the tracheal lumen with the external air environment, its use is widely spread, being necessary in a large number of pathologies; In such a way, because it is a very frequent procedure, one must be well trained to carry it out, for which the following work aims to identify the experience in tracheotomies in adult patients in the “Dr. Alfredo Celis Pérez” of the Hospital City “Dr. Enrique Tejera” **Material and Methods:** A retrospective, quantitative, descriptive and cross-sectional study was carried out. The population was made up of patients who attended the otorhinolaryngology service “Dr. Alfredo Celis Pérez” of the Hospital City “Dr. Enrique Tejera” during the period 2017 to 2021, of which 137 adult patients who required tracheotomies by our service with a diagnosis of acute obstruction of the upper airway and prolonged orotracheal intubation were taken as a sample. **Discussion:** This procedure was performed more frequently in 80.29% in the age group older than 41 years, predominantly male with 79.56%, the main indication was airway obstruction with 79.56%, and the main complications in 20.43% of these were due to subcutaneous emphysema, 3.64% due to hemorrhage and 2.18% due to surgical site infection. **Conclusion:** Tracheostomy is the most frequently performed surgical procedure in the management of upper airway obstruction. Our results are correlated with national and international publications **Key Words:** Tracheostomy. Indications. Complications.

INTRODUCCIÓN

La traqueotomía se define como la apertura en la pared anterior de la tráquea. Por otro lado, la traqueostomía es la creación de un estoma permanente de la tráquea a la piel. A lo largo de los años, ambos términos se han usado indistintamente como sinónimos.¹

Es importante destacar el rápido crecimiento en el uso de traqueotomía en la actualidad, por las múltiples indicaciones que cada día se hacen más frecuentes. En este sentido, Cox et al, reporta un incremento del 200% entre los años 1993 y 2000, en pacientes con requerimiento a traqueotomía en Estados Unidos. A su vez, en Ontario (Canadá), se prevé un aumento del 80% de la necesidad de ventilación mecánica para el año 2026, lo que sugiere un crecimiento en la frecuencia del uso de la traqueotomía. Por otra parte, en México ese mismo año, se reportó una prevalencia de complicaciones post traqueotomía del 34.6%, con complicaciones como oclusión de la cánula, enfisema periestomal, hemorragia, neumotórax bilateral y fistulas traqueo-innomina-das, y en otro reporte en el mismo país se encontró una mortalidad en pacientes con traqueotomía del 38.2%.²

Actualmente, Colombia cuenta con poca evidencia que reporte y describa las complicaciones asociadas a este procedimiento. Sin embargo, los hallazgos identifi-cados por un estudio publicado en la revista colombiana de anestesiología por Calvache et al, realizado en la clínica la Estancia en Opayán, evidenció que las complica-ciones presentadas en el período intra-operatorio alcan-zaron el 1,6% de los procedimientos de traqueotomía, mientras que las ocurridas durante el período postope-ratorio alcanzaron hasta el 9,1% de los casos, siendo el sangrado local y el enfisema subcutáneo lo más común. En algunas ocasiones, las complicaciones surgen durante la canulación prolongada, manifestando diversos grados de severidad (incluso la muerte) por eventos de tipo obs-tructivo, de desplazamiento o decanulación accidental.³

Con relación a las complicaciones asociadas al uso de esta técnica, diversos autores han reportado su apa-rición durante el período intraoperatorio, postoperatorio temprano y tardío, con una incidencia que se sitúa en un rango entre un 5 y 40%, siendo las más frecuentes la he-morragia, seguido del enfisema subcutáneo, obstrucción

del tubo y el desplazamiento del tubo. La incidencia de neumotórax, estenosis traqueal y fistula traqueo-esofági-ca representa un porcentaje menor al 1%. La mortalidad representa entre el 0.5% y el 1.6% de los casos.³

El impacto de las complicaciones descritas anterior-mente puede tener un alcance significativo sobre la es-tancia hospitalaria y la utilización de los recursos, así como repercusiones a largo plazo en la salud de los pacientes, debido a lesiones de estructuras anatómicas importantes, infecciones del tracto respiratorio o hemo-rragias mayores, por lo cual, la adopción de nuevas es-trategias de desarrollo tecnológico e invención se hace necesario, relevante y justificado, con el fin de lograr el mejoramiento en la atención en salud brindada y la calidad de vida de la población.⁴

En nuestro país, la profunda recesión económica y el conflicto social han originado un deterioro general de las instituciones hospitalarias que prestan atención a los pacientes con patología cervicofacial. Los enfermos con cáncer de cabeza y cuello presentan progresión de la etapa tumoral que ocasiona obstrucción de la vía aé-reodigestiva superior, sangramiento, y sobreinfección. Aumentando las dificultades quirúrgicas y la morbimor-talidad. La suma de todas estas complicaciones contribu-ye al incremento sostenido de las cirugías de emergencia por encima de las electivas en los últimos años, en base a la búsqueda bibliográfica realizada, no se han encontrado reportes actualizados en relación a la incidencia de la tra-queotomía en paciente adultos que acude a centros hos-pitalarios por las principales indicaciones, sin embargo estudio realizado desde enero del 2014 a julio del 2016 por parte del servicio de otorrinolaringología del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”, repor-tó que la mayor frecuencia se observa en el grupo etario de 50 a 60 años (24,6%), predominantemente es en el sexo masculino en un 76%, la principal indicación fue obstrucción de vía aérea superior en un 46% y las prin-cipales complicaciones fueron la tardías en un 46%, y de estas la fistula traqueoesofágica en un 75%.⁴

Uno de los roles principales del otorrinolaringólogo es la profunda comprensión de la vía respiratoria, es importante contar con conocimientos anatómicos, fi-siológicos y semiológicos, para así detectar todos los signos y síntomas que revelen la no permeabilidad de

este pasaje aéreo que por múltiples causas puede verse obstaculizado, la obstrucción de la vía aérea superior por neoplasias, procesos infecciosos expansivos o trauma representan la principal indicación para la realización de las traqueotomías de emergencia. Las patologías oncológicas de cabeza y cuello son señaladas como la principal categoría para este compromiso.¹

El objetivo general del presente trabajo es identificar la experiencia en traqueotomías en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera desde 2017 a 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la frecuencia de traqueotomía según grupo etario en pacientes del servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de La Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”
2. Identificar la frecuencia de traqueotomía según sexo en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”
3. Enumerar las principales indicaciones de traqueotomías en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”
4. Establecer el tipo de incisión de la traqueotomía en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”
5. Establecer el tipo de anestesia recibida en la traqueotomías en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”
6. Analizar las principales complicaciones de traqueotomías en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población y Muestra

La población estuvo conformada por los pacientes que acudieron al servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo

do Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el periodo 2017 al 2021 de los cuales se tomaron como muestra a 137 pacientes adultos que requirieron traqueotomías por nuestro servicio con diagnóstico de obstrucción aguda de la vía aérea superior e intubación orotraqueal prolongada. Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión todos los registros de los pacientes que tuvieron indicación de traqueotomía sin diferenciar sexo, edad, estados patológicos asociados (comorbilidad), en pacientes adultos del servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” en el periodo comprendido desde 2017 al 2021 y criterio de exclusión fue traqueotomías realizadas por otro servicio.

Se empleó una fuente secundaria para la recolección de los datos y como instrumento se diseñó una ficha de recolección de datos, utilizando como referencia la historia clínica y objetivos del estudio. La ficha consta de 2 partes, la primera determina edad y sexo del paciente; la segunda refiere las indicaciones quirúrgicas, tipo de anestesia, tipo de incisión y las complicaciones ya sean postoperatorias inmediatas, mediatas o tardías.

Para la recolección de datos se siguieron los siguientes pasos:

1. Solicitud de permiso al servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.
2. Solicitud de permiso al Servicio de Historias Médicas para la selección de las historias clínicas de pacientes seleccionados.
3. Revisión de las Historias Clínicas y obtención de datos mediante instrumento de recolección.
4. Recolección de la muestra (todos aquellos pacientes a quienes se les haya realizado una traqueotomía por el servicio de Otorrinolaringología.)
5. Procesamiento de la información recabada en programa de análisis de datos.

RESULTADOS

Cuadro 1. Identificar la frecuencia de traqueotomía según sexo en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”

Sexo	Número	%
Masculino	109	79.56
Femenino	28	20.44
Total	137	100

Cuadro 1. Identificar la frecuencia de traqueotomía según sexo en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”

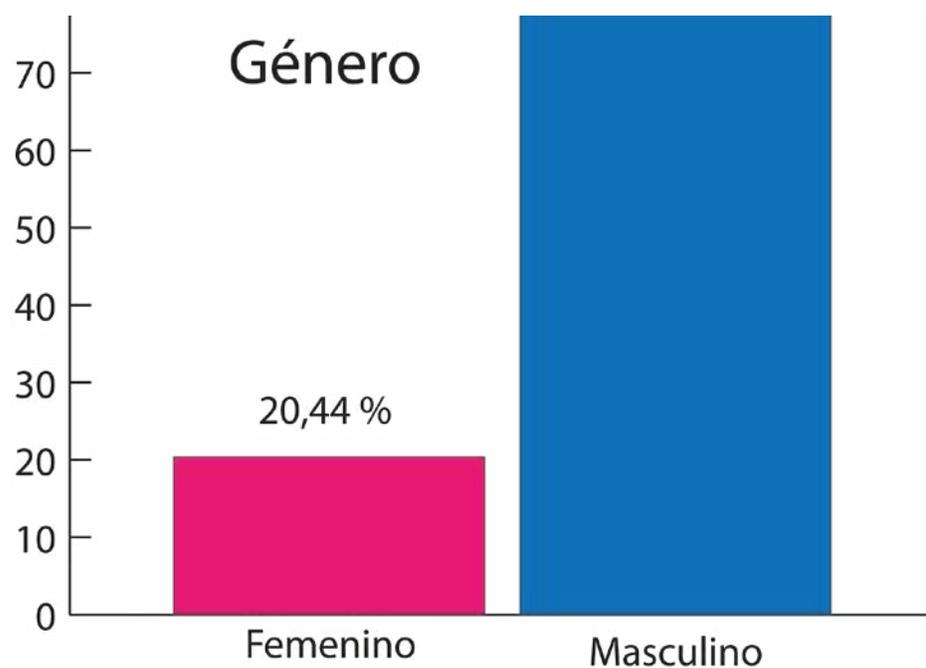


Gráfico 1. Identificar la frecuencia de traqueotomía según sexo en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

En el lapso comprendido entre 2017 al 2021, se realizó traqueotomía a 137 pacientes, obteniendo que el 79.56% fueron del sexo masculino y 20.44% del sexo femenino.

Edad	Número	%
Menor a 30 años	19	13.86
31 a 40 años	8	5.85
Mayor a 41 años	110	80.29
Total	137	100

Cuadro 2. Determinar la frecuencia de traqueotomía según grupo etario en pacientes del servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de La Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

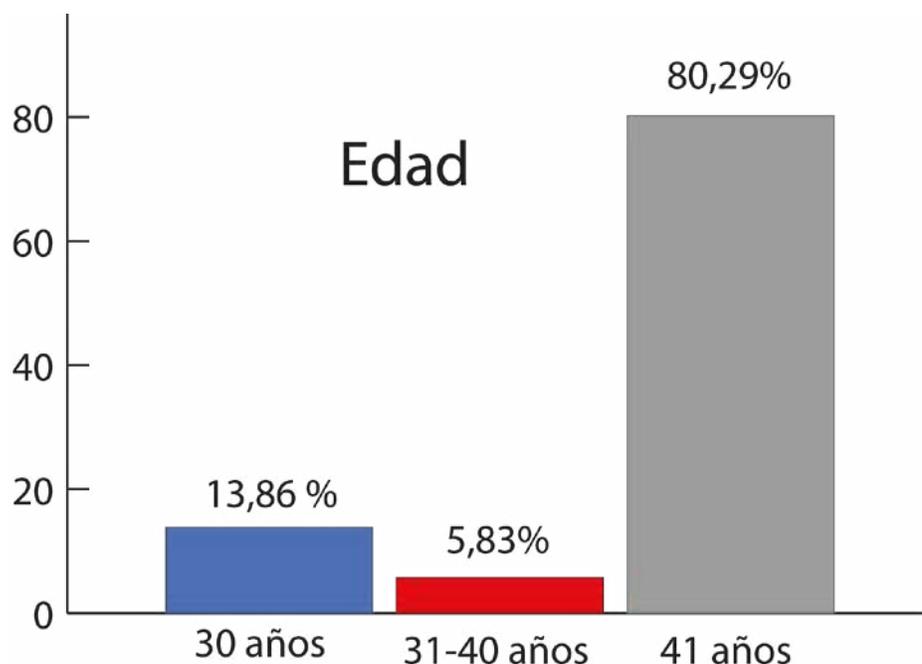


Gráfico 2. Determinar la frecuencia de traqueotomía según grupo etario en pacientes del servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de La Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

Así mismo se evidenció que el 13.86% de los pacientes, se correspondieron al rango de edad menores de 30 años, 5.83 % entre 31 a 40 años, 80.29% mayor a 41 años.

Indicaciones	Numero	%
Obstrucción de la vía aérea superior	109	79.56
Intubacion oro-traqueal prolongada	16	11.6
Manejo de secreción	12	8.75
Total	137	100

Cuadro 3. Enumerar las principales indicaciones de traqueotomías en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

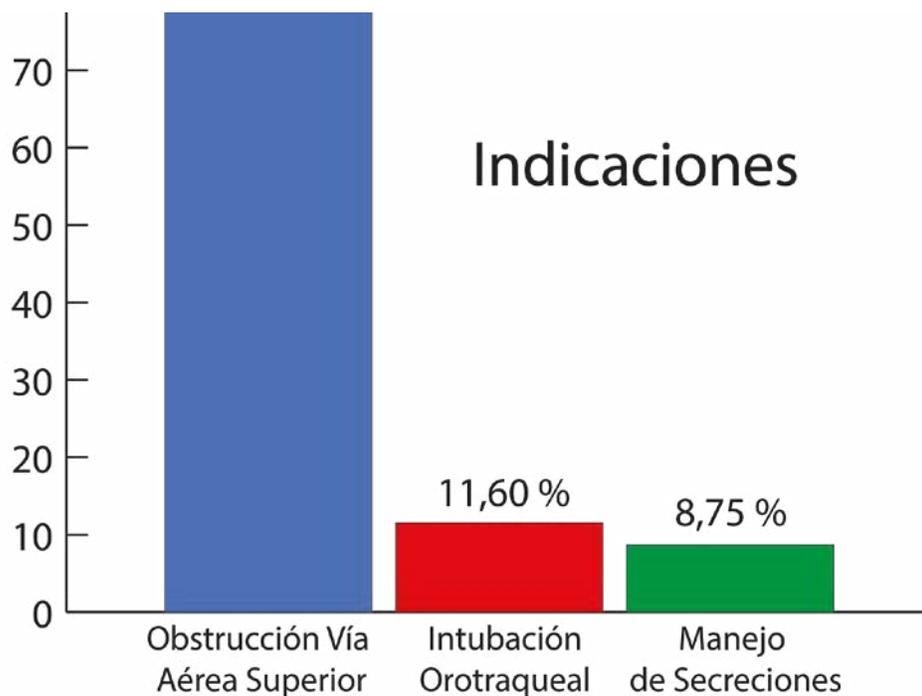


Gráfico 3. Enumerar las principales indicaciones de traqueotomías en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”

Las principales indicaciones de la traqueotomía se correspondieron a obstrucción de vía aérea superior: 79.56%, seguida de intubación oro-traqueal prolongada con 11.67% y 8.75% en el manejo de secreciones.

Tipo de anestesia	Numero	%
Local	117	85.40
General	20	14.6
Total	137	100

Cuadro 4. Establecer el tipo de anestesia recibida en la traqueotomías en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

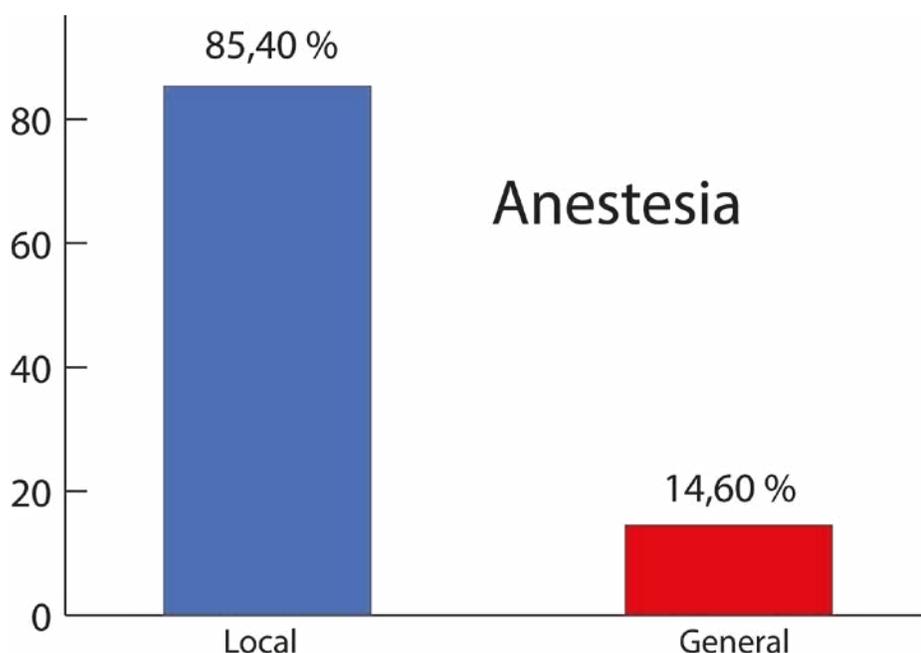


Gráfico 4. Establecer el tipo de anestesia recibida en las traqueotomías en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

Con respecto al tipo de anestesia recibida se pudo constatar que el 85.4% corresponde a la anestesia local seguida de la general con el 14.6%

Tipo de incisión	Numero	%
Horizontal	105	76.64
Vertical	32	23.35
Total	137	100

Cuadro 5. Establecer el tipo de incisión de la traqueotomía en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

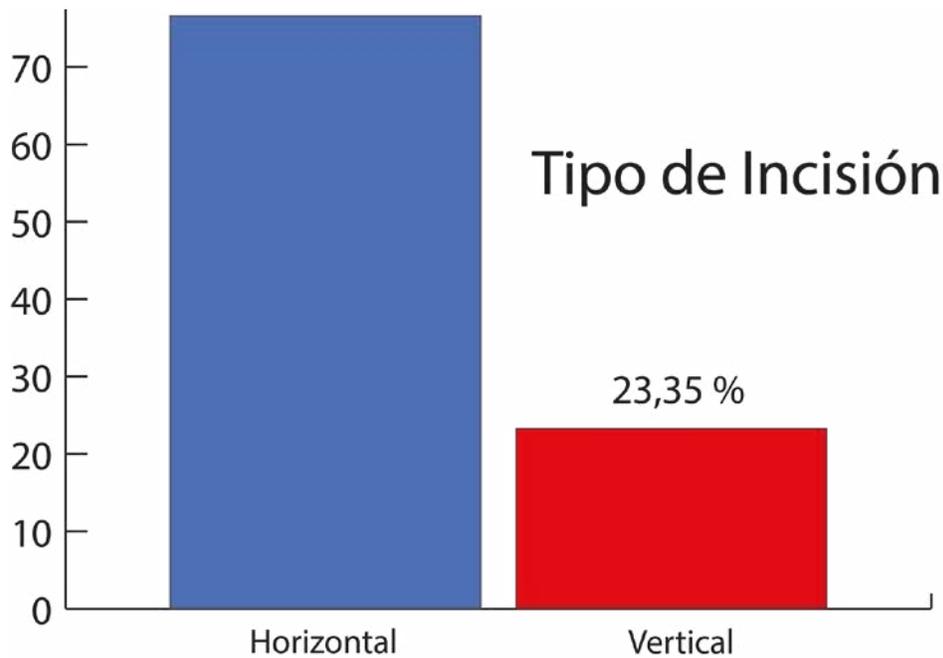


Gráfico 5. Establecer el tipo de incisión de la traqueotomía en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

En cuanto al tipo de incisión se observó en un 76.64% la horizontal y el 23.35% el tipo vertical

Complicaciones

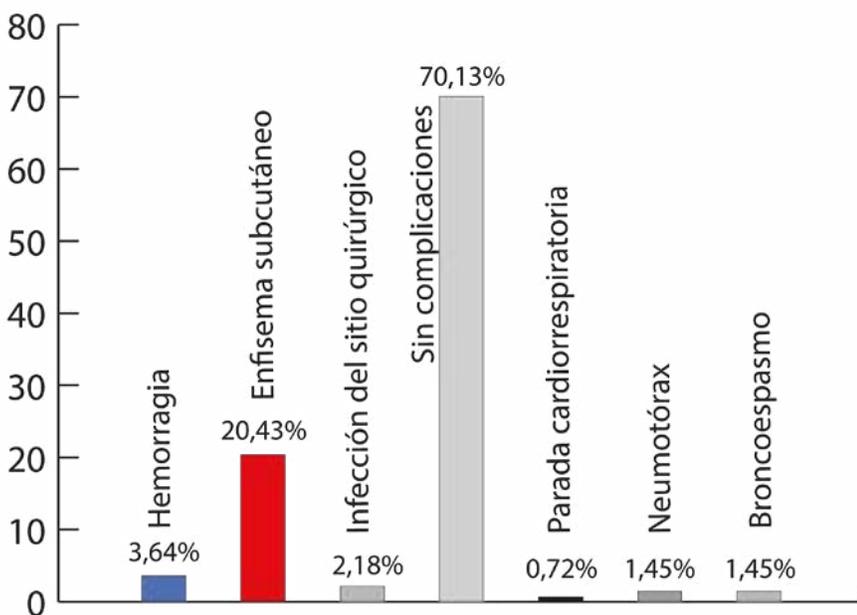


Gráfico 6. Analizar las principales complicaciones de traqueotomías en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

Complicaciones	Numero	%
Enfisema subcutáneo	28	20.43
Hemorragia	5	3.64
Infección del sitio quirúrgico	3	2.18
Parada Cardiorrespiratoria	1	0.72
Neumotórax	2	1.45
Broncoespasmo	2	1.45
Sin complicaciones	96	70.13
Total	137	100

Dentro de las complicaciones 20.43% de estas fueron por enfisema subcutáneo, 3.64% por hemorragia, 2.18% por infección del sitio quirúrgico, 1.45% neumotórax, 1.45% broncoespasmo y 0.72% parada cardiorrespiratoria, no se dieron complicaciones a estructuras paratraqueales.

DISCUSIÓN

La traqueotomía es una intervención quirúrgica realizada para comunicar la luz traqueal con el medio aéreo externo, su uso se encuentra ampliamente difundido, siendo necesaria en gran cantidad de patologías; siendo un procedimiento muy difundido en la especialidad de Otorrinolaringología. En este contexto, la presente investigación tuvo como objetivo revisar las traqueotomías en pacientes adultos en el servicio de otorrinolaringología “Dr. Alfredo Celis Pérez” de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, a través de un estudio retrospectivo de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal durante el lapso desde 2017 a 2021, obteniendo una serie de 137 pacientes a quien se le realizó dicho procedimiento. Siendo así, en este trabajo de investigación se evidenció, que el grupo etario a quien con mayor frecuencia se le realizó traqueotomía fue el de mayor a 41 años con un promedio 80.29%, Hallazgo similar encontró Ortega (2011) con una edad promedio de 48,9 años y por su parte Peña (2012) donde la mayoría de pacientes traqueotomizados eran mayores de 65 años. Se observa que este procedimiento se realiza principalmente en pacientes entre la cuarta y sexta década de la vida.^{18,20}

En este estudio se encontró que es el sexo masculino con un promedio 79.56%, a quien predominantemente se le

realizó traqueotomía, lo que se correlaciona con hallazgos de López (2011), Ortega (2011), Peña (2012) y Ready (2015); estos resultados podrían asociarse a que la principal indicación de la traqueotomía se correspondió a la obstrucción de vía aérea superior y de esta se exaltan los tumores, principalmente tumores de laringe; éste es la principal neoplasia maligna de cabeza y cuello como lo hace ver Mata (2012) donde explica que este se ve, con una relación hombre: mujer 7:1, asociándose principalmente a factores de riesgo como tabaquismo, alcohol y laborales; todos estos factores de riesgo de conocida asociación al género masculino. Por otra lado, la indicación de traqueotomía de la mayoría de los pacientes de este estudio se correspondió a obstrucción de vía aérea superior, difiriendo con los estudios de López (2011), Ortega (2019) y Ready (2015) en cuyas líneas de investigación se encuentra la intubación prolongada como la principal indicación de traqueotomías; es importante destacar que López y Ready fueron estudios que se realizaron en unidad de cuidados intensivos donde se manejan pacientes conectados a ventilación mecánica, por lo cual se atribuye que la intubación prolongada sea su principal indicación: Por su parte, este estudio realizado por el servicio de otorrinolaringología, una subespecialidad que en su práctica diaria atiende con mucha frecuencia pacientes con diagnóstico de tumores de vía aérea superior, que actualmente y por las lamentables condiciones socioeconómica del país que conllevan a enfrentarnos a estadios avanzados de la enfermedad, o por otra parte inicio tardío de terapia neoadyuvantes, se presenta como inevitable la realización de la traqueotomía para mantener la vía aérea permeable y así preservar la vida del paciente.^{11,18,20}

En el presente trabajo de investigación se obtuvo un total de 20.43% de las complicaciones del cual corresponde a enfisema subcutáneo, un 3.64% por hemorragia y un 1.45% neumotórax, broncoespasmo no se dieron complicaciones a estructuras paratraqueales. Diferenciando con Ortega (2011) y Ready (2015) donde la complicación más frecuente fue la infección del sitio operatorio.^{18,20}

Por lo siguiente se pudo constatar que el tipo de anestesia más frecuente con un 85.4% corresponde a la anestesia local seguida de la general con el 14.6%, con lo que se correlaciona con hallazgo del Dr. Valls (2019) donde se evidencio un importante incremento durante los años 2017 y 2018 de las traqueotomías de emergencia con anestesia local ante la imposibilidad del anestesiólogo de intubar la vía aérea superior por la presencia de extensas neoplasias, en ocasiones sin diagnóstico y sin tratamiento previo, de igual se pudo observar que el tipo de incisión más común a realizar es la horizontal con un 76.64% en comparación al tipo vertical en un 23.35%, actualmente no se encuentra evidencia con respecto al tipo de incisión en publicaciones a nivel nacional e internacional.⁵

CONCLUSIÓN

La traqueotomía es un procedimiento quirúrgico muy antiguo que puede ser realizado con fines terapéuticos o electivos. Tiene como objetivo reestablecer la vía aérea permitiendo una adecuada función respiratoria. En la actualidad, su uso se encuentra ampliamente difundido, teniendo en cuenta sus principales indicaciones, manejo de obstrucción de la vía aérea superior, mal manejo de secreciones, intubación y ventilación mecánica prolongada, cada una debida a diversas patologías como se pudo comparar con investigaciones similares. Además en nuestra investigación se pudo constatar el tipo de complicación que se presenta con mayor frecuencia en nuestra institución, de igual se pudo correlacionar el tipo de incisión y anestesia a la hora de realizar la traqueotomía, donde la situación país ha permitido una recesión importante a la hora del abordaje.

Nuestros resultados obtenidos constituyen bases estadísticas que dejaron por sentado todas las indicaciones que el Servicio de Otorrinolaringología toma en cuenta para realizar la técnica quirúrgica en estudio, así como las complicaciones presentadas a corto y largo plazo,

de manera que se podrá se correlacionar con publicaciones nacionales e internacionales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ortega del Álamo P, Alacio Casero J, Sacristán Alonso T. "Traqueotomía". Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2012.
- 2 Búa Ocaña S, Herrero Gutiérrez E. "Alternativas a la Traqueotomía". Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2005.
- 3 Weissler MC. " Tracheostomy and intubation". Head & Neck Surgery Otolaryngology. 4th edition, U.S.A. Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 785-801.
- 4 NewsMedical. Historia de traqueostomia.[Internet][Citado 2011 Mar 15] Disponible en: <http://www.news-medical.net/health/Tracheotomy-History-%28Spanish%29.aspx>
- 5 Valls, J. Tabaco, F. Guevara, K. Experiencia en traqueotomías abiertas de emergencia con anestesia local, Catedra del servicio de otorrinolaringología, Hospital Universitario de Caracas(2021) Disponible en: <http://vitae.ucv.ve/index-pdf>.
- 6 Pineda, M. Maya, R. Indicaciones y complicaciones de traqueotomía en pacientes adultos. Servicio de otorrinolaringología. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda Boletín Médico de Postgrado. Vol. XXXIII N° 1, 2017.
- 7 M. Gcs. Protocolo de Cuidados de Traqueotomía. [Online].; 2014. Available from:http://mcmpediatria.org/sites/default/files/sitefiles/archivos_articulo_cirugia_pediatica/protocolo_traqueostomia.pdf.
- 8 Traqueostomía: un estudio retrospectivo de 55 casos *Ortega-Plancarte José Antonio, **F.
- 9 Spataro E, Durakovic N, Kallogjeri D, Nussenbaum B. Complications and 30- Day Hospital Readmission Rates of Patients Undergoing Tracheostomy: A Prospective Analysis. The Laryngoscope. 2017; 127(12): 2746-2753.
- 10 Lugo J, Escobedo H, Corral M, Javier C. Traqueotomía en una unidad de tercer nivel del noroeste de México: descripción y análisis de casos. Horizonte Médico. 2017; 17(2): 14-21.
- 11 Patiño-Salazar H, Torres-Alarcon C, Morales-Pogoda I. Morbilidad y mortalidad de la traqueostomía perc-

- tánea en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central Militar. *Revista de Sanidad Militar*. 2017; 71(4): 322-341
- 12 Milian W, Contardo M, Custodio N, Lira D, Montesinos R, Bendezú L, et al. La traqueostomía precoz mejora el pronóstico de los pacientes críticos. *Inter-ciencia*. 2010: 1-10.
 - 13 Cabezas C. Rol del estado en la investigación científica en salud y transparencia en la información. *Rev Peru med Exp Salud Publica*. 2006; 34 23(4).
 - 14 Vasquez-Revilla H, Revilla-Rodriguez E, Gualberto-Gonzalez C, Terrazas V. Experiencia en la práctica de traqueotomía en el paciente críticamente enfermo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. 2015; 8(4): 167-171.
 - 15 Diaz P, Villalba D, Andreu M, Escobar M, Morel G, Lebus J, et al. Decanular. Factores predictores de dificultad para la decanulación. Estudio de cohorte multicéntrico. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*. 2017; 17(1): 12- 24.
 - 16 Halum S, Ting J, Plowman E, Belafsky P, Harbarger C, Postma G, et al. A Multi-Institutional Analysis of Tracheotomy Complications. *The Laryngoscope*. 2013; 122: 38-45
 - 17 Pilarczyk K, Haake N, Dudasova M, Huschens B, Wendt D, Demircioglu E. Risk factors for bleeding complications after percutaneous dilatational tracheostomy: a ten-year institutional analysis. *Anaesthesia and intensive care*. 2016; 44(2): 227-236.
 - 18 Ortega, P, Ulloa, J, Rivas, L. (2011). Experiencia clínica en traqueostomía abierta. *Revista de otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello*. (71), No. 2. Scielo. Santiago de Chile. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S071848162011000200005> Consulta Dic 2021.
 - 19 Millian, W. (2010). La traqueostomía precoz mejora el pronóstico de los pacientes críticos. Lima Perú. [Consulta: Dic 2021] Disponible en: http://www.clinicainternacional.com.pe/descarga/revista/segunda_edic/Articulo_Original.pdf 5.
 - 20 Ready,R; Osorio M. (2015). Traqueostomía quirúrgica clásica en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* (75) 1. 7 – 12. Disponible en: . ISSN 0718-4816. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162015000100002>. Consulta 2015, Dic 2021.
 - 21 Arias, F. (2000). El proyecto de investigación. Guía para su elaboración. Editorial Episteme. Caracas.

Incidencia de Tumores de Cabeza y Cuello: Experiencia Servicio de Otorrinolaringología Hospital Vargas de Caracas

AUTORES:

Dr. Ortega Flabio, Dra. Morante Luisa, Dra. Suero Rosa
Residentes de 2^{do} año

Dr. Farfán Nelsón
Jefe del servicio

Dra. Sano Rosarúa
Coordinadora Docente

Dra. Ferrer Hilariolyn
Adjunto del servicio

INCIDENCIA DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO: EXPERIENCIA SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA HOSPITAL VARGAS DE CARACAS.

¹Dr. Ortega Flabio, ¹Dra. Morante Luisa, ¹Dra. Suero Rosa, ²Dr. Farfán Nelsón, ³Dra. Sano Rosaría, ⁴Dra. Ferrer Hilariolyn.
1. Residente de 2do año, 2. Jefe del servicio, 3. Coordinadora Docente, 4. Adjunto del servicio.

Hospital Vargas de Caracas, Servicio de Otorrinolaringología, Caracas, Venezuela.

RESUMEN

Introducción: Los tumores de cabeza y cuello representan un motivo de consulta frecuente para el otorrinolaringólogo, estos comprometen principalmente las vías aérodigestivas superiores, senos paranasales, glándulas salivales mayores y menores. En nuestro país es un motivo de consulta frecuente formando parte fundamental de nuestro programa de formación. **Objetivos:** 1-Determinar la incidencia de tumores de cabeza y cuello en pacientes que acuden a consulta de Otorrinolaringología durante el período enero-diciembre 2021. 2-Describir los factores demográficos, factores de riesgo. 3-Determinar localización anatómica y estirpe histológica. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo, utilizando los registros de historia clínicas. La población estuvo constituida por 278 pacientes y la muestra por 124. **Resultados:** La incidencia de tumores de cabeza y cuello fue de un (44.6%), El 62.0 % de los pacientes fueron del sexo masculino, el grupo de edad de 60-69 años fue el más representativo. En relación con los hábitos tóxicos, se destacó el tabaquismo en un 39.5%. **Discusión:** Los resultados obtenidos en el siguiente trabajo son equiparables a la literatura nacional e internacional como lo realizado por Mijares y Cols respectivamente. En España, la laringe constituye la localización más frecuente con un 95 %, lo que coincide con esta investigación. **Conclusiones:** Los tumores de cabeza y cuello constituyen un motivo de consulta frecuente en nuestra especialidad. La determinación de la localización, así como evaluación de los factores de riesgo, demográficos son importantes a la hora de realizar diagnóstico. **Palabras claves:** tumor, carcinoma, incidencia.

SUMMARY

Introduction: Tumors of the head and neck represent a frequent reason for consulting the otorhinolaryngologist, they mainly compromise the upper aerodigestive tract, paranasal sinuses, major and minor salivary glands. In our country, it is a frequent reason for consultation, forming a fundamental part of our training program. **Objectives:** 1-Determine the incidence of head and neck tumors in patients who attend the Otorhinolaryngology consultation during the period January-December 2021. 2-Describe the demographic factors, risk factors. 3-Determine anatomical location and histological lineage. **Material and methods:** Retrospective and descriptive study, using clinical history records. The population consisted of 278 patients and the sample by 124. **Results:** The incidence of head and neck tumors was (44.6%), 62.0% of the patients were male, the age group 60-69 years was the most representative. In relation to toxic habits, smoking stood out in 39.5%. **Discussion:** The results obtained in the following work are comparable to the national and international literature as carried out by Mijares and Cols respectively. In Spain, the larynx constitutes the most frequent location with 95%, which coincides with this research. **Conclusions:** Head and neck tumors are a frequent reason for consultation in our specialty. The determination of the location, as well as the evaluation of demographic risk factors, are important when making a diagnosis. **Key words:** tumor, carcinoma, incidence.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de cabeza y cuello representan un motivo de consulta frecuente para el otorrinolaringólogo, estos comprometen principalmente las vías aérodigestivas

superiores, senos paranasales, glándulas salivales mayores y menores. En nuestro país es un motivo de consulta frecuente formando parte fundamental de nuestro programa de formación¹.

Cada país presenta una situación particular y especial, en las estadísticas de tumores de cabeza y cuello. En Francia los carcinomas de hipofaringe son muy frecuentes, así como sucede con la cavidad bucal en la India. En Estados Unidos al igual que en Venezuela la laringe constituye la localización más frecuente².

La incidencia de tumores de cabeza y cuello se determina por el número de casos nuevos en un grupo poblacional y en un período de tiempo, siendo tres veces mayor en hombres que en mujeres³.

No se cuenta con una estadística exacta del comportamiento de los tumores de cabeza y cuello en diversos hospitales de Venezuela, por tal motivo se decide demostrar la incidencia de tumores de cabeza y cuello en pacientes que acuden al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Vargas de Caracas.

OBJETIVOS

- 1 Determinar la incidencia de tumores de cabeza y cuello en pacientes que acuden a consulta de Otorrinolaringología durante el período enero-diciembre 2021.
- 2 Describir los factores demográficos, factores de riesgo.
- 3 Determinar localización anatómica y estirpe histológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Vargas de Caracas, entre enero y diciembre del 2021. El universo estuvo constituido por 278 y la muestra fue seleccionada por el método aleatorio simple, y quedó conformada por 124 pacientes, según los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años, ambos sexos, afectados por lesiones malignas de cabeza y cuello. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con cáncer de tiroides y linfomas que hayan sido diagnosticados y/o tratados en otro centro hospitalario o fallecidos.

Exploramos de manera exhaustivas las historias clínicas individuales. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, factores predisponente y localización.

RESULTADOS

Según los grupos etarios, sexo y la localización tumoral, la mayor afectación estuvo en el grupo entre 60-69 años (54,8 %). El sexo masculino estuvo representado con un 62.0 %, en relación con el sexo femenino que obtuvo un 38.8 % (Ver tabla 1) La localización de mayor incidencia fue la laringe con 45.9% en 57 de los casos diagnósticos. (Ver tabla 2)

De los factores de riesgos, predominó el hábito de fumar (39.5 %,) seguido de la ingestión de bebidas alcohólicas (21,7). (Ver tabla 3) La clasificación histológica más relevante: tumores malignos epiteliales representado por el carcinoma epidermoide (62.3%); seguido de tumores epiteliales benignos (27.4%). (Ver tabla 4)

DISCUSIÓN

En España, al igual que en Venezuela la laringe constituye la localización más frecuente con un 95 %, lo que coincide con esta investigación. Por su parte, en Estados Unidos, se estudiaron 3523 casos, solo 54 pacientes, correspondieron a la región de cabeza y cuello, se obtuvo una relación hombre/mujer de 2,5:1. La localización relevante fue la laringe con 57 casos, resultados similares a lo encontrado en este estudio en relación con el grupo de edad, sexo afectado y localización⁴.

En un estudio sobre incidencia y mortalidad del cáncer de laringe realizado en Colombia, se informaron 12 899 casos de carcinoma de laringe (84 %). La edad promedio estuvo entre 50 y 74 años (66 %), este estudio coincide con nuestra investigación^{5,6}.

CONCLUSIONES

Los tumores de cabeza y cuello constituyen un motivo de consulta frecuente en nuestra especialidad. La determinación de la localización, así como evaluación de los factores de riesgo, demográficos son importantes a la hora de realizar diagnóstico. En vista de alta incidencia en los tumores de cabeza y cuello en nuestra consulta, el conocimiento y enfoque diagnóstico y terapéutico de esta patología debe formar parte del proceso de formación del otorrinolaringólogo.

Distribución según factores sociodemográficos (Tabla 1)

Edad	No.	%
18-29	6	4.8%
30-39	2	1.6%
40-49	15	12.0%
50-59	28	22.6%
60-69	68	54.8%
> 70	5	4.0%
TOTAL	124	99.8%

SEXO

Masculino	77	62.0%
Femenino	47	38.0%
TOTAL	124	100%

Distribución según localización anatómica (Tabla 2)

Laringe	57	45.9%
Orofaringe	14	11.3%
Nasofaringe	23	18.5%
Nariz y senos paranasales	9	7.3%
Glándulas Salivales	15	12.0%
Otros	6	4.8%
TOTAL	124	99.8%

Distribución según factores de riesgos (Tabla 3)

Tabaco	49	39.5%
Alcohol	27	21.7%
Alcohol + Tabaco	33	26.6%
Ninguno	15	12.0%
TOTAL	124	99.8%

Distribución según factores de riesgos (Tabla 3)

Tumores Benignos Epiteliales	34	27.4%
Tumores Malignos Epiteliales	78	62.3%
Tumores Neuroendocrinos	4	3.2%
Otros	8	6.5%
Total	124	100%

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mijares R, Pérez C, Fernández L, Pérez A. Caracterización de adultos mayores con cáncer de cabeza y cuello. 2019.
2. Centella C, Dean A. Aportaciones de la cirugía guiada por ordenador y navegación en oncología de cabeza y cuello: una revisión bibliográfica sistemática y actualización. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.
3. Suarez R, Pérez C, Fernández L, Pérez A. Caracterización de adultos mayores con cáncer de cabeza y cuello. Rev Brasileira Cancerol. 2019
4. Boute P, Page C, Biet A, Cuvelier P, Strunski V, Chevalier D. Epidemiology, prognosis and treatment of simultaneous squamous cell carcinomas of the oral cavity and hypopharynx. Eur Annals Otorhinolaryngol, Head and Neck Diseases. 2018.
5. Momares B, Contreras G, Martínez B, Ávalos N, Carmona L. Sobrevida en carcinoma de células escamosas de mucosa oral: análisis de 161 pacientes. Rev Chil Cir. 2018;66(1):568-76.
6. Feldman F, Castro A, Salinas F, Sotomayor J. Sobrevida y factores pronósticos de 13 pacientes con carcinoma espinocelular oral diagnosticados en el CRS Cordillera Oriente, entre los años 2018-2019. Rev Otorrinolaringol Cir. Cabeza Cuello.



Somos **DOSIS** de Vida



E.F. 36.381/21 | E.F.34.405/19

E.F. 37.256/22

Deslorat

Descubriendo un Vivir sin Alergias

LoreCort®

Eficacia y Seguridad en el Tratamiento de Enfermedades de Origen Alérgico



LabOftalmi



www.Oftalmi.com



0-800-OCULA00 (0-800-6285200)

RIF: J-00203064-0

Comparaciones de diversos tratamientos tópicos en el manejo de Otomicosis en pacientes de consulta externa del Departamento de Otorrinolaringología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”

AUTORES:

Dra. Flores Muñoz Estefanía Del Valle

Dra. Hernández Núñez Jeni Rosanna

Dra. Novoa De Abreu Karen María

Dr. Almonte Polanco Eliezer

Médicos Residentes de segundo año del departamento de Otorrinolaringología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”, Caracas.

Dra. Pieruzzini Rosalinda

Médico Adjunto del departamento de Otorrinolaringología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”, Caracas.

Email: estefaniafloress@gmail.com

COMPARACIÓN DE DIVERSOS TRATAMIENTOS TÓPICOS EN EL MANEJO DE OTOMICOSIS EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DEL DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR UNIVERSITARIO DR. CARLOS ARVELO.

Dra. Flores Muñoz, Estefanía Del Valle ¹, Dra. Hernández Núñez, Jeni Rosanna ¹, Dra. Novoa De Abreu, Karen María ¹, Dr. Almonte Polanco, Eliezer ¹, Dra. Pieruzzini, Rosalinda ².

1. Médico Residente de segundo año del departamento de Otorrinolaringología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”, Caracas.

2. Médico Adjunto del departamento de Otorrinolaringología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”, Caracas.

Email: estefaniiafloress@gmail.com

RESUMEN

La otomicosis es un proceso inflamatorio del CAE debido a infección por hongos y origina más del 9% de los diagnósticos de otitis externa. Los agentes etiológicos más frecuentes son *Aspergillus* y *Candida*. La presente investigación, tiene como objetivo, comparar los diversos tratamientos tópicos, en el manejo de otomicosis en la consulta externa del Departamento de Otorrinolaringología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo” **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio prospectivo y experimental, con una población de 85 pacientes que acudieron a la consulta externa diagnosticados con otitis externa aguda, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, obteniendo una muestra de 30 pacientes en un rango de edad de 25-50 años y se dividió en 3 grupos de acuerdo al tratamiento a utilizar, un grupo A tratado con Clotrimazol Gotas, grupo B con Alcohol Boricado, y un grupo C con Crema combinada de Fluconazol 2%, Metronidazol 2.5% y Dexametasona 1%. **Resultados:** el grupo A se observó mejoría clínica en 9 pacientes (90%) sin recidiva siendo este el de mejor respuesta al tratamiento, el grupo B, solo 5 pacientes (50%) se observó mejoría, siendo este el de menor porcentaje de respuesta. **Discusión:** el grupo de los imidazoles resultó en más de 80% de resolución en la aplicación inicial con baja tasa de recurrencia según el estudio de Malik AA y Jackman A describen el clotrimazol como el tratamiento más popular y efectivo. **Conclusión:** se concluye que los imidazoles, siguen siendo el tratamiento de elección para las otomicosis ya que son efectivos **Palabras claves:** Otomicosis, otitis, *Aspergillus*, *Candida*, tratamiento tópico.

ABSTRACT

*Otomycosis is an inflammatory process of the EAC due to fungal infection and causes more than 9% of diagnoses of external otitis. The most frequent etiological agents are Aspergillus and Candida. The objective of this research is to compare the various topical treatments in the management of otomycosis in the outpatient department of the Department of Otorhinolaryngology of the Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo. **Materials and Methods:** a prospective and experimental study was carried out, with a population of 85 patients who attended the outpatient clinic diagnosed with acute external otitis, inclusion and exclusion criteria were applied, obtaining a sample of 30 patients in an age range of 25-50 years and was divided into 3 groups according to the treatment to be used, group A treated with Clotrimazole Drops, group B with Boricado Alcohol, and group C with combined Cream of Fluconazole 2%, Metronidazole 2.5% and Dexamethasone 1%. **Results:** group A clinical improvement was observed in 9 patients (90%) without recurrence, this being the one with the best response to treatment, group B, only 5 patients (50%) improvement was observed, this being the one with the lowest percentage of response. **Discussion:** the group of imidazoles resulted in more than 80% resolution in the initial application with a low recurrence rate according to the study by Malik AA and Jackman A describe clotrimazole as the most popular and effective treatment. **Conclusion:** it is concluded that imidazoles continue to be the treatment of choice for otomycosis since they are effective in any of their presentations. **Key words:** Otomycosis, otitis, *Aspergillus*, *Candida*, tratamiento tópico.*

INTRODUCCIÓN

La otomicosis es una enfermedad muy frecuente en nuestro medio, constituye de otorrinolaringología y afecta al 10% de la población al menos 1 vez en la vida. ⁽¹⁾ Esta incidencia varía en las distintas zonas geográficas, de acuerdo con ciertos factores ambientales, sobre todo la temperatura y la humedad relativa, y con la época estacional, alcanzando porcentajes elevados en algunos países, más en climas tropicales y subtropicales, donde puede constituir hasta un 25% de las otitis infecciosas. ⁽²⁻⁴⁾

La Otomicosis es un proceso inflamatorio del conducto auditivo externo debido a infección por hongos y origina más del 9% de los diagnósticos de otitis externa. Los agentes etiológicos son generalmente especies fúngicas saprofitas que abundan en la naturaleza y que forman parte de la flora comensal del CAE sano, generalmente *Aspergillus* y *Candida* son las especies más frecuentemente aisladas. ⁽⁵⁾

La otomicosis suele ocurrir como una infección unilateral, subaguda o crónica con inflamación y exudado, donde los principales síntomas son: prurito, otodinia, otorrea, sensación de plenitud ótica, tinnitus e hipocusia. Aunque suele ser unilateral, se considera mayor probabilidad de presentarse bilateralmente entre los pacientes inmunocomprometidos. ⁽⁶⁾

El tratamiento de las otomicosis no invasivas comprende: la limpieza cuidadosa del conducto auditivo externo por microaspiración, la eliminación del agente causal con antimicrobianos, la reducción de la inflamación, edema, dolor y prurito, y la eliminación o control de los factores predisponentes ⁽⁷⁾.

La mayoría de los antifúngicos (polienos, imidazoles, 5-fluorocitosina y tolnaftato) han sido utilizados con resultados muy variables y sin que haya sido establecida la duración del tratamiento, pero mostrando una buena efectividad ⁽⁸⁻¹¹⁾. Se aconseja mantener el tratamiento hasta conseguir una respuesta clínica satisfactoria.

En los últimos años, en la consulta externa del servicio de otorrinolaringología del Hospital Militar Uni-

versitario “Dr. Carlos Arvelo” la aparición de las otomicosis ha ido en aumento, debido sobre todo a una incorrecta utilización de hisopos y/o objetos para la limpieza del CAE, así como a factores relacionados con el uso de auxiliares auditivos, es por tanto que se decide efectuar un protocolo de investigación para tratamiento de las mismas y establecer una estadística de presentación de este tipo de patología.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

- Comparar diversos tratamientos tópicos, en el manejo de otomicosis en la consulta externa del Departamento de Otorrinolaringología del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”.
- Objetivos específicos:
- Establecer edad y sexo más frecuente de presentación.
- Identificar las manifestaciones clínicas.
- Determinar los patógenos involucrados mediante examen directo y cultivos.
- Comparar los diversos tratamientos tópicos en el manejo de otomicosis.

METODOLOGÍA

Diseño y tipo de investigación

Estudio tipo prospectivo experimental, transversal, comparativo de los diversos tratamientos tópicos en el manejo de otomicosis en pacientes de consulta externa de Otorrinolaringología, del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo” Caracas, en el período comprendido entre junio - agosto 2021.

Población y Muestra

Población 140 pacientes que acudieron a la consulta externa de otorrinolaringología, con manifestaciones clínicas otológicas asociadas a procesos infecciosos.

La muestra se constituyó de 30 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

1. Edad: Pacientes comprendidos entre 25-50 años.

2. Pacientes sin comorbilidades: Tu de oído, pacientes oncológicos, inmunosuprimidos, diabéticos, hipertenso o con enfermedades degenerativas, además de embarazadas y pacientes con discrasia sanguínea.
3. Pacientes con prótesis auditivas.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes sin consentimiento informado.
2. Pacientes alérgicos a los componentes de los medicamentos a aplicar.
3. Pacientes con perforación timpánica.

Universo	140 pacientes	27.4%
Infección Bacteriana	44 Pacientes	62.3%
Infección por hongos	116 pacientes	3.2%

Población	116 Pacientes
Criterios de Inclusión y Exclusión	73 Pacientes
No culminaron o no Cumplieron tratamiento	13 pacientes
Muestra	30 Pacientes

MATERIALES Y MÉTODOS

A todos los pacientes se le realizo el siguiente protocolo diagnóstico:

- Historia clínica de la consulta externa de otología y ficha de recolección de datos. Anexo 1
- Endoscopia videoscopio teslong NTE100 0.3 megapixel, resolución 640x480 pixel.
- Para el diagnóstico micológico: posterior a limpieza del conducto auditivo externo del oído afectado se toma muestra y se envía a laboratorio de micología. Para el estudio mediante cultivo en medio dextrosa Agar Saboraud.

Grupos experimentales:

Fueron 3 grupos de investigación que siguieron los siguientes protocolos:

- **Protocolo de tratamiento grupo A** (Clotrimazol gotas 1%): Los pacientes de este grupo se les indico aplicar 3 gotas de clotrimazol al 1%, en el conducto auditivo externo del oído afectado cada 12 horas por 10 días hasta observar mejoría. Cada paciente se evaluó a las 72 horas de iniciado el tratamiento, a los 7 días, a los 14 días (4 días posterior al tratamiento) y con control a los 21 de tratamiento (11 días después del tratamiento).
- **Protocolo de Tratamiento Grupo B** (Alcohol Boricado gotas 5%): Los pacientes de este grupo se les indico aplicar 3 gotas de alcohol boricado en el conducto auditivo externo del oído afectado cada 8 horas por 10 días. Así como el grupo A, a cada paciente se le fue evaluado a las 72 horas de iniciado el tratamiento, a los 7 días, a los 14 días (4 días posterior al tratamiento) y con control a los 21 de tratamiento (11 días después del tratamiento).
- **Protocolo de Tratamiento Grupo C** (Crema combinada de Fluconazol al 2%, Metronidazol al 2.5% y Dexametasona al 1%): Los pacientes de este grupo se les aplico 1cc de crema combinada en el conducto auditivo externo del oído afectado y a cada paciente se le fue evaluado a los 72 horas de iniciado el tratamiento, con aspirado de la crema y nueva aplicación de la misma y se evaluaron nuevamente a los 7 días de la primera aplicación, a los 14 días (4 días posterior al tratamiento) y con control a los 21 de tratamiento (11 días después del tratamiento).

La mejoría se evidenció con la documentación fotográfica y le mejoría de los síntomas referidos por el paciente en una escala de 0-10. Anexo 2

Consentimiento informado:

Los pacientes se le efectuó consentimiento informado según normas de Helsinki y todos fueron aprobados por el comité de bioética del Hospital Militar Universitario Dr. Carlos Arvelo.

Análisis estadísticos:

Estadística descriptivas con medida de tendencia central.

RESULTADOS

Distribución por Características Sociodemográficas

De los 30 pacientes estudiados, 63,3% fueron de sexo masculino y 36. % de sexo femenino. Según la distribución por grupo etario, encontramos que el mayor número de pacientes estuvo en el grupo de 25 a 34 años, con un 22,2%.

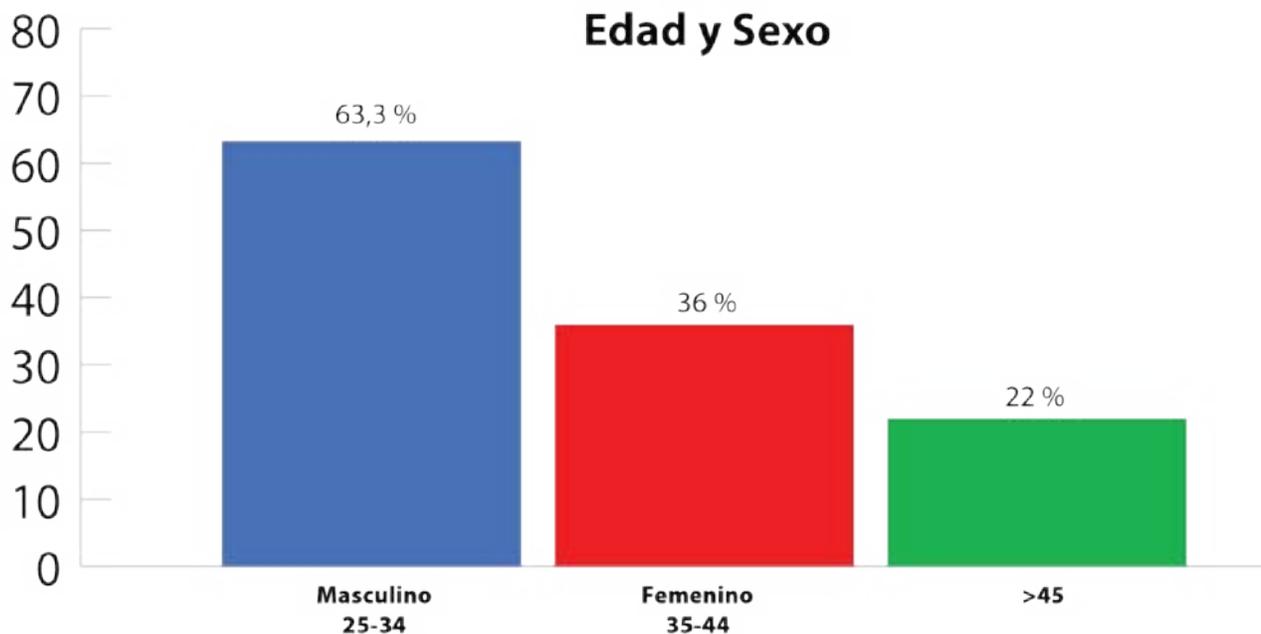


Grafico 1: Distribución por edad y sexo.

Estatificación por Manifestaciones Clínicas

Manifestaciones Clínicas

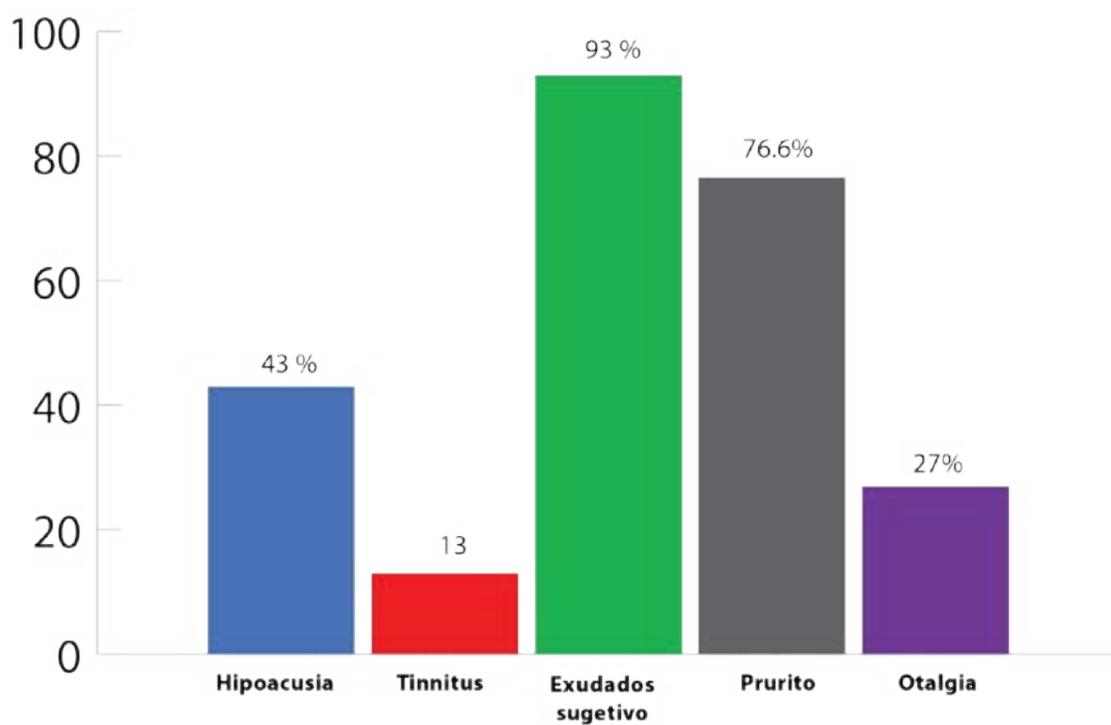


Grafico 2: Manifestaciones clínicas

División de Grupo según Patógeno Aislado

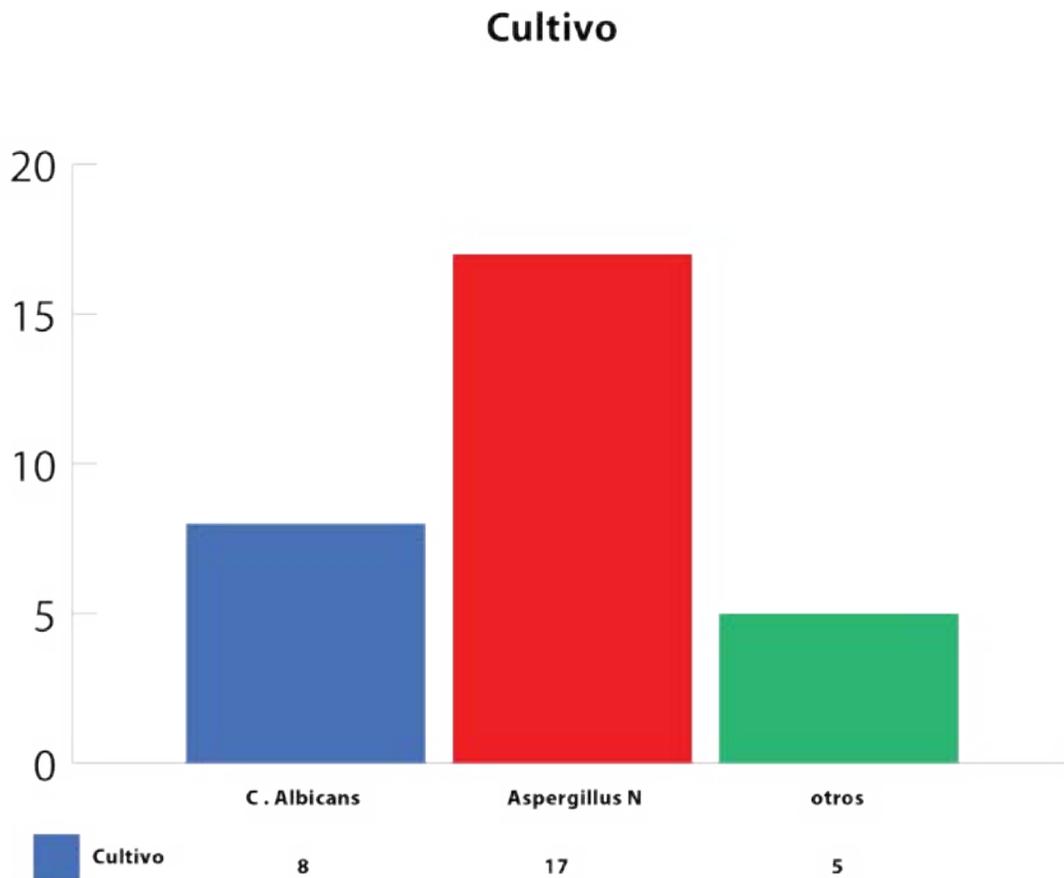


Grafico 3: División según agente micótico aislado.

DIVISIÓN DE GRUPO SEGÚN RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Los pacientes se subdividieron en 3 grupos de tratamiento tópico de acuerdo al protocolo a utilizar, un grupo A de 10 pacientes (33,33%) donde se utilizó Clotrimazol en Gotas, grupo B constituido por 10 pacientes (33,3%) en tratamiento con Alcohol Boricado, y un grupo C conformado por 10 pacientes (33,3%) donde se empleó Crema combinada de Fluconazol 2 %, Metronidazol 2.5 % y Dexametasona 1 %, demostrando que la aplicación en el grupo A hubo mejoría de 9 pacientes (90%) de la muestra de estudio con erradicación del hongo en 100% sin recidiva siendo este el grupo con mayor tasa satisfactoria, mientras que el 30% restante de la muestra donde se observó persistencia de sintomatología o recidivas, fue debido a una mala técnica de aplicación del tratamiento en el CAE por parte de los pacientes así como también un inicio tardío o incumplimiento del mismo.

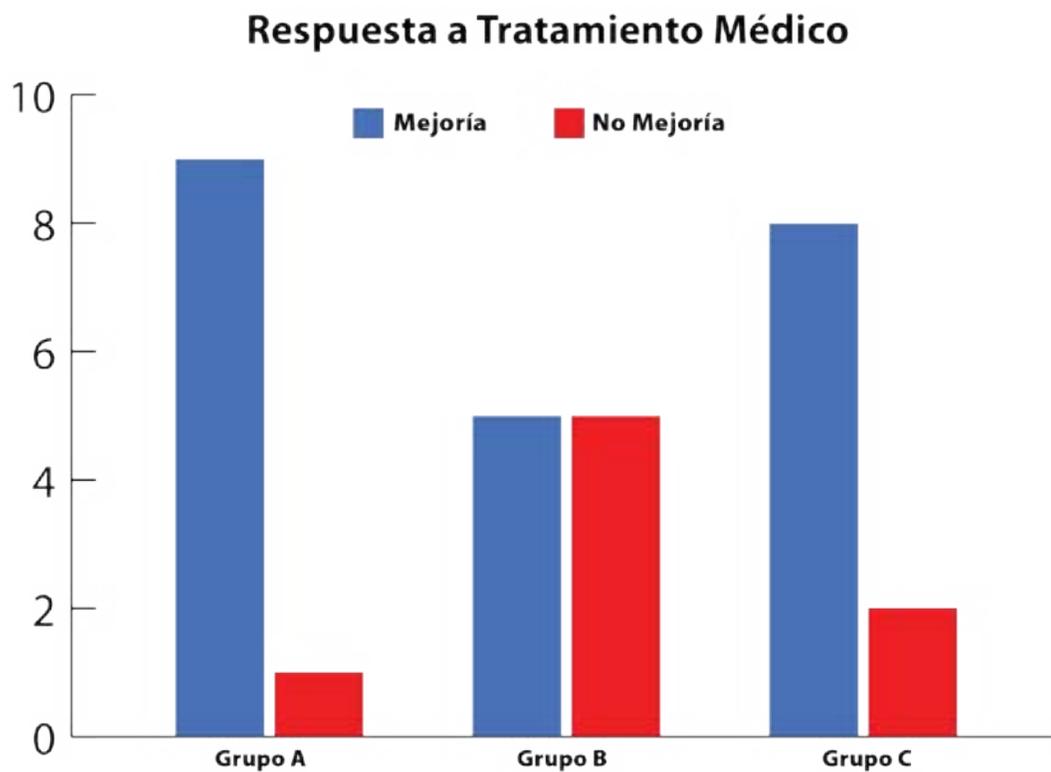


Grafico 5: Representación de respuesta tratamiento

HALLAZGOS OBJETIVOS A LA OTOSCOPIA EN LA PRIMERA CONSULTA

En las imágenes se observan los conductos auditivos afectados de diversos pacientes examinados bajo videotoscopio donde podemos distinguir hifas blancas, hifas negras, y la combinación de las mismas, secreción amarillenta y/o algodonosa, edema de conducto e hiperemia del mismo (Figura 1).



Figura 1. Conductos auditivos externos, se evidencia secreción distintiva de otomicosis.

HALLAZGOS OBJETIVOS A LA EXPLORACIÓN FÍSICA POSTERIOR A RESOLUCIÓN.

Se consideró resolución cuando las condiciones del conducto auditivo externo y la membrana timpánica se encontraban con características normales, sin presencia de hifas, exudado, ni otros datos de infección (Figura 2).



Figura 2. Conductos auditivos externos sanos, posterior a tratamiento antimicótico aplicado.

DISCUSIÓN:

A nivel mundial se han realizado diversos estudios de comparación con las diferentes terapéuticas tópicas para la otomicosis, con tasas de eficacia variable.

La prevaencia de las otomicosis está asociada en un gran número a inadecuados hábitos de limpieza, o exposición prolongada a condiciones de humedad por el uso de auxiliares auditivos, sin un mantenimiento de higiene.

En cuanto a los grupos de edad, Balzacar Labrin, observaron que el sexo en el que se encontró más casos de otomicosis fue en el masculino en un 54% y la edad más frecuente fue entre 30 a 39 años, lo cual coincide con nuestro estudio donde el sexo masculino tuvo un 63,3% de prevalencia y el grupo etario con mayor frecuencia fue de 25-34 años.⁽¹²⁾

Barati B incluyó el uso de auxiliares auditivos, en nuestro estudio se observó el uso de auxiliares auditivos en 6 de los pacientes, dos por cada grupo, representando el 6.66% de los casos en cada grupo de estudio.⁽¹⁵⁾

Nowrozi H y Araiza J agregan el trauma por instrumentación de oídos, el hábito de limpiar el oído con objetos contaminados, lo cual lleva a la acumulación de detritus fúngicos del CAE y el epitelio normal es dañado, 73% de nuestros pacientes refirieron manipular sus oídos de forma frecuente con diversos objetos.⁽¹³⁾

En cuanto a los antimicóticos, el grupo de los imidazoles resultó en más de 80% de resolución en la aplicación inicial

con baja tasa de recurrencia según el estudio de Malik AA y Jackman A describen el clotrimazol en solución o crema como el tratamiento más popular y efectivo,⁽¹⁴⁾ Vega-Nava CT, Munguia R, Jadhav VJ reportaron en sus estudios, tasas de efectividad que van desde el 50 hasta el 100% lo cual ha coincidido con los resultados del presente estudio donde el 70% (n= 7) de los casos tratados con clotrimazol resolvieron completamente con una semana de tratamiento, 20% (n= 2) adicional resolvió con dos semanas de tratamiento, 10% (n=1) casos presentaron recurrencia o persistencia debido a la inadecuada aplicación del tratamiento o inicio tardío.⁽¹⁶⁾

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

En este estudio no se observó diferencias entre los tratamientos por lo que no se pudo calcular significancia estadística en cuanto a los resultados presentados, por lo que sugerimos aumentar la muestra que pudieran mostrar mejor la diferencia entre estos tratamientos. Sin embargo, los tres tratamientos muestran beneficio en los pacientes con otomicosis.

Se recomienda, que todo paciente con diagnóstico de otomicosis, reciba un tratamiento adecuado y oportuno, en la actualidad, existen múltiples terapéuticas con efecto demostrado para eliminar esta enfermedad infecciosa, sin embargo, a la luz de estos resultados faltan datos para recomendar uno en especial.

Palabras claves: Otomicosis, Aspergillus, Candida, tratamiento tópico, otodinia, tinnitus, hipoacusia.

Anexo 2

Ficha de Paciente									
Nombre y Apellido		Edad			Sexo			Diagnostico	
Grupo de Tto:									
Primer control		72 horas de Inicio de Tratamiento							
Fecha	Otalgia	Hipoacusia	Prurito	Tinnitus	Otros	Perforación M/T	Cultivo	Evolución	

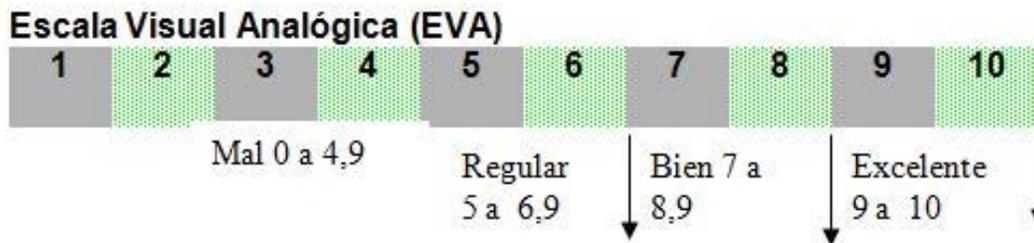
Ficha de Paciente									
Nombre y Apellido		Edad			Sexo			Diagnostico	
Grupo de Tto:									
Segundo control		7 días de Inicio de Tratamiento							
Fecha	Otalgia	Hipoacusia	Prurito	Tinnitus	Otros	Perforación M/T	Cultivo	Evolución	

Ficha de Paciente									
Nombre y Apellido		Edad			Sexo			Diagnostico	
Grupo de Tto:									
Tercer control		14 días de Inicio de Tratamiento (4 días posterior al tratamiento)							
Fecha	Otalgia	Hipoacusia	Prurito	Tinnitus	Otros	Perforación M/T	Cultivo	Evolución	

Ficha de Paciente									
Nombre y Apellido		Edad			Sexo			Diagnostico	
Grupo de Tto:									
Cuarto control		21 días de Inicio de Tratamiento (11 días posterior al tratamiento)							
Fecha	Otalgia	Hipoacusia	Prurito	Tinnitus	Otros	Perforación M/T	Cultivo	Evolución	

Ficha de Paciente									
Nombre y Apellido		Edad			Sexo			Diagnostico	
Grupo de Tto:									
Quinto control		30 días de Inicio de Tratamiento (20 días posterior al tratamiento)							
Fecha	Otalgia	Hipoacusia	Prurito	Tinnitus	Otros	Perforación M/T	Cultivo	Evolución	

Anexo 3



BIBLIOGRAFÍA:

1. Samanta Ruz G1, Hayo Breinbauer K2, Claudia Corssen J1.: Otitis externa micótica y perforación timpánica: Reporte de dos casos. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2010.
2. García-Martos P, Delgado D, Marín P, Mira J. Análisis de 40 casos de otomicosis. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1993; 11: 487-489.
3. Martín AM, Canut A, Muñoz S, Pescador C, Gómez JL. Otomicosis: presentación de 15 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1989; 7: 248-251.
4. Bernat Gili A, De Miguel GF, Ayerbe TV, Morais PD, Carranza Rodríguez E. Otitis externas agudas: estudio retrospectivo de 170 casos. *Acta Otorrinolaring Esp* 1992; 43: 188-194.
5. P. García-Martos, R. García-Agudo, I. Domínguez, JA. Noval- Otomicosis: aspectos clínicos y microbiológicos- *Revista de Diagnóstico Biológico* 2001
6. Lucero Escobar A, Erika Celis A, José Alarid C, Lesly Jiménez G, Gaudencio Díaz P, Víctor Muñoz E. Estudio clínico y micológico de otomicosis en diabéticos: Una serie de 17 casos. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2018; 78: 36-42
7. Bertrán JM. Otitis. *Medicine (Madr)* 1983; 57: 11-22.
8. Kingery FAJ. The myth of otomycosis. *JAMA* 1965; 191: 129.
9. Blondiau P. Le role des champignons dans la genese de l'otite externe. *Acta Otolaryng Belg* 1959; 13: 375-390.
10. Yamashita K. Fungal flora in the ear, nose, throat and mouth of man. *Japan J Med Mycol* 1963; 4: 136-149.
11. Bertrán JM. Otitis. *Medicine (Madr)* 1983; 57: 11-22.
12. Parcemon gerargo Balzazar Labrin. Estudio Micologico y Tratamiento de la Otomicosis . Lima-Peru 2003.
13. Nowrozi H, Arabi FD, Mehraban HG, Tavakoli A, Ghooshchi G. Mycological and 63 clinical study of otomycosis in Tehran, Iran. *Bull Environ Pharmacol Life Sci.* 2014;3(2):29-31.
14. Malik AA, Malik SN, Aslam MA, Rasheed D. Comparative efficacy of topical clotrimazole and 3% salicylic acid in otomycosis. *Rawal Med J* 2012; 13(37), 46-9.
15. Barati B, Okhovvat S, Goljanian A, Omrani M. Otomycosis in central Iran: a clinical and mycological study. *Iran Red Crescent Med J.* 2011; 13 (12):873-6.
16. Vega-Nava CT, Borrego-Montoya CR, Vásquez-Del Mercado E, Vega-Sánchez DC, Arenas R. Otitis externa de origen fúngico. Estudio de 36 pacientes en un hospital general. *An Orl Mex* 2015;60:175-178.



CONDROSARCOMA NASAL EN UNA PACIENTE JOVEN REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA HOSPITAL MILITAR UNIVERSITARIO "DR. CARLOS ARVELO" CARACAS-VENEZUELA



Dra. De Jesús Melanie ¹, Dr. Mijares Alirio ², Dr. Sánchez-Gago Aída ³, Dra. Novoa Karen⁴, Dra. Alexandra Franco⁵.

1 Residente de 3^{er} Año del Postgrado de otorrinolaringología del Hospital Militar Universitario "Dr. Carlos Arvelo" Caracas, Venezuela

2 Cirujano Oncólogo de Cabeza y Cuello

3 Otorrinolaringólogo Adjunto del Departamento de otorrinolaringología del Hospital Militar Universitario "Dr. Carlos Arvelo" Caracas, Venezuela

4 Residente del 2do Año del Postgrado de ORL, HMUCA

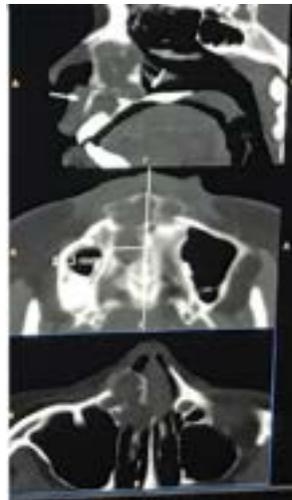
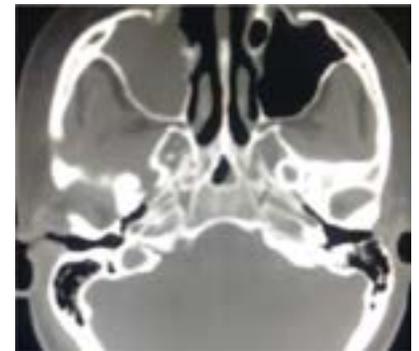
5 Cirujano General | Fellow Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello

Introducción: Los condrosarcomas son neoplasias malignas no epiteliales, de crecimiento lento y baja prevalencia, representan 0,1% de neoplasias malignas de cabeza y cuello. El tratamiento principal es la resección que significa un reto quirúrgico oncológico, reconstructivo y cosmético. **Objetivos:** Describir resultados oncológicos, funcionales y estéticos de la resección de condrosarcoma nasal por abordaje transoral.

Presentación de caso: Femenina de 25 años con rinoobstrucción unilateral, epistaxis, algia facial. Endoscopia nasal: Tumor muy indurado, friable en corredera derecha hasta cuerpo del cornete inferior. Tomografía computarizada: Imagen isodensa, rarefacciones óseas, en áreas II - IV de Cottle desplazando pared lateral nasal sin erosionarla con extensión 2/3 del paladar duro. Tomamos biopsia incisional con aguja gruesa, por resultados realizamos intervención quirúrgica: resección oncológica a través de Degloving mediofacial más biopsia transoperatoria (márgenes libres), reconstrucción inmediata por cierre primario y colocación de prótesis obturadora. Paciente con evolución clínica satisfactoria, respira y deglute en postoperatorio.

Biopsia definitiva: Condrosarcoma de grado intermedio, tamaño tumoral 4x 3,6x 2,4 cm, sin invasión vasculolinfática. Evalúa radioterapia oncológica indicando 5000 cGy al lecho tumoral divididos en 200 cGy-día por 33 sesiones. **Discusión:** Los condrosarcomas responden satisfactoriamente al tratamiento quirúrgico, coincidiendo con los estudios publicados; gran parte de series destacan pacientes mayores de 50 años a diferencia de nuestro caso, una paciente de 25 años.

Conclusión: Sospechar un tumor maligno, infrecuente es importante para proceder a reseccionar oportunamente con resultados funcionales y estéticos favorables. Usar radio y quimioterapia es controvertido; reservada para recidivas y tratamientos paliativos.



Bibliografía

1. Landaeta V, José. Condrosarcoma de laringe. Revista venezolana de oncología 2005; 17 (1); 51-55
2. Palomo H, Gonzalo A y colaboradores. Condrosarcomas, Experiencia Diagnóstica y Terapéutica en el Hospital Oncológico "Padre Machado" desde 1988 hasta 1999. Revista Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Vol. 33 N°1. Marzo 2001
3. Schajowicz F. Tumores y Lesiones Seudotumorales de huesos y articulaciones. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 169-249, 1982

Granuloma letal de la línea media facial: A propósito de un caso



Dra. Páez Ferrer, Stefanie Maria – Dra. Ortiz Fuenmayor, Mysel Andreina – Dr. Rondón Varela, Ronaldo Andres – Dr. Delgado Ramírez, Wagner Rolando | Dr. Ferrer Hernández, Emilio Rafael | Dr. Rincón Díaz, Tito Alonso
Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Maracaibo Estado Zulia.
El linfoma extranodal de células T/NK nasal es un linfoma de presentación extraganglionar, anteriormente llamado angiocéntrico por su infiltración, destrucción y necrosis vascular lo que dificulta el diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de masculino, 37 años con múltiples consultas a otorrinolaringólogos siendo tratado como rinosinusitis complicada con perforación septal. Al momento de evaluarlo se observa destrucción casi total de los elementos de la línea media nasal y cornetes, abundantes costras y secreción fétida con repercusión estética por caída de la punta nasal y retracción alar derecha. TC de SPN corroboran lo antes expuesto más remodelación de masas etmoidales.

Se plantea CEFE para limpieza y toma de múltiples muestras en rinofaringe, paredes laterales, techo y piso nasal. Resultado anatomopatológico: severo proceso inflamatorio agudo y crónico con destrucción e infiltración vascular.

Inmunohistoquímica: Linfoma no Hodgkin difuso extraganglionar tipo Granuloma letal de la línea media. Inicia tratamiento oncológico con quimio y radioterapia. Actualmente en control y seguimiento.



Conclusiones

1. La prevalencia del granuloma letal de la línea media es baja a nivel mundial sin embargo en países como Asia, México, Guatemala y Perú se observa un aumento en su prevalencia, en nuestro país no existen registros claros de la prevalencia encontrándose muy pocas publicaciones al respecto.
2. La forma de presentación tan inespecífica puede simular un amplio espectro de patologías nasosinusales de allí la importancia de conocer y manejar todos los posibles diagnósticos diferenciales entre los que destacan: Enfermedad de Wegener y Sífilis secundaria.
3. El diagnóstico es sumamente difícil debido al gran proceso inflamatorio crónico y necrosis de los tejidos, por lo que debe realizarse una limpieza quirúrgica extensa y toma de múltiples biopsias en diferentes zonas de la nariz, rinofaringe e incluso orofaringe, como se realizó en el presente trabajo.
4. Ante la duda histopatológica debe realizarse el estudio inmunohistopatológico garantizando el diagnóstico preciso.
5. Debe llevarse a cabo un manejo multidisciplinario incluyendo especialidades como otorrinolaringología, medicina interna y hematooncología.

Discusión

El granuloma letal de la línea media forma parte de un espectro de lesiones inmunoproliferativas de tipo angiocéntrico producidas por proliferación de células T/NK (natural killer). Considerándose actualmente como una enfermedad independiente de los linfomas no Hodgkin con muy baja prevalencia a nivel mundial y corta supervivencia. El diagnóstico suele ser difícil por lo que amerita múltiples biopsias para lograrlo, en nuestro caso asumimos al momento de evaluar al paciente y encontrarnos con esta diversidad de lesiones dentro de la nariz donde se apreciaba una gran destrucción de los elementos de la línea media nasal, acompañado de abundante secreción y desaparición de las estructuras turbinales, se decide realizar la limpieza quirúrgica bajo anestesia general para proceder a tomar múltiples biopsias en diferentes puntos, tanto nasales como de rinofaringe, lo que permitiría garantizar el diagnóstico. Sin embargo a pesar de haber realizado el procedimiento bajo anestesia general con las mayores medidas y precaución en la toma de muestras el resultado histopatológico no fue concluyente, por lo que se decidió enviar a estudio inmunohistoquímico garantizando un diagnóstico preciso, demostrando la presencia de un linfoma no Hodgkin extranodal de tipo granuloma letal de la línea media.



Bibliografía

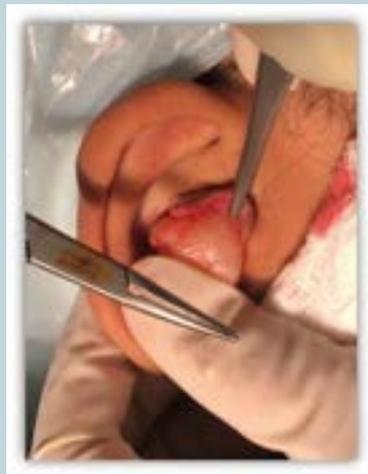
1. Caracterización de lesiones letales de la línea media facial en pacientes del hospital escuela universitario, Honduras entre 2011-2014 CIMEL 2017; 22(1) 6-10
2. Acta Médica del Centro / Vol. 9 No. 2 2015 INFORME DE CASO. Granuloma letal de la línea media como diagnóstico diferencial de la vasculitis de Wegener. Presentación de una paciente Lethal midline granuloma as differential diagnosis of Wegener's vasculitis. Presentation of a patient, Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
3. Linfomas NK. Anatomía patológica no Hodgkin de células grandes inmunofenotipo T/NK extraganglionar de tipo nasal (HEMATOLOGÍA, Vol. 12 N° 2: 46-47 Mayo-Agosto, 2008).
4. Linfoma granuloma letal de la línea media a propósito de un caso. Academia biomédica digital. Octubre – diciembre 2013 número 56. UCLA, Barquisimeto, Venezuela.
5. Sífilis nasal y paranasal Encyclopédie Médico-Chirurgicale – E – 20-378-A-10.
6. Sífilis EMC - Dermatología 1 Volume 46 > n°3 > septiembre 2012 [http://dx.doi.org/10.1016/S1761-2896\(12\)62718-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1761-2896(12)62718-6).
7. Rev Cent Dermatología Pascua Vol. 26, Núm. 2 May-Ago 2017 Vega-González MTJ y cols. Linfoma extranodal de células T/NK tipo nasal.

NEUROFIBROMA SOLITARIO DIFUSO Y EN FORMA DE MANCUERNA EN OÍDO EXTERNO: A PROPÓSITO DE UN CASO EN CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” ESTADO CARABOBO

Dra. Torres García, Mariel Alejandra¹ (marieltorres27@hotmail.com), Dra. Barragán Colina, Pamela Guadalupe; Dra. Paiva, Josman Antonio²; Dr. Sánchez Spínali, Salvador Jose, Dr. Salas Rivas, Gerardo Manuel; Dra. Rodríguez Lazarde Gabriela Endrina.

- 1- Fellowship de Otolología y Otoneurología del Servicio de Otorrinolaringología Dr. Alfredo Celis Pérez.
- 2- Adjunto del Servicio de Otorrinolaringología Dr. Alfredo Celis Pérez.
- 3- Jefe del Servicio de Otorrinolaringología Dr. Alfredo Celis Pérez y Coordinador del I Curso de Entrenamiento, Formación y Actualización de Otolología y Otoneurología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.
- 4- Residente ORL segundo año del Servicio de Otorrinolaringología Dr. Alfredo Celis Pérez.

Introducción: Los neurofibromas son tumores benignos, no capsulares, derivados de la vaina neural, de crecimiento lento, pueden presentarse en cualquier lugar donde haya terminaciones nerviosas. Su hallazgo relacionado a otros signos y síntomas es frecuentemente asociado a la neurofibromatosis por lo que se hace necesario descartar siempre ésta patología. En ocasiones, y como fue en nuestro caso, se dificulta la sospecha clínica por ser un hallazgo único, de localización infrecuente y semejante a otras lesiones tumorales benignas, siendo el estudio microscópico e inmunohistoquímico de elección para el diagnóstico definitivo.

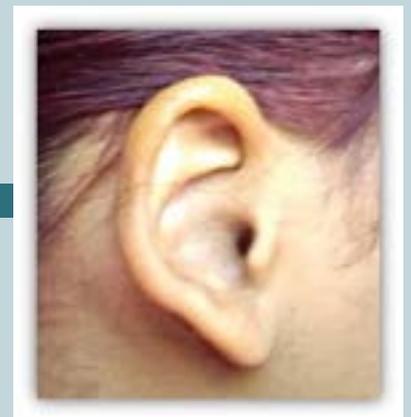


Resultados: Biopsia reportó Neurofibroma de oído externo, audiometría postoperatoria con normoacusia bilateral.

Presentación del caso: Paciente de 13 años quien consultó por deformidad en pabellón auricular por tumoración blanda, indolora, de crecimiento progresivo en región conchal y retroauricular derecha de años de evolución, aunado a hipoacusia, sin otros signos o síntomas agregados. La tomografía de oído evidenció imagen isodensa en región conchal y retroauricular sin afectación de elementos cartilagosos y óseos, la audiometría revelaba hipoacusia conductiva moderada.

Discusión: Los neurofibromas solitarios son infrecuentes; la forma de manicueña está escasamente descrita en la periferia, y dependiendo de su tamaño y localización resultan en alteraciones estéticas y funcionales.

Conclusión: Éste caso demuestra que el neurofibroma solitario en forma de manicueña en oído externo posiblemente sea el primer caso que se informa y la cirugía nos permite un resultado funcional y estético bastante satisfactorio.



Referencias

- Ludwing Flórez Salamanca, Juan Sebastián Barajas Gamboa (2008). Neurofibroma solitario en el paciente sin neurofibromatosis: Aspectos biológicos y clínicos
Bibianna Purgina (2021). Neurofibroma. My Pathology Report, C.A.
SS Shirol , Srinivas Kodaganur , Abhilash A Dani ,y Pradeep V Bhagwat. (2015). Neurofibroma en forma de manicueña sobre el oído externo.



MALIGNIZACIÓN DE PAPILOMA INVERTIDO EN ANTRO MAXILAR: PRESENTACIÓN DE CASO

Dra. Morante L, A. Morante_luisa@yahoo.es Dra. Ogando D, Dra. Suero R , Dra. Sano R, Dr. Blanco I, 4Dr. Cordero A.
Servicio de Otorrinolaringología Hospital Vargas de Caracas, Caracas, Venezuela.

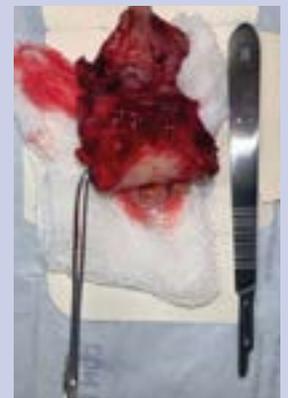
El riesgo de malignización de papiloma nasosinusal invertido y carcinoma escamoso es de 15%. El carcinoma de células escamosas de nariz y senos paranasales existe muy frecuente en el antro maxilar.

OBJETIVO: Reportar caso clínico de malignización de papiloma invertido nasosinusal en carcinoma de células escamosas de antro maxilar izquierdo recurrente de difícil manejo.

CASO CLÍNICO: Paciente femenino de 65 años de edad natural y procedente de la localidad con antecedente de papiloma nasosinusal quien presentó epistaxis izquierda, algia facial ipsilateral y lesión rosada, bordes irregulares, friable; posteriormente se toma biopsia endonasal reportando carcinoma de células escamosas, se realiza tomografía de nariz y senos paranasales observándose osteólisis de la cortical del antro maxilar. Paciente quien fue llevada a mesa operatoria en conjunto con cirugía oncológica de cabeza y cuello para realizar maxilectomía total más reconstrucción inmediata de piso de órbita con malla de titanio. Paciente actualmente con evolución clínica satisfactoria en control por cirugía oncológica y nuestro servicio.

DISCUSIÓN: El trabajo realizado por Lisa Q y colaboradores demostró que el papiloma nasosinusal invertido es frecuente en la 5ta época de la vida y pudiera malignizarse en un 15% tal como demuestra nuestro caso clínico.

CONCLUSIÓN: Los papilomas nasosinuales pudieran presentar cambios epiteliales y malignizarse en carcinoma de células escamosas, la sobrevida del paciente aumenta significativamente con el manejo, diagnóstico, tratamiento oportuno y adecuado, por ello es importante que el otorrinolaringólogo conozca esta patología.



Referencias:

1. Sarukawa, S., Kamochi, H., Noguchi, T., Sunaga, A., Uda, H., Mori, Y., ... & Yoshimura, K. (2017). Free-flap surgical correction of facial deformity after anteromedial maxillectomy. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 45(9), 1573-1577.
2. De Sousa, A., Zamora, M., & Álvarez, M. (2021). POLIMORFISMO VACUOLAR Y NUCLEAR EN EL TEJIDO EPITELIAL RINOSINUSAL CON DIAGNÓSTICO DE PAPILOMA INVERTIDO: UN ANÁLISIS MORFOMÉTRICO. *Revista de la Facultad de Medicina*, 44(3).
3. Lisan, Q., Villeneuve, A., Gautier, A. L., & Bonfils, P. (2020). Tumores benignos de las cavidades nasosinusales. Papiloma invertido nasosinusal. *EMC-Otorrinolaringología*, 49(2), 1-11.

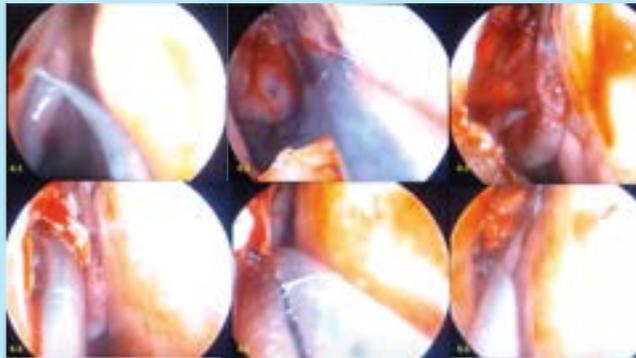
Síndrome del seno silente presentación de un caso



Dr. Ferrer Hernandez, Emilio Rafael – Dra. Ortiz Fuenmayor, Mysel Andreina – Dra. Paez Ferrer, Stefanie Maria I - Dr. Rondon Varela, Ronaldo Andres – Dr. Delgado Ramirez, Wagner Rolando
Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Edo Zulia, Venezuela

Introducción: El Síndrome del seno silente es una afección muy poco frecuente. Se describe como un enoftalmo unilateral secundario a colapso y opacificación del seno maxilar sin síntomas nasosinusales. La obstrucción del complejo osteomeatal es el factor fisiopatológico desencadenante. El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos y radiológicos. El tratamiento irá dirigido a restablecer la ventilación del seno y, si es necesario, corregir el suelo orbitario. Presentamos el caso de una mujer diagnosticada y tratada en nuestro hospital por esta entidad.

Caso clínico: Se trata de paciente femenina de 32 años de edad quien acude por asimetría ocular de 3 meses evolución, en la Tomografía computarizada de nariz y senos paranasales se evidencia colapso del seno maxilar derecho, descenso del piso de la órbita de 4mm, diagnosticando síndrome de seno silente; se decidió tratamiento quirúrgico realizándose por parte del servicio de maxilofacial reconstrucción del piso de la órbita con malla de titanio y por ORL cirugía endoscópica funcional endonasal con franca mejoría clínica.



Bibliografía

- Dr. Aderito de Soussa F., Síndrome de seno maxilar silente, Unidad de Otorrinolaringoendoscopia, Caracas, Venezuela.
- Alda Cardesina, Yolanda Escamilla, Manuel Romera y Juan Antonio Molina, Síndrome del seno silente: abordaje endoscópico y reconstrucción orbitaria en un solo tiempo, Acta Otorrinolaringol Esp. 2013;64(4):297---299.
- Montgomery WW. Mucocele of the maxillary sinus causing enophthalmos, Eye Ear Nose Throat Mon. 1964;43:41---4.
- Soparkar CN, Patrinely JR, Cuaycong MJ, Dailey RA, Kersten RC, Rubin PA, et al. The silent sinus syndrome: a cause of spontaneous enophthalmos. Ophthalmology. 1994;101:772---8.
- Carlos Alberto Contreras Delgado, Síndrome del Seno Silente. Reporte de caso clínico y revisión de la literatura, Acta Bioclínica; Vol 6, No 11 (Año 2016), Universidad de Los Andes (Venezuela)
- Montserrat Borràs Perera, Víctor Palomar Asenjo, Josep Soteras Ollé, Joan Carles Fortuny Llanses, and Víctor Palomar García, The Silent Sinus Syndrome, Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Facultad de Medicina, Universitat de Lleida, Lleida, España
- Sánchez-Dalmau Bf, Pascual L, Lao X, Maiz J, Sinus Syndrome, An Uncommon Cause Of Enophthalmos, Barcelona, España 2007.
- María Del Rocío Lobato Pérez, Zuriñe Martínez Basterra, Jesús Algaba Guimera Hospital Donostia, Ii. Nariz Y Senos Paranasales Capítulo 59 Tratamiento Quirúrgico De Las Sinusitis Y De Sus Complicaciones: Cirugía De Abordaje Externo. Cirugía De Abordaje Endoscópico, SEORL-CCC, Hospital Donostia.
- Gerardo González Masso, Arturo Gómez Pedroso Balandrano, Use of titanium mesh to rebuild «blow-out» fractures, clinical case report, Revista Odontológica Mexicana, Diciembre 2012.

Discusión: Se comentan las características clínicas del síndrome del seno silente, así como su diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento multidisciplinario.

Conclusión: Con el paso del tiempo se ha asociado con mayor frecuencia a enoftalmo y atelectasia del seno maxilar sin embargo aún es una patología infrecuente y poco reportada, la era de la tomografía nos brinda una herramienta base para su diagnóstico y así elegir la terapéutica adecuada.



NORMAS DE PUBLICACIÓN

Para autores de publicaciones en la Revista Acta Otorrinolaringológica

El Acta de Otorrinolaringología, órgano oficial de la Sociedad de Otorrinolaringología, posee las siguientes normativas para la publicación de los trabajos científicos:

- 1.- Trabajos. Deben ser enviados al correo de la SVORL, svorl@hotmail.com, svorl1955@gmail.com y agradecemos confirmar su recepción.
- 2.- La Revista se reserva la propiedad de los trabajos publicados, así como de las ilustraciones, las cuales no podrán ser reproducidas sin su autorización.
- 3.- Normas editoriales: Los trabajos deberán estar impresos legibles a doble espacio, bajo formato Word y las imágenes utilizadas deben estar digitalizadas a una resolución de 300dpi, un máximo de 12 páginas.
- 4.- Título del trabajo, nombre(s) y apellido(s) del autor o autores. Si se hace mención de los cargos de éstos, se hará una referencia al pie de la primera página.
- 5.- Se seguirá el siguiente orden:
 - a) Resumen en español e inglés.
 - b) Introducción
 - c) Material y método del estudio.
 - d) Resultados obtenidos.
 - e) Conclusiones o discusión.Sumario o Resumen, que no exceda las 200 palabras.
- 6.- Las fotografías, dibujos y gráficos deben ser seleccionados, omitiendo los que no contribuyen a la mejor comprensión del texto.

REQUERIMIENTOS INDISPENSABLES A CUMPLIR PARA LA PUBLICACIÓN.

Verifique los siguientes aspectos:

Nombrar un autor de correspondencia e incluir sus datos de contacto (dirección postal, dirección de correo electrónico)

Preparar todos los archivos para su envío:

Manuscrito:

- Contiene la lista de palabras clave
- Todas las figuras y sus títulos correspondientes
- Todas las tablas (con el título, descripción y notas pertinentes)
- Todas las referencias a tablas y figuras en el texto deben de coincidir con los archivos de tablas y figuras que envía
- **Realizar la corrección ortográfica y gramatical del manuscrito, acentos y signos de puntuación.**

Comprobar que todas las referencias del texto estén en el listado de referencias y viceversa.

Referencias:

- Las referencias deben aparecer al final del artículo.
- Enumerarlas en forma consecutiva, siguiendo el orden de aparición en el texto. Verificar que la referencia coincida correctamente con la cita en el cuerpo del artículo.
- Identificar las referencias en el texto, tablas y figuras con números arábigos, entre paréntesis utilizando el mismo tamaño de fuente empleado en el texto.
- Las referencias citadas solamente en las tablas o figuras se numeraran siguiendo la primera mención que se haga de esa tabla o figura en el texto.

La estructura interna de cada referencia debe ajustarse a las

Normas de Vancouver vigentes.

- Abstenerse de colocar referencias que no fueron consultadas.



 @sociedadvenezolanaorl  @svorl  sociedadvenezolanadeotorrinolaringologia