Newsletter
Casos Clínicos en ORL

Vol. 1 - n.º 3 - 2012

Coordinador:
José Miguel Villacampa Aubá

ELSEVIER DOYMA

© 2012 Elsevier España, S.L.
C/ José Abascal, 45. Planta 3.ª
28020 Madrid, España.

Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Elsevier y sus asociados no asumen responsabilidad alguna por cualquier lesión y/o daño sufridos por personas o bienes en cuestiones de responsabilidad de productos, negligencia o cualquier otra, ni por uso o aplicación de métodos, productos, instrucciones o ideas contenidos en el presente material.

Dados los rápidos avances que se producen en las ciencias médicas, en particular, debe realizarse una verificación independiente de los diagnósticos y las posologías de los fármacos.

Aunque se espera que el material publicitario se atenga a las normas éticas, su inclusión en esta publicación no constituye garantia ni aval algunos de calidad o de valor de los productos ni de las afirmaciones realizadas por su fabricante sobre él.

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de sus autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de Tedec-Meiji.

Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de productos farmacéuticos pueden no ser acordes en su totalidad con la correspondiente Ficha Técnica aprobada por las autoridades sanitarias competentes. Cualquier producto mencionado debera ser estrictamente prescrito y utilizado de acuerdo con la Ficha Técnica autorizada del producto en España.

Esta publicación ha sido patrocinada por Tedec-Meiji.

Depósito legal: M-48880-2001
ISSN: 2254-5190
Impreso en España

Casos Clínicos en ORL Sumario

- Abordaje quirúrgico de la otitis media crónica simple: miringoplastia (timpanoplastia tipo I)
  M. García-Pomareda Valcárcel
- Amputación del yunque 15 años después de un traumatismo craneoencefálico
  E. Ruiz Veguilla, P. Fernandez-Miranda y A. de Oña
- Septorrinoplastia abierta de revisión
  V. Vasallo García y J. Sanabria Brassart
- Abordaje del absceso de tabique como complicación de una septoplastia
  R. Moreno Luna, A. Mochón Martín y A. Abrante Jiménez
- Síndrome de Lemiérre como complicación de faringoamigdalitis aguda
  A.L. Delgado Quero, R. Jódar Moreno y A. Ortiz Salto

i+D+I meiji

ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA OTITIS MEDIA CRÓNICA SIMPLE: MIRINGOPLASTIA (TIMPANOPLASTIA TIPO I)

M. García-Pomareda Valcárcel

Servicio de ORL, Hospital Naval de Ferrol, Ferrol, A Coruña.

INTRODUCCIÓN

La perforación de la membrana timpánica es una afección frecuente y de etiología muy variada. Entre las diferentes causas podemos señalar: infecciosas en el curso de un proceso viral o bacteriano; traumáticas: barotrauma, ondas explosivas, golpes…, que suelen curar solas salvo tamaños muy grandes; iatrogénicas: en el curso de otra cirugía de oído (estapedectomías, recanalización del conducto auditivo externo, etc.), lavados intempestivos etc., y residuales tras la implantación de drenajes transtimpánicos.

Se estima una incidencia del 2-3% de la población general.

El tamaño, la localización y la hipoacusia motivada por la perforación son muy variables dependiendo de la cronicidad y de los episodios infecciosos sufridos.

La miringoplastia o timpanoplastia tipo I es la intervención que se utiliza para cerrar una perforación timpánica simple: no se actúa sobre la cadena osicular. Su función es restablecer la integridad de la membrana timpánica y mejorar o restablecer la audición del oído perforado, aunque en este segundo caso no siempre será posible y dependerá generalmente de la cronicidad del proceso.

Desde que en la década de 1950 Zöllner y Wüllstein realizaron los primeros intentos de cierre de una perforación timpánica utilizando piel de espesor parcial sobre una membrana timpánica perforada, se han intentado numerosas variaciones, tanto de técnica como de uso de diferentes tipos de injerto, para tapar la perforación timpánica. Debemos destacar a Heermann, quien en 1958 utiliza la fascia de temporal; a Goodhill, que utiliza por primera vez el pericondrio de trago en 1964 con unos resultados excelentes (cierre de la perforación en un 96,5% de los casos). En 1962, Heermann utiliza el cartílago como material de refuerzo en el cuadrante posterior en casos de bolsa de retracción.

En la actualidad, los tipos de injerto más utilizados son la fascia de temporal y el pericondrio de trago. En los casos de cirugías fracasadas, con alto riesgo de fracaso o perforaciones grandes se utiliza cartílago que se obtiene del trago (cartílago en isla).

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 36 años que acude a consulta por presentar un cuadro de hipoacusia de oído izquierdo, otorrea intermitente y acufenos ocasionales. Dicho cuadro lo presenta desde hace unos 3 años y lo atribuye a un episodio catarral que cursó con fuerte otalgia, seguida de otorrea que cedió espontáneamente.

ANTECEDENTES

Antecedentes familiares sin interés. Tampoco manifiesta antecedentes personales de interés, ni alergias conocidas a alérgenos y a fármacos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Otoscopia (fig. 1):

  - Oído derecho: membrana timpánica sin alteraciones.
  - Oído izquierdo: perforación timpánica subtotal inactiva.

- Rinoscopia: leve desviación septal hacia la fosa nasal derecha que no compromete la función respiratoria. Cornetes de tamaño normal.
- Faringe: sin alteraciones significativas.
- Fibroscopia: fosas nasales permeables; cavum sin alteraciones; faringe y laringe sin hallazgos patológicos.
- Estudio audiométrico: refleja hipoacusia de transmisión de oído izquierdo con buena reserva coclear. El oído izquierdo es totalmente normal (fig. 2).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza una tomografía computarizada (TC) en dos proyecciones de oído derecho que descarta la presencia de colesteatoma.

DIAGNÓSTICO

Otitis media crónica simple con perforación timpánica de oído derecho.

TRATAMIENTO

Se comenta con el paciente la posibilidad de realizar un tratamiento quirúrgico con el fin de evitar las infecciones de repetición y las otorreas, así como la probable mejora y/o recuperación auditiva y, posiblemente, el poder bañarse mojando su oído en el futuro. También se le explica la posibilidad de fracaso quirúrgico con persistencia de la perforación. Acepta la realización de la intervención y se le entrega el pertinente consentimiento informado.

Previo estudio preoperatorio que no presenta alteraciones, se realiza la intervención quirúrgica. Desde 2 días antes de la intervención se indica al paciente la toma de una cefalosporina de tercera generación (cefditoren pivoxilo 400 mg/12 h), que deberá mantener durante los 8 días siguientes a la intervención en que se realizará la primera cura.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Bajo anestesia general, se realiza en primer lugar avivamiento de los bordes de la perforación. A continuación se procede a la infiltración del trago y del conducto auditivo externo.

Se obtiene el injerto de pericondrio de trago. Generalmente reponemos el cartílago en su lugar para evitar en lo posible la deformación del trago. Nos gusta este injerto por ser un poco más grueso que la fascia de temporal, porque se maneja muy bien, se retrae con más dificultad, nos da más consistencia y para el postoperatorio del paciente es mucho más cómodo.

En el 99% de los casos empleamos la vía endaural por los mismos motivos de comodidad para el paciente y porque no presenta grandes problemas para la realización de la cirugía.

Realizamos la incisión de la piel del conducto auditivo en forma de ojiva desde las 12 hasta las 6. Despegamos la piel y el rodete de Gerlach hasta llegar a la caja timpánica, obteniendo el colgajo tímpano-meatal y desplazándolo todo hacia delante.

Se coloca el injerto por debajo del mango del martillo para evitar su externalización y lo llevamos lo más anterior posible. Se repone en su lugar el colgajo tímpano-meatal para ponerlo en contacto con el injerto. Todo el conjunto se vuelve a rebatir hacia delante para permitirnos el relleno de la caja timpánica con gelfoam, que hace de soporte para que no se nos hunda el injerto. Rellena la caja, recolocamos el conjunto injerto-colgajo tímpano-meatal en su lugar. Colocamos por encima una placa de gelfoam y taponamos el conducto auditivo externo (CAE) con dos tiritas de *steri-trip* y en su interior un *pop-oto wick*.

A las 24 h el paciente es dado de alta con una serie de recomendaciones para la primera semana. A los 7 días se realiza la primera cura, retirándose los puntos del trago y extrayendo el taponamiento del CAE. A partir de esta fecha se suspende el tratamiento antibiótico por vía oral y se administra tratamiento con gotas tópicas durante 8 días, en que se realiza la segunda cura. Al mes se realiza la primera audiometría tras la cirugía (figs. 3 y 4).

DISCUSIÓN

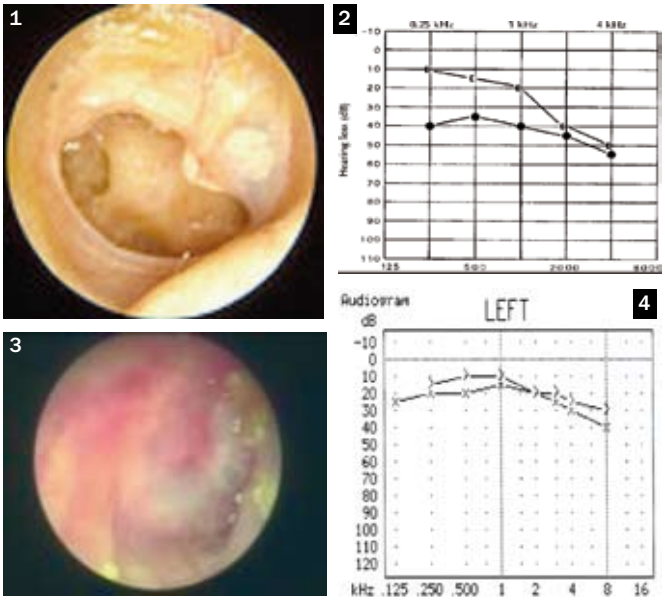
La timpanoplastia tipo I es uno de los procedimiento quirúrgicos más utilizados en otorrinolaringología. Para la realización de dicho procedimiento existen numerosas alternativas técnicas que presentan diferentes resultados, variando entre un 80 y un 90%, según las series, el éxito en el cierre de la perforación.

Utilizamos la vía endaural en un 90% de los casos. Sólo en caso de dificultades anatómicas empleamos la vía retroauricular.

En general utilizamos como injerto el pericondrio de trago por su comodidad y fácil manejo cuando realizamos el procedimiento por vía endaural. En caso de la vía retroauricular, utilizamos la fascia de temporal para aprovechar la incisión realizada. El tamaño de la perforación no condiciona la elección del tipo de injerto.

Siempre utilizamos la técnica underlay para evitar la movilización y externalización del injerto.

En cuanto a los resultados auditivos en la timpanoplastia I, casi siempre hay ganancia auditiva, en general, más importante en las frecuencias medias y bajas. Dicha ganancia depende fundamentalmente de la cronicidad del proceso y del número de infecciones experimentadas.



Figuras 1-4. Otoscopia y estudio audiométrico pre y posquirúrgico.

CONCLUSIONES

- La otitis media crónica con perforación timpánica simple es una afección frecuente en nuestro medio.
- La miringoplastia o timpanoplastia tipo I es el mejor método para resolver tanto la perforación timpánica como para evitar las infecciones y recuperar o, al menos, mejorar la audición, sobre todo en las frecuencias medias y graves.
- Preferimos la vía endaural y la utilización de injerto de pericondrio de trago con reposición del cartílago tragal, dado que el resultado anatómico y funcional es bueno y, además, el postoperatorio es muy cómodo para el paciente, con mínimas molestias.
- Se realiza la primera cura a los 7 días. Las siguientes se efectúan a los 15 y 30 días de la cirugía. La primera audiometría la realizamos a los 30 días y controles posteriores a los 3, 6 y 12 meses tras los cuales, si no hay reperforación, se le da el alta al paciente.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Altuna X, Navarro JJ, Martínez Z, Lobato R, Algaba J. Miringoplastia con cartílago en isla. Resultados anatómicos y funcionales de 122 casos. Acta Otorrinolaringol Esp. 2010;61:100-5.

Dubreuil C. Miringoplastia. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Tomo I Cirugía.

E-F.a. 46-060.

Piédrola Maroto D, Escalona Gutiérrez JJ, Conde Jiménez M, Casado JC. Resultado funcional de las miringoplastias. Acta Otorrinolaringol Esp. 2010;61(2).

Suárez C, Gil Carcedo J, Marco J, Medina JE, Ortega P, Trinidad J. Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Tomo II. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.

Timpanoplastia: una visión práctica y actualizada. Grupo Médico Otológico. Disponible en: http://www.susmedicos.com/articulos_otologia_timpanoplastia.htm

AMPUTACIÓN DEL YUNQUE 15 AÑOS DESPUÉS DE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

E. Ruiz Veguilla, P. Fernandez-Miranda y A. de Oña
Servicio de ORL, Hospital La Inmaculada Huercal Overa, Almería

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente mujer de 45 años de edad que acude a la consulta por una hipoacusia bilateral mayor en el oído izquierdo de 10 años de evolución.

ANTECEDENTES

Refiere traumatismo craneoencefálico (TCE) y traumatismo facial hace 22 años por accidente de motocicleta. No presentó hipoacusia en los años anteriores, ni tras el TCE. Posteriormente al traumatismo se observó en el oído derecho perforación central puntiforme que se cerró con cirugía (miringoplastia), con audición dentro de la normalidad en todo momento.

ENFERMEDAD ACTUAL

Hace 7 años comienza a sentir hipoacusia bilateral que va en aumento, mayor en el oído izquierdo. No refiere infecciones de oídos, otalgia ni acufenos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Otoscopia bilateral con tímpanos íntegros normocoloreados; triángulo luminoso presente. Orofaringe, fosas nasales, cavum, faringe y laringe dentro de la normalidad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la audiometría tonal se aprecia hipoacusia de transmisión bilateral con buena reserva coclear; mayor pérdida en graves, más acentuada en el oído izquierdo. Vía aérea umbral en 250 a 70 dB 500 y 1.000 Hz a 60 dB, en 2.000 y 4.000 a 50 dB en oído izquierdo. Oído derecho con una media de 50 dB en las frecuencias conversacionales. Impedanciometría bilateral: timpanometría con curva centrada (tipo A según la clasificación de Jerger) con alta distensibilidad. Reflejos ausentes.

DIAGNÓSTICO

Hipoacusia de transmisión en el oído izquierdo, probablemente por disrupción de cadena.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se decide recomendar al paciente una timpanotomía exploradora del oído izquierdo, la cual acepta. Se procede a realizarla bajo anestesia general. En la inspección del oído medio se observa una caja aireada, con una mucosa dentro de la normalidad sin adherencias ni fibrosis, con amputación de la rama larga del yunque, que produce disrupción incudo-estapedial. Encontramos una movilidad de martillo, platina y estribo dentro de la normalidad, reflejo de la ventana redonda normal. Se coloca prótesis angular tipo Plester de Korz que une el resto de la rama larga del yunque con la cabeza del estribo (fig. 1), obteniéndose una movilidad y funcionalidad normales de la cadena. Tratamiento postoperatorio protocolizado habitual con antibioterapia mediante cefalosporina de tercera generación (cefditoren pivoxilo 200 mg/12 h durante 7 días). A los 3 días se retira la gasa con pomada poliantibiótica que se colocó en el conducto auditivo externo. Las audiometrías posteriores a la cirugía, a los 3 y 6 meses, presentan un umbral en las frecuencias conversacionales a 20 dB (figs. 2 y 3).

Figura 1. Prótesis angular tipo Plester de Korz.

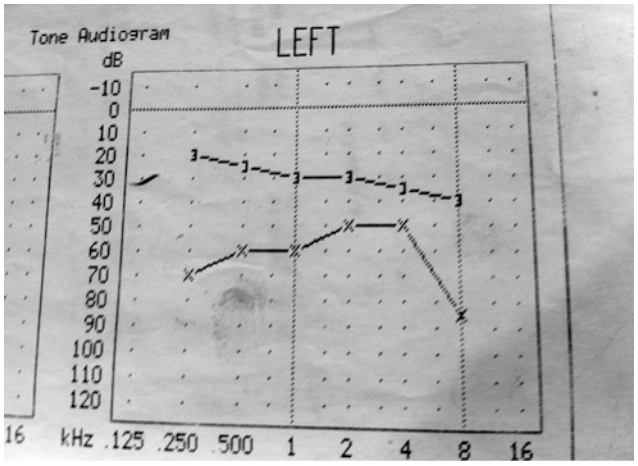


Figura 2. Audiometría previa a la cirugía con umbral en frecuencias conversacionales de 50-60 dB.

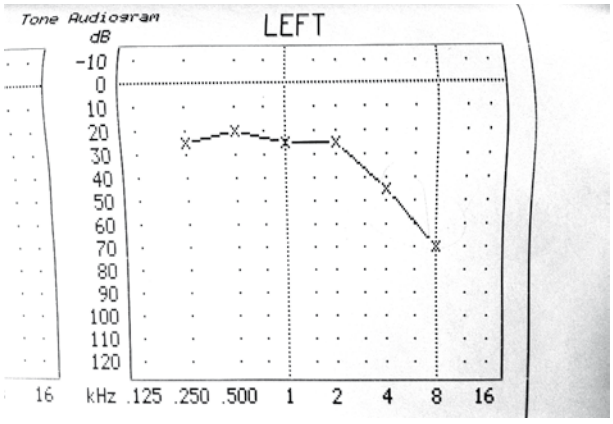


Figura 3. Audiometría posterior a la cirugía, donde se observa una audición en las frecuencias conversacionales dentro de la normalidad.

DISCUSIÓN

La enfermedad osicular se clasifica en congénita o adquirida, que puede deberse a fijación o discontinuidad de la cadena. Entre las causas adquiridas, la otitis media crónica (OMC) es la más frecuente, aunque también podemos encontrar las traumáticas, la presión local desde el nervio de la cuerda del tímpano y, menos comúnmente, enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus (DM) y la sarcoidosis.

La enfermedad osicular adquirida afecta al yunque con mayor frecuencia, principalmente por ausencia lenticular o de la rama larga del yunque, y suele ir asociada a OMC. La causa más común de ausencia de la rama larga del yunque es congénita, pero suele ir unida a anormalidad del estribo. Con sólo la ausencia de la rama larga del yunque no se puede descartar un proceso inflamatorio o traumático. Las lesiones postraumáticas de la cadena osicular suelen ser por TCE, con o sin fractura de peñasco.

Si nos centramos en los mecanismos fisiopatológicos de las lesiones postraumáticas, según la teoría de Guerrier, la fuerza traumática produce deformaciones o encorvaduras, permanentes o transitorias, de las paredes de la caja que comprimen los huesecillos, desplazándolos o fracturándolos, lo que produce luxaciones o fracturas. Otra teoría que explica que tras un TCE puede producirse de manera diferida en el tiempo una alteración en la cadena sería que ésta se debería al desplazamiento osicular en el oído medio, con alteración de la vascularización local, que conlleva isquemia y necrosis de la zona ósea.

El diagnóstico se basa en la historia clínica, la exploración y las pruebas complementarias, como la audiometría y la impedanciometría con el timpanograma y los reflejos. En la historia clínica, en este caso, es difícil encontrar la causa y relacionarla con la enfermedad actual debido a que el único antecedente referido, posible causa, se remonta a 15 años antes de la primera consulta. No ha presentado en ningún momento OMC ni enfermedades sistémicas (DM o sarcoiosis). En la exploración física, la otoscopia se encuentra dentro de la normalidad. En la audiometría aparece una hipoacusia de transmisión con buena reserva coclear. En la timpanometría, al presentarse una disrupción en la cadena, hay un descenso de la rigidez del sistema de transmisión, lo que se traduce en un aumento de la distensibilidad. Hay que considerar que la hiper o hipodistensibilidad depende no sólo del estado de la cadena sino, además, de la flacidez o rigidez del tímpano, por lo que pueden aparecer falsos positivos y negativos. Lo más frecuente es que aparezca una curva tipo A con una distensibilidad muy aumentada. En cuanto al reflejo estapedial, si existe una discontinuidad de cadena, lo normal es su ausencia. Esta ausencia en una sordera de transmisión no prejuzga el tipo de lesión, sea rotura o anquilosis, si bien orienta hacia una lesión por encima de la inserción del tendón del estribo.

Si tras un estudio exhaustivo no queda clara la causa de la hipoacusia conductiva, la exploración quirúrgica es la que define el diagnóstico exacto.

El diagnóstico diferencial se establece con la otosclerosis, aunque es muy difícil cuando no se recuerda el antecedente traumático o no se relaciona directamente con él. En el caso que nos atañe, el único antecedente que presenta ocurrió 22 años antes del diagnóstico, 15 años antes de que comenzara a consultar por pérdida auditiva. También con las secuelas de las otitis agudas y, con más frecuencia, crónicas, ambas de oído medio, que han producido lesión osicular, siendo la necrosis de la rama larga del yunque la más habitual. En nuestro caso no existen antecedentes de otitis medias crónicas ni agudas. En cuanto a la esclerosis de tímpano, no se observan signos exploratorios. Se observan malformaciones congénitas menores, y el resto del oído medio y el conducto auditivo externo se encuentran dentro de la normalidad; la hipoacusia la refiere desde los 30 años.

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, realizándose una osiculoplastia.

CONCLUSIONES

- Cuando el antecedente traumático no es reciente, es muy difícil suponer que la causa de la hipoacusia de transmisión es una amputación de la rama larga del yunque; la única manera de llegar al diagnóstico y tratamiento es la realización de una timpanotomía exploradora.
- En el mismo acto quirúrgico se realiza el tratamiento, con la colocación de la prótesis y la comprobación de la integridad de la cadena. Es importante mantener una cobertura antibiótica durante 7 días para no tener complicaciones inmediatas por procesos infecciosos postoperatorios, que conlleven el rechazo inmediato de la prótesis. De manera protocolizada en la cirugía de oído medio el tratamiento se realiza con cefditoren 200 mg/12 h.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Choudhury N, Kumar G, Krishnan M, Gatland DJ. Atypical incus necrosis: a case report and literature review. J Laryngol Otol. 2008;122:1124-6.

Conductive hearing loss after head trauma: review of ossicular pathology, management and outcomes J Laryngol Otol. 2009;123:177-81. Epub 2008 May 19.

Yetiser S, Yusuf HVdVr, Birkent S, Satar B, Durmaz D. Traumatic ossicular dislocations: etiology and management. Department of ORL & HNS, Gulhane Medical School, Etlik, Ankara, Turkey. 2007.

SEPTORRINOPLASTIA ABIERTA DE REVISIÓN

V. Vasallo García y J. Sanabria Brassart
Servicio de ORL, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 48 años que acude a consulta de ORL por insuficiencia respiratoria nasal bilateral y congestión nasal de años de evolución, sobre todo nocturna, causando roncopatía sin pausas de apneas aparentes, con sueño no reparador y cansancio diurno sin hipersomnia, ocasionalmente acompañado de cefaleas.

ANTECEDENTES

Paciente alérgico al polen, con antecendente de septoplastia previa (hace 7 años), sin referir traumatismos nasales posteriores ni consumo de sustancias tóxicas nasales. Diagnosticado de sobrepeso por endocrinología. Ex fumador desde hace 15 años.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la exploración ORL se observa una otoscopia normal. Las fosas nasales muestran residual desviación septal anterior derecha, cornetes congestivos e hipertróficos y cavum con leve hipertrofia adenoidea. Maniobra nasal de Cottle positiva (mejoría de la ventilación nasal tras tracción superolateral de la mejilla al aumentar el área de la válvula nasal interna). Punta nasal parcialmente caída y con moderada estenosis valvular.

Hipertrofia basilingual con colapso con la maniobra de Müller, tanto en esta zona superior como en la inferior.

El paciente es remitido a la unidad de trastornos respiratorios del sueño para su valoración.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza una tomografía computarizada (TC) de senos que únicamente revela una leve desviación septal nasal, sin alteración turbinal ni sinusal.

Se realiza una polisomnografía, ingresado en la Unidad del Sueño, diagnosticándose un síndrome de apnea/hipopnea del sueño (SAHS) leve.

DIAGNÓSTICO

Desviación septal residual tras septoplastia, roncopatía simple y caída de la punta nasal (moderada estenosis valvular).

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

En un primer momento se recomienda realizar tratamiento médico, consistente en lavados nasales con suero fisiológico o agua de mar y corticoides tópicos nasales, así como medidas higiénico-dietéticas (disminución de peso y medidas posturales en el sueño).

Tras mejorar sólo parcialmente con las medidas previas y tras una pérdida de casi 20 kg de peso, se le propone la realización de una septo-tubinoplastia de revisión asociada a rinoplastia, con rotación cefálica de la punta nasal, que el paciente acepta.

Se realiza la septoplastia según técnica de Cottle modificada, una turbinoplastia por microfracturas y una rinoplastia mediante abordaje abierto. Se trabaja especialmente la modificación de los cartílagos alares, que aparecían en la punta nasal con forma cóncava y no con la deseable convexidad, estabilizados mediante una neo-doble cúpula rotada cefálicamente y afianzada con sutura interdomal 5-0 permanente. Se concluye la cirugía con colocación de férulas de silicona y taponamiento endonasal con Merocel en dedo de guante, así como férula externa metálica.

Figura 1. Fotografías de perfil derecho del paciente, preoperatoria y postoperatoria, con mejoría del ángulo nasolabial (más abierto) y corrección de la punta nasal (más permeable por modificación de la forma anómala de los cartílagos alares).

Se realiza tratamiento postoperatorio protocolizado habitual con una cefalosporina oral de tercera generación (cefditoren pivoxilo en dosis de 400 mg/12 h durante 5 días), corticoides orales (prednisona en pauta corta descendente de 9 días), analgésicos (paracetamol 1 g/8 h si hay dolor), antiinflamatorios (dexketoprofeno 25 mg/8 h durante 5 días) y protector gástrico (omeprazol 20 mg en ayunas cada 24 h durante 10 días).

Se retira el taponamiento nasal a los 3 días de la cirugía, comenzando con lavados nasales con suero fisiológico no inferior a 5 veces al día hasta retirada de las férulas de silicona y la férula externa metálica 7 días después de la intervención.

Tras 12 meses desde la cirugía, el paciente ha evolucionado favorablemente, sin complicaciones posquirúrgicas y con mejoría en la ventilación nasal, si bien mantiene cierta asimetría ventilatoria (mejor por el lado izquierdo) y leve ronquido diario.

DISCUSIÓN

En los últimos tiempos, los servicios de ORL han incorporado a su arsenal terapéutico las diversas técnicas de rino-

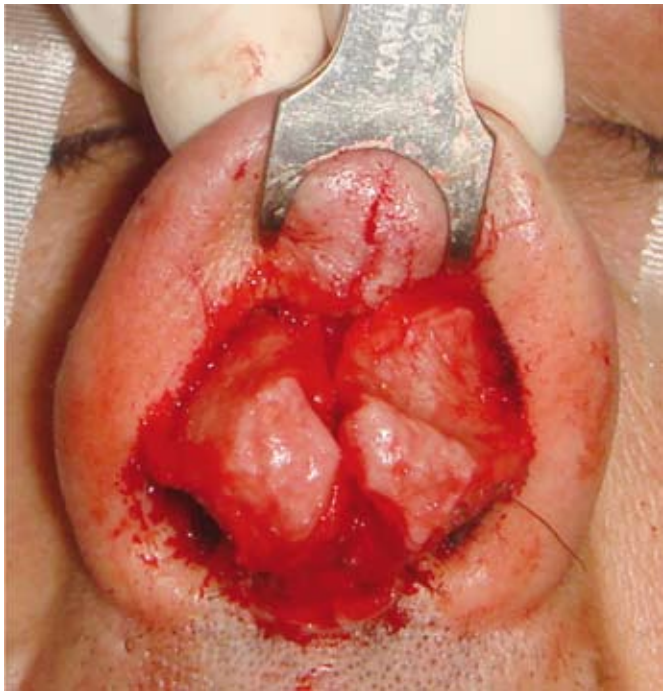


Figura 2. Mediante abordaje abierto se realiza exposición de los cartílagos alares y se aprecian cartílagos dismórficos con morfología cóncava.

Figura 3. Rinoplastia mediante suturas permanentes con realización de nuevos domos nasales y conversión de la forma cóncava por una más convexa que impida el colapso alar en la maniobra de inspiración nasal. Asimismo, se aplican injertos expansores de los cartílagos laterales superiores en el dorso nasal.

plastia a las técnicas de cirugía nasal netamente funcionales. Así, es frecuente en los partes de quirófano la realización de septorrinoplastias funcionales, uniendo los cambios externos de la pirámide nasal a los endonasales para que la función nasal sea adecuada. Se trata de corregir las estructuras tanto internas como externas de la nariz para solucionar dificultades respiratorias.

Esta filosofía quirúrgica se hace más patente en los casos, como el presentado, de un paciente ya intervenido de septoplastia funcional por técnicas endonasales y que no han resuelto del todo el problema de forma conjunta. Estos casos, frecuentes en hombres de edad media o avanzada, con cierta dismorfia nasal que no facilita los resultados de la simple septoplastia, obligan a un enfoque más global de la nariz, precisando un tratamiento interno nasal y externo para modificar la forma y el volumen de los cartílagos alares, la forma y el volumen de la punta nasal y sus diversos ángulos para una mejor ventilación nasal.

Es importante valorar, a la hora de afrontar a un paciente ya intervenido de septoplastia, todos los ángulos nasales, especialmente el nasolabial, para poder entender por qué no se obtuvo un buen resultado quirúrgico inicial. La punta caída es una entidad frecuente en nuestro medio y por ello debemos valorar todos estos aspectos preoperatoriamente. Así, las maniobras de Cottle y de dilatación de la válvula nasal pueden tener un valor predictivo para poder ofrecer al paciente una revisión quirúrgica con un resultado más satisfactorio. Por ello, los otorrinolaringólogos deben conocer y dominar las técnicas de rinoplastia que puedan combinarse mejor con el tratamiento del septo nasal para poder ofrecer un resultado más adecuado con el menor número de intervenciones posibles.

CONCLUSIONES

- La septorrinoplastia es una técnica quirúrgica que puede ser tan funcional como una septoplastia a la hora de mejorar la ventilación nasal de una nariz con dismorfia.
- Los otorrinolaringólogos son los profesionales más capacitados para conocer y dominar las técnicas de rinoplastia que puedan combinarse mejor con el tratamiento del septo nasal, para poder ofrecer un resultado más adecuado con el menor número de intervenciones posibles.
- Una protocolización de la exploración en consulta de estos difíciles casos, así como la deseable protocolización de las técnicas quirúrgicas y de los cuidados postoperatorios, junto con la necesaria cobertura antibiótica (en nuestro caso con cefalosporina oral de tercera generación: cefditoren pivoxilo en dosis de 400 mg cada 12 h durante 5 días), puede ser la mejor forma de aproximarse a los resultados más adecuados.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Sarandeses A et al. Septoplastia. Técnica de Cottle. En: Cirugía Funcional y Estética de la Nariz. Ponencia Oficial del 53 Congreso nacional de la SEORL y PCF. La Coruña, 2002.

Trinidad J. Rinoplastia. Barcelona: Ars Medica; 2005. p. 65-7.

Trinidad J. Técnicas avanzadas de rinoplastia. En: Suárez C, Gil Carracedo LM, Marco J, Medina J, Ortega P, Trinidad J, editores. Tratado de ORL y cirugía de cabeza y cuello. Madrid: Proyectos Médicos; 1999.

ABORDAJE DEL ABSCESO DE TABIQUE COMO COMPLICACIÓN DE UNA SEPTOPLASTIA

R. Moreno Luna, A. Mochón Martín y A. Abrante Jiménez
Servicio de ORL, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El absceso de tabique es un proceso cuyo origen es variable (traumático, atraumático o posquirúrgico) y como resultado puede presentar una importante relevancia estética.

MOTIVO DE CONSULTA

Presentamos el caso de una paciente de 25 años de edad, sin alergias conocidas, que acude al servicio de urgencias presentando insuficiencia respiratoria nasal de 48 h de evolución. También manifiesta dolor en la punta nasal y la región frontal, rinolalia cerrada y fiebre de 24 h de evolución. La paciente se notaba algo aturdida, aunque no ha presentado síntomas neurológicos ni pérdida de conciencia.

ANTECEDENTES

Como antecedentes presentaba una intervención de septoplastia más turbinoplastia 6 días antes, realizando el tratamiento protocolizado con un antibiótico de cobertura (azitromicina 500 mg/24 h durante 3 días) y analgesia (paracetamol 1 g/8 h y metamizol 2 g/8 h), además de un protector gástrico (omeprazol 20 mg/24 h). El taponamiento nasal (taponamiento no reabsorbible) se retiró a las 24 h de la intervención. Durante las siguientes 72 h, la evolución fue favorable, sin incidencias destacables.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la exploración clínica durante el ingreso, la paciente presentaba insuficiencia respiratoria nasal con entumecimiento de la punta y el dorso nasal, e intenso dolor a la manipulación. También presentaba fiebre y rinolalia cerrada. Se encontraba algo aturdida y somnolienta, aunque no había descansado bien en las últimas 48 h. Refería haber realizado correctamente el tratamiento previsto, aunque había notado un incremento del dolor en las últimas 24-48 h.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La rinoscopia anterior mostraba un abombamiento septal anterior compatible con hematoma de septo (fig. 1) y sendas fosas ocupadas por costras y moco. Se desistió en la colocación de lentinas para su exploración más profunda, ya que la paciente presentaba dolor intenso. Dada la situación clínica y al ser imposible descartar una complicación intracraneal, además del posible hematoma/absceso de septo, se decidió realizar una tomografía computarizada (TC) de cráneo, fosas y senos paranasales (fig. 2).

DIAGNÓSTICO

Hematoma/absceso de tabique sin complicaciones intracraneales.

Figura 1. Abombamiento septal tras elevación de la punta nasal.

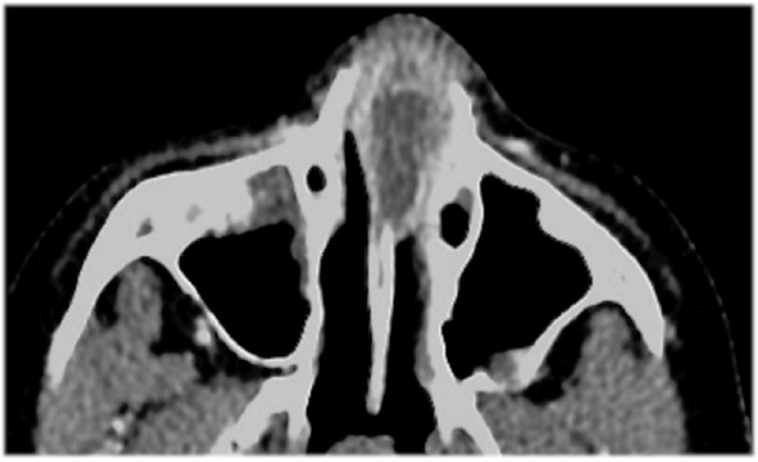


Figura 1. Imagen de tomografía computarizada en la que se observa una colección septal sin complicaciones intracraneales.

TRATAMIENTO

La paciente fue ingresada y recibió tratamiento con antibioterapia intravenosa (ceftriaxona, 2 g/24 h), analgesia (paracetamol 1 g y metamizol 2 g), corticoterapia (metilprednisolona 1 mg/kg de peso cada 8 h i.v.) y protector gástrico (omeprazol 40 mg/24 h i.v.). Posteriormente se procedió a una revisión quirúrgica para el drenaje del hematoma/absceso de tabique mediante anestesia general e intubación orotraqueal, dada la afectación clínica de la paciente. Tras la infiltración con anestesia local más vasoconstrictor, se realizó una incisión vertical hemitransfixiante izquierda, aprovechando la incisión utilizada previamente para el abordaje del tabique. Se realizó la reapertura de la mucosa procediendo al drenaje de gran cantidad de contenido purulento de su interior, tomando muestras para cultivo y antibiograma. Se confirmaron los hallazgos radiológicos y se comprobó que el absceso de tabique se limitaba a la región del cartílago cuadrangular, sin afectar a la región de la lámina perpendicular del etmoides ni a la del hueso vómer.

Posteriormente se colocó una gasa de borde que mantuvo abierto el absceso al exterior y un Merocel de 8 cm en cada fosa nasal. A las 24 h se retiró el taponamiento, comprobando la restitución del tabique. Finalmente se retiró el drenaje a las 24 h. Al día siguiente, y viendo que el tabique estaba adherido al septo, se procedió al alta hospitalaria y se pautó tratamiento con cefditoren poivoxilo 400 mg/12 h por vía oral durante 10 días más, con carácter ambulatorio.

A las 2 semanas de tratamiento se apreció una afectación septal leve con conservación de la arquitectura anterior y mantenimiento de dorso nasal, con evolución favorable y mínimas repercusiones estéticas.

DISCUSIÓN

El absceso de tabique es una complicación que, aunque infrecuente, puede aparecer tras la realización de una septoplastia. Hay estudios que relacionan las eventuales complicaciones de la septoplastia con la pericia quirúrgica del cirujano. Normalmente, el hematoma de tabique suele ser secundario a traumatismos nasales, como los que se podrían producir en el período infantil, donde hasta un 15% de los pacientes con fractura de huesos propios pueden llegar a asociar un absceso de tabique, y habitualmente precede a la formación del absceso. El desarrollo de un hematoma de tabique puede dar lugar a un absceso de tabique en cuestión de horas o días, debido a una sobreinfección. En el caso de los adultos, aunque la etiología pueda estar relacionada con los traumatismos nasales, también pueden ser atraumáticos. Los casos de hematomas/abscesos atraumáticos suelen surgir en el contexto de una situación de inmunodepresión.

El hematoma septal que pasa inadvertido y no se drena puede originar un absceso con consecuencias funcionales y estéticas nasales graves. Por ello, el seguimiento de los pacientes intervenidos de septoplastia es fundamental para solventar de manera temprana estas posibles complicaciones.

Clínicamente, los hematomas septales se sospechan por signos externos de traumatismo nasal (deformidad, epistaxis, edema), así como por la presencia de gran edema mucoso y cambios en la coloración (azulado o purpúreo) en la inspección intranasal. La fiebre es un signo que puede hacernos pensar en una sobreinfección del hematoma, con la consecuente formación de un absceso. La exploración directa puede ser suficiente para el diagnóstico, y las pruebas de imagen se reservan para situaciones en las que se sospeche la extensión del absceso hacia territorios de vecindad (abscesos cerebrales, meningitis, etc.) o en el caso de pacientes pediátricos.

Tras el drenaje del absceso de tabique es importante controlar la evolución, ya que en algunos casos tiende a reproducirse, sobre todo en niños.

En muchas ocasiones, en un segundo tiempo, la rinoplastia estética puede ser preceptiva.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Cervera Escario J, Calderón Nájera R, Enríquez de Salamanca J, Bartolomé Benito M. Post-traumatic haematoma and abscess in the nasal septa of children. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008;59:139-41.

George A, Smith WK, Kumar S. Posterior nasal septal abscess in a healthy adult patient. J Laryngol Otol. 2008;122:1386-8. Epub 2007 Oct 29.

Tzadik A, Gilbert SE, Sade J. Complications of submucous resections of the nasal septum. Arch Otorhinolaryngol. 1988;245:74-6.

SÍNDROME DE LEMIÉRRE COMO COMPLICACIÓN DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

A.L. Delgado Quero, R. Jódar Moreno y A. Ortiz Salto

Servicio de ORL, Complejo Hospitalario, Jaén.

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 15 años de edad que consulta a su médico de atención primaria por presentar un cuadro de odinofagia, disfagia y fiebre de 24 h de evolución. Es diagnosticado de faringoamigdalitis aguda y se le pauta azitromicina 500 mg/día durante 3 días, y tratamiento sintomático. Al quinto día de clínica acude a urgencias de nuestro hospital por mala evolución, con persistencia de la fiebre y dolor laterocervical, a pesar de haber realizado el tratamiento antibiótico prescrito.

ANTECEDENTES

No tiene alergias medicamentosas conocidas. No es fumador ni bebedor, y niega tener hábitos tóxicos. Sin antecedentes personales de interés. Sus padres y su hermano están sanos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Presenta mal estado general, palidez de piel y mucosas, buen estado de hidratación. Su presión arterial es de 94/54 mmHg, con una frecuencia cardíaca de 100 lat/min y una saturación de oxígeno al 96%. La temperatura a su llegada es de 39 ºC.

Se realiza una orofaringoscopia en la que se observan las amígdalas hipertróficas, hiperémicas y tapizadas por placa de fibrina blanquecina. En la exploración endocavitaria destaca un discreto edema de pliegues aritenoepiglóticos, y el resto de las estructuras dentro de la normalidad. En la palpación cervical se detectan adenomegalias, de 1 cm aproximadamente, rodaderas y algo dolorosas, así como una dudosa induración en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo derecho con forma de cordón.

Con la sospecha de mononucleosis infecciosa (MNI), se extrae analítica y se inicia tratamiento intravenoso sintomático.

A los pocos minutos de comenzar la sueroterapia, el paciente refiere visión borrosa, náuseas y se observa un empeoramiento del estado general, coloración de piel y mucosas cada vez más amarillentas y disminución del nivel de conciencia, junto con una reducción de la presión arterial, lo que obliga a su ingreso urgente en la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde se estabiliza al paciente.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica de urgencias con el resultado de leucocitosis de 15.430 x 10^9/l sin linfocitosis ni monocitosis; las enzimas hepáticas, la amilasa y la lipasa superan en más del triple sus valores normales. Una vez descartada la MNI, y ante la sospecha de fallo multiorgánico, se realiza una radiografía de tórax, en la que se observan infiltrados bibasales muy sutiles. El resultado de la ecografía Doppler indica una alta sospecha de trombosis de la vena yugular interna derecha, que se confirmó mediante tomografía computarizada (TC). Dada la gravedad del caso se realizó una TC toracoabdominal que confirmó las lesiones isquémicas en el riñón, el pulmón y el hígado, como resultado de diseminación de trombos sépticos (figs. 1-3).

Figura 1. Infiltrados alveolares bibasales.

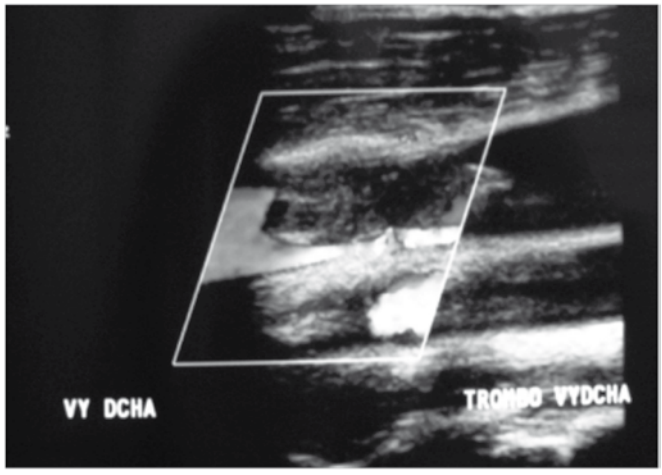


Figura 2. Ecografía Doppler venosa yugular realizada al séptimo día del ingreso que revela múltiples adenopatías laterocervicales laterales. Vena yugular interna derecha con material trombótico ecogénico suboclusivo de 2,75 x 4,8 cm, y discreto edema del tejido celular subcutáneo.

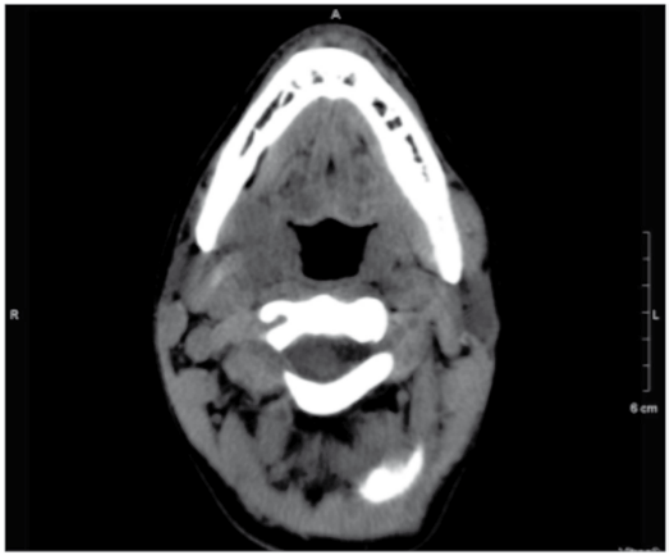


Figura 3. Adenopatías submaxilares. Desdibujamiento de la grasa perivascular derecha sin imágenes radiológicas de absceso.

DIAGNÓSTICO

Síndrome de Lemiérre como complicación de faringoamigdalitis aguda con resultado de fallo multiorgánico.

TRATAMIENTO

Se instaura tratamiento intravenoso con ceftriaxona 2 g/24 h y metronidazol 500 mg/8 h, además de heparina sódica. El paciente permanece en la UCI durante 5 días sin requerir diálisis (muy frecuente en estos casos) y pasa a planta manteniendo el tratamiento antibiótico hasta completar 9 días. Es dado de alta con cefditoren pivoxilo 400 mg/12 h junto con metronidazol 500 mg/8 h otros 12 días más. Aproximadamente a los 9 meses, una vez resuelto el cuadro por completo, se realiza una amigdalectomía sin incidencias y tras 6 meses de anticoagulación.

DISCUSIÓN

El síndrome de Lemiérre o sepsis postanginosa se caracteriza por presentar la tríada: tromboflebitis de la vena yugular interna, bacteriemia con focos metastásicos como consecuencia de una infección orofaríngea.

El cuadro se da en adolescentes jóvenes previamente sanos, sin predominio de sexo.

El agente etiológico es *Fusobacterium necroforum*, anaerobio gramnegativo saprofito de la flora orofaríngea. También puede ser causado por estreptococos, Eikenella corrodens y bacteroides.

En la mayoría de los casos existe como antecedente un foco orofaríngeo, pero también se ha descrito el cuadro tras sinusitis, mastoiditis e infecciones odontógenas.

El comienzo de la era antibiótica disminuyó drásticamente la incidencia del síndrome de Lemiérre. Sin embargo, parece que se observa un pequeño incremento desde la década de 1980 por la existencia de protocolos que limitan el uso de antibióticos en cuadro orofaríngeos y la existencia de cepas productoras de betalactamasas.

El mecanismo parece ser iniciado por una infección viral o bacteriana que puede alterar las barreras mucosas, con la creación de un ambiente anaeróbico clave para la producción de tromboflebitis séptica en las venas amigdalinas que se propaga a la yugular interna con diseminación de émbolos sépticos hacia otros lugares, principalmente los pulmones.

La exploración de la orofaringe y región cervical no son diagnósticos, pero nos orientan: el intervalo de tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas orofaríngeos hasta el desarrollo de la tromboflebitis, que suele ser menor de 7 días, la existencia de un foco amigdalar, a veces en resolución, la tumefacción laterocervical a lo largo del músculo esternocleidomastoideo y los signos de sepsis.

La TC es la técnica de elección, aunque la ecografía Doppler, por su accesibilidad y coste, resulta de muy elevada rentabilidad.

El tratamiento de elección se inicia con antibioterapia intravenosa al menos 7 días y anticoagulación. El 95% de las cepas son sensibles a penicilina, clindamicina, metronidazol, amoxicilina-ácido clavulánico e imipenem. Suelen ser resistentes a macrólidos. La duración debe ser de al menos 4 semanas, o hasta que se resuelvan las embolias pulmonares. El uso de anticoagulación es controvertido porque algunos autores consideran que contribuye a la rápida resolución del cuadro, y otros que favorece la diseminación de trombos. Pero sí parece haber consenso en su uso cuando haya afectación retrógrada hacia el seno cavernoso. El tratamiento quirúrgico consiste en la ligadura de la yugular interna en caso de embolias pulmonares, a pesar de aplicar un tratamiento antibiótico y una anticoagulación correctos.

CONCLUSIONES

- El Síndrome de Lemiérre es una entidad muy poco frecuente, pero cuya frecuencia está aumentando.
- El diagnóstico de sospecha es clínico y se debe tener presente ante todo cuadro de fiebre con antecedente de infección orofaríngea, tumefacción laterocervical por delante del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y signos de sepsis.
- La TC y la ecografía Doppler son fundamentales para el diagnóstico.
- Tratada correctamente y a tiempo, responde bien sin dejar secuelas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Gargallo E, Nuevo JA, Cano JC. Síndrome de Lemiérre: distintas presentaciones clínicas de una enfermedad olvidada. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28:701-5.

La Guía M, La Hoz T, Martínez J. Síndrome de Lemiérre: tromboflebitis séptica de la vena yugular interna secundaria a amigdalitis aguda. Acta Otorrinolaringol Esp. 2001;52:163-6.

Pérez de Liaño LA, Soilán del Cerro JL. Síndrome de Lemiérre: una enfermedad no olvidada. Arch Bronconeumol. 1997;33:107-8.

Meiact 400 mg

CEFDITOREN pivoxilo

ACTÚA

ORL Nº 3-JUNIO 2012

i+D+I meiji