



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Postgrados**

**COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DEL IMPLANTE**

**COCLEAR: 8 AÑOS DE EXPERIENCIA**

**Daniela Salomé Yépez Pabón, Dra.**

Trabajo de Titulación presentado como requisito para la obtención del Título de  
Especialista en Otorrinolaringología

Quito, abril del 2015

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Postgrados**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**DANIELA SALOMÉ YÉPEZ PABÓN, Dra.**

Juan Francisco Fierro Renoy, Dr.,  
**Director del Programa de Postgrados  
En Especialidades Médicas**

-----

Marco Antonio Guevara Sánchez, Dr.,  
**Director del Postgrado de Otorrinolaringología**

-----

Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca, Dr.,  
**Decano del Colegio de Ciencias  
De la Salud USFQ**

-----

Víctor Viteri Breedy, PhD.,  
**Decano del Colegio de Postgrados**

-----

Quito, abril del 2015

## **DERECHOS DE AUTOR**

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de la propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a los dispuestos en la Política.

Así mismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Daniela Salomé Yépez Pabón

CC: 171454957-1

Fecha: abril del 2015



## **DEDICATORIA**

Hoy se cristaliza una nueva meta personal y profesional. Los frutos del esfuerzo, dedicación y constancia que demandaron, tienen su recompensa.

Gracias FAMILIA, por ser mi sostén incondicional en cada decisión que he tomado en la vida; por sus palabras de aliento en los momentos difíciles y su regocijo con mis pequeños logros cotidianos.

Gracias a mis padres Ine y Jorge, por enseñarme desde niña a amar lo que hago, y a trabajar siempre responsable y abnegadamente para conseguir mis sueños.

A mis hermanas Lore y Anita Paulina, a mi cuñado Jorge Andrés, y mis pequeños sobrinos Camila y Ricardo, por ser parte de este sueño, apoyarme y celebrar conmigo mis éxitos.

A mis maestros, por compartir sus conocimientos, mi gratitud eterna.

A mis pacientes, por darme la oportunidad de formarme y perfeccionarme cada día para brindarles las mejores respuestas para sus problemas.

**Daniela Salomé Yépez Pabón**

## RESÚMEN

El presente trabajo de Titulación como Especialista reúne diversos tópicos de la Otorrinolaringología. Incluye trabajos originales de investigación expuestos en Congresos Ecuatorianos de la Especialidad, y sus respectivas publicaciones en Revistas Médicas Nacionales e Internacionales Indexadas; así como también varios temas de Otorrinolaringología presentados en Congresos Médicos Nacionales como aporte para la formación de Médicos Generales.

Las Publicaciones Científicas (3) incluyen dos trabajos originales y un reporte de casos clínico, basados en la casuística del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín, que abarcan temas de interés y relevancia científica.

El primer trabajo original titulado “Complicaciones Posquirúrgicas del Implante Coclear: 8 años de Experiencia”, resume la experiencia en este tipo de cirugía realizada exclusivamente en el Hospital Carlos Andrade Marín, dentro del Programa de Beneficios al Asegurado del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Este trabajo fue expuesto en el “XIII Congreso Ecuatoriano de Otorrinolaringología, V Congreso Ecuatoriano de Rinología y Cirugía Facial, II Encuentro de las Academias Americana y Ecuatoriana de Otorrinolaringología” en Marzo 2014; siendo posteriormente presentado al Comité Editorial de la Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), aceptado para su publicación en Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015:53(6). (In Press).

El segundo trabajo original titulado: “Indicaciones y Complicaciones de la Adenoidectomía y Tonsilectomía en el Hospital Carlos Andrade Marín”, abarca los criterios quirúrgicos que manejamos como Servicio y las complicaciones presentadas en estas cirugías. Su relevancia radica en que estos procedimientos se vienen realizando en nuestro Hospital en la población pediátrica, apenas desde el año 2009 por el aumento de la cobertura de aseguramiento. Este tema se presentó en el “XII Congreso Nacional de Otorrinolaringología” en Noviembre 2012; y fue publicado en la Revista Cambios 2015; 14 (25): 47-51. Esta revista es el Órgano Oficial de Difusión Científica del Hospital Carlos Andrade Marín, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – Quito.

El Reporte de Caso Clínico titulado: “Carcinoma Escamocelular de Conducto Auditivo Externo y de Oído Medio”, contribuye al conocimiento sobre esta entidad clínica a los médicos generales y especialistas Otorrinolaringólogos, que suelen confundirla con frecuencia con procesos óticos crónicos. Existen pocos reportes en la literatura médica debido a su baja incidencia mundial. Este trabajo fue publicado en la Rev Med HJCA 2015; 7(1): 83-87., Órgano de Difusión Científica del Hospital José Carrasco Arteaga, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – Cuenca.

Se presenta además 7 temas de Exposiciones en Congresos de la Especialidad y de Medicina General, referentes a patologías de la esfera Otorrinolaringológica comunes en la práctica diaria del Médico General y/o del Especialista ORL. Estos temas son: “Complicaciones de la Cirugía del Implante Coclear”, “Indicaciones y Complicaciones de Adeno-amigdalectomía en el Servicio de ORL del Hospital Carlos Andrade Marín”, “ Manejo de las Epistaxis Posteriores en el Servicio de ORL del Hospital Carlos Andrade Marín”, “Cirugía del Oído Crónico: Resultados en el Servicio de ORL del Hospital Carlos Andrade Marín”, “ Manejo de Faringo Amigdalitis”, “Otitis Media Aguda”; y, “Fracturas Nasales: TALLER: Reducción y Colocación de Tapones Nasales”.

## SUMMARY

This written work includes various topics covering the Otolaryngology. Includes original papers presented in Ecuadorian Congresses of the specialty, and their respective publications in national and international medical journals indexed; as well as various issues presented in National Congresses as a contribution to the formation of General Practitioners.

The Scientific Publications (3) include two original papers and a report of clinical cases about topics of interest and scientific relevance, based on the casuistry of the Department of Otolaryngology in Carlos Andrade Marin Hospital.

The first original paper entitled "Postoperative complications of cochlear implant: 8 years of experience" sums up our experience in this kind of surgery performed exclusively in the Carlos Andrade Marin Hospital, within the Insured Benefits Program of the Ecuadorian Institute of Social Security. This work was exhibited at the "XIII Ecuadorian Congress of Otolaryngology, V Ecuadorian Congress of Rhinology and Facial Surgery, Second Meeting of the American and Ecuadorian Academies of Otolaryngology " in March 2014. It was subsequently submitted to the Editorial Committee of the Medical Journal in the Mexican Social Security Institute (IMSS), and it was accepted for publication in the Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015:53(6). (In Press).

The second original paper entitled: "Indications and Complications of Adenoidectomy and Tonsillectomy at the Carlos Andrade Marin Hospital", covers the surgical criteria that we handle as a Service and the complications presented in these surgeries. Its relevance is that these surgeries are being conducted in the Carlos Andrade Marin Hospital just since 2009 in the pediatric population, by the increasing in the medical coverage. This topic was presented at the "XII National Congress of Otolaryngology" in November 2012; and it was published in Cambios Journal 2015; 14 (25): 47. This Medical Journal is the Official Scientific Publication of Carlos Andrade Marin Hospital in the Ecuadorian Institute of Social Security in Quito.

The Case Report entitled "Squamous Cell Carcinoma of the External Auditory Canal and Middle Ear" contributes to the knowledge of general practitioners and Otolaryngology specialists, which often frequently confused it with chronic otic diseases. There are few reports in the literature due to its low incidence worldwide. This paper was published in the Rev Med HJCA 2015; 7(1): 83-87, which is the Official Scientific Publication of José Carrasco Arteaga Hospital in the Ecuadorian Institute of Social Security in Cuenca.

Also are presented seven conferences exposed in Congresses of Specialist and General Medicine, concerning to common pathologies in the daily practice of General Practitioners and / or ENT specialist. These themes are: "Complications of Cochlear Implant Surgery", "Indications and Complications of Adeno-tonsillectomy in ENT service at the Carlos Andrade Marin Hospital ", "Management of Posterior Epistaxis in the ENT service at the Carlos Andrade Marin Hospital ", "Chronic Ear Surgery: our results in ENT service at Carlos Andrade Marin Hospital ", "Management of pharyngo Tonsillitis ", "Acute Otitis Media "; and "Nasal Fractures: WORKSHOP: Reduction and Placement of Nasal Plugs".

## TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	5
RESÚMEN .....	6
SUMMARY .....	8
TABLA DE CONTENIDOS.....	10
A.- PUBLICACIONES .....	13
B.- EXPOSICIONES EN CONGRESOS MÉDICOS.....	13
RESÚMEN DE TRABAJOS REALIZADOS .....	15
a) Publicaciones .....	15
☐ COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DEL IMPLANTE COCLEAR: 8 AÑOS DE EXPERIENCIA .....	15
☐ INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA ADENOIDECTOMIA Y TONSILECTOMIA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN.....	16
☐ CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y DE OÍDO MEDIO.....	17
b) Exposiciones en congresos .....	18
☐ INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA ADENO-AMIGDALECTOMIA EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN .....	18
☐ MANEJO DE LAS EPISTAXIS POSTERIORES EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN.....	19
☐ COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DEL IMPLANTE COCLEAR. ....	20
☐ CIRUGÍA DEL OÍDO CRÓNICO: RESULTADOS EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN.....	21
☐ OTITIS MEDIA AGUDA.....	22
☐ FRACTURAS NASALES: TALLER: REDUCCIÓN Y COLOCACIÓN DE TAPONES NASALES.....	22

☒	MANEJO DE FARINGO AMIGDALITIS .....	23
	JUSTIFICACIÓN DE LOS TRABAJOS REALIZADOS .....	24
	a) Publicaciones .....	24
☒	COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DEL IMPLANTE COCLEAR: 8 AÑOS DE EXPERIENCIA .....	24
☒	INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA ADENOIDECTOMIA Y TONSILECTOMIA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN .....	25
☒	CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y DE OÍDO MEDIO.....	25
	b) Exposiciones en congresos .....	26
☒	INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA ADENO-AMIGDALECTOMIA EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN .....	26
☒	MANEJO DE LAS EPISTAXIS POSTERIORES EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN.....	26
☒	COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DEL IMPLANTE COCLEAR. ....	27
☒	CIRUGÍA DEL OÍDO CRÓNICO: RESULTADOS EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN.....	27
☒	OTITIS MEDIA AGUDA.....	28
☒	FRACTURAS NASALES: TALLER: REDUCCIÓN Y COLOCACIÓN DE TAPONES NASALES.....	28
☒	MANEJO DE FARINGO AMIGDALITIS .....	28
	<u>PUBLICACIONES</u> .....	29
	COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DEL IMPLANTE COCLEAR: 8 AÑOS DE EXPERIENCIA .....	30
	INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA ADENOIDECTOMIA Y TONSILECTOMIA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN.....	45
	CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO .....	52
	Y DE OIDO MEDIO .....	52
	<u>EXPOSICIONES EN CONGRESOS MÉDICOS</u> .....	59
	INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE ADENO-AMIGDALECTOMÍA EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN .....	60

MANEJO DE LAS EPISTAXIS POSTERIORES EN .....	63
EL SERVICIO DE ORL DEL.....	63
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN .....	63
COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DEL IMPLANTE COCLEAR .....	66
CIRUGÍA DEL OÍDO CRÓNICO: RESULTADOS EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN.....	70
OTITIS MEDIA AGUDA .....	74
FRACTURAS NAsALES: TALLER: REDUCCIÓN.....	78
Y COLOCACIÓN DE TAPONES NAsALES.....	78
MANEJO DE FARINGO AMIGDALITIS .....	82



## **UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

### **Colegio de Postgrados**

#### **A.- PUBLICACIONES**

1. Yépez-Pabón D., Guevara-Sánchez M. Complicaciones Posquirúrgicas del Implante Coclear: 8 años de Experiencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(6). (In Press).
2. Yépez D., Narváez M. Indicaciones y Complicaciones de la Adenoidectomía y Tonsilectomía en el Hospital Carlos Andrade Marín. Revista Cambios 2015; 14 (25): 47-51.
3. Yépez D, Perlaza V. Carcinoma Escamocelular de Conducto Auditivo Externo y de Oído Medio. Rev Med HJCA 2015; 7(1): 83-87

#### **B.- EXPOSICIONES EN CONGRESOS MÉDICOS**

1. Indicaciones y Complicaciones de Adeno-amigdalectomía en el Servicio de ORL del Hospital Carlos Andrade Marín. XII Congreso Nacional de Otorrinolaringología. 8 al 11 de Noviembre del 2012. Santa Elena-Ecuador
2. Manejo de las Epistaxis Posteriores en el Servicio de ORL del Hospital Carlos Andrade Marín. XII Congreso Nacional de Otorrinolaringología. 8 al 11 de Noviembre del 2012. Santa Elena-Ecuador.

## **B.- EXPOSICIONES EN CONGRESOS MEDICOS**

3. Complicaciones de la Cirugía del Implante Coclear. XIII Congreso Ecuatoriano de Otorrinolaringología, V Congreso Ecuatoriano de Rinología y Cirugía Facial, II Encuentro de las Academias Americana y Ecuatoriana de Otorrinolaringología. 19 al 22 de Marzo del 2014. Quito-Ecuador
4. Cirugía del Oído Crónico: Resultados en el Servicio de ORL del Hospital Carlos Andrade Marín. XIII Congreso Ecuatoriano de Otorrinolaringología, V Congreso Ecuatoriano de Rinología y Cirugía Facial, II Encuentro de las Academias Americana y Ecuatoriana de Otorrinolaringología. 19 al 22 de Marzo del 2014. Quito- Ecuador
5. Otitis Media Aguda. II Jornadas Nacionales de Especialidades Quirúrgicas 2012. Del 2 al 6, y de 16 al 20 de Mayo del 2012. Quito-Ecuador
6. Fracturas Nasales: TALLER: Reducción y Colocación de Tapones Nasales. II Jornadas Nacionales de Especialidades Quirúrgicas 2012. Del 2 al 6, y del 16 al 20 de Mayo del 2012. Quito-Ecuador
7. Manejo de Faringo Amigdalitis. II Congreso Nacional de Medicina Clínica y Manejo del Dolor. 4 al 14 de Julio del 2012. Quito-Ecuador

## **Daniela Salomé Yépez Pabón, Dra.**

Trabajo de Titulación presentado como requisito para la obtención del Título de Especialista en Otorrinolaringología

Quito, abril del 2015

## RESÚMEN DE TRABAJOS REALIZADOS

### a) Publicaciones

- **COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DEL IMPLANTE COCLEAR: 8 AÑOS DE EXPERIENCIA**

El implante coclear es un producto sanitario implantable activo, de alta tecnología y precisión, encaminado a transmitir la información acústica a través de la vía auditiva central por medio de la estimulación eléctrica directa de las fibras nerviosas auditivas, a fin de restablecer la audición en los pacientes con sordera severa o profunda. Es una cirugía con poca morbimortalidad. Las complicaciones posquirúrgicas pueden ser menores y mayores. Las menores requieren manejo conservador; las mayores, re intervención o retiro del implante. El Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín es el único que realiza este tipo de cirugías a nivel nacional, dentro del Programa de Beneficios al Asegurado del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. El objetivo de este estudio es determinar nuestras complicaciones y cotejarlas con series internacionales y latinoamericanas. Se analiza retrospectivamente 275 casos intervenidos entre Diciembre 2005 a Diciembre 2013. Se incluyen niños y adultos entre 11 meses hasta 82 años de edad. Se evalúan datos demográficos, colocación uni o bilateral, tipo de cirugía y las complicaciones posquirúrgicas. El seguimiento fue por 20 meses. El 57.46% son niños y adolescentes, el 33.81% jóvenes y adultos y el 8.73% adultos mayores. El índice de complicaciones es del 12% (n=33), 6.91% en mujeres y 5.09% en hombres. Entre los 19 a 60 años hay más complicaciones.

Las complicaciones menores representan el 7.64%: infección local (n=9), parálisis facial transitoria tardía (n=7), vértigo (n=3) y tinnitus (n=2). Prevalen en niños y adultos. Las complicaciones mayores son el 4.36%: hematomas posquirúrgicos (n=8), extrusiones (n=2) e inadecuada colocación de electrodos (n=2). Predominan en los adultos entre 19 a 60 años. No se presentan casos de meningitis ni decesos.

La implantación coclear tiene baja incidencia de complicaciones. Nuestros resultados, los únicos reportados a nivel nacional, son similares a los que menciona la literatura médica en la que se refiere que la tasa global de complicaciones posquirúrgicas se sitúa entre 5 al 13%.

- **INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA ADENOIDECTOMIA Y TONSILECTOMIA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN**

La adenoidectomía y la tonsilectomía son cirugías comunes en la práctica de la Otorrinolaringología. A lo largo de la historia se han intentado definir los criterios para su realización, determinándose a las causas infecciones y obstructivas como indicaciones absolutas. En el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín se viene realizando este tipo de intervenciones en la población pediátrica apenas desde el año 2009, debido al aumento en la cobertura de aseguramiento. El objetivo de este estudio es revisar las indicaciones y complicaciones de estos procedimientos basados en la experiencia de nuestro servicio en la población pediátrica y adulta; y cotejarlas con los consensos internacionales. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo utilizando los expedientes clínicos de los pacientes intervenidos en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín en el período Mayo 2010 a Diciembre 2012. Se analizaron datos demográficos, indicaciones para la realización de cirugía y complicaciones presentadas.

Se intervinieron un total de 120 pacientes en este período. No hubo diferencia en el sexo de los pacientes. El promedio de edad en Tonsilectomía en adulto fue 26 años, y en niños, 5 años; en la Adenoidectomía el promedio de edad fue 4.5 años y en los casos de adenoidectomía + tonsilectomía combinada, la edad promedio fue 5 años de edad. Se realizó tonsilectomía en el 45% de los pacientes, adenoidectomía en 30%, y adenoidectomía+ tonsilectomía combinada en 25% de los casos. La principal indicación para realización de tonsilectomía fue la amigdalitis recurrente (57% casos), mientras que para la adenoidectomía fue la hipertrofia adenoidea obstructiva (60% casos). La tasa total de complicaciones en tonsilectomía fue del 11% (6/54); correspondiendo a 4 casos de sangrado precoz (7%), y 2 casos de epistaxis posterior, secundarios a intubación naso traqueal. En adenoidectomía, la tasa total de complicaciones fue del 5% (2/36), 1 caso por epistaxis severa, y 1 caso por desgarró de mucosa de nasofaringe que fue controlado durante cirugía. No hubo complicaciones en los casos de adenoidectomía + tonsilectomía combinada. No se presentaron decesos en ningún grupo.

La adenoidectomía y la tonsilectomía son procedimientos quirúrgicos eficaces y con baja tasa de complicaciones si se los emplea de acuerdo a los criterios establecidos en consensos internacionales. Nuestra experiencia quirúrgica está acorde a ello.

- **CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y DE OÍDO MEDIO**

Los tumores malignos del Conducto Auditivo Externo y de Oído Medio son raros, pero de rápido crecimiento e invasión local. Existen pocos casos reportados en la literatura médica. Su diagnóstico precoz es difícil porque se confunden con procesos inflamatorios óticos crónicos. Requieren cirugía y radioterapia combinada. La tasa de supervivencia a los 5 años alcanza el 25 a 85%, dependiendo del estadio en que son diagnosticados y tratados.

Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 79 años de edad atendida en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín, quien acudió refiriendo un cuadro clínico de 2 años de evolución caracterizado por la presencia de una masa en conducto auditivo externo izquierdo, otalgia y otorrea recurrente persistente, refractaria a tratamiento clínico. Se solicitaron estudios complementarios, Tomografía Computarizada de Oídos, exámenes de laboratorio, audiometría tonal y se realizó una toma de biopsia de la masa de CAE izquierdo. Los hallazgos clínicos y el resultado histopatológico de la biopsia sugirieron el diagnóstico de Carcinoma Escamocelular, Estadificación T2N0 (T2: Erosión ósea limitada y extensión a partes blandas < 0.5 cm. N0: ausencia de metástasis ganglionares regionales). La paciente fue intervenida quirúrgicamente entre el Cirujano de Cabeza y Cuello y el Otorrinolaringólogo, realizándose la resección completa del tumor además del vaciamiento de oído medio, canaloplastia y mastoidectomía con muestreo ganglionar retroauricular, tal como lo determina la técnica quirúrgica según el estadiaje tumoral establecido. Posteriormente la paciente fue remitida a Oncología Clínica para programación de Radioterapia, recibiendo 50GY en 25 fracciones con acelerador lineal. La paciente toleró los resultados estéticos y funcionales de la cirugía, encontrándose libre de actividad tumoral residual a los 2 años de seguimiento. Se concluye que el diagnóstico oportuno y el manejo multidisciplinario favorecieron el pronóstico de supervivencia de la paciente.

## **b) Exposiciones en congresos**

- **INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA ADENO-AMIGDALECTOMIA EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN**

La amigdalectomía (tonsilectomía) y la adenoidectomía son cirugías frecuentes en Otorrinolaringología, así como controvertidas. A lo largo de la historia se han intentado definir los criterios para su realización, determinándose a las causas infecciones y obstructivas como indicaciones absolutas. En el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín se viene realizando este tipo de intervenciones en la población pediátrica apenas desde el año 2009, debido al aumento en la cobertura de aseguramiento.

El objetivo de este Tema Libre en el XII Congreso Nacional de Otorrinolaringología fue presentar nuestros resultados sobre las indicaciones y complicaciones de estos procedimientos en niños y adultos; y cotejarlos con los consensos internacionales. Los resultados de este estudio fueron publicados posteriormente como Trabajo Original de Investigación en la Revista Cambios.

Se presentaron los datos obtenidos de la revisión retrospectiva de 120 cirugías realizadas entre Mayo 2010 y Diciembre 2012. No hubo diferencia en el sexo de los pacientes. El promedio de edad en Tonsilectomía en adulto fue 26 años, y en niños, 5 años; en la Adenoidectomía el promedio de edad fue 4.5 años y en los casos de adenoidectomía + tonsilectomía combinada, la edad promedio fue 5 años de edad. Se realizó tonsilectomía en el 45% de los pacientes, adenoidectomía en 30%, y adenoidectomía+ tonsilectomía combinada en 25% de los casos.

La principal indicación para realización de tonsilectomía fue la amigdalitis recurrente (57% casos), mientras que para la adenoidectomía fue la hipertrofia adenoidea obstructiva (60% casos). La tasa total de complicaciones en tonsilectomía fue del 11% (6/54); correspondiendo a 4 casos de sangrado precoz (7%), y 2 casos de epistaxis posterior, secundarios a intubación naso traqueal. En adenoidectomía, la tasa total de complicaciones fue del 5% (2/36), 1 caso por epistaxis severa, y 1 caso por desgarró de mucosa de nasofaringe que fue controlado durante cirugía. No hubo complicaciones en los casos de adenoidectomía + tonsilectomía combinada. No se presentaron decesos en ningún grupo.

La adenoidectomía y la tonsilectomía son procedimientos quirúrgicos eficaces y con baja tasa de complicaciones si se los emplea de acuerdo a los criterios establecidos en consensos internacionales. Nuestra experiencia quirúrgica está acorde a ello.

- **MANEJO DE LAS EPISTAXIS POSTERIORES EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN**

La epistaxis es una consulta frecuente en Otorrinolaringología. Alrededor del 90-95% de los casos son de presentación anterior, sin embargo, el manejo de la epistaxis posteriores representan un reto.

El objetivo de este Tema Libre en el XII Congreso Nacional de Otorrinolaringología fue revisar y presentar nuestros resultados sobre la experiencia de su manejo en nuestro servicio.

Se presentó los resultados del análisis retrospectivo de los casos de Epistaxis atendidos en el Servicio de Emergencias de Otorrinolaringología, entre el período de Mayo 2010 a Agosto 2012. En total se realizaron 600 atenciones por esta causa, siendo 30 casos (5%), Epistaxis Posteriores. Se evaluó los datos: edad, sexo, comorbilidades, tratamientos previos, necesidad de otros procedimientos, días de estancia hospitalaria y complicaciones.

Se evidenció que las epistaxis en general predominaron en el sexo masculino. La edad media de presentación fue  $57 \pm 11$  años. Las principales comorbilidades fueron: hipertensión arterial, cardiopatía, enfermedades hematológicas y diabetes. El 47% de los pacientes tomaban antiagregantes y 36% anticoagulantes. En 47% de los casos de epistaxis posteriores se empleó taponamiento nasal anterior previo no resolutivo. Todos los casos de epistaxis posteriores fueron hospitalizados, permaneciendo un promedio de  $5 \pm 1.2$  días. Se usó taponamiento posterior con Sonda Foley y refuerzos anteriores de tapones nasales de gasa. 6 pacientes requirieron otro procedimiento: 4 de ellos, revisión endoscópica y ligadura de la arteria carótida externa en el mismo procedimiento; y en 2 pacientes, cauterización endoscópica de la arteria esfenopalatina. En 1 paciente se realizó varios procedimientos: revisión endoscópica, ligadura de carótida y embolización selectiva por sangrado de difícil control. El 30% presentó dolor local moderado pasado los 3 días de colocación de taponamiento. Hubo 2 decesos.

El taponamiento posterior es útil en la epistaxis refractaria, y cuando se requiere utilizar manejo invasivo, éste es efectivo.

- **COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DEL IMPLANTE COCLEAR.**

El implante coclear es un producto sanitario implantable activo, de alta tecnología y precisión, que transmite la información acústica a través de la vía auditiva central por medio de la estimulación eléctrica directa de las fibras nerviosas auditivas, a fin de restablecer la audición en los pacientes con sordera severa o profunda.

El Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín es el único que realiza este tipo de cirugías a nivel nacional, dentro del Programa de Beneficios al Asegurado del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

El objetivo de este Tema Libre en el XIII Congreso Ecuatoriano de Otorrinolaringología, V Congreso Ecuatoriano de Rinología y Cirugía Facial, II Encuentro de las Academias Americana y Ecuatoriana de Otorrinolaringología fue el presentar nuestros resultados sobre la tasa y tipo de complicaciones posquirúrgicas que hemos evidenciado; y cotejarlas con series internacionales y latinoamericanas. Los resultados de este estudio fueron presentados a la Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) para su publicación como Trabajo Original de Investigación (In Press).

La literatura hace referencia que ésta es una cirugía con poca morbimortalidad. Las complicaciones posquirúrgicas pueden ser menores y mayores. Las menores requieren manejo conservador; las mayores, re intervención o retiro del implante.

Se presentaron los resultados del análisis retrospectivo de 275 casos intervenidos entre Diciembre 2005 a Diciembre 2013. Se incluyen niños y adultos entre 11 meses hasta 82 años de edad. Se evalúan datos demográficos, colocación uni o bilateral, tipo de cirugía y las complicaciones posquirúrgicas. El seguimiento fue por 20 meses. El 57.46% son niños y adolescentes, el 33.81% jóvenes y adultos y el 8.73% adultos mayores. El índice de complicaciones es del 12% (n=33), 6.91% en mujeres y 5.09% en hombres. Entre los 19 a 60 años hay más complicaciones.

Las complicaciones menores representan el 7.64%: infección local (n=9), parálisis facial transitoria tardía (n=7), vértigo (n=3) y tinnitus (n=2). Prevalen en niños y adultos. Las complicaciones mayores son el 4.36%: hematomas posquirúrgicos (n=8), extrusiones (n=2) e inadecuada colocación de electrodos (n=2). Predominan en los adultos entre 19 a 60 años. No se presentan casos de meningitis ni decesos.

La implantación coclear tiene baja incidencia de complicaciones. Nuestros resultados, los únicos reportados a nivel nacional, son similares a los que menciona la literatura médica en la que se refiere que la tasa global de complicaciones posquirúrgicas se sitúa entre 5 al 13%.



- **CIRUGÍA DEL OÍDO CRÓNICO: RESULTADOS EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN**

La cirugía del oído crónico es una demanda permanente en Otorrinolaringología. Las patologías más frecuentes son: Colesteatomas, Otitis Medias Crónicas estables y Secuelas Postotíticas. El éxito de esta cirugía radica en establecer un buen diagnóstico, la elección adecuada de la técnica quirúrgica, su correcta ejecución y los cuidados posquirúrgicos.

El objetivo de este Tema Libre en el XIII Congreso Ecuatoriano de Otorrinolaringología, V Congreso Ecuatoriano de Rinología y Cirugía Facial, II Encuentro de las Academias Americana y Ecuatoriana de Otorrinolaringología fue el presentar nuestra experiencia sobre los resultados curativos, funcionales y anatómicos que hemos obtenido con las técnicas quirúrgicas que empleamos como Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín.

Para el efecto, se presentaron los resultados de una revisión retrospectiva de 262 cirugías realizadas entre enero 2007 a julio 2013. Se evaluó los datos: edad, sexo, diagnóstico, tipo de procedimiento realizado, y los resultados curativos, anatómicos y funcionales. A todos los pacientes se les realizó seguimiento posquirúrgico por 22 meses.

Los resultados anatómicos se midieron de acuerdo a 3 criterios: sobrevivencia del injerto timpánico, permeabilidad del conducto auditivo externo en posquirúrgico y la permeabilidad de la meatoplastia realizada. Los resultados curativos dependían de la disminución en las recidivas. Los resultados funcionales se establecieron comparando la audiometría tonal pre y post-operatoria. Se consideró ganancia auditiva un gap de por lo menos 10 a 20 db. Del total de cirugías realizadas, el 39% correspondieron a Timpanoplastia con mastoidectomía, y el 61% a Timpanoplastia sin mastoidectomía. En el grupo de pacientes a quienes se les realizó Timpanoplastia con mastoidectomía se encontraron: Estenosis del Conducto Auditivo Externo y/o de la meatoplastia en el 2.94%, recidiva de colesteatomas en 1.96% y ganancia auditiva en el 40% de casos. En el grupo de pacientes a quienes se les realizó Timpanoplastia sin mastoidectomía se encontró: re perforación del injerto en 3,29%, ganancia auditiva en el 90% de casos. No hubo ningún caso de recidiva.

Nuestra casuística es la única reportada a nivel nacional y por tanto la de mayor relevancia. En la cirugía de colesteatoma practicamos la técnica a demanda + meatoplastia amplia, y la técnica radical modificada utilizando fascia como injerto timpánico. Nuestros resultados anatómicos y curativos son muy buenos y comparables a los reportados en casuísticas internacionales. El reto es mejorar los resultados funcionales.

- **OTITIS MEDIA AGUDA**

La Otitis Media Aguda (OMA), es una de las patologías más frecuentes en Otorrinolaringología. Definida como la inflamación de la cubierta mucoperióstica del oído medio, que tiene un inicio súbito (no más de tres semanas), y es de corta duración. La literatura cita que 2 de cada 3 niños han presentado algún episodio antes del primer año de vida, y más del 90 % han tenido algún episodio a los 5 años de edad. El 10-20% de los pacientes presenta episodios frecuentes de OMA.

Se ha reconocido el rol que juegan las bacterias principalmente en su etiología, siendo los principales gérmenes los *Streptococcus Pneumoniae* (30-50%), *Haemophilus Influenza* (20-30%) y *Moraxella Catarralis* (10%). Los virus representan el 30-40% restante de causa conocida, entre ellos: virus sincitial respiratorio, virus influenzae, adenovirus y rinovirus. Se ha establecido criterios clínicos para definir si se trata de una Otitis Media Aguda Confirmada versus una Probable. De esto dependerá el manejo clínico o conservador correspondiente

El objetivo de esta Exposición en las II Jornadas Nacionales de Especialidades Quirúrgicas 2012 fue revisar los criterios de diagnóstico y tratamiento clínico actualizados basados en Evidencia Clínica.

- **FRACTURAS NASALES: TALLER: REDUCCIÓN Y COLOCACIÓN DE TAPONES NASALES**

El trauma nasal es una emergencia muy común en la Sala de Atención de cualquier unidad médica y que requiere por parte del Médico General un abordaje adecuado para su manejo y derivación al Especialista Otorrinolaringólogo cuando proceda.

Todas las lesiones faciales que incluyen desde el trauma de tejidos blandos hasta la deformación de la pirámide nasal por fracturas con o sin obstrucción de las fosas nasales por hundimiento, lateralización y/o desviación septal asociada se consideran traumatismo nasal. Esta patología es más frecuente en hombres que en mujeres, con una relación 2:1. En los Niños las causas principales son caídas y traumas directos; mientras que en los Adultos la principal causa son los accidentes de tránsito y las agresiones por violencia civil. Los pilares fundamentales para el diagnóstico adecuado son: la historia clínica y el examen físico.

Entra en debate la verdadera utilidad y necesidad de realizar estudios de imagen complementarios (radiografías de huesos nasales). La evidencia científica indica que debería solicitarse estudios de imagen sólo frente a sospecha de traumatismos faciales y nasales complejos, en cuyo caso el estudio de elección es la Tomografía de Senos Paranasales.

Dependiendo del tipo de traumatismo nasal el médico general podrá resolver la emergencia, o tendrá que derivarlo al especialista Otorrinolaringólogo.

El objetivo de esta Exposición en las II Jornadas Nacionales de Especialidades Quirúrgicas 2012 fue revisar los criterios de diagnóstico y el manejo inicial que debe realizarse en todo Servicio de Emergencias basados en la Evidencia Clínica. La exposición incluyó un pequeño taller y la presentación de videos de cómo se realizan las reducciones incruentas nasales, nebulización y colocación de tapones nasales anteriores para controlar epistaxis.

## • **MANEJO DE FARINGO AMIGDALITIS**

La Faringo-amigdalitis es un motivo de consulta muy frecuente para los Médicos Generales, Pediatras y Otorrinolaringólogos. Sin embargo, su manejo clínico es motivo de controversia, ya que se tiende a sobre diagnosticarlo, conllevando cada vez más al uso inadecuado e innecesario de antibióticos.

Este proceso agudo febril, de origen generalmente infeccioso, cursa con inflamación de las mucosas de la faringe y/o las amígdalas faríngeas, en las que se puede objetivar la presencia de eritema, edema, exudados, úlceras o vesículas. Afecta más a los niños entre 3 a 13 años de edad (30-40% de los casos), seguidos por el grupo de niños entre 2 a 3 años de edad (5-10%), y los menores de 2 años (3%); considerándose raro en éste último grupo. Insólitos son los casos reportados en menores de 18 meses de edad. La causa de esta distribución epidemiológica radica en que muchos de los pacientes son en realidad portadores de Estreptococo Beta Hemolítico del Grupo A que padecen una infección vírica. Hasta en el 30% de los casos no se identifican ningún patógeno.

En su etiología se ven involucrados virus (20-30%) y bacterias (15-30%). Entre los principales virus están los virus causantes del resfriado común (rinovirus, coronavirus, adenovirus, influenza, parainfluenza), y en menor medida otros como el virus coxsackie A, Epstein-Barro o Citomegalovirus. Dentro de la etiología bacteriana, el Estreptococo Beta Hemolítico del Grupo A sigue siendo el responsable de la mayoría de procesos infecciosos. En menor medida, puede deberse a la presencia de Anaerobios, Fusobacterias, Corynebacterium diphtheriae o Mycoplasma pneumoniae.

Se han establecido en consensos internacionales los criterios clínicos diagnósticos para determinar que se trata de un cuadro de causa viral versus uno bacteriano. El uso de la puntuación de Criterios de Mclsaac nos permite definir la conducta terapéutica correcta a seguir en una faringo-amigdalitis estreptocócica.

El objetivo de esta Exposición en el II Congreso Nacional de Medicina Clínica y Manejo del Dolor fue revisar los criterios de diagnóstico y el manejo de esta enfermedad basada en la Evidencia Clínica.

## **JUSTIFICACIÓN DE LOS TRABAJOS REALIZADOS**

### **a) Publicaciones**

- **COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DEL IMPLANTE COCLEAR: 8 AÑOS DE EXPERIENCIA**

La cirugía para colocación de un implante coclear permite al paciente con sordera severa o profunda recuperar su audición y reinsertarlo en la sociedad. Este dispositivo de alta tecnología transmite la información acústica a través de la vía auditiva central por medio de la estimulación eléctrica directa de las fibras nerviosas auditivas al ser insertado dentro de la cóclea.

El Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín es el único que realiza este tipo de cirugías a nivel nacional, dentro del Programa de Beneficios al Asegurado del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

La importancia de este estudio radica en que nuestra casuística es la única referencia a nivel nacional para la red de Hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. A pesar de los pocos años de experiencia (8 años), nuestros resultados confirman que es un procedimiento con baja morbi-mortalidad, ya que nuestra tasa global de complicaciones hasta el momento se encuentra dentro de los referentes internacionales. La publicación de este estudio (In Press) en la Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social nos ha permitido socializar nuestros resultados a nivel internacional.

- **INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA ADENOIDECTOMIA Y TONSILECTOMIA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN**

A pesar de que la adenoidectomía y la tonsilectomía son cirugías comunes en la práctica de la Otorrinolaringología, existe controversia sobre los criterios que deben llevar al cirujano a tomar la decisión de realizarla o no. En el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín se realizaba desde hace varios años tonsilectomías en adultos. Apenas desde el año 2009 se iniciaron las adenoidectomías y tonsilectomías enfocados hacia la población pediátrica, al aumentar la cobertura de aseguramiento y con ello la demanda de este tipo de atención.

La importancia de este estudio radica en comparar los resultados que hemos obtenido hasta el momento, analizando cuáles son los criterios quirúrgicos que manejamos como servicios basados en Evidencia y cotejarlos con las grandes casuísticas internacionales. La publicación de este trabajo en la Revista Cambios, Órgano Oficial de Difusión Científica del Hospital Carlos Andrade Marín nos ha permitido socializar a la comunidad médica propia y foránea nuestros resultados y experiencia quirúrgica, pudiendo demostrar que son procedimientos eficaces y con baja tasa de complicaciones si se los emplea de acuerdo a los criterios establecidos en consensos internacionales

- **CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y DE OÍDO MEDIO**

Los tumores malignos del Conducto Auditivo Externo y de Oído Medio no son frecuentes, pero representan un reto diagnóstico inicial para el médico general y/o el especialista Otorrinolaringólogo debido a que son confundidos y manejados como procesos óticos inflamatorios crónicos. La demora en el esclarecimiento de su diagnóstico y tratamiento puede significar una menor tasa de supervivencia para el paciente, debido a la rápida tasa de crecimiento e invasión local que tienen. Requieren cirugía y radioterapia combinada. A los 5 años, la sobrevida alcanza entre el 25 a 85%, dependiendo del estadio en que fueron diagnosticados y tratados.

El reporte de este caso clínico, el único estudiado durante mi formación como especialista en esta patología rara, contribuye a esclarecer los criterios clínicos que deben llevarnos a sospechar de esta patología y encaminarnos adecuadamente de acuerdo al estadiaje tumoral para realizar un procedimiento clínico-quirúrgico-radioterapéutico adecuado. Este trabajo fue publicado a través de la Revista Médica del Hospital José Carrasco Arteaga del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en Cuenca, con lo cual nuestro aporte no es sólo para los especialistas de nuestro Hospital sino de toda la red del IESS que tiene acceso a este medio escrito.

## b) Exposiciones en congresos

- **INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA ADENO-AMIGDALECTOMIA EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN**

La amigdalectomía (tonsilectomía) y la adenoidectomía son cirugías frecuentes en Otorrinolaringología, manejadas de manera controversial. Se han intentado definir los criterios para su realización, determinándose a las causas infecciosas y obstructivas como indicaciones absolutas. Sin embargo, actualmente también se manejan otros criterios como la sospecha de malignidad amigdalina, halitos, Nefropatía por IgA o el Síndrome PANDAS.

La relevancia de la presentación de este tema libre en el XII Congreso Nacional de Otorrinolaringología radicó en que pudimos socializar nuestra experiencia con colegas especialistas nacionales y extranjeros y reafirmar que nuestros resultados están acordes a los criterios internacionales empleados. Posteriormente, este trabajo fue publicado en la Revista Médica del Hospital Carlos Andrade Marín, permitiéndonos socializar nuestra experiencia con los colegas de la propia Institución y los foráneos.

- **MANEJO DE LAS EPISTAXIS POSTERIORES EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN**

La epistaxis es una consulta frecuente en Otorrinolaringología. Alrededor del 90-95% de los casos son de presentación anterior, sin embargo, el manejo de la epistaxis posterior representan un reto por la severidad de su presentación clínica y las posibles complicaciones que presenta.

Este Tema Libre presentado en el XII Congreso Nacional de Otorrinolaringología nos permitió revisar y analizar nuestros algoritmos de manejo, y socializar nuestros resultados con especialistas nacionales y extranjeros. La retroalimentación nos indica que las pautas de manejo del Servicio en nuestra Institución son las adecuadas y se basan en lo que indica la evidencia clínica.

- **COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DEL IMPLANTE COCLEAR.**

La cirugía para colocación de un implante coclear permite al paciente con sordera severa o profunda recuperar su audición y reinsertarlo en la sociedad. Aunque este procedimiento se ha venido realizando desde hace varios años en otros países, principalmente americanos y europeos, en nuestro País son pocos los Otorrinolaringólogos con este entrenamiento. El Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín es el único que realiza este tipo de cirugías a nivel nacional, dentro del Programa de Beneficios al Asegurado del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

La importancia de la presentación de este Tema Libre en el XIII Congreso Ecuatoriano de Otorrinolaringología, V Congreso Ecuatoriano de Rinología y Cirugía Facial, II Encuentro de las Academias Americana y Ecuatoriana de Otorrinolaringología, fue el revisar la casuística que llevábamos desde que inició el programa de Implantes Cocleares en nuestro Servicio y poder socializarlo con especialistas nacionales y extranjeros, estos últimos expertos en el tema.

Nuestros resultados son la única referencia a nivel nacional para la red de Hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en este tipo de cirugía. A pesar de los pocos años de experiencia (8 años), nuestros resultados confirman que es un procedimiento con baja morbi-mortalidad, ya que nuestra tasa global de complicaciones hasta el momento se encuentra dentro de los referentes internacionales. Posteriormente, este trabajo fue presentado para su publicación en la Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social lo que nos ha permitido socializar nuestros resultados a nivel internacional.

- **CIRUGÍA DEL OÍDO CRÓNICO: RESULTADOS EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN**

Existe una gran demanda de pacientes con patologías óticas crónicas que requieren resolución quirúrgica. El éxito de estos procedimientos radica en establecer un buen diagnóstico, la elección adecuada de la técnica quirúrgica, su correcta ejecución y los cuidados posquirúrgicos.

La importancia de la presentación de este Tema Libre en el XIII Congreso Ecuatoriano de Otorrinolaringología, V Congreso Ecuatoriano de Rinología y Cirugía Facial, II Encuentro de las Academias Americana y Ecuatoriana de Otorrinolaringología fue el socializar con especialistas nacionales y extranjeros los resultados curativos, funcionales y anatómicos que hemos obtenido con las técnicas quirúrgicas que empleamos como Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín. Nuestros resultados anatómicos y curativos son muy buenos y comparables a los reportados en casuísticas internacionales. El reto es mejorar los resultados funcionales.

- **OTITIS MEDIA AGUDA**

La Otitis Media Aguda (OMA), constituye uno de los principales motivos de consulta en medicina. Tanto el Médico General, el Pediatra cuanto el Especialista Otorrinolaringólogo debe saber diagnosticarla y tratarla adecuadamente, para evitar así su sobre diagnóstico y el uso inadecuado e innecesario de antibióticos.

Esta exposición en las II Jornadas Nacionales de Especialidades Quirúrgicas 2012 me permitió revisar los criterios de diagnóstico y tratamiento clínico actualizados basados en Evidencia Clínica y socializarlos con los Médicos Generales y Especialistas asistentes, para fomentar su adecuado manejo clínico.

- **FRACTURAS NASALES: TALLER: REDUCCIÓN Y COLOCACIÓN DE TAPONES NASALES**

El trauma nasal es una emergencia muy común en la Sala de Atención de cualquier unidad médica y que requiere por parte del Médico General un abordaje adecuado para su manejo y derivación al Especialista Otorrinolaringólogo cuando proceda.

El objetivo de esta Exposición en las II Jornadas Nacionales de Especialidades Quirúrgicas 2012 fue revisar los criterios de diagnóstico y el manejo inicial que debe realizarse en todo Servicio de Emergencias basados en la Evidencia Clínica. La exposición incluyó un pequeño taller y la presentación de videos de cómo se realizan las reducciones incruentas nasales, ferulización y colocación de tapones nasales anteriores para controlar epistaxis, dirigida a los Médicos Generales y Especialistas presentes, lográndose la participación e interacción de la audiencia.

- **MANEJO DE FARINGO AMIGDALITIS**

La faringo-amigdalitis es un motivo de consulta muy frecuente para los Médicos Generales, Pediatras y Otorrinolaringólogos. Sin embargo, su manejo clínico es motivo de controversia, ya que se tiende a sobre diagnosticarlo, conllevando cada vez más al uso inadecuado e innecesario de antibióticos. Se desconoce que muchos de los pacientes son en realidad portadores de Estreptococo Beta Hemolítico del Grupo A que padecen una infección vírica asociada. El uso de criterios diagnósticos nos permite determinar qué casos requieren manejo clínico y cuáles no.

El objetivo de esta Exposición en el II Congreso Nacional de Medicina Clínica y Manejo del Dolor fue revisar con los Médicos Generales y Especialistas que acudieron el manejo adecuado de esta enfermedad basada en la Evidencia Clínica, recalcando la importancia de no utilizar antibióticos de manera indiscriminada.



**PUBLICACIONES**

TRABAJO ORIGINAL

**COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DEL  
IMPLANTE COCLEAR: 8 AÑOS DE  
EXPERIENCIA**

**Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(6). (In Press)**

A C U S E D E R E C I B O

**Revista  
Médica**


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
 COMISIÓN DE REGISTRO E INFORMACIÓN  
 ÁREA DE GENERACIÓN DE FUENTES DE INFORMACIÓN

REF. NUM.: 253/2014

Recibimos del doctor (a): Daniela Yépez Pabón

Para revisión por el Consejo Editorial de REVISTA MÉDICA, el trabajo intitulado:

**“Complicaciones posquirúrgicas del implante coclear: 8 años de experiencia”**

<u>18</u>	Páginas
<u>4</u>	Figuras
<u>2</u>	Tablas
<u>1</u>	Pies de figura
<u>25</u>	Referencias
<u>NO</u>	Disquete
<u>SI</u>	Transferencia de Derechos de Autor
<u>SI</u>	Carta de Declaración de no conflicto de interés para autores
<u>SI</u>	Lista de verificación para entrega de documentos para probable publicación

Recepción

Fecha: 11/18/2014

Dr. Manuel Ramiro Hernández  
 Tel. directo 57 61 23 25  
 Conm. 56 27 69 00 ext. 21258  
[revista.medica@imss.gob.mx](mailto:revista.medica@imss.gob.mx)

Fecha: 28 de abril de 2015.

Referencia: 253/2014

Título: "Complicaciones posquirúrgicas del implante coclear: 8 años de experiencia"

Dictamen Editorial: Aceptado

Doctora  
Daniela Yépez Pabón  
Postgradista de Otorrinolaringología de la  
Universidad de San Francisco de Quito  
Hospital "Carlos Andrade Marín"  
Quito, Ecuador  
Autora principal

Estimada autora:

Tengo el gusto de comunicarles, que una vez realizado el arbitraje editorial por pares, el grupo editorial de la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, acepta su trabajo con referencia 253/2014, "Complicaciones posquirúrgicas del implante coclear: 8 años de experiencia", para ser publicado en el No. 6, Vol. 53, 2015 de la Revista Médica del IMSS, ya que reunió todos los requisitos necesarios.

Les agradecemos haber tomado en cuenta a nuestra Revista para difundir tan digno y valioso trabajo, y al mismo tiempo le hacemos una cordial invitación para hacemos llegar nuevas aportaciones de interés para nuestros lectores y en donde ustedes son expertos.

Les envío un cordial y atento saludo.

Atentamente



Dr. Manuel Ramiro Hernández  
Jefe de Editores

ilr\*

Apartado Postal COV-542, C.P. 06101

México D.F. Tel. y Fax 57 61 23 25

Conm. 56 27 69 00 ext. 21258

[revista.medica@imss.gob.mx](mailto:revista.medica@imss.gob.mx)

## Complicaciones posquirúrgicas del implante coclear: 8 años de experiencia

### Postoperative complications of cochlear implant: eight years of experience

Daniela Yépez-Pabón\*, Marco Guevara-Sánchez\*\*

\* Médico Posgradista de Otorrinolaringología. Hospital "Carlos Andrade Marín". Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Universidad San Francisco. Quito-Ecuador

\*\* Médico Otorrinolaringólogo. Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital "Carlos Andrade Marín". Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito- Ecuador

#### CORRESPONDENCIA

Daniela Yépez Pabón  
[dyp\\_doc@hotmail.com](mailto:dyp_doc@hotmail.com)

#### RESÚMEN

Introducción: El implante coclear es una cirugía con poca morbimortalidad. Las complicaciones posquirúrgicas pueden ser menores y mayores. Las menores requieren manejo conservador; las mayores, re intervención o retiro del implante. El objetivo es determinar nuestras complicaciones y cotejarlas con series internacionales y latinoamericanas.

Métodos: Se analiza retrospectivamente 275 casos intervenidos entre Diciembre 2005 a Diciembre 2013. Se incluyen niños y adultos entre 11 meses hasta 82 años de edad. Se evalúan datos demográficos, colocación uni o bilateral, tipo de cirugía y las complicaciones posquirúrgicas. El seguimiento fue por 20 meses.

Resultados: El 57.46% son niños y adolescentes, el 33.81% jóvenes y adultos y el 8.73% adultos mayores. El índice de complicaciones es del 12% (n=33), 6.91% en mujeres y 5.09% en hombres. Entre los 19 a 60 años hay más complicaciones.

Las complicaciones menores representan el 7.64%: infección local (n=9), parálisis facial transitoria tardía (n=7), vértigo (n=3) y tinnitus (n=2). Prevalcen en niños y adultos. Las complicaciones mayores son el 4.36%: hematomas posquirúrgicos (n=8), extrusiones (n=2) e inadecuada colocación de electrodos (n=2). Predominan en los adultos entre 19 a 60 años. No se presentan casos de meningitis ni decesos.

Conclusiones: La implantación coclear tiene baja incidencia de complicaciones. Nuestros resultados, los únicos reportados a nivel nacional, son similares a los que menciona la literatura.

**PALABRAS CLAVES:** implante coclear, complicaciones, infección, reimplantación

## SUMMARY

**Background:** Cochlear implant surgery has a low morbidity and mortality. Postoperative complications can be minor and major. Minor complications require conservative management; major complications require reoperation or implant removal. The aim is to determine our complications and compare them with international and Latin American series.

**Methods:** 275 operated cases were retrospectively analyzed from December 2005 to December 2013. Children and adults between 11 months to 82 years old are included. Demographic data, unilateral or bilateral placement, type of surgery and postoperative complications were evaluated. The follow-up was made for 20 months.

**Results:** The 57.46% are children and adolescents, youth and adults are 33.81%; and 8.73% are seniors. The complication rate is 12% (n=33), 6.91% for women and 5.09% for men. There are more complications among 19 to 60 years old. Minor complications account for 7.64%: local infection (n=9), delayed transient facial palsy (n=7), vertigo (n=3) and tinnitus (n=2). These are prevalent in children and adults. Major complications are 4.36%: postoperative hematoma (n=8), extrusions (n=2) and inadequate electrode placement (n=2). These predominate in adults among 19 to 60 years. No deaths or cases of meningitis occurred.

**Conclusions:** Cochlear implantation has a low incidence of complications. Our results, the only reported at the national level, are comparable with those mentioned in literature.

**Key words:** cochlear implant, complications, infection, re-implantation

## INTRODUCCIÓN

El Implante Coclear es un producto sanitario implantable activo, de alta tecnología y precisión, encaminado a transmitir la información acústica a través de la vía auditiva central por medio de la estimulación eléctrica directa de las fibras nerviosas auditivas, a fin de restablecer la audición en los pacientes con sordera severa o profunda.<sup>1</sup>

La cirugía de implante coclear como cualquier procedimiento quirúrgico no está exenta de riesgos, aunque relativamente no es propensa a complicaciones.<sup>2</sup> Estudios internacionales previos han demostrado una baja tasa de complicaciones posquirúrgicas del implante coclear, por lo tanto se considera que es un procedimiento relativamente seguro.<sup>3, 4, 5</sup>

El índice global de complicaciones se ha reportado entre el 5 y 13% dependiendo de las series.<sup>2, 6</sup> Cohen en el año 1995 divide las complicaciones posquirúrgicas de esta cirugía en categorías: complicaciones menores y mayores<sup>6, 7, 8</sup>

Las complicaciones menores son aquellas que pueden o no producir una disminución en el funcionamiento del implante pero que se resuelven de manera espontánea o con tratamiento conservador, sin necesidad de realizar una nueva intervención quirúrgica. Estas incluyen: infección local de la herida quirúrgica, tinnitus, mareos, alteración del gusto y parálisis facial transitoria tardía. La literatura cita una incidencia entre el 7 y 37%.<sup>2, 8, 9</sup>

Las complicaciones mayores son aquellas que requieren re intervención quirúrgica. Éstas incluyen: complicaciones con el colgajo que llevan a extrusión del dispositivo y requieren re intervención quirúrgica, formación de fístulas de líquido cefalorraquídeo, meningitis; y el fallo (técnico o médico) del dispositivo implantado requiriendo que sea ex plantado y/o reimplantado.<sup>9, 10, 11</sup> La incidencia de complicaciones mayores en la literatura se la reporta entre 2.5 y 15%.<sup>2, 5, 8, 9, 10</sup>

El Servicio de Otorrinolaringología del Hospital "Carlos Andrade Marín" del Instituto Ecuatoriano de

Seguridad Social (IESS) implementó el Programa de Implantes Cocleares en Diciembre del año 2005. Hasta Diciembre del año 2013 se colocaron 275 implantes. Nuestra casuística es la única reportada a nivel nacional.

Este estudio tiene por objeto revisar la casuística de estas cirugías en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital “Carlos Andrade Marín” y cotejar nuestros resultados con series internacionales y latinoamericanas.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

**DISEÑO:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo.

**MUESTRA:** La información fue obtenida de los expedientes clínicos de 275 pacientes intervenidos para colocación de Implante Coclear en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital “Carlos Andrade Marín” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Quito, en el período Diciembre del 2005 a Diciembre del 2013. Se incluyeron pacientes pediátricos y adultos. A todos los pacientes se les realizó seguimiento por 20 meses.

**ANÁLISIS:** se utilizó estadística descriptiva para analizar las variables cuantitativas de los pacientes, con la intención de conocer su distribución demográfica y particularidades en cuanto a la colocación uni o bilateral del implante, el tipo de cirugía realizada (primaria o secuencial) y los tipos de complicaciones posquirúrgicas que se presentaron (menores o mayores). Todos los datos obtenidos se tabularon con el programa estadístico de Microsoft Excel.

## **RESULTADOS**

El estudio incluyó niños y adultos entre 11 meses hasta 82 años de edad.

Hubo una distribución equitativa entre géneros (50.54% varones vs 49.46% mujeres). El promedio de edad en el grupo infantil de menores a 3 años fue de 1.9 años, en el de adultos jóvenes, 29 años; y en el grupo de adultos, 51 años.

El 57.46% de las intervenciones quirúrgicas se las realizó en los pacientes pediátricos y adolescentes. Los niños menores de 3 años representaron el grupo con mayor número de intervenciones realizadas (100/275), representando el 36.37% del total. El grupo de los jóvenes y adultos hasta los 60 años de edad representaron en conjunto el segundo grupo más intervenido (33.81%). En nuestra casuística, el grupo de adultos mayores representó sólo el 8.73%. Estos resultados se resumen en el Cuadro I.

De las 275 cirugías realizadas, el 97% correspondieron a colocación unilateral del Implante y el 3% restante fueron Implantes bilaterales. Según el tipo de cirugía realizada, el 96.7% correspondieron a cirugías primarias, 8 casos (2.9%) fueron cirugías secuenciales; y 1 caso (0.4%) fue la primera colocación simultánea de implantes cocleares en nuestro servicio.

Del total de cirugías realizadas, 33 pacientes (12%) presentaron algún tipo de complicación posquirúrgica. Las complicaciones menores representaron el 7.64% del total (n=21), y las complicaciones mayores, el 4.36% (n=12). En el grupo femenino se encontraron el mayor número de complicaciones (6.91%) frente al grupo masculino (5.09%). El Cuadro II muestra estos resultados.

Al correlacionar resultados por género y edad, en el género femenino, el grupo de edad comprendido entre 41 a 60 años fue el que más complicaciones presentó (2.18%), seguido por el grupo entre 19 a 40 años (1.82%) y finalmente, por el grupo entre 3 a 18 años de edad, quienes presentaron el 1.1% de complicaciones. Los grupos de edad limítrofes tuvieron los menores porcentajes de complicaciones, siendo el 1.1% en los  $\leq 3$  años de edad y de 0.36% en los mayores de 61 años. En los pacientes masculinos, nuevamente los grupos etarios entre 41 a 60 años (1.82%) y el de 19 a 40 años (1.45%)

presentaron el mayor promedio de complicaciones. A diferencia del grupo femenino, los niños  $\leq 3$  años de edad representaron el tercer grupo con mayor incidencia de complicaciones (1.1%). Los pacientes comprendidos entre los 3 a 18 años, y los de más de 61 años presentaron una baja incidencia de complicaciones (0.36% cada uno).

En cuanto al tipo de complicaciones por género y edad, en la población femenina entre los 19 a 40 años, y las de 41 a 60 años, el mayor porcentaje correspondieron a complicaciones menores (1.1% y 1.82%, respectivamente). Sin embargo, el tercer grupo en prevalencia de presentación de complicaciones, comprendido por las pacientes entre 3 a 18 años, presentaron mayor índice de complicaciones mayores (1.09%).

El grupo masculino presentó mayor número de complicaciones menores en cada grupo, representando el 0.73% en pacientes  $\leq 3$  años de edad, el 1.1% en los de 19 a 40 años; y el 1.45% en los pacientes entre 41 a 60 años de edad. En los Cuadros III y IV se correlacionan estos datos.

Entre las complicaciones posquirúrgicas menores encontramos: 9 casos de infección local de la herida (3.27%), 7 casos de parálisis facial transitoria tardía (2.55%), 3 casos de vértigo posquirúrgico (1.09%); y 2 casos de presencia de tinnitus (0.73%).

La infección local de la herida fue más común en los niños y adolescentes entre  $\leq 3$  a 18 años, quienes en conjunto representaron el 1.81%. Todos los casos de parálisis facial tardía transitoria se presentaron en pacientes adultos comprendidos entre los 19 a 60 años. El vértigo posquirúrgico se presentó exclusivamente en la población adulta mayor entre 41 a 82 años de edad. El tinnitus se presentó en los grupos de adultos jóvenes de 19 a 40 años y de adultos mayores entre 41 a 60 años de edad.

Las complicaciones posquirúrgicas mayores fueron: 8 casos (2.90%) de formación de hematomas posquirúrgicos, 2 casos (0.73%) de colocación inadecuada de electrodos; y 2 casos (0.73%) de extrusión del dispositivo. Los 4 últimos casos requirieron re implantación.

De los hematomas posquirúrgicos, 4 casos se presentaron en la población pediátrica comprendida entre  $\leq 3$  a 18 años, representando el 1.45% de complicaciones, 3 casos (1.09%) en los adultos jóvenes entre 19 a 40 años, y 1 caso (0.36%) en los adultos mayores.

Se presentaron dos casos (0.73%) de colocación inadecuada de electrodos. Ambos en población entre  $\leq 3$  a 18 años.

Los casos de extrusión del dispositivo se produjeron por lesión de la piel del área quirúrgica por decúbito (1 caso), e infección de la zona del receptor (1 caso), y se presentaron exclusivamente en la población adulta por sobre los 40 años de edad, representando en conjunto 0.73% de complicaciones. El Cuadro V resume los tipos de complicaciones por género y edad.

No se presentaron casos de meningitis ni decesos.

Realizando una comparación con la casuística internacional y latinoamericana referenciales, notamos que nuestro porcentaje de complicaciones posquirúrgicas es similar. El Cuadro VI coteja los resultados de nuestra experiencia con la revisión de la literatura.

## DISCUSIÓN

El análisis de los resultados de la cirugía de implante coclear conlleva algunas consideraciones relevantes que se deben tomar en cuenta. No es lo mismo implantar a un niño sordo congénito antes de los 3 años de edad, que haya sido diagnosticado oportunamente y colocados sus audífonos antes del año, con terapia de lenguaje y toda la asistencia recomendada; que a otro niño mayor de 3 años y sin estimulación auditiva ni terapia de lenguaje previos, definitivamente las expectativas son diferentes. Incluso será diferente en el caso de un niño menor de 3 años sin la estimulación previa recomendada. Se considera que la edad crítica por la gran plasticidad neuronal auditiva está dentro de los 3 primeros años de vida, luego de lo cual va disminuyendo y los resultados en el desarrollo de



lenguaje no será el mismo.<sup>3,4</sup> A partir de esta edad crítica en los niños, cada caso deberá analizarse muy detenidamente para decidir implantar o no, se debe considerar la edad del diagnóstico, el tiempo de privación y la estimulación auditiva previa, su desarrollo de lenguaje, el grado de compromiso de los padres, etc.; para con estos elementos determinar las expectativas.

En el caso de los adolescentes la situación se complica porque se añaden problemas de autoestima por su discapacidad, discriminación de la sociedad y su entorno, temas de no inclusión, etc. que hacen que los pacientes acepten o no la intervención, o que utilicen o no el procesador de lenguaje.<sup>5</sup>

En los adultos post-linguales el resultado es más previsible<sup>6</sup>, en general son pacientes muy motivados y su adaptación al dispositivo bastante buena. En los adultos jóvenes hasta los 40 años de edad y adultos mayores hasta los 65 años, se justifica plenamente la intervención quirúrgica para favorecer su rehabilitación y reinserción en el medio, ya que están en edad económicamente productiva, caso contrario se convertirían en una carga para la sociedad.

En el grupo de la tercera edad, a veces el debate se plantea por el tema de recursos, nosotros consideramos que tienen pleno derecho. Nuestra Institución, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), por disposición legal determina la cobertura con esta cirugía también en esta población.

Estas son las consideraciones para analizar nuestros resultados en estos 5 grupos de edad y por lo tanto las complicaciones que se presentan en cada uno.

Los reportes de las complicaciones posquirúrgicas del Implante Coclear han sido clasificados como mayores y menores con el propósito de unificar criterios y poder establecer comparaciones válidas.<sup>2,4</sup> Existen numerosas revisiones que hacen referencia al porcentaje total de dichas complicaciones, ubicándolo entre 5 al 13%.<sup>2,6</sup>

En nuestro estudio hemos encontrado un porcentaje total de complicaciones del 12%, encontrándonos dentro de las referencias descritas.

La mayoría de las complicaciones posquirúrgicas menores aparecen inmediatamente después de la cirugía, pero tienden a resolverse con el tiempo. Dentro de éstas, el fracaso de la cicatrización asociado a infección de la herida quirúrgica es el problema más común. El porcentaje global de infecciones reportadas en la literatura varía de 1.7 al 16.6%.<sup>10,11</sup> En nuestro estudio, el 7.64% del total de complicaciones posquirúrgicas presentadas fueron de tipo menores, y de éstas, la infección de la herida quirúrgica fue la principal complicación, representando el 3.27%.

La infección local de la herida fue más común en la población pediátrica comprendida entre  $\leq 3$  a 18 años, probablemente por una inobservancia en las recomendaciones posquirúrgicas y manipulación de la herida por el niño.

Otra posible complicación menor muy comúnmente reportada es la parálisis facial transitoria tardía, cuya incidencia varía entre el 0.31 al 14%.<sup>11</sup> Nuestros hallazgos hacen relación a una aparición de esta complicación en el 2.55% de los casos. Todos los casos que reportamos se presentaron en pacientes adultos comprendidos entre los 19 a 60 años, con recuperación completa y satisfactoria, sin secuelas.

Se ha reportado en la literatura una incidencia de vértigo posquirúrgico entre 8 al 39%, mientras que el tinnitus se observa en alrededor del 1% de los casos.<sup>2,10</sup> En nuestro estudio se presentaron estos dos tipos de complicaciones menores, en porcentajes muy bajos, representando el 1.09% y el 0.73%, respectivamente. El vértigo posquirúrgico se presentó exclusivamente en la población adulta mayor entre 41 a 82 años de edad; mientras que el tinnitus se presentó en los grupos de adultos jóvenes de 19 a 40 años y de adultos mayores entre 41 a 60 años de edad. Los pacientes con vértigo tuvieron mejoría clínica gradual y completa. El paciente del grupo de 41 a 60 años de edad que presentó tinnitus persistió con la sintomatología y requirió recalibración del componente externo del implante coclear para atenuar el ruido, controlándolo. En el segundo caso de tinnitus, remitió espontáneamente a los 3 meses.

Las complicaciones mayores, por su parte, han sido reportadas en el rango entre 2.5 y 15%.<sup>9, 13,15</sup> En nuestro estudio, éstas representaron el 4.36%, rango aceptable y comparable con el de la literatura

internacional.

Dentro de las posibles complicaciones mayores, se ha reportado las relacionadas con la lesión del colgajo en una frecuencia de 0 – 5%.<sup>15,17</sup> Dichas complicaciones se pueden presentar como hematomas, ulceraciones y/o necrosis de la piel, dehiscencia de la incisión, infección del sitio del receptor, etc. Como consecuencia de esto, se causa extrusión parcial o total del componente interno del implante coclear.<sup>2,11</sup>

En nuestro estudio encontramos que la formación de hematomas posquirúrgicos fue el desenlace adverso más frecuente, representando el 2.91% de todas las complicaciones mayores. Este resultado se presentó mayoritariamente en la población pediátrica y adultos jóvenes. Consideramos que factores predisponentes pudieron ser una hemostasia fallida, potenciado por el probable mal manejo posquirúrgico sobre todo en los infantes, en quienes los padres reportaron manipulación y golpes contusos en el sitio de la incisión quirúrgica.

Por otra parte, apenas el 1.45% de todos los implantes cocleares que se colocaron requirieron reimplantación en nuestro estudio, siendo las causas principales la colocación inadecuada de electrodos, y la extrusión por lesión de la piel del área quirúrgica por decúbito y por infección de la zona del receptor.

Tuvimos dos casos en la población pediátrica de colocación inadecuada de electrodos. Se sospechó esta complicación por la falta de respuesta de la cadena de electrodos en la telemetría transquirúrgica, y se confirmó tras realizar una radiografía simple de cráneo. Posterior a la recolocación del Implante en el mismo tiempo quirúrgico, las respuestas en la telemetría fueron positivas para toda la cadena de electrodos, en ambos casos.

Una paciente del grupo mayor a 40 años de edad, presentó lesión de la piel del área quirúrgica por decúbito, secundaria a su falla en la adherencia a las recomendaciones establecidas y referidas. Utilizó lentes para lectura desde el posquirúrgico inmediato, lesionando el área de la incisión, que luego se agravó por el reposo prolongado en decúbito lateral del lado intervenido. Se explantó y se recolocó un nuevo dispositivo 8 meses después en el oído contralateral, sin complicaciones.

El paciente con infección de la zona del receptor ha sido el único caso en nuestra casuística hasta el momento, y desconocemos el motivo. En nuestro protocolo quirúrgico utilizamos solución de Claritromicina tanto en el lecho quirúrgico cuanto en el dispositivo implantable previo a su introducción, de manera que se pueda contrarrestar la formación de biofilms. Se procedió a explantar y fue recolocado uno nuevo en segundo tiempo quirúrgico, sin complicaciones posteriores.

Otros tipos de complicaciones posquirúrgicas mayores reportadas con frecuencia en la literatura son las fístulas de líquido perilinfático y las neuroinfecciones.<sup>10,11</sup> Sin embargo, en nuestro estudio no tuvimos estos desenlaces. De la misma manera, no se presentó ningún deceso por causa de la cirugía o derivado de las complicaciones posquirúrgicas de la misma.

El análisis y cotejo de nuestro estudio con grandes casuísticas internaciones nos permiten establecer que nuestros resultados están dentro de lo esperado para este tipo de procedimiento.

De entre las series actuales reportadas, la referencia española del estudio multicéntrico de Manrique y colaboradores del año 2006<sup>21</sup> es la de mayor importancia por el número de casos reportados. En ésta se establece en 10.48% el total de complicaciones posquirúrgicas, representando las menores el 7.06%, y las mayores el 3.42%.

Nuestros referentes latinoamericanos son los estudios de Zernotti y colaboradores del año 2012 (Argentina) y el estudio de Velandia y Rivas y colaboradores del año 2011 (Colombia). Zernotti<sup>23</sup>

incluye una casuística de 208 pacientes y reporta un índice de complicaciones total del 10.5%, siendo las mayores el 2.88% y las menores el 7.69%. El estudio de Velandia y Rivas<sup>25</sup> de Colombia abarca una casuística mayor (598 casos), y sus resultados son equiparables a los descritos en otros estudios, reportando un 8.2% de tasa total de complicaciones; presentándose en mayor porcentaje complicaciones menores (5.7%) versus las mayores (2.5%).

## CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos obtener las siguientes conclusiones:

- La cirugía de Implante Coclear tiene una baja tasa de complicaciones posquirúrgicas.
- Nuestros resultados son comparables con los reportados en series internacionales y latinoamericanas.
- Nuestra estadística es la única reportada a nivel nacional y por tanto la de mayor relevancia.
- La mayoría de los desenlaces de esta cirugía son complicaciones menores que afortunadamente requieren únicamente conducta expectante, vigilancia y/o tratamiento clínico ambulatorio.
- En nuestro estudio, la población pediátrica y los adultos jóvenes presentaron el mayor número de complicaciones menores, representando la infección local de la herida la primera causa. Estos hallazgos resaltan la importancia de insistir con los pacientes y familiares en las recomendaciones de cuidado en el posoperatorio.
- La principal complicación mayor que encontramos fue la formación de hematomas posquirúrgicos tanto en la población pediátrica como adulta, lo que nos plantea la necesidad de una meticulosa revisión hemostática transoperatoria y el manejo ambulatorio adecuado.

## REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Gluth, M. Implantes Cocleares. En Lalwani A. Diagnóstico y Tratamiento en Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello. McGraw Hill; 2009. p. 877-887.
- <sup>2</sup> Conrado A, Bernal G, Prieto J, Guzmán J. Complicaciones y causas de fallo en cirugía de implante coclear en pacientes del servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario Clínica San Rafael. Acta de Otorrinolaringología CCC 2011; 39(4): 213-224
- <sup>3</sup> Kempf H, Johann K, Lenarz T. Complications in pediatric cochlear implant surgery. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 1999; 256: 128-132.
- <sup>4</sup> Arnoldner C, Baumgartner W, Gstoettner W, Hamzavi J. Surgical considerations in cochlear implantation in children and adults: a review of 342 cases in Vienna. *Acta Otolaryngol.* 2005; 125 (3): 228-234.
- <sup>5</sup> Kempf H, Tempel S, Johann K, Lenarz T. Complications of cochlear implant surgery in children and adults. *Laryngorhinootologie* 1999 Oct; 78(10):529-37.
- <sup>6</sup> Cohen N, Hoffman R. Complications of cochlear implant surgery in adults and children. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1991 Sep; 100(9 Pt 1):708-11.
- <sup>7</sup> Lassig A, Zwolan T, Telian S. Cochlear implant failures and revision. *Otol Neurotol.* 2005; 26 (4): 624-634.
- <sup>8</sup> Goycoolea, M. et al. Experiencia Latinoamericana con el implante coclear. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2005; 65: 165-172
- <sup>9</sup> Ramos A, Charlone R, De Miguel I, Valdivieso A, Cuyas JM, Pérez D, et al. Complicaciones de la implantación coclear. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2006; 57: 122-125.
- <sup>10</sup> Manrique, M. et al. Implantes cocleares. Real patronato de prevención y atención a personas con minusvalía. Comisión de expertos: comisión española de audifonología (CEAF): SEORL, ANA, FEPAL, AELFA. Comisión para la detección precoz de la hipoacusia (CODEPEH). Federación española de padres y Amigos de los sordos (FIAPAS). *Acta Otorrinolaringol Esp* 2002; 53: 305-316
- <sup>11</sup> Achiques M, Morant M, Muñoz N, Marco J, Llópez I, Latorre E, et al. Complicaciones y fallos de la implantación coclear. *Acta Otorrinolaringológica Española* 2010; 61, Issue 6: 412-417

- <sup>12</sup> Jeppesen J, Emil C. Surgical complications following cochlear implantation in adults based on a proposed reporting consensus. *Acta Oto-Laryngologica*. 2013; 133: 1012-1021
- <sup>13</sup> Tambyraja R, Gutman M, Megerian C. Cochlear implant complications: utility of federal database in systematic analysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005; 131: 245-250.
- <sup>14</sup> Yu KC, Hegarty J, Gantz B, Lalwani A. Conservative management of infections in cochlear implant recipients. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001; 125: 66-70.
- <sup>15</sup> Shea JJ III, Domico EH. Facial nerve stimulation after successful multichannel cochlear implantation. *Am J Otol*. 1994; 15 (6): 752-756.
- <sup>16</sup> European consensus statements on cochlear implant failures and explantations. *Otol Neurotol*. 2005; 26: 1097-1099
- <sup>17</sup> Wang, J. T., Wang, A. Y., Psarros, C. and Da Cruz, M. (2014), Rates of revision and device failure in cochlear implant surgery: A 30-year experience. *The Laryngoscope*, 124: 2393–2399
- <sup>18</sup> Qiu J, Chen Y, Tan P, Chen J, Han Y, Gao L, et al. Complications and clinical analysis of 416 consecutive cochlear implantations. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011 Sep; 75(9):1143-6.
- <sup>19</sup> Ciorba A, Bovo R, Trevisi P, Rosignoli M, Aimoni C, Castiglione A, et al. Postoperative complications in cochlear implants: a retrospective analysis of 438 consecutive cases. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2012 Jun; 269(6):1599-603
- <sup>20</sup> Hansen S, Anthonsen K, Stangerup SE, Jensen JH, Thomsen J, Cayé-Thomasen P. Unexpected findings and surgical complications in 505 consecutive cochlear implantations: a proposal for reporting consensus. *Acta Otolaryngol*. 2010 May; 130(5):540-9
- <sup>21</sup> Manrique M, Ramos A, Morera C, Cenjor C, Lavilla M, Boleas M et al. Evaluación del implante coclear como técnica de tratamiento de la hipoacusia profunda en pacientes pre y post locutivos. *Acta Otorrinolaringológica Española*. Volumen 57, Issue 1, 2006, Pages 2–23
- <sup>22</sup> Lima J Rodrigues J, Calhau CM, Calhau AC, Palhano CT. Postoperative complications in implanted patients in the Cochlear Implant Program of Rio Grande do Norte-Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010 Jul-Aug;76(4):517-21
- <sup>23</sup> Zernotti M, Suárez A, Slavutsky V, Nicenboim L, Di Gregorio MF, Soto J. Comparación de complicaciones según la técnica utilizada en los implantes cocleares. *Acta Otorrinolaringológica Española*, Volumen 63, Issue 5, Pages 327-331.
- <sup>24</sup> Ikeya J, Kawano A, Nishiyama N, Kawaguchi S, Hagiwara A, Suzuki M. Long-term complications after cochlear implantation. *Auris Nasus Larynx*. 2013 Dec; 40(6):525-9.
- <sup>25</sup> Velandia R, Rivas J, Rivas A, Forero V. Complicaciones en el implante coclear pediátrico en la Clínica José A. Rivas. Bogotá – Colombia. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello*. 2013; 41(1): 32-35.

**Cuadro I. Datos demográficos generales del grupo estudiado (n=275)**

	Edad media (en años)		Desviación Standar	
	n	%	n	%
≤ 3 años	51	18.55	49	17.82
3-18 años	29	10.54	29	10.54
19-40 años	18	6.54	26	9.45
41-60 años	22	8	27	9.83
61-82 años	19	6.91	5	1.82
<b>TOTAL POBLACION</b>	<b>139</b>	<b>50.54</b>	<b>136</b>	<b>49.46</b>

**Cuadro II. Número Total de Complicaciones por Género (n=275)**

	MASCULINO		FEMENINO	
	n	%	N	%
<b>COMPLICACIONES MENORES</b>	10	3.64	11	4.00
<b>COMPLICACIONES MAYORES</b>	4	1.45	8	2.91
<b>TOTAL COMPLICACIONES</b>	14	5.09	19	6.91

Cuadro III. Complicaciones presentadas por grupo de edad y sexo

EDAD	MASCULINO (n=139)				FEMENINO (n=136)			
	SIN COMPLICACIONES		CON COMPLICACIONES		SIN COMPLICACIONES		CON COMPLICACIONES	
	N	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 Años	48	17.45	3	1.1	46	16.72	3	1.1
3-18 Años	28	10.18	1	0.36	25	9.1	4	1.45
19-40 Años	14	5.09	4	1.45	21	7.64	5	1.82
41-60 Años	17	6.18	5	1.82	21	7.64	6	2.18
61-82 Años	18	6.55	1	0.36	4	1.45	1	0.36

Cuadro IV. Tipo de complicaciones presentadas por grupo de edad y sexo (n=275)

EDAD	MASCULINO				FEMENINO			
	COMPLICACIONES MAYORES (n=4)		COMPLICACIONES MENORES (n=10)		COMPLICACIONES MAYORES (n=8)		COMPLICACIONES MENORES (n=11)	
	N	%	n	%	n	%	n	%
≤ 3 Años	1	0.36	2	0.73	2	0.73	1	0.36
3-18 Años	0	0	1	0.36	3	1.09	1	0.36
19-40 Años	1	0.36	3	1.1	2	0.73	3	1.1
41-60 Años	1	0.36	4	1.45	1	0.36	5	1.82
61-82 Años	1	0.36	0	0	0	0	1	0.36

Cuadro V. Tipo de complicaciones por género y edad

	MASCULINO										FEMENINO									
	≤ 3 Años		3-18 Años		19-40 Años		41-60 Años		61-82 Años		≤ 3 Años		3-18 Años		19-40 Años		41-60 Años		61-82 Años	
COMPLICACIONES MENORES	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Infección local	1	0.36	1	0.36	1	0.36	1	0.36	0	0	2	0.73	1	0.36	1	0.36	1	0.36	0	0
Parálisis facial transitoria tardía	0	0	0	0	2	0.73	2	0.73	0	0	0	0	0	0	1	0.36	2	0.73	0	0
Vértigo	0	0	0	0	0	0	1	0.36	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.36	1	0.36
Tinnitus	0	0	0	0	0	0	1	0.36	0	0	0	0	0	0	1	0.36	0	0	0	0
COMPLICACIONES MAYORES	≤ 3 Años		3-18 Años		19-40 Años		41-60 Años		61-82 Años		≤ 3 Años		3-18 Años		19-40 Años		41-60 Años		61-82 Años	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hematoma postquirúrgico	2	0.73	1	0.36	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.36	3	1.09	0	0	1	0.36
Colocación inadecuada de electrodos	1	0.36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.36	0	0	0	0	0	0
Lesión de piel área quirúrgica por decúbito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.36	0	0
Infección de la zona del receptor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.36	0	0

CUADRO VI. COMPLICACIONES DEL IMPLANTE COCLEAR. COMPARACION ENTRE ESTUDIOS					
AUTOR/ES	No. IMPLANTES COLOCADOS	PERIODO DE TIEMPO Y LUGAR DEL ESTUDIO	ÍNDICE TOTAL DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS	COMPLICACIONES MAYORES REPORTADAS	COMPLICACIONES MENORES REPORTADAS
Ciorba et al <sup>19</sup>	438	2003-2009. HOSP. UNIVERSITARIO FERRARA. ITALIA	9.1%	3 % EXTRUSION	6.1 % INFECCION HERIDA
Hansen S. et al <sup>20</sup>	505	2006-2009. HOSP. UNIVERSITARIO DE GENTOFTE. COPENHAGUE	18.3 % ADULTOS: 58.8% NIÑOS: 14.7%	ADULTOS: 1.6% NIÑOS: 14.7% EXTRUSION	ADULTOS 25%: VÉRTIGO NIÑOS 3.8%: INFECCION DE HERIDA
Manrique, Ramos, Cenjor et al <sup>21</sup>	877	2006. 5 CENTROS ESPAÑOLES: NAVARRA, PALMAS DE GRAN CANARIAS, VALENCIA, MADRID	10.48%	3.42% FALLO TÉCNICO DEL IMPLANTE: 3,07%	7.06%
Lima et al <sup>22</sup>	250	2000-2008. PROGRAMA IMPLANTE COCLEAR RIO GRANDE. BRAZIL	13.2%	5.2% HEMATOMAS FALLO TECNICO DEL IMPLANTE	8% INFECCION
Zernotti et al <sup>23</sup>	208	2011-2012. SANATORIO ALLENDE. ARGENTINA	10.5%	2.88% EXTRUSION	7.69%
Ikeya et al <sup>24</sup>	366	1985-2007. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOKYO. JAPON	16.1%	8.7% NECROSIS DE COLGAJO: 3.6%	7.4%
Velandia, Rivas et al <sup>25</sup>	598	1994-2011. CLINICA JOSE A RIVAS. COLOMBIA	8.2%	2.5% FALLO TECNICO DEL DISPOSITIVO/ EXTRUSION	5.7%
Yépez, Guevara (Sin Publicar)	275	2005-2013. HOSP. CARLOS ANDARES MARÍN. INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. ECUADOR	12 %	4.36% HEMATOMAS POSQUIRÚRGICOS (2.90%) EXTRUSION (0.73%) COLOCACIÓN INADECUADA DE ELECTRODOS (0.73%)	7.64% INFECCION HERIDA (3.27 %) PARÁLISIS FACIAL TRANSITORIA TARDÍA (2.55%) VÉRTIGO (1.09%) TINNITUS (0.73%)

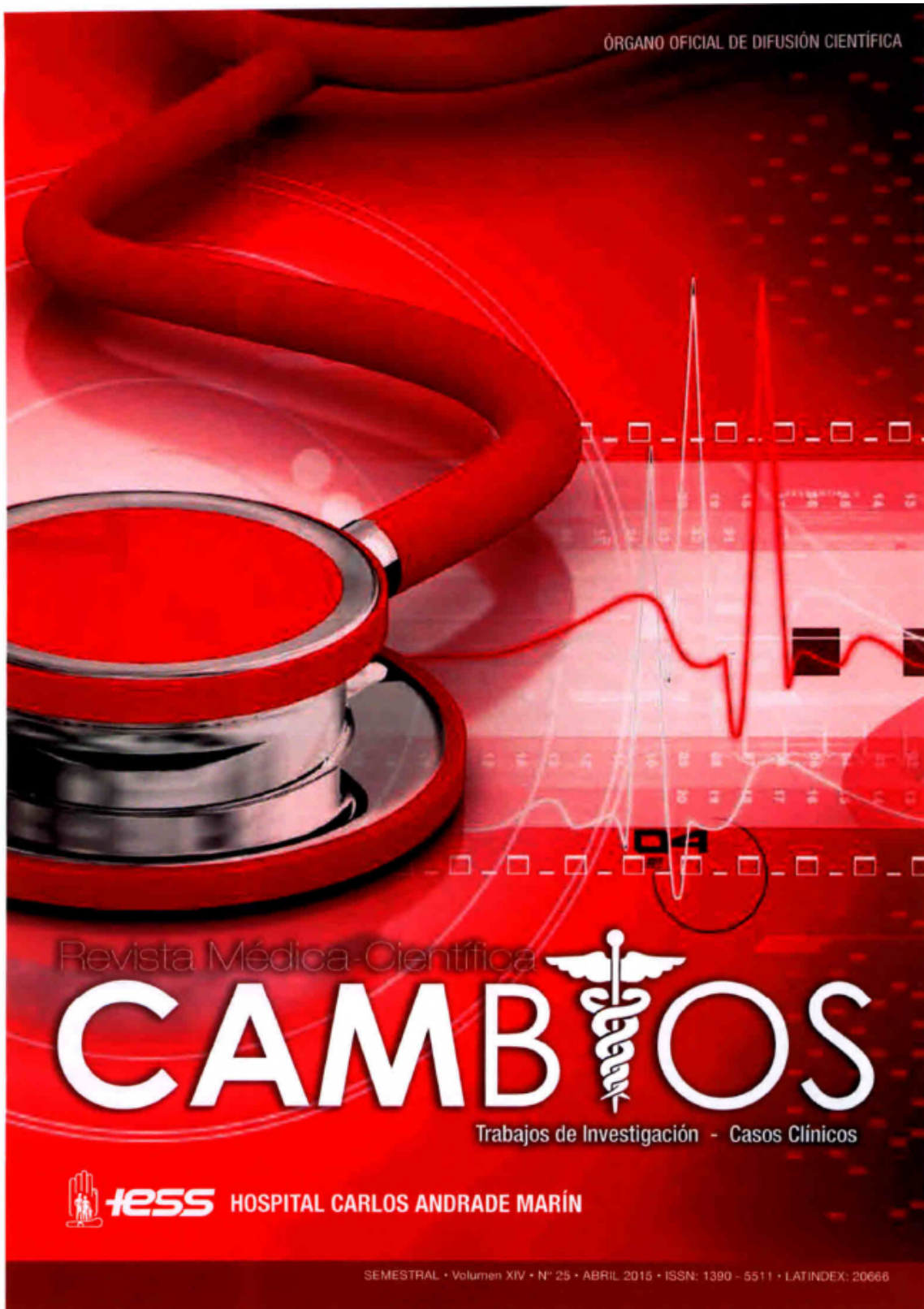


**TRABAJO ORIGINAL**

**INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA  
ADENOIDECTOMIA Y TONSILECTOMIA EN  
EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN**

**Revista Cambios 2015; 14 (25): 47-51**


ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN CIENTÍFICA



Revista Médica Científica

# CAMBOS

Trabajos de Investigación - Casos Clínicos

 **HESS** HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

SEMESTRAL • Volumen XIV • N° 25 • ABRIL 2015 • ISSN: 1390 - 5511 • LATINDEX: 20666

# Indicaciones y complicaciones de la adenoidectomía y tonsilectomía en el Hospital Carlos Andrade Marín

DRA. DANIELA YEPEZ PABON<sup>1</sup>, DRA. MERCEDES NARVAEZ BLACK<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Carlos Andrade Marín, Universidad San Francisco de Quito - Médico Posgradista de Otorrinolaringología

<sup>2</sup> Hospital Carlos Andrade Marín - Médico Tratante de Otorrinolaringología

Correspondencia:

Dra. Daniela Yépez Pabón. dyp\_doc@hotmail.com

Recibido: 23/03/2015 Aceptado: 27/03/2015

## RESUMEN

**Introducción:** la adenoidectomía y la tonsilectomía (amigdalectomía) son intervenciones quirúrgicas muy frecuentes en Otorrinolaringología. Sin embargo, muchas veces se las realiza sin un criterio valorable y de forma indiscriminada.

Aunque en principio las indicaciones generales para estas intervenciones son los procedimientos infecciosos u obstructivos, en la actualidad también se contempla su utilidad en otros cuadros poco comunes como la sospecha de malignidad amigdalina, halitosis de origen amigdalino, nefropatía por IgA y Síndrome PANDAS (Síndrome de Desorden Neuroquímico Pediátrico Autoinmune asociado con Estreptococo).

A partir de septiembre de 2009, el Hospital Carlos Andrade Marín amplió la cobertura de atención a la población pediátrica, aumentando el número de estas cirugías en nuestro Servicio.

El objetivo de este estudio fue, revisar las indicaciones y complicaciones de estos procedimientos basados en la experiencia de nuestro servicio en la población pediátrica y adulta y cotejarlas con los consensos internacionales.

**Materiales y métodos:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo utilizando los expedientes clínicos de los pacientes intervenidos en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo de mayo 2010 a diciembre 2012. Se analizaron datos demográficos, indicaciones para la realización de cirugía y complicaciones presentadas.

**Resultados:** se intervinieron un total de 120 pacientes en este periodo. No hubo diferencia en el sexo de los pacientes. El promedio de edad en Tonsilectomía en adulto fue 26 años y en niños, 5 años; en la Adenoidectomía el promedio de edad fue 4.5 años y en los casos de adenoidectomía + tonsilectomía combinada, la edad promedio fue 5 años de edad.

Se realizó tonsilectomía en el 45% de los pacientes, adenoidectomía en 30% y adenoidectomía + tonsilectomía combinada en 25% de los casos.

La principal indicación para realización de tonsilectomía fue la amigdalitis recurrente (57% casos), mientras que para la

## ABSTRACT

**Introduction:** adenoidectomy and tonsillectomy are very common surgeries in Otolaryngology. However, often they are done without a valuable criterion and indiscriminately.

Although in principle the general indications for these interventions are infectious or obstructive procedures, currently its utility is also required by other rare cases as suspected tonsillar malignancy, halitosis of tonsillar origin, IgA nephropathy syndrome and PANDAS (Syndrome Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder associated with Streptococcus).

From september 2009, Carlos Andrade Marín Hospital expanded coverage for care in the pediatric population, increasing the number of these surgeries in our Service.

The aim of this study was to review the indications and complications of these procedures based on the experience of our service in the pediatric and adult population and to align with international consensus.

**Materials and methods:** a descriptive and retrospective study was conducted using the medical records of patients treated in the Department of Otolaryngology, Carlos Andrade Marín Hospital in the period from may 2010 to december 2012. Demographic data, indications for surgery and complications were analyzed.

**Results:** a total of 120 patients were operated during this period. There was no difference in sex of patients. The average age in adult Tonsillectomy was 26, and in children, 5 years; the mean age in Adenoidectomy was 4.5 years and in cases of combined tonsillectomy and adenoidectomy, the average age was 5 years old.

Tonsillectomy was performed in 45% of patients, 30% adenoidectomy, and combined tonsillectomy and adenoidectomy in 25% of cases.

The main indication for performing tonsillectomy was recurrent tonsillitis (57% cases), while for adenoidectomy was obstructive adenoid hypertrophy (60% cases).



adenoidectomía fue la hipertrofia adenoidea obstructiva (60% casos). La tasa total de complicaciones en tonsilectomía fue del 11% (6 / 54); correspondiendo a 4 casos de sangrado precoz (7%), y 2 casos de epistaxis posterior, secundarios a intubación nasotraqueal.

En adenoidectomía, la tasa total de complicaciones fue del 5% (2/36), 1 caso por epistaxis severa, y 1 caso por desgarro de mucosa de nasofaringe que fue controlado durante cirugía. No hubo complicaciones en los casos de adenoidectomía + tonsilectomía combinada. No se presentaron decesos en ningún grupo.

**Conclusiones:** la adenoidectomía y la tonsilectomía son procedimientos quirúrgicos eficaces y con baja tasa de complicaciones si se los emplea de acuerdo a los criterios establecidos en consensos internacionales. Nuestra experiencia quirúrgica está acorde a ello.

**Palabras clave:** adenoidectomía, tonsilectomía, tonsila faríngea (adenoides), tonsila palatina (amígdalas) infección, hipertrofia.

The overall complication rate in tonsillectomy was 11% (6/54); corresponding to 4 cases of early bleeding (7%), and 2 cases of posterior epistaxis by nasotracheal intubation.

In adenoidectomy, the overall complication rate was 5% (2/36), 1 case of severe epistaxis, and 1 case by tearing of the nasopharyngeal mucosa that was controlled during surgery. There were no complications in cases of adenoidectomy + combined tonsillectomy. No deaths occurred in either group.

**Conclusions:** adenoidectomy and tonsillectomy are effective surgical procedures and have low rate of complications if they are used according to the criteria established by international consensus. Our surgical experience is accordingly.

**Keywords:** adenoidectomy, tonsillectomy, pharyngeal tonsils (adenoids), palatine tonsils (tonsils) infection, hypertrophy

## INTRODUCCIÓN:

La adenoidectomía y la tonsilectomía (amigdalectomía) son cirugías muy frecuentes en la práctica de la Otorrinolaringología pediátrica y de adulto. Sin embargo, muchas veces se las realiza sin un criterio valorable y de forma indiscriminada.<sup>1,2</sup>

Los primeros reportes de criterios para cirugía datan de 1966. Paradise,<sup>3,4</sup> sugirió las infecciones recurrentes de las amígdalas palatinas como criterio para tonsilectomía.

Luego, Bluestone y Bachman en 1984, apoyaron este criterio realizando estudios de la eficacia de la tonsilectomía en las amigdalitis recurrentes con estudios paralelos randomizados y no randomizados.

En cuanto a la adenoidectomía, la evolución ha sido similar a la de la tonsilectomía, ya que han sido intervenciones generalmente ligadas y realizadas en el mismo acto quirúrgico. Sin embargo, los últimos consensos han permitido establecer los criterios clínicos para realizar cada una de las cirugías mencionadas o en combinación.<sup>4,5</sup>

Antiguamente se consideraba sólo a los procesos infecciosos amigdalinos recurrentes como criterio para tonsilectomía. Luego, con la introducción de los antibióticos, el número de cirugías disminuyó notablemente, por lo que en las últimas décadas cambió el criterio de su utilidad para el tratamiento de la infección hacia el nuevo concepto de la mejoría en los casos de obstrucción de la vía aérea superior.<sup>6,7</sup>

En el año 2006, la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial y la Asociación Española de Pediatría, establecieron un Consenso sobre las Indicaciones de Adenoidectomía y Amigdalectomía el cual sigue vigente hasta la actualidad.<sup>8</sup>

Los criterios para tonsilectomía establecidos hacen referencia a dos categorías: los procesos infecciosos recurrentes y el síndrome de apnea obstructiva del sueño.<sup>8,9</sup>

Los procesos infecciosos recurrentes incluyen amigdalitis, abscesos periamigdalinos y adenitis cervical.

Se considera amigdalitis recurrentes cuando se presentan: 7 episodios de faringoamigdalitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A tratadas en 1 año o más de 5 episodios en los 2 últimos años o más de 3 episodios en los 3 últimos años.

Adicionalmente en cada episodio debe cumplirse al menos 1 de los 4 criterios:

- Fiebre > 38.3°C.
- Adenopatía cervical.
- Exudados amigdalares.
- Evidencia de infección por *Streptococo* Beta hemolítico del Grupo A.

Se considera indicación quirúrgica la presentación de dos casos consecutivos de absceso periamigdalino. A su vez, se considera criterio para tonsilectomía si hay presencia de adenopatías cervicales múltiples dolorosas, acompañadas de inflamación local, fiebre superior a 38°C y coexistencia de infección respiratoria alta o amigdalitis que se presentan con la misma frecuencia considerada para la amigdalitis recurrente.<sup>9</sup>

El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) es una patología común en niños y adultos. El pico de prevalencia en la infancia se produce entre los 2 y 8 años, que es cuando la hipertrofia del tejido linfóide (tonsilas) alcanza su mayor tamaño.

Los SAOS no tratados pueden provocar complicaciones graves, como retraso en el desarrollo pondoestatural, descenso del rendimiento escolar y en casos graves cor pulmonale. En los adultos esta patología se asocia a obesidad, anomalías craneofaciales y alteraciones neuromusculares.<sup>9,10</sup>

El grado de severidad viene definido por el grado más severo de las 3 circunstancias que se valoran: adormecimiento y/o somnolencia, anomalías en el intercambio gaseoso y alteraciones respiratorias (índice apnea/hipopnea) (IAH).

En los niños el adormecimiento y/o somnolencia diaria durante las actividades escolares, asociado a una disminución igual o superior al 4% de saturación de oxígeno y/o asociado a un cambio en el ritmo cardíaco igual o mayor de un 25% y un IAH igual o mayor a 5 debe ser considerado como grado severo, siendo indicación absoluta para cirugía.

La complicación más frecuente y preocupante de la tonsilectomía es la hemorragia que ocurre entre el 0.28 a 20% de los casos. La hemorragia postamigdalectomía se clasifica en: precoz, misma que se presenta de manera inmediata o dentro de las primeras 24 horas de cirugía y ocurre hasta en 3.9% de los casos, y la hemorragia tardía que se presenta en alrededor del 9.2% de los casos, esta se define como aquella que se presenta después de las primeras 24 horas hasta 10 a 28 días posterior al procedimiento.<sup>11</sup>

La incidencia de hemorragia posamigdalectomía es mayor en los pacientes con infección crónica, debido a la inflamación del tejido, lo que se traduce en un aumento de la friabilidad del tejido y una mayor incidencia de complicaciones en la cicatrización.<sup>12</sup>

Según el Consenso del 2006, establece así mismo como criterios para adenoidectomía dos categorías: cuadros obstructivos e infecciones recurrentes.

La hipertrofia adenoidea marcada conduce a una insuficiencia respiratoria nasal mantenida y a la afectación del normal funcionamiento de la tuba auditiva, traducida como cuadros de otitis medias agudas recidivantes o crónicas serosas persistentes.<sup>1,8</sup>

En cuanto al criterio para definir infecciones adenoideas recurrentes, se considera criterio quirúrgico si se presentan 4 o más episodios por año de adenoiditis a pesar de tratamiento médico apropiado, con repercusión otica y/o asociada a procesos rinosinuales crónicos persistentes.<sup>1,13</sup>

La mayor complicación reportada en la adenoidectomía es la hemorragia, generalmente epistaxis. Su incidencia oscila desde menos de 1% hasta cerca del 8%.<sup>14</sup> Con menos frecuencia, se puede presentar casos de incompetencia velopalatina posquirúrgica, dislalia u otitis media.<sup>13</sup>

Además de los criterios establecidos, se han indicado otros adicionales para los casos poco usuales que requerirían cirugía, entre los que se citan: patologías tumorales de las tonsilas palatinas o faríngeas (sobre todo linfomas) y procesos autoinmunes por *Streptococos* (como nefropatía por IgA y el Síndrome PANDAS).<sup>9</sup>

Este estudio tiene por objeto revisar la casuística de estas cirugías en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín y cotejar nuestros resultados de indicaciones y complicaciones con la literatura internacional de referencia.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo.

**Muestra:** la información fue obtenida de los expedientes clínicos de 120 pacientes intervenidos en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo de mayo 2010 a diciembre 2012, teniendo como criterios de inclusión pacientes pediátricos y adultos programados para cirugía de adenoidectomía, tonsilectomía o adenoamigdalectomía.

**Análisis:** se utilizó estadística descriptiva para analizar las variables cuantitativas de los pacientes con la intención de conocer su distribución demográfica y particularidades en cuanto a criterio para la realización de cirugía y complicaciones presentadas.

## RESULTADOS

El estudio incluyó niños y adultos. El promedio de edad en Tonsilectomía en adultos fue de 26 años, y en niños de 5 años, en Adenoidectomía la media fue de 4.5 años; y en los casos de adenoidectomía + tonsilectomía combinada, fue 5 años de edad.

La tonsilectomía fue la cirugía más realizada, correspondiendo al 45% de los casos, seguida por la adenoidectomía (30%) y la adenoidectomía + tonsilectomía combinada (25%).

La principal indicación para la realización de tonsilectomía fue la amigdalitis recurrente (57% casos), mientras que para la adenoidectomía fue la hipertrofia adenoidea obstructiva (60% casos) (Figuras 1 y 2).

Figura 1. Indicaciones para Tonsilectomía.



Fuente: Las autoras

Figura 2. Indicaciones para Adenoidectomía.



Fuente: Las autoras

Casi todas las tonsilectomías se realizaron con la técnica de amigdalotomía con asa, sólo en 2 casos se empleó la técnica de Coblation, ya que se estaba iniciando la utilización de este nuevo recurso en el Servicio. La tasa total de complicaciones en tonsilectomía fue del 11% (6/54) (Tabla 1).

Tabla 1. Tipos de complicaciones en tonsilectomía.

Complicaciones de tonsilectomía (N=54)		
	n	%
Hemorragia precoz	4	7
Epistaxis posterior	2	4
Total complicaciones	6	11%

Fuente: Las autoras

Los cuadros de hemorragia precoz no fueron severos y se controlaron con electrocauterio y puntos de sutura en revisión quirúrgica. Los 4 pacientes que presentaron esta complicación tuvieron como criterio pre quirúrgico infección amigdalina crónica.

Se presentaron 2 casos de epistaxis posterior secundaria al uso de intubación nasotraqueal. Ambos pacientes, adultos, requirieron taponamiento nasal posterior y anterior, el cual se mantuvo por 72 horas según lo establece el protocolo, luego de lo cual fue retirado, cediendo el sangrado, sin recidiva.

Todas las cirugías de adenoidectomía se realizaron con abordaje transoral y empleando curetaje con adenotomos. La tasa total de complicaciones fue del 5% (2/36). Se presentó 1 caso de epistaxis anterior leve en un paciente pediátrico en posoperatorio inmediato, que requirió la colocación de taponamiento nasal anterior, retirado a las 24 horas, sin complicaciones.



## DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DEL TUMOR DE CUERPO CAROTÍDEO

El otro evento, de mayor gravedad, fue el caso de un paciente pediátrico que presentó una hemorragia moderada producto del desgarro de la mucosa de nasofaringe. Se realizó hemostasia con pinza bipolar y se colocó puntos de sutura absorbible, controlado el sangrado.

No se reportaron complicaciones en los casos que requirieron cirugía combinada de adenoidectomía + tonsilectomía. No se presentaron decesos en ningún grupo.

### DISCUSIÓN

Las cirugías para la remoción de las tonsilas faríngeas y palatinas (adenoides y amígdalas, respectivamente) son muy comunes en la práctica del especialista Otorrinolaringólogo. Se han establecido criterios para su realización, limitando así las cirugías innecesarias y minimizando los potenciales riesgos de un procedimiento no requerido.

La ampliación de la cobertura en salud a los hijos de los afiliados resultó en un aumento de la cantidad de cirugías realizadas en esta población en comparación con los años previos.

El criterio quirúrgico en cada caso estuvo fundamentado y corresponde a lo que nos indica los consensos internacionales. En las tonsilectomías, nuestra tasa total por sangrado postquirúrgico alcanzó el 7%, encontrándose dentro del rango que establece la literatura.<sup>11</sup>

El diagnóstico y criterio prequirúrgico de amigdalitis crónica puede explicar el hecho de que todos los casos que presentaron sangrado postamigdalectomía correspondieran a este grupo, ya que se ha hecho referencia a que las infecciones crónicas amigdalinas predisponen a un aumento en su friabilidad e inflamación.<sup>12</sup>

El principal riesgo en la adenoidectomía es la hemorragia, esto debido a que la técnica convencional se la realiza sin visualización directa del tejido adenoideo, mediante curetaje. El área donde se localizan las adenoides, ricamente vascularizada puede representar un desafío. En nuestra experiencia, la incidencia de hemorragias (5%) está acorde con la esperada según las referencias bibliográficas.<sup>14</sup>

Afortunadamente, la hemorragia por lesión de la mucosa de la pared faríngea pudo ser controlada adecuadamente sin repercusiones clínicas ni necesidad de medidas adicionales.

El presente estudio es la única casuística actualizada referente a estos procedimientos quirúrgicos en adultos y niños realizados en el Servicio de Otorrinolaringología de nuestro Hospital. En 1998, Flores y cols. Publicaron un reporte de la casuística de 7 años de las cirugías de tonsilectomías en adultos del Hospital Carlos Andrade Marín, incluyendo un total de 197 pacientes.<sup>15</sup> Comparando sus resultados con los nuestros, cabe notar la evolución que hemos tenido respecto a este tipo de cirugías. Con el transcurrir de los años, la cantidad de afiliados se amplió y aún más la cobertura pediátrica, representando más procedimientos quirúrgicos. Nuestra experiencia guarda relación a lo que indican las referencias internacionales en cuanto a criterios de manejo y complicaciones.

### CONCLUSIONES

- La adenoidectomía y la tonsilectomía son procedimientos eficaces, muy comunes en la práctica del Otorrinolaringólogo, que tienen bajas tasas de complicaciones.
- Es necesario seguir las pautas de los consensos internacionales para establecer adecuadamente los casos que requieren cirugía
- En nuestra experiencia, tanto en la adenoidectomía y tonsilectomía la mayor complicación es la hemorragia, que debe ser manejada oportunamente

### CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Dra. Daniela Yépez Pabón: Recolección y tabulación de datos. Cirujana Principal y/o Cirujana Ayudante en los procedimientos quirúrgicos. Revisión de bibliografía referente al caso. Redacción del artículo.

Dra. Mercedes Narváez Black: Cirujana Principal y/o Tutora en los procedimientos Quirúrgicos.

### INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- La Dra. Daniela Yépez Pabón es Médico Posgradista de Otorrinolaringología de la Universidad San Francisco de Quito en el Hospital Carlos Andrade Marín.
- La Dra. Mercedes Narváez Black es Médico Tratante de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín.

### FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Ninguno.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

No aplica.

### DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.

### ABREVIACIONES

PANDAS: Síndrome de Desorden Neurosiquiátrico Pediátrico Autoinmune asociado con Estreptococo

SAOS: Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paradise JL. Amigdalectomía y adenoidectomía. En: Chinski A, Sih T, Eavery R (ed.) II Manual de Otorrinolaringología Pediátrica de la IAPO/IFOS. São Paulo 2003. Pp. 122-35. Disponible en línea en: <http://www.iapo.org.br/novo/ListaSecao.asp?s=20>
2. Hoddeson EK, Gourin CG. Adult tonsillectomy: current indications and outcomes. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009 Jan;140(1):19-22
3. Discolo C, Younes A, Koltai P. Current techniques of adenoidectomy, operative techniques in otolaryngology head and neck surgery, Vol. 12, No 4 (december), 2001: PP 199-203
4. Aedo C, Muñoz D. Indicaciones no tradicionales de amigdalectomía. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2010; 70: 165
5. Wilson J, Steen N, Lock C, Eccles M, Carrie S, et al. Carrie, Ray Clarke, Haytham Kubba, Chris H. Tonsillectomy: A Cost Effective Option for Childhood Sore Throat? Further Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Otolaryngology Head and Neck Surgery* 2012 146: 122
6. Tomkinson A, Harrison W, Owen D, Harris S, Mc Clure V et al. Risk Factors for Postoperative Hemorrhage Following Tonsillectomy. *Laryngoscope* 121: february 2011
7. Amir I, Bellosa A, Broomfield S, Morar P. Return to theatre in secondary posttonsillectomy haemorrhage: a comparison of coblation and dissection techniques. *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2012) 269:667-671
8. Cervera Escario J, Del Castillo Martín F, Gómez Campderá JA, et al. Indicaciones de adenoidectomía y amigdalectomía: documento de consenso entre la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial y la Asociación Española de Pediatría. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2006;57:59-65

9. Piñeiro R, Hijano F, Álvarez F, Fernández A, Silva JC et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *Anales de Pediatría*, Volume 75, Issue 5, Pages 342.e1-342.e13
10. Leong S, Karkos P, Papouliakos S, Apostolidou M. Unusual complications of tonsillectomy: a systematic review. *American Journal of Otolaryngology Head and Neck Medicine and Surgery* 28 (2007) 419-422
11. Windfuhr JP, Schloendorff G, Baburi D, Kremer B. Serious post-tonsillectomy hemorrhage with and without lethal outcome in children and adolescents. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* (2008) 72, 1029-1040
12. Kay D, Bryson P, Casselbrant M. Rates and Risk Factors for Subsequent Tonsillectomy After Prior Adenoidectomy. *ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG/VOL 131, MAR 2005*
13. Mitchell R. Adenoidectomy techniques for sleep disordered breathing. *Operative Techniques in Otolaryngology* (2005) 16, 229-231
14. Gallego J, Alvarado R. Hemorragia postadenoidectomía en niños. *Acta Pediatr Mex* 2006;27(6):333-6
15. Flores M, De la Torre M, Dávila C, Gia L. Amigdalectomía. Actualización. Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Andrade Marín. *Revista integración médica del Colegio Médico de Chimborazo*. Volumen 12 Nº3, diciembre 1998

**CASOS CLINICOS**

**CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE  
CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO  
Y DE OIDO MEDIO**

Rev Med HJCA 2015; 7(1): 83-87.



# REVISTA MÉDICA HJCA



ÓRGANO DE DIFUSIÓN  
CIENTÍFICA DEL HOSPITAL  
JOSÉ CARRASCO ARTEAGA  
INSTITUTO ECUATORIANO  
DE SEGURIDAD SOCIAL

VOLUMÉN 7  
NÚMERO 1

MARZO 2015

REVISTA DE EDICIÓN CUATRIMESTRAL

Indexado en Latindex  
Sistema Regional de  
Información en Línea  
para Revistas Científicas  
de América Latina, el Caribe  
España y Portugal

Miembro de COPE  
Committee on Publication Ethics

ISSN 1390 - 6445  
Latindex 20824



Prevalencia de Aterosclerosis Carotídea diagnosticada mediante Ecografía Doppler y Factores Asociados, Hospital "José Carrasco Arteaga", Cuenca 2013.

**Caso Clínico:** Síndrome QT Largo Congénito Asociado a Bloqueo Auricular Ventricular. Tratamiento por medio de Implante de marcapaso definitivo en neonato.



## Carcinoma Escamocelular de Conducto Auditivo Externa y de Oído Medio

Daniela Yépez Pabón<sup>1</sup>, Verónica Perlaza Espinoza<sup>2</sup>.

### RESUMEN

1. Postgrado de Otorrinolaringología. Universidad San Francisco de Quito. Hospital "Carlos Andrade Marín" Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito-Ecuador

2. Servicio de Oncología Clínica. Hospital "Carlos Andrade Marín" Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito-Ecuador.

### CORRESPONDENCIA:

Daniela Yépez Pabón. Correo electrónico: dyp\_doc@hotmail.com  
Dirección: Avenida 10 de Agosto N33-35 y Rumipamba. Edificio Doral 10 de Agosto. Código Postal. 170518. Teléfonos: [593] 023 319 861, [593] 984 519 130

Fecha De Recepción: 10/01/2015  
Fecha De Aceptación: 24/02/2015  
Fecha de Publicación: 01/03/2015

### MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Yépez D, Perlaza V. Carcinoma Escamocelular de Conducto Auditivo Externa y de Oído Medio. Rev Med HJCA 2015; 7(1): 83-87. <http://dx.doi.org/10.14410/2015.7.1.ccc.18>

### ARTÍCULO ORIGINAL ACCESO ABIERTO

© 2015 Yépez et al.; licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution License" (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), el cual permite el uso no restringido, distribución y reproducción por cualquier medio, dando el crédito al propietario del trabajo original. El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición personal del autor.

\*Cada término de los Descriptores De Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo han sido verificados por el editor en la biblioteca virtual en salud (BVS) de la edición actualizada a marzo del 2014, el cual incluye los términos MESH de MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>)

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores malignos del Conducto Auditivo Externo y de Oído Medio son raros, pero de rápido crecimiento e invasión local. Existen pocos casos reportados en la literatura médica. Su diagnóstico precoz es difícil porque se confunden con procesos inflamatorios óticos crónicos. Requieren cirugía y radioterapia combinada. La tasa de supervivencia a los 5 años alcanza el 25 a 85%, dependiendo del estado en que son diagnosticados y tratados.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 79 años de edad con 2 años de evolución de presencia de masa en conducto auditivo externo izquierdo, otalgia y otorrea recurrente persistente, refractaria a tratamiento clínico. Se solicitaron estudios complementarios, Tomografía Computarizada, exámenes de laboratorio y audiometría tonal y se realizó una toma de biopsia de la masa de CAE izquierdo. El resultado histopatológico de la muestra reportó Carcinoma Escamocelular.

**EVOLUCIÓN:** Se realizó la resolución quirúrgica entre Cirujano de Cabeza y Cuello y Otorrinolaringólogo. Posteriormente la paciente fue remitida a Oncología para programación de Radioterapia. La paciente toleró los resultados estéticos y funcionales de la cirugía, encontrándose libre de actividad tumoral residual a los 2 años de seguimiento.

**CONCLUSIÓN:** El diagnóstico oportuno y el manejo multidisciplinario favorecieron el pronóstico de supervivencia de la paciente en este reporte.

\***DESCRIPTORES DeCS:** CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS, CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, OÍDO MEDIO.

### ABSTRACT

SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE EXTERNAL AUDITORY CANAL AND MIDDLE EAR.

**BACKGROUND:** Malignant tumors of the External Auditory Canal and Middle Ear are rare but rapidly growing and local invasion. There are few cases reported in the literature. Early diagnosis is difficult because they are confused with chronic inflammatory otic. Require surgery and radiotherapy combined. The survival rate at 5 years reaches 25-85%, depending on the stage they are diagnosed and treated.

**CASE REPORT:** Female 79 years old with 2 years of evolution of the presence of tumor in the left ear canal, and recurrent persistent otalgia, otorrhea refractory to clinical treatment. Complementary studies, CT scan, laboratory tests and audiometry were requested and biopsy of the mass was performed CAE left. The histopathological results of the sample reported Squamous Cell Carcinoma.

**EVOLUTION:** surgical resolution between Head and Neck Surgeon and Otolaryngologist was performed. Subsequently, the patient was referred to Radiation Oncology programming. The patient tolerated the aesthetic and functional results of surgery, being free of residual tumor activity at 2 years follow-up.

**CONCLUSION:** Early diagnosis and multidisciplinary management favored the survival prognosis of the patient in this report.

**KEY WORDS:** SQUAMOUS CELL CARCINOMA, EXTERNAL AUDITORY CANAL, MIDDLE EAR.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos del Conducto Auditivo Externo y del Oído Medio son poco frecuentes y de mal pronóstico por su rápido crecimiento e invasión local [1, 2]. Su incidencia varía de 1 por 4 mil a 20 mil pacientes con patología ótica. No existe predominio de sexo. Afecta principalmente a pacientes de edad avanzada, con una edad media de 55 años [2, 3]. La mayoría de las lesiones inician en el Conducto Auditivo Externo, localizándose en esta zona por largo tiempo debido a que el componente cartilaginoso y óseo detiene su expansión. Luego puede haber invasión hacia el oído medio, desde el cual se extiende rápidamente invadiendo el hueso temporal e incluso trompa de Eustaquio. Desde dicha región progresa hacia la articulación temporomandibular, bulbo de la yugular, parótida, meninges y encéfalo. Hasta en 10% de los casos con adenopatías subdigástricas y parotídeas [4-6]. Los tumores del conducto se los ha relacionado con otorrea crónica, predisposición genética e irradiación previa. En los tumores del oído medio se considera un factor predisponente la infección por el virus del papiloma humano [7, 8]. Histológicamente, la estirpe escamocelular es la más frecuente de todas, encontrándose que el 70% son epidermoides, el 25% son adenocarcinomas y el 5% carcinoma adenoides quístico [3, 9]. Su diagnóstico precoz es difícil ya que puede confundirse con procesos inflamatorios crónicos del oído externo y medio. Un historial de otorrea persistente asociada a otalgia intensa, que no responde a las terapias convencionales de otitis medias crónicas recidivante, así como también la presencia en el conducto auditivo externo de formaciones polipoideas o granulaciones de rápido crecimiento y que tienden a recidivar tras su excéresis, nos hacen sospechar en esta patología [10-12]. La Tomografía Computarizada de Hueso Temporal y el estudio histopatológico resultan, junto a una exhaustiva historia clínica, imprescindibles para el diagnóstico [2, 4, 8]. El tratamiento de estos tumores se basa en la combinación de cirugía más radioterapia. El pronóstico dependerá del estadije tumoral, la presencia de ganglios positivos, parálisis facial o la extensión intra-

craneal con afección de la duramadre [10-12]. La clasificación más aceptada para la Estadificación de los Carcinomas de Conducto Auditivo y Hueso Temporal es la propuesta por la Universidad de Pittsburgh [13], que determina: T1: Tumor limitado al CAE sin erosión del hueso o extensión a partes blandas; T2: Erosión ósea limitada (no de la pared completa) y extensión a partes blandas < 0.5 cm; T3: Erosión completa de la pared del CAE con extensión a partes blandas < 0.5 cm. o extensión a oído medio, mastoides o parálisis facial; T4: Tumor que erosiona cóclea, punta petrosa, pared medial del oído medio, conducto carotídeo, orificio yugular o dura o extensión a tejidos blandos > 0.5 cm. N0: ausencia de metástasis ganglionares regionales; N1: presencia de metástasis ganglionares regionales.

El tratamiento quirúrgico dependerá del estadije [10, 13]. Las distintas técnicas son: I. Si el tumor afecta o está en la vecindad del hueso timpánico o de la corteza de la mastoides se hace una resección lateral del temporal: Tipo I: Extirpación circunferencial del CAE lateralmente a la membrana timpánica; Tipo II. Se extrae en monobloque todo el CAE, incluyendo la membrana timpánica; Tipo III. Se extirpa todo el hueso timpánico y el hueso que rodea el orificio estilomastoideo. Se incluye el nervio facial en la resección; Tipo IV. Se reseca solo la punta de la mastoides sin entrar al CAE. Un segundo tratamiento es si el tumor afecta al oído medio, ya sea de forma primaria o secundaria, se hará una resección total o subtotal del temporal.

En cuanto al pronóstico, es malo por su rápido crecimiento y su tendencia a la invasión regional. Si el tumor está localizado y afecta exclusivamente al CAE cartilaginoso la supervivencia alcanza el 55 a 85% a los 5 años. Si afecta al CAE óseo o con invasión incipiente del oído medio, la supervivencia oscila entre 45 a 75%. Pero, si la invasión es profunda hacia el hueso temporal la tasa de supervivencia alcanza un 25 a 50% a 5 años. La radioterapia sola nunca da supervivencias superiores al 20% [14-15].

## CASO CLÍNICO

Mujer de 79 años de edad, procedente y residente en Santo Domingo de los Tsáchilas-Santo Domingo-Ecuador, con una instrucción primaria incompleta, soltera, diestra y católica. Tenía entre sus antecedentes Patológicos Personales un diagnóstico de Hipertensión Arterial en tratamiento clínico con Enalapril 20 mg por vía oral cada día. No refería antecedentes quirúrgicos ni antecedentes familiares. La paciente acudió a consulta en el Servicio de Otorrinolaringología refiriendo un cuadro de 2 años de evolución de presencia de masa en el conducto auditivo externo izquierdo. La lesión inició como una pequeña formación polipoidea, de crecimiento progresivo rápido y que al momento ocupaba y obstruía todo el conducto. Se acompañaba de otalgia intensa intermitente y otorrea fétida recurrente en escasa cantidad. Refirió además hipoacusia bilateral, de predominio izquierdo del mismo tiempo de evolución. Negaba otra sintomatología adicional. Indicó haber consultado por esta causa por varias ocasiones a distintos médicos en ese periodo de tiempo, recibiendo tratamiento antibiótico tópico (Quinolonas) y oral (Penicilinas y Quinolonas) con lo que disminuía la otorrea, pero no había variación en las características de la masa. Quince días previo a su consulta recibió el último esquema de antibiótico en base a Ciprofloxacina 500 mg por vía oral dos veces al día, persistiendo la otorrea y otalgia. Al examen físico al ingreso la paciente se observó en regulares condiciones generales de salud. La otoscopia de oído derecho determinó un conducto auditivo externo permeable, con la membrana timpánica íntegra y nacarada. El oído izquierdo determinó la presencia de masa de aspecto verrugoso, ulcerada, sangrante, cubierta de material purulento fétido escaso, que ocupaba todo el conducto auditivo externo imposibilitando la visualización de la membrana timpánica (Figura 1). La rinoscopia demostró un tabique central, mucosa eutrófica, sin rinorrea. El examen de orofaringe demostró amígdalas grado I asépticas, sin descarga posterior. En el cuello no se palparon adenopatías locales. Los exámenes de laboratorio reportaron la biometría hemática dentro de parámetros normales, Leucocitos 6.850 u/uL, Neutrófilos 61.6%, Hemoglobina 13.5 g/dL, Hematocrito 43.2%. La audiometría tonal reportó resul-

tados compatibles con la patología que presentaba la paciente, en oído izquierdo Hipoacusia de Conducción Moderada y en oído derecho Escotoma en Agudos Leve (por Presbiacusia). En la tomografía computarizada simple y contrastada de hueso temporal se observó un tumor de tejido blando que ocupa oído medio y conducto auditivo izquierdo (Figuras 2 y 3). El reporte de la histopatología de una biopsia de masa de conducto auditivo externo izquierdo reportó Carcinoma Escamocelular poco diferenciado sólido, con formación incipiente de perlas corneas, con inflamación crónica y bordes quirúrgicos comprometidos por el tumor.

Figura 1. Masa verrugosa ulcerada que ocupa Conducto Auditivo izquierdo





Figura 2. TC de Hueso Temporal. Cortes axiales que muestran la ocupación de CAE Izquierdo y erosión leve de pared ósea.

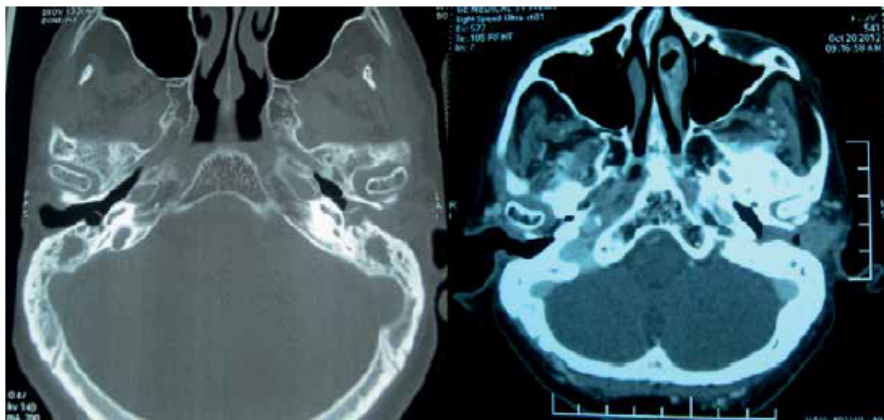
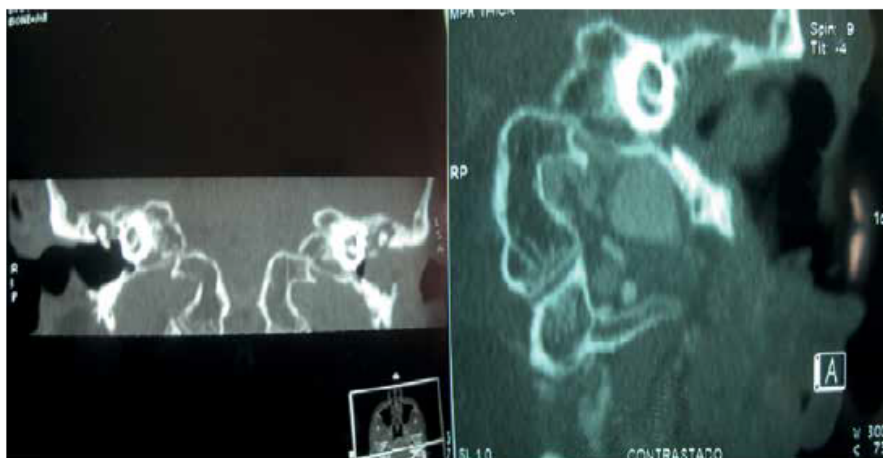


Figura 3. TC de Oídos. Cortes coronales lesión ocupando CAE Izquierdo. Cóclea y cadena de huesecillos ipsilateral indemne



## EVOLUCIÓN

Los hallazgos clínicos y el resultado histopatológico de la biopsia sugirieron el diagnóstico de Carcinoma Escamocelular, Estadificación T2N0 (T2: Erosión ósea limitada (no de la pared completa) y extensión a partes blandas < 0.5 cm. N0: ausencia de metástasis ganglionares regionales). Con estos resultados, se discutió el caso en Sesión Clínica del Servicio de Otorrinolaringología y se sugirió la resolución quirúrgica conjunta con el Cirujano de Cabeza y Cuello y Otorrinolaringólogo, para luego remitir a la paciente al Servicio de Oncología Clínica para programación de Radioterapia. La cirugía realizada fue una resección de tumor con vaciamiento de oído medio, canaloplastia y mastoidectomía con muestreo ganglionar retroauricular (Figura 4).

**El reporte de estudio Histopatológico** fue un tumor de conducto auditivo izquierdo y oído medio: carcinoma escamocelular exofítico pobremente diferenciado. Los ganglios linfáticos de la región retroauricular fueron negativos para metástasis 0/2. Los resulta-

dos del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica confirman el Estadiaje previo T2N0. Se remitió a la paciente a las 3 semanas de postquirúrgico a Oncología Clínica, en donde recibió Radioterapia 50GY en 25 en 25 fracciones con acelerador lineal. La paciente sobrellevó adecuadamente los resultados y posibles complicaciones del procedimiento quirúrgico que le fueron explicados previo a la realización del mismo. Estéticamente el conducto auditivo externo izquierdo quedó más amplio que el contralateral y tuvo una integración completa del auto-injerto de piel, sin presentarse complicaciones secundarias. Funcionalmente, el déficit Auditivo en el Oído izquierdo aumentó, ya que fue necesario retirar los huesecillos yunque y martillo durante la cirugía. Actualmente la paciente tiene una Hipoacusia de tipo Conductivo moderada a severa, para lo que se prescribió un audifono convencional, con adecuada adaptación al mismo. Actualmente, la paciente se encuentra libre de actividad tumoral residual a los 2 años de seguimiento.

Figura 4. Secuencia transoperatorio. Resección de tumor de Conducto Auditivo y mastoides

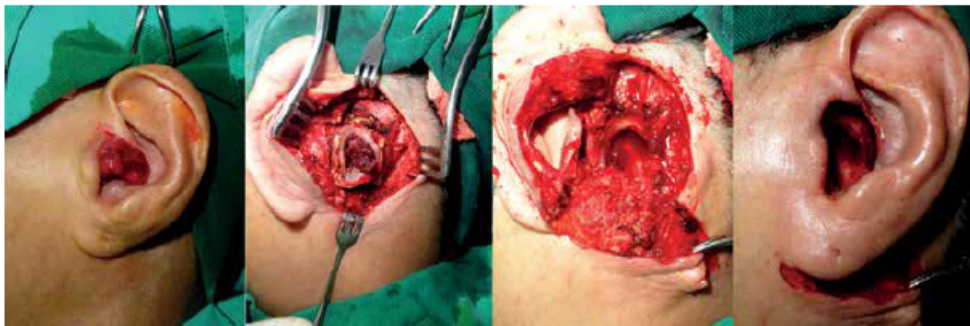
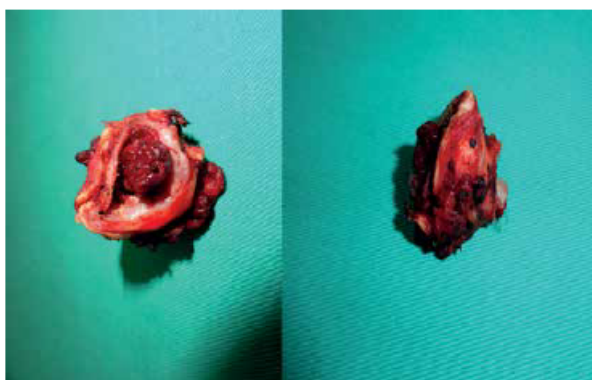


Figura 5. Hallazgos Transoperatorio: masa tumoral que ocupa CAE cartilaginosa



## DISCUSIÓN

Existen pocas referencias en la literatura sobre el Carcinoma Escamocelular de Oído, por lo que la presentación de nuestro caso clínico es de relevancia para el conocimiento médico. De esta experiencia enfatizamos la importancia del manejo multidisciplinario y oportuno. La paciente había sido tratada clínicamente y sin éxito por 2 años bajo la presunción diagnóstica de una Infección Crónica de Oído Externo. La sospecha clínica frente al cuadro fue la clave para formular la hipótesis de que se trataba de una patología de mayor complejidad, que pudo confirmarse con el estudio histopatológico inicial de la biopsia realizada en consultorio. Según el Sistema de Estadaje de la Universidad de Pittsburgh, nuestra paciente fue diagnosticada pertinentemente cuando se encontraba en ESTADIO T2N0 (Erosión ósea limitada y extensión a partes blandas <0.5 cm sin metástasis ganglionares regionales) lo que permitió un abordaje clínico-quirúrgico eficiente. La paciente sobrellevó adecuadamente los resultados estéticos y funcionales del procedimiento quirúrgico. Utiliza audífono en Oído Izquierdo como auxiliar para su Déficit Auditivo. Actualmente, la paciente se encuentra libre de

actividad tumoral residual a los 2 años de seguimiento. Los tumores malignos del conducto auditivo externo y del oído medio son poco frecuentes pero tienen alta morbi-mortalidad. La sintomatología con la que debutan es poco específica por lo que pueden ser fácilmente confundidos con procesos crónicos óticos. En algunos casos se presenta parálisis facial [14]. El diagnóstico se fundamenta en la sospecha clínica por la cronicidad de los síntomas, y se complementa con el uso apropiado de estudios de imagen e histopatología. El diagnóstico oportuno y el manejo multidisciplinario entre cirujanos oncológicos, otorrinolaringólogos y radioterapeutas favorecen el pronóstico de supervivencia del paciente con esta patología. En el caso la supervivencia y no recidiva del tumor ha sido documentada a 2 años en esta paciente, sin embargo el pronóstico de reportado [15] a 5 años es de 65% de supervivencia para los pacientes que accedieron a una cirugía, 29% para los pacientes que recibieron solamente radioterapia y de 63% para los pacientes que recibieron los dos tipos de tratamiento.

## CONCLUSIÓN

El diagnóstico oportuno y el manejo multidisciplinario favorecieron el pronóstico de supervivencia de la paciente en este reporte.

### CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Daniela Yépez Pabón: Atención Inicial Integral de la paciente cuando fue referida a consulta externa de Otorrinolaringología: recolección de datos, estudios complementarios y toma de biopsia en consultorio. Presentación del caso clínico al Staff de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Ayudante en el Procedimiento Quirúrgico Planteado. Recolección de datos. Revisión de bibliografía referente al caso. Redacción del artículo.

Verónica Perla Espinoza: Presentación del caso clínico al Staff de Oncología Clínica y Radioterapia. Revisión de bibliografía referente al caso. Redacción del artículo.

### INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Daniela Yépez Pabón. Médica Postgradista de Otorrinolaringología. Universidad San Francisco de Quito. Hospital "Carlos Andrade Marín". Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito-Ecuador. Código de investigador: <http://orcid.org/0000-0002-2629-0945>.

Verónica Perla Espinoza. Médica General Residente del Servicio de Oncología Clínica. Hospital "Carlos Andrade Marín". Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito-Ecuador.

### ABREVIATURA

CAE: Conducto Auditivo Externo

### CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras no reportan ningún conflicto de intereses. La exigencia de presentación de opinión de comité de ética reconocida por el Ministerio de Salud Pública, para estudios clínicos no aplica al no ser un estudio experimental.

### Consentimiento Informado:

Se cuenta con el consentimiento informado por parte de la paciente para la publicación del caso clínico.

### COMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Yépez D, Perla V. Carcinoma Escamocelular de Conducto Auditivo Externo y de Oldo Medio. *Rev Med HJCA* 2015; 7(1): 83-87. <http://dx.doi.org/10.14410/2015.7.1cc.18>

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Breau RL, Gardner EK, Dornhoffer JL. Cancer of the external auditory canal and temporal bone. *Curr Oncol Rep*. 2002 Jan; 4(1):76-80.
- Rodríguez Paramás A, Gil Carrasco R, Arenas Brites O, Yurrita Scola B. Tumores malignos del CAE y oído medio. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2004; 55(10):470-4.
- Sánchez Legaza E, Cervera Oliver C, Vallejo Millanos J. Carcinoma Epidermoide del Conducto Auditivo Externo. *Q.R.L. ARAGON* 2012; 15 (1): 12-13.
- Lobo Duro D, Llorente Fendás JL, Suárez Nieto C. Tumores primarios del conducto auditivo externo. Nuestra experiencia en 34 pacientes. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2007; 58(1):20-4.
- Rodríguez Alfonso J, Llerena Suárez JA, Camps Cruz HA. Carcinoma epidermoide del conducto auditivo externo. *Rev méd electrón [Serlada en línea]* 2009; 3(1). Disponible en URL:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol1%202009/tema16.htm>
- Takahashi K, Yamamoto Y, Sato K, Sato Y, Takahashi S. Middle ear carcinoma originating from a primary acquired cholesteatoma: a case report. *Otol Neurotol*. 2005 Jan; 26(1):105-8.
- Schwager K, Pfreudner L, Hoppe F, Baier C, Willner J, Baier K. Carcinoma of the external ear canal and middle ear as interdisciplinary challenge for ear surgery and radiotherapy. *Laryngohinootologie*. 2001; 80(4):196-202.
- Verge González JC, Contreras Molina P, Flores Carmona E, Rodríguez Baró JG. Carcinoma de oído medio. Presentación de dos casos clínicos y revisión de la literatura. *Q.R.L. ARAGON* 2009; 12 (2) 6-8.
- Nuño-González, A, Vicente-Martín FJ, Pinedo-Moraleda F, López-Estebanaraz JL. Carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo. *Actas Dermosifiliogr*. 2012; 103(7):567-78.
- Nápoles Morales M, Cruz García O, Alfonso Coto JC, Morales PP, Calderín Marín CF, Larrinaga Cortinas E, et al. Manejo multidisciplinario en la recidiva de carcinoma epidermoide de conducto auditivo externo. Presentación de un caso. *Rev Méd Electrón [serlada en línea]* 2013;3(3). Disponible en: [URL:http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol3%202011/tema14.htm](http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol3%202011/tema14.htm)
- Pemberton LS, Swindell R, Sykes AJ. Primary Radical Radiotherapy for Squamous Cell Carcinoma of the Middle Ear and External Auditory Canal: an historical series. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2006;18(5):390-4.
- Enchinas Vicente A, Souvrión Encabo R, Rodríguez Paramás A, Manchello Losa M, García de Pedro F, Scola Yurrita B. Complicaciones quirúrgicas de la cirugía de rescate de pacientes con carcinoma epidermoide de conducto auditivo externo tratados con quimiorradioterapia. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2007; 58(10):454-7.
- Arriaga M, Curtin H, Takahashi H, Hirsch BE, Kamerer DB. Staging proposal for external auditory meatus carcinoma based on preoperative clinical examination and computed tomography findings. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1990; 99(9 Pt 1):714-21.
- Schnack-Petersen RS, Orkild H, Werther K. Peripheral facial paralysis caused by an adenocarcinoma of the middle ear. *Ugeskr Laeger*. 2005 25; 167(17):1863-4.
- Testa JR, Fukuda Y, Kowalski LP. Prognostic factors in carcinoma of the external auditory canal. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1997; 123(7):720-4.

## **EXPOSICIONES EN CONGRESOS MÉDICOS**

CONGRESO DE ESPECIALIDAD

**INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE ADENO-  
AMIGDALECTOMÍA EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL  
CARLOS ANDRADE MARÍN**

XII Congreso Nacional de Otorrinolaringología

8 al 11 de Noviembre del 2012.

Santa Elena-Ecuador





## XII CONGRESO ECUATORIANO DE OTORRINOLARINGOLOGIA 2012



SALA 1			SALA 2		
<b>DIA 2</b>					
PRESIDENTE: DR JORGE RODAS SECRETARIO: DRA MERCEDES SILVA			PRESIDENTE: DR JORGE VALDANO CABEZAS SECRETARIO: DR EDUARDO MOGROVEJO ZAPATA		
<b>HORA</b>			<b>HORA</b>		
08:00 A 08:20	PARALISIS FACIAL PERIFERICA, PROTOCOLO DE TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO GARCIA-IBAÑEZ	DR LUIS	08:00 A 08:10	IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS DE PABELLON AURICULAR DEIDAN DR MARCO GUEVARA	DR CARLOS RIOS
08:20 A 08:40	DISPOSITIVOS OSTEOINTEGRADOS, CUANDO, COMO Y PORQUE GARCIA-IBAÑEZ	DR LUIS	08:10 A 08:20	CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON IMPLANTE OSTEOINTEGRADO TIPO BAHÁ M. GUEVARA DR E. ANDRADE FLGA G. RODRIGUEZ	DR C. RIOS DR
08:40 A 09:00	IMPLANTES DE OIDO , NUESTRA EXPERIENCIA DEL HCAM. GUEVARA	DR MARCOS	08:20 A 08:30	COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS EN IMPLANTES DR CARLOS RIOS DIEDAN DR MARCO GUEVARA	
09:00 A 09:20	RESULTADOS DE LOS DISPOSITIVOS AUDITIVOS OSTEOINTEGRADOS DR LUIS GARCIA-IBAÑEZ		08:30 A 08:40	INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE ADENO-AMIGDALECTOMIA EN EL SERVICIO DE ORL DEL HCAM DRA DANIELA YEPEZ PABON DRA MERCEDES NARVAEZ	
09:20 A 09:40	PLASTICIDAD AUDITIVA CEREBRAL E IMPLANTES COCLEARES HOCSMAN	DR. EDUARDO	08:40 A 09:00	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS EN LARINGE, TRAQUEA Y BRONQUIOS DR FERNANDO SILVA	
09:40 A 10:00	DETECCION PRECOZ Y METODOLOGIA DE INVESTIGACION DEL PACIENTE HIPOACUSICOS, SCREENING AUDITIVO DR EDUARDO HOCSMAN		09:00 A 09:20	REFLUJO EXTRAESOFAGICO NARVAEZ	DRA MERCEDES
			09:20 A 09:40	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INSUFICIENCIA VELOPALATINA CON TECNICA DE PONCET DR BOLIVAR ALVARADO	
			09:40 A 10:00	TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL APNEA DEL SUEÑO CON PROCEDIMIENTOS COMBINADOS BOLIVAR ALVARADO	DR
<b>COFFEE BREAK</b>					
PRESIDENTE: DR ANTONIO MATAMOROS SECRETARIO: DRA IRMA BAEZ GUERRON			PRESIDENTE: DR JAIME RUBEN ROBALINO ALARCON SECRETARIO: DRA MARLENE SALTOS PEREZ		



## XII CONGRESO NACIONAL de **Otorrinolaringología**

8-11 NOVIEMBRE DEL 2012

**FESORLYCA**  
FEDERACIÓN DE SOCIEDADES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA  
Y FONIATRÍA DEL ECUADOR



Confiere el presente certificado a:

**DRA. DANIELA YÉPEZ PABÓN**

Por participar como:

**AUTORA Y EXPOSITORA**

De los temas libres: **INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE ADENO-AMIGDALECTOMIA EN EL SERV DE ORL DEL HCAM - MANEJO DE LAS EPISTAXIS POSTERIORES EN EL SERVICIO DE ORL DEL HCAM**

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

**Doctor Pedro Toledo**  
Presidente FESORLYCA

**Doctor Jorge Baquerizo**  
Presidente Comisión Científica

**Doctor Rodolfo Parfán**  
Decano de la Facultad de  
Ciencias Médicas de la UEES

Con el aval académico

**UEES**  
UNIVERSIDAD ESPIRITU SANTO

CONGRESO DE ESPECIALIDAD

**MANEJO DE LAS EPISTAXIS POSTERIORES EN  
EL SERVICIO DE ORL DEL  
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN**

XII Congreso Nacional de Otorrinolaringología

8 al 11 de Noviembre del 2012.

Santa Elena-Ecuador

SALA 1		SALA 2	
<b>DIA 3</b>			
<b>16:00 A 16:20</b>	PRESIDENTE: DR JULIO FLORES PALOMINO SECRETARIO: DR FERNANDO BARREZUETA	<b>HORA</b>	PRESIDENTE: DR FERNANDO CORREA MENDOZA SECRETARIO: DR ROMULO TAMAYO
		<b>16:20 A 16:30</b>	EVALUACION DIAGNOSTICA DE ADENOPATIAS CERVICALES, EL VALOR DE LA BIOPSIA DR C RIOS DRA M NARVAEZ DRA M. FLORES DR NICOLAS VIVAR
<b>16:20 A 16:30</b>	RESULTADOS DE DACRIOCISTORRINOSTOMIA ENDOSCOPICA MARTINEZ DR J.C VALLEJO DRA MERCEDES SILVA DR FAUSTO	<b>16:30 A 16:40</b>	RESECCION DE PAPILOMAS INVERTIDOS NASOSINUSALES POR ABORDAJE DENKER, EXPERIENCIA EN 15 AÑOS. DR CARLOS RIOS DEIDAN DR LUIS PACHECO-OJEDA
<b>16:30 A 16:50</b>	ANATOMIA NASOSINUSAL: 360 GRADOS ITURRIAGA DR. ENRIQUE	<b>16:40 A 16:50</b>	MANEJO DE LA ESTENOSIS TRAQUEAL CON COBLATOR, A PROPOSITO DE UN CASO DR FRANCIS SILVA DR FERNANDO SILVA G DR GUSTAVO BURBANO DR FERNANDO SILVA CH
<b>16:50 A 17:10</b>	DACRIOCISTORRINOSTOMIA ENDOSCOPICA EN NIÑOS Y ADULTOS ITURRIAGA DR. ENRIQUE	<b>16:50 A 17:00</b>	MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO DR HUMBERTO ESPINOZA
<b>17:10 A 17:30</b>	DACRIOCISTORRINOSTOMIA INNOVACIONES GUZMAN DR FREDDY HERNANDEZ DRA LIBELIA	<b>17:00 A 17:10</b>	PAPILOMATOSIS LARINGEA: RESULTADOS PRELIMINARES DEL USO DE CIDOFOVIR INTRALESIONAL EN EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD DR JUAN CARLOS VALLEJO
<b>17:30 A 17:50</b>	RINOSINUSITIS AGUDA CONSENSO 2012 SAMANIEGO DR DIEGO	<b>17:10 A 17:20</b>	TUMOR MIOFIBROBLASTICO INFLAMATORIO DE LARING: REPORTE DE UN CASO DRA DIANA JARAMILLO DR JUAN CARLOS VALLEJO
<b>17:50 A 18:10</b>	GRUGIA ENDOSCOPICA DE SENOS PARANASALES, ANATOMIA QUIRURGICA HERNANDEZ DR FREDDY	<b>17:20 A 17:30</b>	EFFECTIVIDAD DE CORTICOSTEROIDES INTRANASALES EN LA HIPERTROFIA ADENOIDEA DRA DIANA JARAMILLO DRA MERCEDES SILVA
<b>18:10 A 18:30</b>	MANEJO RACIONAL MULTIDISCIPLINARIO DE LA VIA AEREA EN LOS NIÑOS DR MICHELE UGAZZI	<b>17:30 A 17:40</b>	MANEJO DE LAS EPISTAXIS POSTERIORES EN EL SERVICIO DE ORL DEL HCAM DRA DANIELA YEPEZ P. DR LUIS PACHECO DRA MERCEDES NARVAEZ
		<b>17:40 A 17:50</b>	TEST DE DEGLUCION POR FIBROSCOPIA DRA MERCEDES NARVAEZ TNLGO MED PABLO BETANCOURT DR CARLOS RIOS
		<b>17:50 A 18:00</b>	COMPLICACIONES DE LA FRACTURA DEL HUESO TEMPORAL CORDERO DR CARLOS RIOS DRA M AUGUSTA FLORES DR DIEGO
		<b>18:00 A 18:10</b>	MANEJO QUIRURGICO DE LA ANGINA DE LUDWIG DIEDAN DR LUIS PACHECO-OJEDA DRA MERCEDES NARVAEZ DR CARLOS RIOS
		<b>18:10 A 18:20</b>	LEISHMANIASIS MUCO CUTANEA GUILLEN DR CARLOS CEVALLOS VELEZ DRA LADY GARCIA
<b>20:00 HORAS</b>	<b>CENA DE CLAUSURA</b>		



## XII CONGRESO NACIONAL de **Otorrinolaringología**

8-11 NOVIEMBRE DEL 2012



Confiere el presente certificado a:

**DRA. DANIELA YÉPEZ PABÓN**

Por participar como:

**AUTORA Y EXPOSITORA**

De los temas libres: **INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE ADENO-AMIGDALECTOMIA EN EL SERV DE ORL DEL HCAM - MANEJO DE LAS EPISTAXIS POSTERIORES EN EL SERVICIO DE ORL DEL HCAM**

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

**Doctor Pedro Toledo**  
Presidente FESORLYCA

**Doctor Jorge Baquerizo**  
Presidente Comisión Científica

**Dr. Rodolfo Parfán J.**  
**Doctor Rodolfo Parfán**  
Decano de la Facultad de  
Ciencias Médicas de la UEES

Con el aval académico

CONGRESO DE ESPECIALIDAD

## **COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DEL IMPLANTE COCLEAR**

XIII Congreso Ecuatoriano de Otorrinolaringología, V Congreso Ecuatoriano de Rinología y Cirugía Facial, II Encuentro de las Academias Americana y Ecuatoriana de Otorrinolaringología.

19 al 22 de Marzo del 2014. Quito-Ecuador



## VIERNES 21 DE MARZO DE 2014

## PROGRAMA CIENTIFICO DEL XIII CONGRESO ECUATORIANO DE ORL



**PRE - CONGRESO**  
MIÉRCOLES 19 DE MARZO DE 2014



PLENARIA	
14:30 - 15:00	INSCRIPCIÓN Y ENTREGA DE CREDENCIALES
15:00 - 15:30	ACTUALIZACIÓN EN EL EXAMEN DEL PACIENTE CON VERTIGO Dr. Sergio Carmona (Argentina)
15:30 - 16:00	EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON VERTIGO Dr. Santiago Horra
16:00 - 16:30	SÍNDROME VESTIBULAR AGUDO Dr. Sergio Carmona (Argentina)
16:30 - 16:45	COFFEE BREAK
16:45 - 17:00	ENFERMEDAD DE MENIERE Dr. Antonio Neves
17:00 - 17:25	INFARTO CEREBELOSO Dr. Carlos Heredia
17:25 - 17:50	PRUEBAS DE IMPULSO CEFÁLICO Dr. Sergio Carmona (Argentina)
17:50 - 18:25	MIGRAÑA VESTIBULAR Dr. Santiago Horra
18:25 - 18:50	TOPODIAGNÓSTICO Dr. Sergio Carmona (Argentina)
18:50 - 19:25	DEMOSTRACIONES PRÁCTICAS Dr. Sergio Carmona (Argentina)
20:00 - 21:00	COCTAIL

07:50 - 08:15	CIR. ENDOSCÓPICA OÍDO: FUNDAM.- ANATOMÍA 360°, ÁREA MESO-RETROTIMP., ESPACIOS-RUTAS DE VENTILACIÓN Dr. Jesús Franco (Venezuela)		
RECESO - VISITA A LOS STANDS			
SALON NEUCHATELL I		SALON NEUCHATELL II	
TEMAS LIBRES		TEMAS LIBRES	
08:55 - 09:04	MANEJO ACTUAL DEL SCHWANOMA VESTIBULAR Dra. Sandra Gavilanes	08:55 - 09:04	EVAL. POR RINOMETRÍA ACÚSTICA DEL PRE Y PO DE RSP C/TURBPL Dra. Paola Freire
09:04 - 09:13	ESTAPEDOSTOMIA EN EL HOSP VOZANDES Dr. Hernán Arias/Dr. Diego Samaniego	09:04 - 09:13	MANEJO DE LA ESTENOSIS GLOTTICA Dra. Diana Jaramillo/Dr. Juan Carlos Vallejo
09:13 - 09:22	MANEJO QUIRÚRGICO DE POLIPOSIS N-S Dr. Dennis Calderón/Dr. Jorge Ortega	09:13 - 09:22	EPITAXIS LETAL POR FÍSTULA CAROTÍDEO-CAVERNOSA Dr. Ricardo García
09:22 - 09:31	GANGL. CENTINELA EN CA DE BOCA: SERIE DE CASOS Dr. Luis Pacheco	09:22 - 09:31	PARAMETROS DE PRESBIACUSIA Dr. Juan Carlos Vallejo/Dra. Diana Jaramillo
09:31 - 09:40	COMPLICACIONES DE LA CIR. DE IMPLANTE COCLEAR Dra. Daniela Yépez/Dr. Marco Guevara	09:31 - 09:40	CIR. DEL GLOMUS CAROTÍDEO BILATERAL IRRADIADO Dr. Xavier Jarrín/Dr. Luis Pacheco
09:40 - 09:49	MELANOMAS NASO-SINUSALES: SERIE DE CASOS Dr. Diego Carpio	09:40 - 09:49	RESULTADOS FUNCIONALES Y ESTÉTICOS DE CIRUGÍA NASAL Dr. Carlos Ríos
09:49 - 09:58	PREVALENCIA DE CRITERIOS DIAGN. EN SINUSITIS Dr. Diego Samaniego/Dr. Hernán Arias	09:49 - 09:58	T. MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO PARAFARINGEO Dr. Hernán Zurita
09:58 - 10:07	MANEJO DE NASO-ANGIOFIBROMA JUVENIL Dr. Dennis Calderón/Dra. Olga Guzmán	09:58 - 10:07	MALFORMACIONES CONGENITAS EN OÍDO Dr. Oswaldo Nuñez
10:07 - 10:16	CIRUGÍA DE OÍDO CRÓNICO: RESULTADOS Dra. Daniela Yépez/Dr. Marco Guevara	10:07 - 10:16	TASA DE ÉXITO-RESULTADOS DE T.V. EN PTES CON LPH Dra. Mercedes Silva/Dra. Diana Jaramillo
10:16 - 10:25	IMPLANTE OSTEO-INTEGRADO DE OÍDO: RESULTADOS Dr. Efraín López/Dr. Marco Guevara	10:16 - 10:25	TUMORACIÓN DE SENO MAXILAR Dr. Pedro Toledo
10:25 - 10:34	CRIBADO AUDITIVO NEONATAL EN HEG (2010-2013) Dr. Ricardo García	10:25 - 10:34	PAPILOMATOSIS LARÍNGEA Dr. José Luis Cruz
10:34 - 10:43	FILOSOFÍA DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA NASAL Dr. Danilo Carrón	10:34 - 10:43	VALOR DE LOS TESTS DIAGN. EN AMIGDALITIS AGUDA Dra. Diana Jaramillo/Dr. Danilo Mantilla
10:43 - 10:52	TEST DE DEGLUCIÓN Dr. Efraín López/Dra. Mercedes Narváez	10:43 - 10:52	ESTEROIDES P/ MANEJO DE DOLOR POST AMIGDALECTOMÍA Dr. Jorge Ortega/Dr. Dennis Calderón
RECESO - VISITA A LOS STANDS			
11:10 - 11:25	OTITIS MEDIA AGUDA Y CRÓNICA Dr. Fernando Correa	11:05 - 11:25	PSG: ¿QUE ES LO IMPORTANTE SABER? Dr. Zancanella (Brasil)
11:25 - 11:45	MANEJO DEL OÍDO CRÓNICO Dra. Jacqueline Alvarado (Venezuela)	11:25 - 11:45	LA CIRUGÍA PARA EL SAOS: UNA MIRADA CRÍTICA Dr. Zancanella (Brasil)
11:45 - 12:00	TIMPANOPLASTIA TIPO I Dr. José María Astudillo	11:45 - 12:05	CPAP: INDICACIÓN Y SEGUIMIENTO Dr. Zancanella (Brasil)
12:00 - 12:15	TIMPANOPL. CON CART. EN NIÑOS, NUESTRA EXPERIENCIA Dr. Mario Quintero	12:05 - 12:25	APNEA DE SUEÑO EVIDENCIAS Dr. Pablo Stokovitzky (USA)
12:15 - 12:35	CIR. ENDOSC. OÍDO: LECCIONES LUEGO DE 150 CASOS Dr. Jesús Franco (Venezuela)	12:25 - 12:45	ACTUALIZACIÓN EN INFECCIONES ORL Dra. Jacqueline Alvarado (Venezuela)
12:35 - 12:55	RETOS Y SOLUCIONES INCOMUNES EN CIR. DE OÍDO MEDIO Dr. Manuel Bernal (España)	12:45 - 13:05	ATRESIA DE COANAS Dra. Jacqueline Alvarado (Venezuela)
12:55 - 13:10	SORDERA SUBITA: ¿ORÍGEN VASCULAR O NEUROPÁTICO? Dr. Roberto Vázquez		
13:30 - 14:30	ALMUERZO SIMPOSIUM: MERCK SHARP&DOME Índice terapéutico en corticoides nasales		



An International Corresponding Society of  
**AMERICAN ACADEMY OF  
OTOLARYNGOLOGY-  
HEAD AND NECK SURGERY**



Quito, 24 de abril de 2014

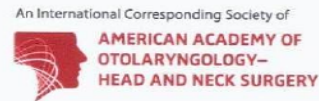
## CERTIFICADO

La Sociedad Ecuatoriana de Otorrinolaringología, certifica que el **DRA. DANIELA YEPEZ** participó con el tema libre: **COMPLICACIONES DE LA CIR. DE IMPLANTES COCLEAR** en el "XIII Congreso Ecuatoriano de Otorrinolaringología, V Congreso Ecuatoriano de Rinología y Cirugía Facial, II Encuentro de las Academias Americana y Ecuatoriana de Otorrinolaringología", realizado en Quito-Ecuador del 19 al 22 de marzo de 2014.

Atentamente,

Dr. Wilson Paz y Miño  
SOCIEDAD ECUATORIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA





Confiere el presente CERTIFICADO a:

**DRA. DANIELA YEPEZ**

Por su participación en calidad de:


**CONFERENCISTA**

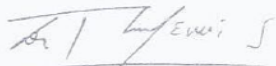
**En el XIII CONGRESO ECUATORIANO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA  
V CONGRESO ECUATORIANO DE RINOLOGÍA Y CIRUGÍA FACIAL  
II ENCUENTRO DE LAS ACADEMIAS AMERICANA Y ECUATORIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**


Realizado en la ciudad de Quito del 19 al 22 de Marzo de 2014

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

 UNIVERSIDAD  
DE LAS AMÉRICAS

  
Dr. Wilson Paz y Miño  
PRESIDENTE  
Academia Ecuatoriana de ORL

  
Dr. Raúl Jervis Simmons  
DECANO  
Facultad de Medicina  
Universidad de las Américas

  
Dr. Víctor Manuel Álvarez  
PRESIDENTE  
Colegio Médico de Pichincha



CONGRESO DE ESPECIALIDAD

## **CIRUGÍA DEL OÍDO CRÓNICO: RESULTADOS EN EL SERVICIO DE ORL DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN**

XIII Congreso Ecuatoriano de Otorrinolaringología, V Congreso Ecuatoriano de Rinología y Cirugía Facial, II Encuentro de las Academias Americana y Ecuatoriana de Otorrinolaringología.

19 al 22 de Marzo del 2014. Quito-Ecuador

## PROGRAMA CIENTIFICO DEL XIII CONGRESO ECUATORIANO DE ORL



**PRE - CONGRESO**  
**MIÉRCOLES 19 DE MARZO DE 2014**



PLENARIA	
14:30 - 15:00	INSCRIPCIÓN Y ENTREGA DE CREDENCIALES
15:00 - 15:30	ACTUALIZACIÓN EN EL EXAMEN DEL PACIENTE CON VERTIGO Dr. Sergio Carmona (Argentina)
15:30 - 16:00	EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON VERTIGO Dr. Santiago Horra
16:00 - 16:30	SÍNDROME VESTIBULAR AGUDO Dr. Sergio Carmona (Argentina)
16:30 - 16:45	COFFEE BREAK
16:45 - 17:05	ENFERMEDAD DE MENIERE Dr. Antonio Neves
17:05 - 17:25	INFARTO CEREBELOSO Dr. Carlos Heredia
17:25 - 17:55	PRUEBAS DE IMPULSO CEFÁLICO Dr. Sergio Carmona (Argentina)
17:55 - 18:25	MIGRAÑA VESTIBULAR Dr. Santiago Horra
18:25 - 18:55	TOPODIAGNÓSTICO Dr. Sergio Carmona (Argentina)
18:55 - 19:25	DEMOSTRACIONES PRÁCTICAS Dr. Sergio Carmona (Argentina)
20:00 - 21:00	COCTAIL

## VIERNES 21 DE MARZO DE 2014

07:50 - 08:35	CIR. ENDOSCÓPICA OIDO: FUNDAM.- ANATOMÍA 360°, ÁREA MESO-RETROTIMP., ESPACIOS-RUTAS DE VENTILACIÓN Dr. Jesús Franco (Venezuela)		
RECESO - VISITA A LOS STANDS			
SALON NEUCHATELL I		SALON NEUCHATELL II	
TEMAS LIBRES		TEMAS LIBRES	
08:55 - 09:04	MANEJO ACTUAL DEL SCHWANOMA VESTIBULAR Dra. Sandra Gavilánez	08:55 - 09:04	EVAL. POR RINOMETRÍA ACÚSTICA DEL PRE Y PO DE RSP C/TURBPL Dra. Paola Freire
09:04 - 09:13	ESTAPEDOSTOMÍA EN EL HOSP. VOZANTES Dr. Hernán Arlas/Dr. Diego Samaniego	09:04 - 09:13	MANEJO DE LA ESTENOSIS GLOTICA Dra. Diana Jaramillo/Dr. Juan Carlos Vallejo
09:13 - 09:22	MANEJO QUIRÚRGICO DE POLIPOSIS N-S Dr. Dennis Calderón/Dr. Jorge Ortega	09:13 - 09:22	EPISTAXIS LETAL POR FISTULA CAROTÍDEO-CAVERNOSA Dr. Ricardo García
09:22 - 09:31	GANGL. CENTINELA EN CA DE BOCA: SERIE DE CASOS Dr. Luis Pacheco	09:22 - 09:31	PARAMETROS DE PRESBIACUSIA Dr. Juan Carlos Vallejo/Dra. Diana Jaramillo
09:31 - 09:40	COMPLICACIONES DE LA CIR. DE IMPLANTE COCLEAR Dra. Daniela Yépez/Dr. Marco Guevara	09:31 - 09:40	CIR. DEL GLOMUS CAROTÍDEO BILATERAL IRRADIADO Dr. Xavier Jarrín/Dr. Luis Pacheco
09:40 - 09:49	MELANOMAS NASO-SINUSALES: SERIE DE CASOS Dr. Diego Carpio	09:40 - 09:49	RESULTADOS FUNCIONALES Y ESTÉTICOS DE CIRUGÍA NASAL Dr. Carlos Ríos
09:49 - 09:58	PREVALENCIA DE CRITERIOS DIAGN. EN SINUSITIS Dr. Diego Samaniego/Dr. Hernán Arlas	09:49 - 09:58	T. MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO PARAFARINGEO Dr. Hernán Zurita
09:58 - 10:07	MANEJO DE NASO-ANGIOFIBROMA JUVENIL Dr. Dennis Calderón/Dra. Olga Quezada	09:58 - 10:07	MALFORMACIONES CONGENITAS EN OÍD Dr. Oswaldo Nuñez
10:07 - 10:16	CIRUGÍA DE OÍDO CRÓNICO: RESULTADOS Dra. Daniela Yépez/Dr. Marco Guevara	10:07 - 10:16	TASA DE ÉXITO-RESULTADOS DE T.V. EN PTES CON LPH Dra. Mercedes Silva/Dra. Diana Jaramillo
10:16 - 10:25	IMPLANTE OSTEO-INTEGRADO DE OÍDO: RESULTADOS Dr. Efraín López/Dr. Marco Guevara	10:16 - 10:25	TUMORACIÓN DE SENO MAXILAR Dr. Pedro Toledo
10:25 - 10:34	CRIBADO AUDITIVO NEONATAL EN HEG (2010-2013) Dr. Ricardo García	10:25 - 10:34	PAPILOMATOSIS LARÍNGEA Dr. José Luis Cruz
10:34 - 10:43	FILOSOFÍA DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA NASAL Dr. Danilo Carrón	10:34 - 10:43	VALOR DE LOS TESTS DIAGN. EN AMIGDALITIS AGUDA Dra. Diana Jaramillo/Dr. Danilo Mantilla
10:43 - 10:52	TEST DE DEGLUCIÓN Dr. Efraín López/Dra. Mercedes Navárez	10:43 - 10:52	ESTEROIDES P/ MANEJO DE DOLOR POST AMIGDALECTOMÍA Dr. Jorge Ortega/Dr. Dennis Calderón
RECESO - VISITA A LOS STANDS			
11:10 - 11:25	OTITIS MEDIA AGUDA Y CRÓNICA Dr. Fernando Correa	11:05 - 11:25	PSG: ¿QUE ES LO IMPORTANTE SABER? Dr. Zancanella (Brasil)
11:25 - 11:45	MANEJO DEL OÍDO CRÓNICO Dra. Jacqueline Alvarado (Venezuela)	11:25 - 11:45	LA CIRUGÍA PARA EL SAOS: UNA MIRADA CRÍTICA Dr. Zancanella (Brasil)
11:45 - 12:00	TIMPANOPLASTIA TIPO I Dr. José María Astudillo	11:45 - 12:05	CPAP: INDICACIÓN Y SEGUIMIENTO Dr. Zancanella (Brasil)
12:00 - 12:15	TIMPANOPL. CON CART. EN NIÑOS, NUESTRA EXPERIENCIA Dr. Mario Quintero	12:05 - 12:25	APNEA DE SUEÑO EVIDENCIAS Dr. Pablo Stolovitzky (USA)
12:15 - 12:35	CIR. ENDOSC. OÍDO: LECCIONES LUEGO DE 150 CASOS Dr. Jesús Franco (Venezuela)	12:25 - 12:45	ACTUALIZACIÓN EN INFECCIONES ORL Dra. Jacqueline Alvarado (Venezuela)
12:35 - 12:55	RETOS Y SOLUCIONES INCOMUNES EN CIR. DE OÍDO MEDIO Dr. Manuel Bernal (España)	12:45 - 13:05	ATRESIA DE COANAS Dra. Jaqueline Alvarado (Venezuela)
12:55 - 13:10	SORDERA SUBITA: ORIGEN VASCULAR O NEUROPÁTICO? Dr. Roberto Vázquez		
13:30 - 14:30	ALMUERZO SIMPOSIUM: MERCK SHARP&DOME Índice terapéutico en corticoides nasales		



An International Corresponding Society of  
**AMERICAN ACADEMY OF  
OTOLARYNGOLOGY-  
HEAD AND NECK SURGERY**



Quito, 24 de abril de 2014

## CERTIFICADO

La Sociedad Ecuatoriana de Otorrinolaringología, certifica que el **DRA. DANIELA YEPEZ** participó con el tema libre: **CIRUGIA DE OIDO CRONICO: RESULTADOS** en el **"XIII Congreso Ecuatoriano de Otorrinolaringología, V Congreso Ecuatoriano de Rinología y Cirugía Facial, II Encuentro de las Academias Americana y Ecuatoriana de Otorrinolaringología"**, realizado en Quito-Ecuador del 19 al 22 de marzo de 2014.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Wilson Paz y Miño', is written over a faint, illegible stamp.

Dr. Wilson Paz y Miño  
SOCIEDAD ECUATORIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA



An International Corresponding Society of  
**AMERICAN ACADEMY OF  
 OTOLARYNGOLOGY-  
 HEAD AND NECK SURGERY**



Confiere el presente CERTIFICADO a:

**DRA. DANIELA YEPEZ**

Por su participación en calidad de:

**CONFERENCISTA**

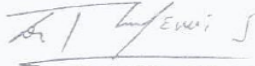
En el **XIII CONGRESO ECUATORIANO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA  
 V CONGRESO ECUATORIANO DE RINOLOGÍA Y CIRUGÍA FACIAL  
 II ENCUENTRO DE LAS ACADEMIAS AMERICANA Y ECUATORIANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

Realizado en la ciudad de Quito del 19 al 22 de Marzo de 2014

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

 UNIVERSIDAD  
 DE LAS AMÉRICAS

Dr. Wilson Paz y Miño  
 PRESIDENTE  
 Academia Ecuatoriana de ORL



Dr. Raúl Jervis Simmons  
 DECANO  
 Facultad de Medicina  
 Universidad de las Américas



Dr. Victor Manuel Álvarez  
 PRESIDENTE  
 Colegio Médico de Pichincha



CONGRESOS DE MEDICINA GENERAL

## **OTITIS MEDIA AGUDA**

II Jornadas Nacionales de Especialidades  
Quirúrgicas 2012

Del 2 al 6, y de 16 al 20 de Mayo del 2012  
Quito-Ecuador



# II JORNADAS NACIONALES DE ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS 2012



I Parte: Del 2 al 6 de Mayo 2012

II Parte: 16 al 20 de Mayo 2012

Auditorio General  
Hospital Carlos Andrade Marín  
Quito - Ecuador

120 Horas Académicas



AVAL ACADÉMICO:



AVAL INSTITUCIONAL:



ORGANIZA:



## Jueves 17 de Mayo: Otorrinolaringología y Cirugía Maxilofacial

HORA	TEMA
08H00-08H45	<b>Trauma Cráneo Facial</b> <i>Dr. Fabián Hernán Martínez A. / Doctor en Odontología UCE. Especialista Cirugía Maxilo Facial, Universidad San Francisco de Quito.</i>
08H45-09H30	<b>Infecciones Maxilofaciales</b> <i>Dra. Viviana Mora</i>
09h30-10h15	<b>Complicaciones Quirúrgicas de Implante Coclear. Manejo de Cuerpos en ORL en Niños.</b> <i>Dr. Carlos Ríos / Estadía de capacitación en ORL U. Chile. Postgrado ORL Universidad San Francisco Quito.</i>
10H15-10H30	<b>RECESO</b>
10H30-12H45	<b>Agasajo Día de la Madre/ Dirección HCAM.</b>
12H45-13H30	<b>Otitis Media Aguda</b> <i>Dra. Daniela Salome Yépez P. / Postgrado OrL San Francisco. Diploma Superior en Desarrollo Local y Salud.</i>
13h30-14h15	<b>Fracturas nasales. TALLER: Reducción y Colocación de Tapones Nasales.</b> <i>Dra. Daniela Salome Yépez P. / Postgrado OrL San Francisco. Diploma Superior en Desarrollo Local y Salud.</i>
14h15-15h00	<b>Trauma Facial en Niños</b> <i>Dra. Adriana Andrade</i>
15h00-15h45	<b>Cirugía Ortognática</b> <i>Dr. Rogelio Patricio Pazán L. / Especialista en Cirugía Oral y Máxilo Facial UCE.</i>
15h45-16h15	<b>RECESO</b>
16h15-17h00	<b>Fracturas Mandibulares</b> <i>Dr. Luis Francisco Jaramillo M. / Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva Universidad de Guayaquil.</i>
17H00-19H00	<b>TALLER: Maxilofacial</b> <i>Dr. Luis Francisco Jaramillo M. / Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva Universidad de Guayaquil.</i>





CONGRESOS DE MEDICINA GENERAL

# **FRACTURAS NASALES: TALLER: REDUCCIÓN Y COLOCACIÓN DE TAPONES NASALES**

II Jornadas Nacionales de Especialidades

Quirúrgicas 2012

Del 2 al 6, y de 16 al 20 de Mayo del 2012

Quito- Ecuador

# II JORNADAS NACIONALES DE ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS 2012



I Parte: Del 2 al 6 de Mayo 2012

II Parte: 16 al 20 de Mayo 2012

Auditorio General  
Hospital Carlos Andrade Marín  
Quito - Ecuador

120 Horas Académicas



AVAL ACADÉMICO:



AVAL INSTITUCIONAL:



ORGANIZA:



## Jueves 17 de Mayo: Otorrinolaringología y Cirugía Maxilofacial

HORA	TEMA
08H00-08H45	<b>Trauma Cráneo Facial</b> <i>Dr. Fabián Hernán Martínez A. / Doctor en Odontología UCE. Especialista Cirugía Maxilo Facial, Universidad San Francisco de Quito.</i>
08H45-09H30	<b>Infecciones Maxilofaciales</b> <i>Dra. Viviana Mora</i>
09h30-10h15	<b>Complicaciones Quirúrgicas de Implante Coclear. Manejo de Cuerpos en ORL en Niños.</b> <i>Dr. Carlos Ríos / Estadía de capacitación en ORL U. Chile. Postgrado ORL Universidad San Francisco Quito.</i>
10H15-10H30	<b>RECESO</b>
10H30-12H45	<b>Agasajo Día de la Madre/ Dirección HCAM.</b>
12H45-13H30	<b>Otitis Media Aguda</b> <i>Dra. Daniela Salome Yépez P. / Postgrado Orl San Francisco. Diploma Superior en Desarrollo Local y Salud.</i>
13h30-14h15	<b>Fracturas nasales. TALLER: Reducción y Colocación de Tapones Nasales.</b> <i>Dra. Daniela Salome Yépez P. / Postgrado Orl San Francisco. Diploma Superior en Desarrollo Local y Salud.</i>
14h15-15h00	<b>Trauma Facial en Niños</b> <i>Dra. Adriana Andrade</i>
15h00-15h45	<b>Cirugía Ortognática</b> <i>Dr. Rogelio Patricio Pazán L. / Especialista en Cirugía Oral y Máxilo Facial UCE.</i>
15h45-16h15	<b>RECESO</b>
16h15-17h00	<b>Fracturas Mandibulares</b> <i>Dr. Luis Francisco Jaramillo M. / Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva Universidad de Guayaquil.</i>
17H00-19H00	<b>TALLER: Maxilofacial</b> <i>Dr. Luis Francisco Jaramillo M. / Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva Universidad de Guayaquil.</i>



CONGRESOS DE MEDICINA GENERAL

## **MANEJO DE FARINGO AMIGDALITIS**

II Congreso Nacional de Medicina Clínica y Manejo del Dolor

Del 4 al 14 de Julio del 2012

Quito-Ecuador



**CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA  
CLÍNICA Y MANEJO DEL DOLOR Y**

**JORNADAS NACIONALES DE  
ACTUALIZACIÓN EN ENFERMERÍA**

**PRE-JORNADAS: 4 y 5 de Julio 2012  
JORNADAS: 7 al 14 de Julio 2012**

**Auditorio Cámara de Comercio de Quito  
(Av. Amazonas y República)  
Quito- Ecuador**



**120 Horas  
Académicas**

## Martes 10 de Julio:

## MEDICINA CLINICA Y MANEJO DEL DOLOR

HORA	TEMA
08H00-08H45	Crisis Hipertensiva <i>Dr. Ángel Romo .</i>
08H45-09H30	Diagnóstico Diferencial del Dolor Abdominal en Emergencia <i>Dra. Margarita Colindres .</i>
09H30-10H15	Manejo de Faringo-Amigdalitis <i>Dra. Daniela Yépez Pabón.</i>
10H15-10H30	RECESO
10H30-11H15	Manejo del Dolor en Recién Nacidos <i>Dr. Santiago Veloz Arroba.</i>
11H15-12H00	Neumonía Grave en Paciente Geriátrico <i>Dr. David Larreátegui.</i>
12H00-12H45	Enfermedades de Chagras 100 años de Historia en Ecuador <i>Dr. David Larreátegui.</i>
12H45-13H30	ALMUERZO
13H30-14H15	Sepsis Neonatal <i>Dr. Patricio Ordoñez.</i>
14H15-15H00	Manejo de Acné <i>Dra. Nelly Pilar Machado B.</i>
15H00-15H45	Lupus Eritematoso Sistémico <i>Dr. Manuel Iván Moreno Badillo.</i>
15H45-16H15	RECESO
16H15-17H00	Neumonías. Nuevos Manejos <i>Dr. Edgar Gavilanes.</i>
17H00-17H45	Asma <i>Dr. Bolívar Patricio Segura B.</i>
17H45-18H30	Valoración Global del Politraumatizado <i>Lic. René Abarca.</i>





**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**  
**ASOCIACIÓN NACIONAL DE MEDICOS RURALES**



Confiere el presente

# **CERTIFICADO**

A LA DOCTORA  
**DANIELA YÉPEZ PABÓN**


Por su participación en calidad de **EXPONENTE** con el Tema:  
**"MANEJO DE FARINGO AMIGDALITIS"**

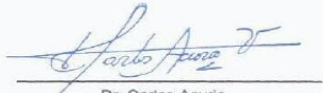
En el **"II CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA CLÍNICA Y  
 MANEJO DEL DOLOR"**


Realizado en la ciudad de Quito, del 4 al 14 de Julio de 2012

**Duración: 120 horas**

**Quito, 16 de Julio de 2012**

  
 Dr. Edison Chaves A.  
 Decano  
 Pontificia Universidad Católica del Ecuador  
 Facultad de Medicina

  
 Dr. Carlos Acurio,  
 Director General Académico  
 Pontificia Universidad Católica del Ecuador

  
 Md. Oscar Navarrete G.  
 Presidente  
 ANAMER