

Nueva experiencia clínica con Plesinox 3A en patología pediátrica recurrente con especial atención al síndrome de PFAPA

New clinical experience with Plesinox 3A in recurring pediatric pathology with special attention to PFAPA syndrome

AUTORES

Dr. Ignacio Arruti González* · Dra. Paloma Rodríguez García**

*Jefe de Sección ORL-INF. Complejo Hospitalario de Navarra · **Facultativo Especialista ORL. Complejo Hospitalario de Navarra

RESUMEN

OBJETIVO: Estudio observacional y retrospectivo en pacientes en edad pediátrica para evaluar el efecto de Plesinox 3A, en infecciones respiratorias ORL.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han recogido los datos, de manera aleatoria, de 78 pacientes en edad pediátrica, desde los 3 hasta los 15 años, con diversas patologías de la esfera ORL. Se han seleccionado de modo preferente pacientes afectados por el síndrome de PFAPA (Periodic Fever Adenopathy Pharyngitis Afthae).

Todos los pacientes tomaron Plesinox 3A durante 2 meses, los pacientes mayores de 12 años tomaron 2 cápsulas diarias y los menores de 12 años tomaron 1 cápsula al día. Posteriormente se dejaron 2 meses de descanso y se repitió el tratamiento otros 2 meses más. El estudio se inició en octubre 2019 y se finalizó en marzo 2021.

RESULTADOS: Como dato más relevante se observa la marcada disminución del número de procesos infecciosos tras la toma de Plesinox 3A a los 6 meses y que incluso se acentúa a los 9 meses (6,3 episodios/ mes pre-tratamiento, 1,7 episodios/mes a los 6 meses post-tratamiento y 0,8 episodios/mes a los 9 meses post- tratamiento). Los resultados extraídos de afectos del síndrome PFAPA no hacen más que corroborar esta disminución en el número de procesos (8,2 episodios/mes pre-tratamiento, 1,8 episodios/mes a los 6 meses post-tratamiento y 1 episodio/mes a los 9 meses post-tratamiento).

CONCLUSIONES: Plesinox 3A ha demostrado en este estudio una acción que ha contribuido a disminuir significativamente los episodios recurrentes en la consulta especializada de ORL infantil. Se ha realizado un especial seguimiento de pacientes afectados por el síndrome de PFAPA.

PALABRAS CLAVE:

Episodios recurrentes, PFAPA, Plesinox 3A, *Polypodium leucotomos*.

SUMMARY

OBJECTIVE: Observational and retrospective study in paediatric patients to evaluate the effect of Plesinox 3A on ENT respiratory infections.

MATERIAL AND METHODS: Data were randomly collected from 78 paediatric patients aged 3 to 15 years, with various ENT pathologies. Patients affected by PFAPA syndrome (Periodic Fever Adenopathy Pharyngitis Afthae) were preferentially selected. All patients took Plesinox 3A for 2 months, patients over 12 years of age took 2 capsules per day and patients under 12 years of age took 1 capsule per day. This was followed by 2 months off and treatment was repeated for a further 2 months. The study started in October 2019 and was completed in March 2021.

RESULTS: The most relevant data is the marked decrease in the number of infectious processes after taking Plesinox 3A at 6 months and even more so at 9 months (6.3 episodes/month pre-treatment, 1.7 episodes/month at 6 months post-treatment and 0.8 episodes/month at 9 months post-treatment). The results extracted from PFAPA syndrome sufferers only corroborate this decrease in the number of processes (8.2 episodes/month pre-treatment, 1.8 episodes/month at 6 months post-treatment and 1 episode/month at 9 months post-treatment).

CONCLUSIONS: Plesinox 3A has demonstrated in this study an action that has contributed to a significant decrease in recurrent episodes in the specialised paediatric ENT clinic. A special follow-up of patients with PFAPA syndrome has been carried out.

KEY WORDS:

Recurrent episodes, PFAPA, Plesinox 3A, *Polypodium leucotomos*.

Introducción

Plesinox 3A es un complemento alimenticio, del grupo Asacpharma, que contiene extracto de *Polypodium leucotomos*, vitaminas A, C y selenio.

El extracto de *Polypodium leucotomos* es una sustancia natural de origen vegetal que se extrae de los helechos de América central y que tiene un potente efecto inmunomodulador^{1,2}.

La vitamina C es un potente antioxidante que contribuye al normal funcionamiento del sistema inmunitario.

La vitamina A tiene un papel fundamental en el mantenimiento de la piel y mucosas que son la primera barrera de defensa del organismo. También ayuda al mantenimiento del sistema inmunológico.

El selenio es un oligoelemento con propiedades antioxidantes que contribuye al normal funcionamiento del sistema inmunitario³⁻⁷.

Por lo tanto, Plesinox 3A es un preparado que, con una correcta proporción de sus componentes, potencia las cualidades de cada uno de ellos para lograr un correcto y adecuado funcionamiento del sistema inmunitario.

El presente estudio realiza una evaluación de la disminución de los procesos recidivantes en patologías pediátricas recurrentes, tras la toma de Plesinox 3A durante 4 meses no consecutivos (2 meses de tratamiento - 2 meses de descanso - 2 meses de tratamiento). Se evaluó el efecto a los 6 y 9 meses tras la finalización del tratamiento.

Han participado en el estudio, de manera aleatoria, 83 pacientes en edad pediátrica (por debajo de 16 años) con diversas patologías de la esfera ORL, seleccionando de modo preferente pacientes afectados del síndrome de PFAPA.

Objetivo

Estudio con 83 pacientes en edad pediátrica, observacional y retrospectivo para evaluar el efecto de Plesinox 3A. Se han seleccionado patologías infecciosas frecuentes en ORL haciendo especial hincapié en pacientes afectados del síndrome de PFAPA.

Se ha controlado la frecuencia de episodios a los 6 y a los 9 meses tras la finalización del tratamiento.

Todos los pacientes tomaron Plesinox 3A durante 2 meses, los pacientes mayores de 12 años tomaron 2 cápsulas diarias y los menores de 12 años tomaron 1 cápsula al día. Posteriormente se dejaron 2 meses de descanso y se repitió el tratamiento otros 2 meses más.

Una cápsula contiene 240 mg de extracto de *Polypodium leucotomos*, 40 mg de vitamina C, 400 µg de vitamina A y 27,5 µg de selenio. La posibilidad de poder abrir la cápsula y verter el contenido en un vaso de agua u otros líquidos, ha facilitado la administración en aquellos pacientes con problemas de deglución.

Material y Métodos

Se recoge la evolución de 78 pacientes. De los 83 pacientes iniciales, 3 de ellos no fueron localizados, 1 de ellos abandonó por no estar financiado el producto y 1 de ellos no completó el tratamiento.

El rango de edad de los pacientes del estudio abarca desde los 3 hasta los 15 años. La edad media de los pacientes fue de 7,2 años. La distribución por sexo fue de 33 hombres y 45 mujeres.

Todos los pacientes fueron remitidos desde atención primaria a una consulta especializada en ORL pediátrica y fueron seleccionados de manera aleatoria. La distribución por patología fue la siguiente (Fig. 1). Faringoamigdalitis aguda (29), Síndrome de PFAPA (19), Rinosinusitis (13), Otitis media aguda (10), Adenoiditis (4) y Laringitis (3).

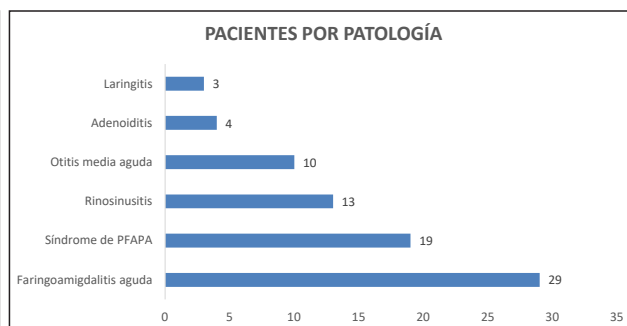


Figura 1: Número de pacientes por patología.

I. Síndrome de PFAPA⁸⁻¹²:

El síndrome de PFAPA (Periodic Fever Adenopathy Pharyngitis Afthae) o de Marshall, fue descrito por primera vez en 1987. Es una enfermedad auto-inflamatoria caracterizada por brotes periódicos inflamatorios que cursan sin la presencia de auto-anticuerpos o linfocitos T. El diagnóstico es clínico y se caracteriza por episodios repetidos de fiebre alta de 3 a 6 días de duración acompañados de aftas orales, adenopatías cervicales y faringoamigdalitis. La desregulación del sistema inmune innato parece tener un papel fundamental. Por su similitud con procesos infecciosos y la corta edad de los pacientes, ocasiona la realización de múltiples estudios complementarios, ingresos y tratamientos antibióticos innecesarios.

En general la frecuencia de los brotes desaparece hacia los 6 o 7 años. Últimamente se están viendo la persistencia en pacientes más mayores incluso en la edad adulta.

Una mala evolución del proceso hace necesaria la realización de una amigdelectomía que presenta resultados variables en cuanto a la resolución del cuadro y que cuenta con el riesgo de precisar una anestesia general.

II. Faringoamigdalitis⁸⁻¹²:

Es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en la consulta de pediatría. Es un proceso en el cual las amígdalas se inflaman, generalmente como resultado de una infección, que puede ser de origen vírico o bacteriano donde el principal agente responsable es el *Streptococcus pyogenes* o estreptococo beta-hemolítico del grupo A. El pico de máxima incidencia se sitúa entre los 5 y 15 años.

Muchos de estos procesos tienen un carácter autolimitado y el uso de antibióticos en muchos casos no estaría indicado.

III. Rinosinusitis⁸⁻¹²:

Es la inflamación de la mucosa de la cavidad nasal y de los senos paranasales. Sus principales agentes etiológicos son virus y en menor medida bacterias como *S. pneumoniae*, *H. influenzae* o *M. catarrhalis*. Es muy frecuente el diagnóstico de rinosinusitis en la infancia y casi siempre se recetan antibióticos. Sin embargo, debido a los múltiples

procesos catarrales de vías altas en la infancia de origen vírico, estos no estarían indicados. Se estima que la sobreinfección bacteriana se da en un 5% de estos cuadros.

IV. Otitis media aguda⁸⁻¹²:

Proceso inflamatorio del oído que alcanza su máxima incidencia durante los meses de diciembre a marzo. Los patógenos más frecuentes son: *S. pneumoniae* (40%) *H. influenzae* (25%), *M. catarrhalis* (10%) y otros como *S. pyogenes* o *S. aureus*.

El diagnóstico debe pasar por considerar los signos y síntomas más específicos como otalgia, otorrea, otoscopia con datos inequívocos de inflamación y tener menos en cuenta otros menos específicos como fiebre, malestar o rinitis. Los pacientes tenían las siguientes patologías de base (Fig. 2).

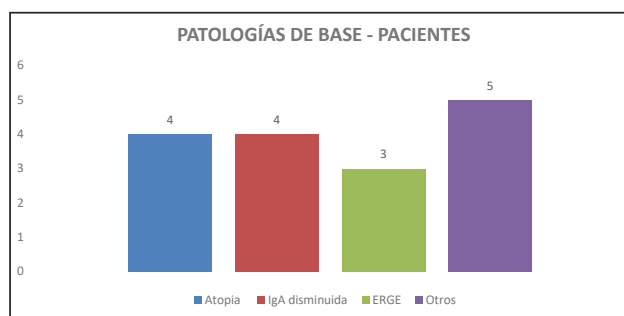


Figura 2: Número de pacientes por patologías de base.

En la siguiente figura reflejamos los tratamientos concomitantes administrados (Fig. 3).



Figura 3: Tratamientos concomitantes administrados.

Resultados

El estudio se inició en octubre del 2019 y finalizó en marzo del 2021. De los 83 pacientes seleccionados, 78 cumplieron las condiciones para ser incluidos en el mismo.

Cabe destacar que, parte del estudio se realizó durante la pandemia sanitaria causada por la COVID-19, debiendo tenerse en cuenta medidas de protección como confinamientos, uso de mascarilla, higiene de manos, etc.

Para poder continuar con el estudio y mostrar los beneficios del tratamiento, se han analizado aparte a los pacientes afectos del síndrome de PFAPA, que en principio, no deberían haber visto alterada su evolución por medidas higiénico-sanitarias.

En la siguiente figura (Fig. 4) se puede observar una marcada disminución del número de procesos recidivantes en los pacientes con PFAPA tras la toma de Plesinox 3A a los 6 y 9 meses post-tratamiento.

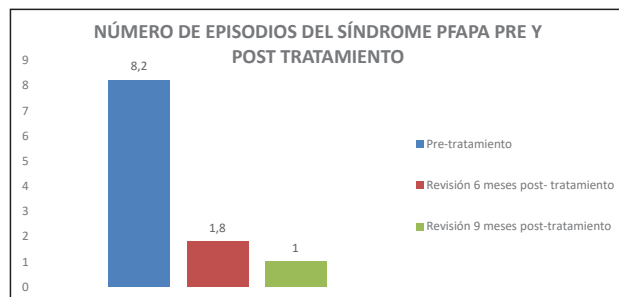


Figura 4: Número de episodios del síndrome PFAPA pre-tratamiento, a los 6 meses post-tratamiento y a los 9 meses post-tratamiento.

Estos resultados se confirman en los pacientes que presentaban cuadros recidivantes de las demás patologías seleccionadas (Fig. 5) en la valoración pre-tratamiento y post-tratamiento:

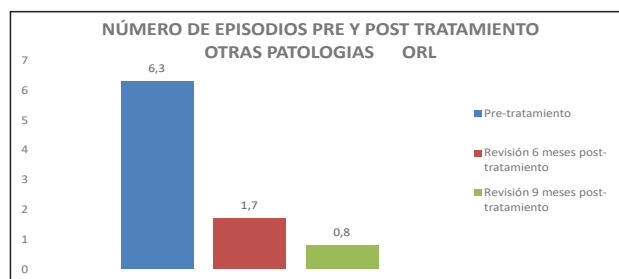


Figura 5: Número de episodios pre-tratamiento, a los 6 meses post-tratamiento y a los 9 meses post-tratamiento.

Se reflejaron 4 efectos secundarios que en ningún caso obligaron a suspender el tratamiento. Estos son: aumento de apetito, molestias abdominales, reflujo ácido y un caso de insomnio que precisó adelantar la toma.

El grado de satisfacción reflejado por los pacientes y sus familias en una escala de 0 a 10 fue de 7,8 (Fig. 6).

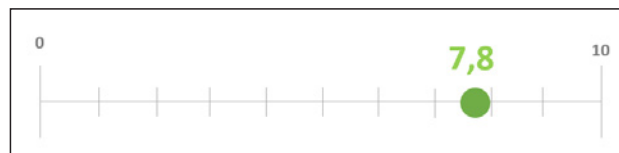


Figura 6: Grado de satisfacción reflejado por los pacientes y familias en una escala de 0 a 10 (n=43).

Discusión

Los complementos alimenticios son definidos como productos formulados a base de nutrientes y otros componentes para poder cubrir las necesidades nutricionales particulares en determinadas condiciones⁷. El efecto del *Polypodium leucotomos* está referenciado en diferentes estudios *in vitro*¹² e *in vivo*^{14,15}.

Plesinox 3A es un complemento alimenticio formulado a base de *Polypodium leucotomos*, vitamina A, vitamina C y selenio, que contribuye al normal funcionamiento del sistema inmunitario. Disponemos de otras dos experiencias clínicas^{15,16} con el producto, en las cuales los resultados han sido positivos en la disminución de los episodios recidivantes en infecciones respiratorias derivadas a consulta ORL¹⁵, así como en la actividad inmunoprotectora en deportistas frente a infecciones víricas¹⁶.

Los resultados valorados en esta nueva experiencia en una población pediátrica alternado el ciclo posológico (2 meses de tratamiento, 2 meses de descanso, 2 meses de tratamiento) ponen de manifiesto una marcada disminución del número de procesos infecciosos a los 6 meses y que incluso se acentúa a los 9 meses post-tratamiento. Esta disminución ha sido también relevante en pacientes con el síndrome PFAPA.

La baja incidencia de efectos adversos y ausencias de complicaciones han sido valorados positivamente.

Conclusiones

En este estudio, Plesinox 3A ha contribuido a disminuir significativamente los episodios recurrentes en una consulta especializada en patologías ORL infantiles.

Se ha realizado un especial seguimiento en aquellos pacientes afectos del síndrome de PFAPA con una respuesta muy significativa evitando efectos secundarios de otros fármacos (corticoides) generación de resistencias (antibióticos) y evitando un número importante de intervenciones quirúrgicas. Los resultados son positivos, ya que ha habido una disminución de los episodios recidivantes en patologías respiratorias y una baja incidencia de efectos secundarios.

Por estos motivos, Plesinox 3A un complemento alimenticio seguro para emplear en primera línea ante cuadros ORL recurrentes también en la edad pediátrica.

Bibliografía

1. Carolina Sánchez-Rodríguez*, Keyliz R. Peraza Crucesb, Laura Rodríguez Riescoc, José Antonio García-Velad, Ricardo Sanz-Fernández Immunomodulatory effect of *Polypodium leucotomos* (Anapsos) in childpalatine tonsil model. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2018;107: 56–61.
2. Estepa A, Ortega-Villaizán MM. Instituto de Biología Molecular y Celular. Universidad Miguel Hernández. Evaluación de la actividad del extracto de *Polypodium leucotomos* sólo y con vitaminas en monocitos humanos (Documento interno ASACpharma).
3. Anitra C. Carr, Silvia Maggini. Vitamin C and Immune Function. *Nutrients* 2017, 1211.
4. Maria Rosa Bono, et al. Retinoic Acid as a Modulator of T Cell Immunity. *Nutrients* 2016, 8: 349.
5. Silvia Maggin, et al. Selected vitamins and trace elements support immune function by strengthening epithelial barriers and cellular and humoral immune responses. *British Journal of Nutrition* 2007, 98, Suppl. 1.
6. Kamal Ivoryal et al. Selenium supplementation has beneficial and detrimental effects on immunity to influenza vaccine in older adults. *Clin Nutr.* 2017; 36(2): 407–415.
7. Ángeles Carbajal Azcona: Manual de nutrición y dietética. Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid <https://www.ucm.es/nutricioncarbajal> Septiembre de 2013.
8. Guía clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto Josep Maria Cots Yago¹, Juan-Ignacio Alós Cortés², Mario Bárcena Caamaño³, Xavier Boleda Relats⁴.
9. Wurster VM, Carlucci JG, Feder HM Jr, Edwards KM. Long-term follow-up of children with periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and cervical adenitis syndrome. *J Pediatr.* 2011;159: 958-64.
10. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guidelines. Otitis media with effusion. *Pediatrics.* 2004; 113: 1412-29.
11. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis.* 2012;54(8):72-112.
12. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence based care guideline for management of acute bacterial sinusitis in children 1-18 years of age. Cincinnati (OH): Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2001 [actualizado 07/07/2006; consultado 30/09/2012].
13. Cardelús S, Cardesín A, Martínez A, Escamilla Y, Rosell R, Díaz J, Aguilá A, Bargués R, Sáiz JM, Gracia R, Lloret M, Argany B. Uso del anapsos en el tratamiento de la faringoamigdalitis crónica recidivante. *O.R.L. Aragón* 2011; 14 (2):25-27.
14. Martín del Guayo G, Espuch Núñez D. Faringoamigdalitis crónica en niños. Respuesta con anapsos. *O.R.L. Aragón* 2014; 17 (1): 6-9.
15. I. Arruti González, P. Rodríguez García, P. Regalado Martín, Experiencia clínica con Plesinox en patologías recurrentes derivadas a consultas externas. *O.R.L. Aragón* 2018; 21 (2): 6-8.
16. C. López Rodríguez, Ángel Martín Pastor, L. López Florez Prevención de infecciones del tracto respiratorio superior en atletas de alto rendimiento con Plesinox 3A. *O.R.L. Aragón* 2020; 23 (2): 10-13.

Fístula faringocutánea tras laringectomía total: supervivencia y mortalidad

Pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy: survival and mortality

AUTORES

Sánchez Llanos E · El Uali Abeida M · Castillo Hernández JJ · Comet Ruiz J · Álvarez Morales NN · Fernández Liesa RJ

Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

RESUMEN

La fístula faringocutánea es el desarrollo de una comunicación anómala entre la faringe y la piel. Esta anomalía, aparece normalmente tras una intervención de laringectomía total, produce un aumento de morbilidad postoperatoria, además de generar un aumento de la estancia hospitalaria tras la laringectomía. Analizamos 82 laringectomías realizadas en nuestro hospital comparando supervivencia y mortalidad entre los pacientes que desarrollaban fístula faringocutánea y los que no. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en supervivencia y mortalidad.

PALABRAS CLAVE:

Laringectomía total, fístula faringocutánea, supervivencia, mortalidad, radioterapia.

SUMMARY

Pharyngocutaneous fistula is the development of an anomalous communication between pharynx and skin. This usually appears after a total laryngectomy. It increases the postoperative morbidity and extends the hospital stay. We analysed 82 patient that were operated on total laryngectomy, and we compared the survival and the mortality between the pharyngocutaneous fistula development patients and the ones who didn't. There were not statistically differences between survival and mortality.

KEY WORDS:

Total laryngectomy, pharyngocutaneous fistula, survival, mortality, radiotherapy.

Introducción

La fístula faringocutánea (FFC) es la comunicación anómala entre la faringe y la piel. La gran mayoría de las veces se debe a un proceso quirúrgico en la zona que genera dicha comunicación. La mayoría de las FFC suelen derivar de una laringectomía total (LT) previa. Existe gran número de estudios que definen los factores y condiciones del paciente, y la intervención quirúrgica, que influyen sobre la aparición de esta. El principal factor de riesgo de aparición de FFC es la recepción de radioterapia previo a la realización de la LT. Debido a que en los últimos años se prioriza el protocolo de conservación de órgano (PCO) frente a la cirugía de la LT, el número de FFC en cirugías de rescate tras el fracaso del PCO ha aumentado.

Objetivos

Estudio de la mortalidad y la supervivencia de los pacientes intervenidos de LT en nuestro hospital entre los años 2011 y 2016.

Material y Métodos

ESTUDIO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional de tipo casos y controles.

La comparación entre variables cualitativas fue realizada mediante la prueba de chi cuadrado, aunque a algunas de ellas se le aplicó la prueba exacta de Fisher si cumplían criterios. El tamaño del efecto fue medido por la Odds Ratio.

En las variables cuantitativas se realizó una prueba de Shaphiro-Wilk y de Levene para valorar la normalidad y la homogeneidad de varianzas. En base a los resultados se aplicó el test necesario entre el T-Student, test de Welch, Mann-Whitney U, ANOVA o Kruskal-Wallis. Como medida de tendencia central se utilizó la media si la variable seguía una distribución normal y la mediana si no. La dispersión de la variable se indicó mediante la desviación estándar (SD) si seguía una distribución normal o rango intercuartílico (IQR) si no era normal.

El estudio de supervivencia se realizó mediante la aplicación de la prueba de Kaplan-Meier donde se generaron y se compararon las curvas supervivencia mediante la aplicación del test de log rank.

POBLACIÓN

Entre el 2011 y el 2016 fueron intervenidos en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza un total de 82 LT. Todas ellas fueron intervenidas por causa tumoral, siendo 81 de ellas por carcinoma escamoso y 1 por condrosarcoma.

Nueve de los pacientes fueron de género femenino. La media de edad fue de 66 años (43.5-87.4, SD 10.2). Recibieron radioterapia previa a la cirugía combinada o no con quimioterapia, 41 de los pacientes (50.6%). Las diferentes combinaciones de quimioterapia y radioterapia se muestran en la tabla I.

Tabla I: se muestra la distribución de los diferentes tratamientos de PCO previos a la LT, RT: radioterapia. QTRT: quimio-radioterapia, QTind: quimioterapia de inducción.

Valores	n
RT	12
QTind+QTRT	23
QTRT	5
N	27
QTind	13
QTind-RT	1

Del total de 82 pacientes, 58 (70.7%) han fallecido durante la realización del estudio. La media de edad al fallecimiento fue de 68.8 años (50.5-92.5, SD 10.8). La mediana de tiempo entre la LT y la fecha del fallecimiento fue de 606 días (1 año, 8 meses y 2 días) (43-3769, IQR 728).

De los 58 fallecidos, 35 (60.3%) fallecieron a causa del tumor, ya fuera por recidiva local, metástasis ganglionares, metástasis a distancia complicaciones derivadas de las anteriores como trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar. Las causas de muerte se reflejan en la tabla II.

La FFC se desarrolló en 42 de los pacientes (51.2%) y 31 de estas se cerraron de forma espontánea sin necesidad de cirugía.

La mediana de tiempo de estancia hospitalaria fue de 24 días (11-152, IQR 17.5)

Tabla II:

Causas de la muerte	Total	% del Total
Recidiva y/o metástasis	35	60.3%
Enolismo crónico	1	1.7%
Infección abdominal	1	1.7%
Ictus	2	3.4%
Proctitis actínica	1	1.7%
Vólvulo	1	1.7%
Cáncer pulmón no M1	5	8.6%
Neumonía	5	8.6%
Cáncer lengua	1	1.7%
Deterioro general (EPOC)	3	5.2%
Suicidio	1	1.7%
Desconocido	2	3.4%

Resultados

La aplicación de radioterapia fue estadísticamente significativa para la aparición de FFC (p=0.0149). No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes tipos de aplicación de radioterapia y quimioterapia en la aparición de FFC (p=0.288).

El tiempo de estancia hospitalaria fue significativamente menor en los pacientes que no desarrollaron FFC (p<0.01, FFC 34.5 días - NO FFC 18.5 días).

No existieron diferencias estadísticamente significativas a la hora de estudiar la relación entre la FFC y la mortalidad (p=0.110), ni a la hora de estudiar la supervivencia (p=0.632). La edad del paciente a la realización de la LT tampoco fue significativa (p=0.258). La curva de supervivencia se muestra en la (Fig. 1).

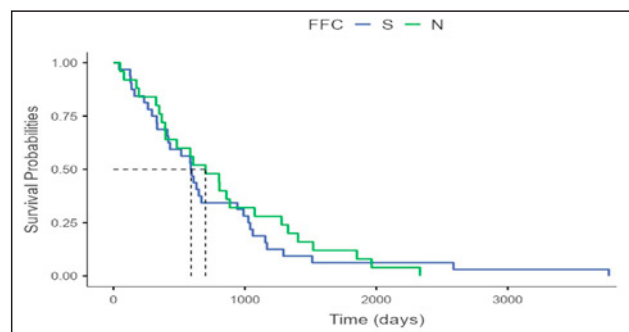


Figura 1: Se comparan las curvas de supervivencia entre los pacientes intervenidos de LT que desarrollaron FFC y los que no. Se observa que las curvas son similares, no existiendo, en el análisis estadístico, diferencias estadísticamente significativas.

No existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a supervivencia entre los pacientes que habían recibido radioterapia o no ($p=0.324$). Lo mismo ocurrió comparando la quimioterapia ($p=0.351$).

Discusión

La aparición de FFC, en la literatura, oscila entre un 3% y un 65% de las LT¹². En nuestro caso la media entra dentro de este rango y la gran mayoría cerraron de forma espontánea con el tratamiento sintomático.

Como se ha demostrado en cuantiosos estudios, la aplicación de radioterapia previa a la LT es uno de los factores de riesgo principales para el desarrollo de FFC³⁻⁵. La radioterapia fue un importante factor de riesgo en la aparición de FFC en nuestros pacientes, aunque no influyó el hecho de que se recibiera de manera aislada o combinada con quimioterapia.

La FFC incrementa la estancia hospitalaria, la morbilidad postquirúrgica, el riesgo de infecciones y la posibilidad de cirugías de rescate para el cierre de la misma⁶. Parece claro que la aparición de FFC alarga la estancia hospitalaria. Algunos autores recomiendan, aunque con baja evidencia científica, la ingesta oral precoz para recortar el tiempo de estancia hospitalaria, pero esto sólo afectaría a los pacientes que no desarrollan FFC⁷.

No hemos encontrado estudio alguno que compare la supervivencia ni la mortalidad de los pacientes con o sin FFC. Es lógico esperar que la aparición de FFC no genere una disminución de supervivencia o aumento de mortalidad. En sí, la FFC genera aumento de estancia hospitalaria y mayor morbilidad, aunque estos pueden derivar en caquexia y alteraciones de la calidad de vida posterior al alta. Todo esto puede recuperarse con una buena rehabilitación nutricional, física y foniatría que haga que el paciente recupere la vida normal previa a la cirugía.

Conclusión

La FFC es la principal complicación tras la realización de una LT. Esta comunicación anómala produce un aumento de la estancia hospitalaria de los pacientes intervenidos y aumenta su morbilidad. Sin embargo, no existe influencia en la mortalidad ni en la supervivencia de los pacientes comparándola con los intervenidos de LT pero que no desarrollan FFC.

Bibliografía

1. Clinical Analysis of Pharyngocutaneous Fistula-All Databases [Internet]. [cited 2021 Sep 17]. Available from: <https://www.webofscience.com/wos/allldb/full-record/KJD:ART001110917>
2. LUNDGREN J, OLOFSSON J. Pharyngocutaneous fistulae following total laryngectomy. *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences* [Internet]. 1979 Feb 1 [cited 2021 Sep 17];4(1):13–23. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2273.1979.tb01748.x>
3. Sayles M, Koonce SL, Harrison L, Beasley N, McRae AR, Grant DG. Pharyngo-cutaneous fistula complicating laryngectomy in the chemo-radiotherapy organ-preservation epoch. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2014;271(6):1765–9.
4. Higashino M, Aihara T, Terada T, Kawata R. Influence of Preoperative Radiation Therapy on the Occurrence of Pharyngocutaneous Fistula After Total Laryngectomy. *Cureus*. 2021; 13 (3): e13797.doi: 107759/cureus.
5. Timmermans AJ, Lansaat L, Theunissen EAR, Hamming-Vrieze O, Hilgers FJM, van den Brekel MWM. Predictive factors for pharyngocutaneous fistulization after total laryngectomy. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*. 2014;123(3):153–61.
6. Bharathi MB, Janga RP, Rakesh BS, Babu AR. Laryngectomy With or Without Partial Pharyngectomy: A Systematic Review. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2019;71 (S1): 489–96.
7. Milinis K, Gaskell P, Lau A, Lancaster J, Jones T. Early versus late oral feeding following total (pharyngo)laryngectomy: Systematic review and meta-analysis. *Head & Neck*. 2021; 43 (4): 1359–68.

Revisión de complicaciones de otitis media en un hospital de tercer nivel

Revision of complications of otitis media in a third level hospital

AUTORES

Gasós Lafuente AM · Gil Grasa G · Munuera Jurado M · Escribano Peñalva A · García Fernández R · López Vázquez MA

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España

RESUMEN

Actualmente las complicaciones de las otitis agudas son anecdóticas, gracias a la disponibilidad de tratamiento médico y el uso de antibióticos. Se revisan las complicaciones de otitis medias que han sido atendidas en el servicio de ORL del Hospital Clínico Universitario a lo largo de los años 2018 a 2020. La otitis media es una patología muy frecuente, a diferencia de sus complicaciones, que se dan en un número muy reducido de casos. Sin embargo, estas pueden ser potencialmente graves, poniendo en riesgo la vida del paciente. Por lo tanto, un diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales.

PALABRAS CLAVE:

Otitis media, hospital de tercer nivel.

SUMMARY

Currently, complications of acute otitis media are anecdotal, thanks to the availability of medical treatment and the use of antibiotics. We review the complications of otitis media that have been seen in the ENT service of the Hospital Clínico Universitario throughout the years 2018 to 2020. Otitis media is a very frequent pathology, unlike its complications, which occur in a very small number of cases. However, these can be potentially serious, putting the patient's life at risk. Therefore, early diagnosis and treatment are essential.

KEY WORDS:

Otitis media, third level hospital.

Introducción

Actualmente las complicaciones de las otitis agudas son anecdóticas, gracias a la disponibilidad de tratamiento médico y el uso de antibióticos. La más frecuente probablemente es la mastoiditis, y se da sobretodo en niños. La supuración crónica sin embargo sigue siendo responsable de casos de supuración intracraneal. Como pruebas de imagen la tomografía computarizada (TC) es la de elección inicial y generalmente la única, ya que permite evaluar con gran exactitud la afectación ósea, extracraneal y la mayor parte de complicaciones intracraneales. La resonancia magnética (RM) se reserva para los casos en los que sea necesaria una delimitación y/o caracterización más precisa de las complicaciones intracraneales.

Material y Métodos

Se revisan las complicaciones de otitis medias que han sido atendidas en el servicio de ORL del Hospital Clínico Universitario a lo largo de los años 2018 a 2020. Se excluyen las mastoiditis sin absceso subperiostico, así como las

meningitis por ser pacientes que ingresan en otros servicios del hospital. Estudio descriptivo sobre varios casos clínicos. Revisión de historias clínicas y revisión de la bibliografía acerca de la patología.

Tabla I: Clasificación de las infecciones de oído medio.

Tipo	Complicación
Extracraneal	Mastoiditis aguda/absceso subperiostico
	Parálisis facial
	Laberintitis
	Absceso cervical
Intracraneal	Meningitis
	Absceso Extradural
	Temporal
	Cerebelar
	Trombosis del seno lateral

Resultados

A continuación se exponen los casos clínicos ordenados en función del tipo de complicación que presentaron. Se expone en cada caso el proceso diagnóstico, el tratamiento realizado, así como la evolución.

Complicaciones extracraneales

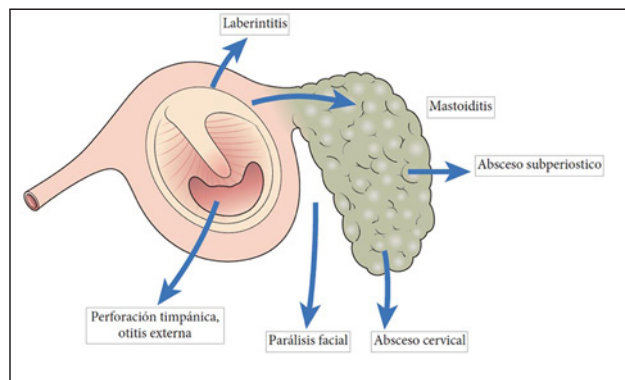


Figura 1: Complicaciones extracraneales de las otitis agudas. Adaptada de Complications of middle ear infections en Ram S. Dhillon. Ear, nose and throat and head and neck surgery: an illustrated colour text. 4ª edición. China: Elsevier; 2013; 25-26.

1. Mastoiditis aguda

Precedida de una otitis aguda, habitualmente vista en niños. La clínica consiste en intenso dolor, localizado en la mastoides habitualmente. Si el tímpano se perfora puede producirse cierto alivio de los síntomas transitorio, pero un aumento gradual de la fiebre sugiere la extensión hacia la mastoides de la infección. En la exploración física encontraremos el canal auditivo externo con su pared posterior flácida y edematosa, edema alrededor de la mastoides y de la zona zigomática. Finalmente, el pus se desplaza al exterior formando un edema subperióstico y el tímpano se abomba y perfora.

En las primeras fases la administración intravenosa de antibióticos puede resolver la inflamación, siendo necesaria una duración prolongada del mismo para la resolución completa. Si no hay mejoría, o si se ha desarrollado un absceso subperióstico se debe llevar a cabo una mastoidectomía. Cuando la infección se propaga profundamente al músculo esternocleidomastoideo, se llama absceso de Bezold, y cuando se encuentra en el triángulo digástrico, se llama absceso de Citelli. En el caso del absceso de Luc, la infección se encuentra debajo del músculo temporal.

Caso 1

Un varón de 15 años que acudió a urgencias por dolor retroauricular de 12-15 días de evolución, con desarrollo posterior de bultoma retroauricular derecho. No presentaba otra clínica otológica. La otoscopia era normal. En TAC realizado se observa absceso retroauricular derecho de unos 24x22x28mm, con afectación patológica radiológica pura-

mente de punta mastoidea, con caja aireada. Se realizó en un primer tiempo drenaje quirúrgico bajo anestesia general del mismo, y de manera diferida tras la resolución aguda del cuadro una mastoidectomía con técnica cerrada, observando un sequestro mucoso que contiene material colesterínico sólido y mucosa patológica localizada en el ángulo de Citelli y otro sequestro de las mismas características desde el muro facial hacia la punta de la mastoides, eliminando la punta mastoidea desde la ranura digástrica.

Caso 2

Lactante de 19 meses que es traída a urgencias tumefacción retroauricular izquierda de 5-7 días de evolución. No ha presentado otalgia ni otorrea, presenta buen estado general. Había presentado fiebre intermitente de hasta 38,9°C durante 15 días, permaneciendo en la última semana afebril. No refieren otalgia en las últimas semanas. La otoscopia muestra tímpano eritematoso levemente abombado del oído izquierdo. Se objetiva además tumefacción blanda a nivel retroauricular a la altura del hélix, superficialmente eritematosa, blanda y no dolorosa. Fluctúa, no está a tensión. Se realiza TAC de peñascos, donde se evidencia en peñasco izquierdo otomastoiditis y solución de continuidad en cortical ósea de celdillas superiores que comunica con absceso subperióstico de unos 10 x 30 x 25 mm por detrás del pabellón auricular. Se realiza timpanotomía y DTT así como mastoidectomía.

2. Parálisis facial

En casos en que el canal del nervio facial se encuentra dehiscente a nivel del oído medio, una infección aguda puede ocasionar una parálisis facial transitoria que suele resolverse junto con el proceso agudo. No contamos con ningún caso de estas características durante el periodo estudiado.

3. Laberintitis

Puede desarrollarse tanto en procesos agudos como crónicos del oído medio. En el primer momento se desarrolla una laberintitis serosa, pero puede evolucionar a una laberintitis purulenta. Estos dos procesos son clínicamente indistinguibles. Como signos de inflamación laberíntica aparecen mareo y inestabilidad, con síntomas vegetativos asociados, así como pérdida auditiva de tipo neurosensorial. El papel de la RM en la valoración del oído interno es indiscutible, estando indicada si se sospecha complicación laberíntica. Se deben administrar altas dosis de antibióticos intravenosos para prevenir una meningitis, y en casos de colección en oído medio se debe llevar a cabo el drenaje de la misma.

Caso 3

Se trata de un paciente que acude a urgencias por otalgia derecha de una semana de evolución e hipoacusia. Afebril. Otorrea de unas horas de evolución unos días antes. Además acufeno izquierdo e inestabilidad. En la otoscopia se objetiva un tímpano derecho engrosado eritematoso, con zona costrosa en cuadrante posteroinferior, pero íntegro.

En la audiometría se objetiva una hipoacusia aguda severo-profunda unilateral derecha. No nistagmo espontáneo con fijación visual, pero shaking head positivo con nistagmo horizontorotatorio grado II izquierdo y Halmagy con sacadas correctoras al girar la cabeza hacia la derecha.

A su ingreso se instaura tratamiento endovenoso corticoideo y antibiótico, y se coloca drenaje transtimpánico en oído derecho, aspirándose pus de aspecto blanquecino. Se realiza además RM que muestra mastoiditis derecha, sin otras alteraciones reseñables. Tras ellos evolución favorable.

Complicaciones intracraneales

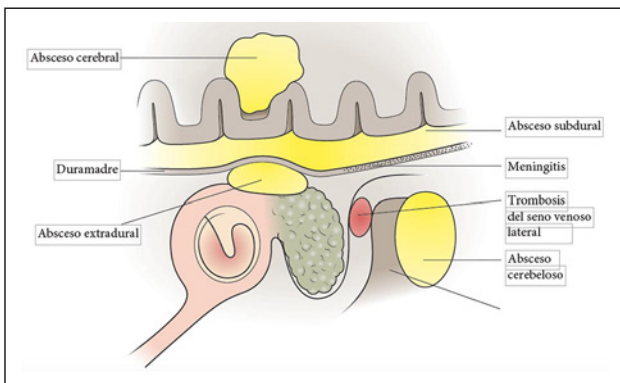


Figura 2: Complicaciones intracraneales de las otitis agudas. Adaptada de Complications of middle ear infections en Ram S. Dhillon. Ear, nose and throat and head and neck surgery: an illustrated colour text. 4ª edición. China: Elsevier, 2013; 25-26.

1. Meningitis

El neumococo es el patógeno de origen ótico más frecuente. La clínica inicial suele ser fiebre y cefalea, progresando a confusión, irritabilidad y rigidez cervical. El diagnóstico se lleva a cabo mediante una punción lumbar, y una prueba de imagen puede estar indicada para descartar absceso intracraneal. El tratamiento se basa en antibióticos intravenosos en primer lugar. En casos de meningitis de repetición se debe llevar a cabo una exploración ORL completa en busca de focos de infección o fistula de LCR.

2. Absceso intracraneal

El desarrollo de un absceso intracraneal conlleva una mortalidad significativa. Puede producirse en diferentes localizaciones, dependiendo de si se produce por extensión de la infección por contigüidad o por extensión hematogénea. La clínica puede variar según la localización del mismo, desde cefalea, fiebre o vómitos, hasta signos de focalidad y de hipertensión intracraneal.

Caso 4

Se trata de una mujer de 49 años, con antecedentes de exéresis de un colesteatoma en oído derecho hace treinta años, y otitis media crónica derecha con varios episodios de reagudización al año. Acude a Urgencias por un cuadro de fiebre, otorrea derecha y cefalea opresiva que no cede con la analgesia habitual. En el despistaje de pruebas complementarias se aprecia una colección temporal derecha compatible con absceso cerebral, así como una otomastoiditis derecha con ocupación mastoidea y erosión de tegmen tímpani, en continuación con probable absceso temporal. Se realiza, así mismo, RM cerebral que confirma los hallazgos previos.

Tabla II: Resumen de los casos clínicos de complicaciones por otitis media.

	Complicación	Edad/ Genero	Tratamiento	Tiempo de ingreso	Etiología	Mastoiditis	Cultivos
1	Absceso subperióstico	15 V	DTT Mastoidectomía ATB IV	24 días	OMA	Si	Streptococcus pneumoniae
2	Absceso subperióstico	1,5 M	DTT Mastoidectomía ATB IV	9 días	OMA	Si	Streptococcus pyogenes A
3	Laberintitis	45 V	DTT ATB IV	5 días	OMA	Si	Negativos
4	Absceso intracerebral	49 M	Drenaje intracraneal Mastoidectomía ATB IV	43 días	OMCC	No	Actinomyces turicensis; Trueperella bemaerdae Peptoniphilus harei

A la otoscopia se observa cavidad mastoidea con abundante secreción purulenta. Se lleva a cabo una intervención quirúrgica en conjunto con neurocirugía, realizando drenaje del absceso cerebral así como una mastoidectomía radical.

3. Trombosis del seno venoso lateral

Se produce por extensión a través de la mastoides de la supuración. El coágulo se acumula dentro del vaso hasta que la luz está ocluida. Clínicamente es de difícil diagnóstico, los pacientes pueden presentar signos de hipertensión intracraneal o hidrocefalia como cefalea intensa, fotofobia, mareos y náuseas. Muchas veces se descubre al realizar la mastoidectomía.

Conclusiones

La otitis media es una patología muy frecuente, a diferencia de sus complicaciones, que se dan en un número muy reducido de casos. Sin embargo, estas pueden ser potencialmente graves, poniendo en riesgo la vida del paciente. Por lo tanto, un diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales.

Bibliografía

1. Ram S. Dhillon. Complications of middle ear infections en Ear, nose and throat and head and neck surgery: an illustrated colour text. 4ª edición. China: Elsevier; 2013; 25-26.
2. Vázquez E, Castellote A, Piqueras J, Mauleon S, Creixell S, Pumarola F, et al. Imaging of complications of acute mastoiditis in children. *Radiographics*. 2003;23:359-72.
3. Go C, Berstein JM, de Jong AL, Sulek M, Friedman EM. Intracranial complications of acute mastoiditis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2000;52:143-8
4. Elena Ponta y Miguel Mazón. Indicaciones y hallazgos radiológicos de la otitis media aguda y sus complicaciones. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2017;68:29-37
5. Mengi E, Tümkaya F, Sağtaş E, Ardiç FN. An Unusual Complication of Otitis Media: Luc's Abscess. *J Int Adv Otol* 2018; 14: 497-500.

Correspondencia

Dra. Ana Mª Gasós Lafuente

HCU Lozano Blesa, Servicio de ORL.

Avda. San Juan Bosco, 15

50009 Zaragoza

Email: anagasos01@gmail.com

Celulitis orbitaria como complicación de una rinosinusitis aguda

Orbital cellulitis as a complication of acute rhinosinusitis

AUTORES

Escribano Peñalva A · Gasos Lafuente A · Munuera Jurado M · Fernández García R · Gil Grasa G · Gracia Simón L

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

RESUMEN

Las complicaciones orbitarias derivadas de las rinosinusitis agudas bacterianas son poco frecuentes. La infección orbitaria se puede propagar desde el seno etmoidal y el frontal, a través de la lámina papirácea, que es muy fina y en ocasiones dehiscente. Clínicamente, presentan un curso rápidamente progresivo, con intenso malestar, fiebre y síntomas orbitarios. Si no se procede a su drenaje quirúrgico, pueden derivar en complicaciones oculares, como estenosis de la arteria o vena central de la retina, inflamación por compresión del nervio óptico, e intracraneales como meningitis, absceso cerebral y trombosis del seno cavernoso.

Se presenta un caso poco frecuente de celulitis orbitaria complicada por absceso intraorbitario ocasionado por *Streptococcus anginosus*.

PALABRAS CLAVE:

Celulitis orbitaria, rinosinusitis, lámina papirácea, absceso orbitario.

SUMMARY

Orbital complications from acute bacterial rhinosinusitis are rare. Orbital infection can spread from the ethmoid sinus and frontal sinus through the lamina papyracea, which is very thin and sometimes dehiscent. Clinically, they present a rapidly progressive course, with intense malaise, fever and orbital symptoms. If not surgically drained, they can lead to ocular complications such as stenosis of the central retinal artery or vein, inflammation due to compression of the optic nerve, and intracranial complications such as meningitis, brain abscess and cavernous sinus thrombosis.

A rare case of orbital cellulitis complicated by intraorbital abscess caused by *Streptococcus anginosus* is presented.

KEY WORDS:

Orbital cellulitis, rhinosinusitis, lamina papyracea, orbital abscess.

Introducción

Paciente varón de 23 años, que acude a urgencias por cefalea, dolor facial, edema palpebral, proptosis izquierda y síndrome febril de una semana de evolución. A la exploración presenta abombamiento de la pared lateral del seno maxilar izquierdo con rinorrea purulenta a nivel de meato medio. Se inicia tratamiento con corticoesteroides y amoxicilina-clavulánico vía intravenosa. Se realiza estudio de extensión mediante TC donde se evidencia ocupación del seno maxilar izquierdo (Fig. 1), seno frontal izquierdo y de las celdillas etmoidales anteriores (Fig. 2). Así mismo, proptosis marcada del globo ocular y colección intraorbitaria en pared medial con realce periférico (Fig. 3). Tras 24 h., presenta un empeoramiento significativo y se decide drenaje quirúrgico mediante CENS y abordaje externo junto con Servicio de Oftalmología del contenido orbitario a nivel del canto interno.

Se realiza meatotomía media, antrostomía maxilar, etmoidectomía anterior y se reseca parte de la mucosa que recubre lámina papirácea para facilitar drenaje.

En el cultivo de la muestra microbiológica se aísla *Streptococcus anginosus*, por lo que se ajusta tratamiento antibiótico. Tras dos semanas de ingreso hospitalario el paciente recupera la restricción total de la motilidad ocular extrínseca, persistiendo cierta disminución de la agudeza visual.

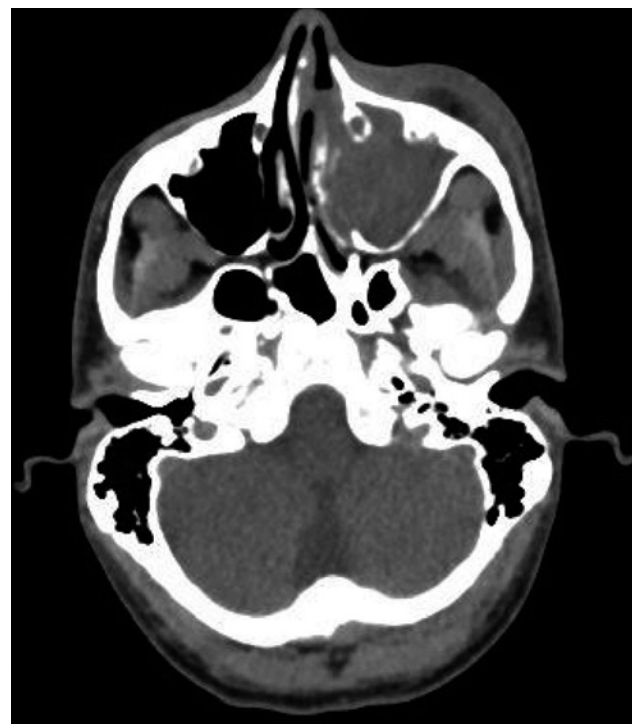


Figura 1: Corte axial de una tomografía computarizada con ocupación de seno maxilar izquierdo.

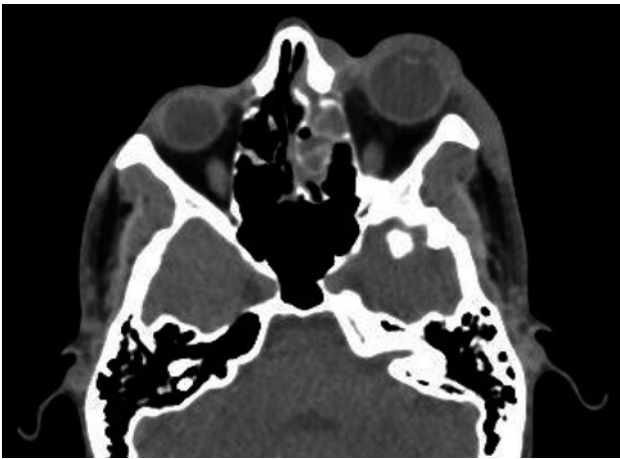


Figura 2: Corte axial de una tomografía computarizada de la órbita con ocupación de celdillas etmoidales anteriores y marcada proptosis.



Figura 3: Corte coroanl de una tomografía computarizada de la órbita que muestra un absceso intraorbitario a nivel medial de órbita derecha junto con celulitis orbitaria y ocupación del seno frontal.

Discusión

Los síntomas de las rinosinusitis agudas bacterianas (RSAB) suelen mejorar dentro de los primeros 7 días tras el inicio del tratamiento. En el caso de una evolución tórpida es esencial la búsqueda de complicaciones. Generalmente, son poco frecuentes con una incidencia de 3 complicaciones por millón de habitantes al año¹. Las complicaciones más prevalentes son las orbitarias (60-75%), con origen en cualquiera de los senos, pero siendo más frecuente las relacionadas con el etmoides anterior.

Epidemiológicamente, suelen afectar a pacientes en la edad pediátrica o primeras décadas de la vida; probablemente debido a que se trata de un hueso más delgado y dehiscente¹.

Clínicamente, se caracterizan por la inflamación de los tejidos periorbitarios junto con proptosis, oftalmoplejía o disminución de la agudez visual; asociando intenso malestar general y cuadro febril. La rinosinusitis suele cursar con rinorrea amarillo-verdosa e hiperemia de la mucosa nasal². Los microorganismos más frecuentemente relacionados con el cuadro son el; *S. Pneumoniae*, *H. Influenzae* y estreptococos B-hemolíticos del grupo A³.

Según el grado de afectación, se clasifican en 5 subtipos siguiendo la escala de Chandler⁴.

La celulitis preseptal se limita a la inflamación de los tejidos blandos anterior al septum orbitario, poco relacionado con las rinosinusitis agudas.

La celulitis orbitaria, el absceso subperióstico y absceso orbitario son complicaciones posteriores al septum orbitario y mayormente relacionados con las RSAB.

En el manejo clínico se propone que tanto la celulitis preseptal como la celulitis orbitaria se emplee tratamiento antibiótico y corticosteroides sistémicos de forma inicial, reservando la cirugía endoscópica para estadios más avanzados⁵.

La cirugía endoscópica nasosinusal es el procedimiento de elección para la resolución de las complicaciones orbitarias, con el fin de realizar una correcta limpieza de los senos y extirpación si es necesaria de un fragmento de la lámina papirácea para conseguir el acceso a la mayoría de los abscesos subperiósticos e intraorbitarias⁶. En ocasiones es necesario la realización sinérgica de un abordaje externo palpebral para abscesos localizados en regiones difíciles de alcanzar con un endoscopio⁷.

Conclusión

Las complicaciones orbitarias de la rinosinusitis agudas son poco frecuentes pero potencialmente lesivas. Es importante realizar el diagnóstico de sospecha y poder iniciar el tratamiento a la máxima brevedad. En el tratamiento se requiere un manejo multidisciplinar. Para su resolución, es indispensable el empleo de la cirugía endoscópica y en algunos casos son necesarios los abordajes externos palpebrales para poder alcanzar la colección.

Bibliografía

1. Al-Madani MV, Khatatbeh AE, Rawashdeh RZ, Al-Khtoum NF, Shawagfeh NR. The prevalence of orbital complications among children and adults with acute rhinosinusitis. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2013;79:716-9.
2. Sansa-Perna A, Gras- Cabrerizo, JR, Montserrat-Gili JR, Rodriguez-Alvarez F, Massegur-Solench H, Casasayas-Plass M. Nuestra experiencia en el manejo de las complicaciones orbitarias en la rinosinusitis aguda. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2020; 71(5): 296-302.
3. Peña MT, Preciado D, Orestes M, Choi S. Orbital complications of acute sinusitis: Changes in the post-pneumococcal vaccine era. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;139:223-7.
4. Chandler JR, Langenbrunner DJ, Stevens ER. The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope.* 1970;80:1414-28.
5. Gavriel H, Jabarin B, Israel O, Eviatar E. Conservative Management for Subperiosteal Orbital Abscess in Adults: A 20-Year Experience. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2018;127(3):162-6.
6. Bhargava D, Sankhla D, Ganesan A, Chand P. Endoscopic sinus surgery for orbital subperiosteal abscess secondary to sinusitis. *Rhinology* 2001;39(3):151-5.
7. Yoon SH, Lee JH. The Reliability of the Transconjunctival Approach for Orbital Exposure: Measurement of Positional Changes in the Lower Eyelid. *Arch craniofacial Surg* 2017;18(4):249-54.

Tumor de Masson: una causa poco frecuente de tumoración cervical

Masson's tumor: An unusual cause of cervical mass

AUTORES

Munuera Jurado MM · Gasos Lafuente AM · Escribano Peñalva A · García Fernández R · Gil Grasa G · López Vázquez A

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

RESUMEN

La presencia de una adenopatía cervical aislada en un paciente sin otra sintomatología y con exploración ORL normal, nos hace plantearnos un extenso diagnóstico diferencial incluyendo causas infecciosas, tumorales, congénitas... etc. El tumor de Masson es una lesión benigna intravascular poco frecuente que puede debutar como una masa cervical.

PALABRAS CLAVE:

Tumor de Masson, masa cervical.

SUMMARY

The presence of an isolated cervical adenopathy in a patient without other symptoms and with a normal ENT examination, makes us consider an extensive differential diagnosis including infectious, tumoral, congenital causes ... etc. Masson's tumor is a rare benign intravascular lesion that may present as a cervical mass.

KEY WORDS:

Masson's tumor, cervical mass.

Introducción

Paciente de 62 años sin antecedentes patológicos de interés, no fumador ni bebedor, que es atendido en consultas de Otorrinolaringología, por la aparición de una adenopatía cervical, de unos dos meses de evolución, en área VI derecha, sobre ala de cartílago tiroides. La adenopatía no era dolorosa y no presentaba ninguna otra sintomatología.

Exploración

La exploración endoscópica de faringe y laringe era normal. Se palpaba una adenopatía cervical derecha de 2 cm de diámetro, en área VI, de consistencia dura, móvil, no adherida a planos profundos, no dolorosa a la palpación y que no se desplazaba con la deglución.

Pruebas complementarias

Se solicitó analítica sanguínea sin objetivarse alteraciones. Se solicitaron serologías de VEB, CMV, VIH, VHS, toxoplasmosis, Bartonella Henselae, todas ellas con resul-

tado negativo. En la ecografía cervical se observaba una adenopatía parasagital derecha en plano superficial de 20 x 11 mm, inespecífica morfológicamente (Fig. 1).

En la TC describían en estación VI derecha, prevascular, nódulo con centro hipodenso de aspecto necrótico que sugería pequeña adenopatía necrosada de 6 mm (Fig. 2).

Ante los hallazgos de la TC se decide solicitar una PAAF, en la que informaban de citología hemática oligocelular con presencia de celularidad inflamatoria, predominantemente de aspecto histiocitario. Sin evidencia de células malignas en el material obtenido.

Tratamiento

Dado que el resultado de la PAAF no confirmaba ningún diagnóstico, se decide intervenir quirúrgicamente al paciente. Se realiza exéresis completa de la adenopatía cervical sin incidencias y se envía la muestra a analizar. El postoperatorio del paciente cursa sin complicaciones y en las posteriores revisiones se encuentra asintomático.

La anatomía patológica informa de lesión vascular compatible con hiperplasia endotelial papilar intravascular (tumor de Masson). No se observa tejido linfóide ganglionar.

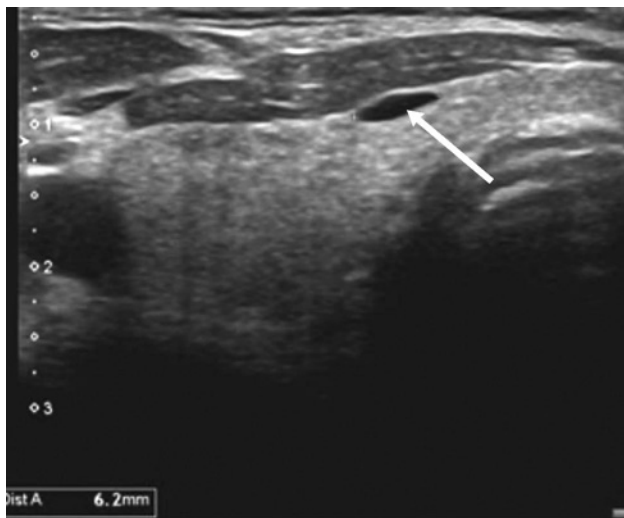


Figura 1: Ecografía cervical. Tumor de Masson.



Figura 2: Tumor de Masson en área VI.

Discusión

El tumor de Masson o hiperplasia endotelial papilar intravascular (IPEH), es una lesión intravascular benigna e infrecuente¹. Está causada por una proliferación excesiva de células endoteliales en vasos sanguíneos normales o en malformaciones vasculares². Fue descrita por primera vez por Pierre Masson en 1923, quien la denominó heman-gioendotelioma intravascular vegetante³.

Este tumor afecta fundamentalmente a los vasos de cabeza y cuello, dedos, tronco y venas cutáneas, siendo la afectación abdominal excepcional. Existe un ligero predominio del género femenino⁴.

Es una enfermedad poco frecuente, por lo que no es habitual pensar en ella como diagnóstico diferencial de una adenopatía cervical. En algunas ocasiones, dado su componente vascular puede simular un angiosarcoma. En consecuencia, en la mayoría de los pacientes se llegará al diagnóstico definitivo (como en el caso descrito) a través del análisis anatomopatológico⁵.

El aspecto externo una vez extirpado, suele ser una masa quística de color marrón negruzco o rojo violáceo. Histológicamente, presenta una proyección papilar endotelial dentro del espacio intravascular asociado con trombos, sin atipia ni necrosis⁴.

El tratamiento en los casos de aparición como masa cervical es su exéresis quirúrgica. Las tasas de recurrencia son muy bajas⁶.

Bibliografía

1. Ramallo I, Tinoco J, Senent A, Bernal C, Gómez MA. Tumor de Masson intrahepático (hiperplasia endotelial papilar intravascular). *Cir Esp*. 2017; 95(4): 235-237.
2. Pantanowitz L, Muc R, Spanger M, Sonnendecker H, McIntosh WA. Intravascular papillary endothelial hyperplasia (Masson's tumor) manifesting as a lateral neck mass. *Ear Nose Throat J*. 2000;79(10):809-10.
3. Masson P. Hémangioendotélioma végétant intra-vasculaire. *Bulletin Société Anatomique*. 1923; 93:517.
4. Alotaibi M, Geisler V, Olze H, S. Knopke S. Masson tumor as a neck mass. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2020; 137(3): 217-218.
5. Fernández R, Enríquez de Salamanca J, Comenero I. Hiperplasia papilar endotelial intravascular. *Cir plást Iberolatinoam*. 2009;35(2):155-158.
6. Hashimoto H, Daimaru Y, Enjoji M. Intravascular papillary endothelial hyperplasia: a clinicopathologic study of 91 cases. *Am J Dermatol*. 1983;(5): 539.

Correspondencia

Dra. María del Mar Munuera Jurado
 HCU Lozano Blesa, Servicio de ORL.
 Avda. San Juan Bosco, 15
 50009 Zaragoza
 Email: marimunu94@gmail.com