



Nº 2 | Año 2017

GAES NEWS



CASOS CLÍNICOS

FORMACIÓN

IMÁGENES CLÍNICAS COMENTADAS



► **NUEVO**

ADVENTURE+ SÚPER POWER

Mejora la comprensión del habla y contribuye al desarrollo del lenguaje del niño



► **ENTREVISTA**

Prof. Ángel Ramos

Presidente del Comité organizador y científico del 31st Politzer Society Meeting – 2nd Global Otology Research Forum (febrero 2018)

signia

Life sounds brilliant.

Escuche los colores del sonido.



Redescubriendo el confort auditivo.



No sólo se trata de audífonos, se trata de mejorar la audición. Gracias a nuestra última innovación, nos adentramos en una nueva dimensión de mejora auditiva. La nueva tecnología Signia es capaz de sentir y analizar el entorno acústico con mayor precisión que nunca, y de responder en consecuencia. Esta precisión permite aislar una fuente sonora

individual entre otras muchas, y mejorar los sonidos en situaciones específicas como la música a la carta, para escuchar sin esfuerzo y proporcionar experiencias auditivas a medida. Clínicamente probado*.

signia-hearing.com

* Un estudio realizado en la University of Northern Colorado en 2015, examinó la eficacia de las nuevas prestaciones de Primax mediante la recopilación y el análisis de datos EEG en curso, mientras que los sujetos realizaban pruebas de habla. Para ambas prestaciones, Primax SpeechMaster y EchoShield, las mediciones de comportamiento del cerebro objetivas revelaron una reducción significativa en el esfuerzo de escucha al activarse la función.

Signia GmbH is a Trademark Licensee of Siemens AG.

Hearing
Systems

SIEMENS

Distribuido por:



Pere IV, 160 - 08005 Barcelona
Tel.: 93 300 58 00 - Fax: 93 300 72 63
E-mail: info@gaes.es - www.gaes.es

Nº 2 | Año 2017



Oficinas centrales:
Pere IV, 160
08005 Barcelona
Tel.: 93 300 58 00
E-mail: ceig@gaes.es

Edita



Centro de Producción Publicitaria
C/ Emilio Vargas, 20 Dpto. 6ª planta
28043 MADRID
Tel.: 91 515 59 20

Info@cpp-publicidad.com
www.cpp-publicidad.com

Coordinación GAES:
Meritxell Clavel

Coordinación editorial:
Carmen Cañibano

Jefe de redacción:
Olga García

Dirección de arte:
Andrés Pérez

Todas las opiniones que aparecen en esta revista han sido voluntariamente expresadas por sus autores.

ISSN: 1698-5362
Depósito Legal: M-2718-2015

EDITORIAL



Comprometidos con la formación médica continuada

F ruto de su compromiso de colaboración con los profesionales del sector ORL, GAES creó en 1999 el Centro de Estudios e Investigaciones GAES (CEIG), un organismo dirigido a impulsar la organización de cursos y congresos a todos los niveles, regional, nacional e internacional, con el fin de estimular la formación médica continuada. Como muestra de este compromiso, la revista GAES News incorpora en cada número una sección específica donde se incluyen casos clínicos, imágenes clínicas comentadas y diversos artículos de interés científico para la especialidad.

Como ejemplo de esta colaboración con los profesionales ORL, traemos a estas páginas una entrevista realizada al Dr. Pablo Parente Arias, quien dirige numerosos cursos de formación sobre diferentes áreas de la especialidad. En ella, el Dr. nos habla de los próximos cursos y de cómo es su colaboración con GAES.

Asimismo, GAES colabora con el *31st Politzer Society Meeting – 2nd Global Otology Research Forum* que tendrá lugar en Las Palmas de Gran Canaria del 21 al 24 de febrero del próximo año. Su presidente, el Prof. Dr. Ángel Ramos Macías, avanza, en una entrevista concedida a esta revis-

ta, las novedades del programa e invita a asistir y participar a todos los lectores.

En el marco del CEIG, GAES creó también un Comité Científico que se constituye como una herramienta de consulta y aval para potenciar también la formación continua de los profesionales. En la actualidad, este Comité, presidido por el Prof. Dr. Constantino Morera, ha decidido revalorizar el Premio Juan Gassó Bosch, que otorga la compañía en cada Congreso Nacional de la SEORL a la mejor comunicación oral de otología, otoneurología o audiología, para dar un mayor reconocimiento a los mejores trabajos. Tal y como explica en su entrevista el Prof. Dr. Constantino Morera, han cambiado fundamentalmente las bases y el objetivo final de estos premios. Con ello se pretende facilitar la difusión del trabajo ganador a través de diferentes medios, que permitan la transmisión de los resultados y su importancia.

Todas estas líneas de colaboración con los especialistas ORL tienen un fin común: asegurar la salud y el bienestar de las personas con problemas de audición. Por eso la compañía, a través de sus centros GAES ofrece las mejores soluciones auditivas integrales.

SUMARIO

03 Editorial / 04 Actualidad / 13 Formación médica continuada / 31 Novedades de producto /
40 Entrevista a Dr. Pablo Parente / 41 Entrevista a Dr. Ángel Ramos /
42 Entrevista a Prof. Dr. Constantino Morera / 44 Noticias GAES / 50 GAES Solidaria / 53 Agenda



► MURCIA, 3 Y 4 DE FEBRERO DE 2017

Reunión de San Blas de la SORLMU

Como cada año para la festividad de San Blas, la Sociedad de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-facial de la Región de Murcia (SORLMU) quiso hacer partícipes, a todos sus miembros, de las actividades científicas y de hermanamiento entre los socios que se organizaron por el día del Santo Patrón. Los actos dieron comienzo el viernes 3 de febrero con la organización de un desayuno junto a ALAMUR (Asociación de Laringectomizados) antes de la misa y la ofrenda floral al Patrón, en la Iglesia de Santa Eulalia.

La jornada siguiente comenzó con la junta general de la SORLMU, que tuvo lugar en el salón de actos de la Real Academia de Medicina y Cirugía. Después de la celebración de la junta dio comienzo la intervención de la invitada de este año, la Dra. Isabel García López, profesora de canto y de piano, dedicada como ORL a la patología de la voz en el Hospital

Universitario de La Paz de Madrid que desarrolló su ponencia sobre la patología de la voz hablada y la patología de la voz cantada. Fue muy aplaudida por parte de los más de 80 otorrinos y logopedas que asistieron. En la jornada también participó Josep Parés, de GAES, que habló sobre los últimos avances en implantes osteointegrados y de las novedades de la familia PONTO 3.

Además, por parte del presidente de SORLMU, Dr. Jesús Inieta Turpín, se entregó el Premio Juan Gassó Bosch al mejor artículo publicado en otología, que recayó en la **Dra. Carmen Álvarez Santacruz** por su trabajo **"Trombosis séptica del seno lateral"**. GAES quiere colaborar con el profesional médico a través de la concesión de estas becas. También se entregaron el premio SORLMU al mejor artículo en ORL general al Dr. Juan Pablo Pelegrín Hernández y las ayudas de la SORLMU a la presentación de tesis doctorales. ✓



De izquierda a derecha: Alicia López, de GAES; Dra. Carmen Álvarez Santacruz, premiada con el **Premio Juan Gassó Bosch**, y Dr. Jesús Inieta Turpín, presidente de la SORLMU



De izquierda a derecha: Alicia López, de GAES; Dra. Isabel García López, del Hospital Universitario de La Paz de Madrid, y Dr. Jesús Inieta Turpín, presidente de la SORLMU.



▶ BARCELONA, 23 Y 24 DE FEBRERO DE 2017

XXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD CATALANA DE ORL Y PCF

La Sociedad Catalana de Otorrinolaringología y Patología Cervical celebró el Congreso Bienal, XXIX Congreso de la Sociedad Catalana de ORL y PCF en el Auditorio de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.

El congreso contó con un completo programa científico en el que destacó el enfoque hacia el tratamiento de la cirugía robótica y semirrobótica, así como la cirugía plástica de cabeza y cuello. Comunicaciones y mesas redondas, como “La rinoplastia en el siglo XXI”, “Rejuvenecimiento facial”, “Abordajes transorales en cirugía oncológica” o “Complicaciones en la cirugía transoral”, formaron parte del contenido del congreso. La cita de este año contó con invitados nacionales e internacionales como el Dr. George Lawson (Bruselas),

el Dr. Manuel Tomás (Palma), el Dr. José Granell (Madrid) o el Dr. Pietro Palma (Milán).

En el congreso se hizo entrega del Premio Juan Gassó Bosh, mediante el cual GAES se compromete con la formación del ORL, al trabajo titulado **“Nuestra experiencia con el implante auditivo de tronco cerebral en la neurofibromatosis tipo 2”**, cuyos autores fueron los doctores **E. Amilibia, J. Prades, N. Miró, M. Pérez, S. Lareo y F. Roca-Ribas, todos ellos del Hospital Germans Trias i Pujol.**

GAES contó con un amplio stand en este congreso que concluyó con el sorteo de unas plazas para la asistencia al Curso Top Ten en hipoacusia infantil y al Curso de Presbiacusia. ✓



Dr. Gabriel Huguet (Hospital de Bellvitge Barcelona), Dr. José Miguel Costa (Hospital Moisès Broggi Sant Joas Despi) y Dr. Manuel Mañós (Hospital Bellvitge Barcelona), ganadores de una plaza para el Curso Top Ten en hipoacusia infantil.



Dra. Marta Fulla (Hospital Bellvitge Barcelona), ganadora de una plaza para el Curso de Presbiacusia.



Entrega del Premio Juan Gassó Bosh a los ganadores, del Hospital Germans Trias i Pujol, junto a Jordi Roqué, de GAES.

GAES contó con un stand en el congreso de la Sociedad Catalana de ORL y PCF.





▶ VALENCIA, 3 DE FEBRERO DE 2017

IV REUNIÓN DE LA SVORL Y PCF

En el Salón López Piñeros del Colegio Oficial de Médicos de Valencia tuvo lugar esta nueva reunión de la Sociedad Valenciana de ORL y PCF. La cita comenzó con la ponencia “Construcción de una base de datos de Tumores de Cabeza y Cuello” por parte de Carmen Alberich Martí, del Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticos Sanitarios de la Dirección General de Salud Pública de la Generalitat Valenciana, y la Dra. Esther Serrano Badía, del HU Dr. Peset de Valencia.

Comunicaciones libres, casos problema y una mesa redonda sobre “Controversias y consenso en cirugía amigdalina”, moderada por el Dr. Agustín Campos Catalá del HGU de Valencia, completaron la jornada. También se desarrolló la asamblea anual de la SVORL y se hizo entrega por parte de Javier Peralta, de GAES, del Premio Juan Gassó Bosch a la **Dra. África de la Rosa**. Mediante la concesión de este premio GAES materializa su compromiso de colaboración con el profesional médico en apoyo de su formación. ✓



La ganadora del Premio Juan Gassó Bosch, Dra. África de la Rosa, con Javier Peralta, de GAES.



De izquierda a derecha: Javier Peralta, de GAES, junto al Dr. José Enrique Estelles.

De izquierda a derecha: Dr. Agustín Campos, del Hospital General de Valencia; Dr. Anselmo Díaz, del Hospital de Manises; Dr. José Aldasoro, presidente de la SVORL; Javier Peralta, de GAES, y Dr. Jesús Valladares.

▶ SANT JOAN DESPÍ
(BARCELONA), 31 DE MARZO DE 2017

ACTUALIZACIÓN EN ORL PARA ATENCIÓN PRIMARIA



En el Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí, en Barcelona, el pasado 31 de marzo se realizó este curso de actualización ORL al que asistieron más de 80 médicos de familia correspondientes a su área hospitalaria. La jefa de servicio de ORL, la Dra. Marta Sandoval, realizó la presentación del mismo y, además, habló de hipoacusia y acúfenos, y de los casos de derivación urgente como la sordera súbita. También participaron el resto de componentes del equipo de profesionales ORL del hospital. ✓



El Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí, en Barcelona, fue la sede de este curso de Actualización en ORL para atención primaria.



► CANDANCHÚ (HUESCA), DEL 19 AL 24 DE FEBRERO DE 2017

XIX REUNIÓN INVERNAL DE OTOLOGÍA



GAES estuvo presente con un stand en las jornadas invernales de Candanchú.

Como en cada nueva edición de estas jornadas de invierno, el programa presentado abordó los temas que los participantes eligieron en la pasada edición, con la satisfacción del gran interés que esta reunión mantiene para todos ellos. Miringoplastia, diagnóstico diferencial de la enfermedad de Ménière, timpanosclerosis, audífonos *versus* implantes auditivos y repercusiones otológicas de enfermedades sistémicas fueron los temas que formaron el intenso programa de trabajo de la reunión.

Año tras año, el éxito de esta cita invernale de otología se mantiene gracias a la perfecta combinación entre un elevado nivel científico de las presentaciones y un ambiente de compañerismo e intercambio de vivencias personales. El desarrollo de estas jornadas constituye un momento perfecto para compartir experiencias y conocimientos profesionales en un ambiente agradable y relajado dentro de un marco perfecto. El comité organizador de la REINO lo integraron los doctores C. Cenjor Español, M. Manrique Rodríguez y A. Ramos. ✓

Momento de una de las sesiones de trabajo de la REINO de este año.



► GRANADA, 27 Y 28 DE ENERO DE 2017

II JORNADAS INTERNACIONALES DE LOGOPEDIA CLÍNICA HOSPITALARIA

El pasado mes de enero se celebraron, en el Complejo Hospitalario Universitario de Granada, las II Jornadas Internacionales de Logopedia Clínica Hospitalaria con el objetivo de difundir la profesión del logopeda como profesional sanitario, así como el abordaje interdisciplinar entre los diferentes facultativos y el logopeda rehabilitador. Para ello se contó con la colaboración de la Unidad de Gestión Clínica de ORL y Rehabilitación, junto con la Universidad de Granada. Dentro del bloque ORL desarrollaron sus ponencias los doctores García Valdecas, Ruiz Vozmediano, Fernández Nogueras y Sainz Quevedo. También se celebró dentro de este bloque una mesa redonda sobre lo último en el terreno de



Yanina Abances, en un momento de su intervención en la mesa redonda sobre novedades en implantes.

los implantes y los audífonos, en la que participó Yanina Abances, de GAES, para comentar los aspectos más novedosos de Cochlear, como el procesador Kanso, el nuevo Nucleus IC532 y el True Wireless como un avance en conectividad, así como todos los servicios que ofrecen a los pacientes los centros IAI (Instituto Auditivo Integral) de GAES. Nuevamente la cita fue un éxito de participación, tanto en asistentes como en número de ponentes, que pudieron pasar por el stand de GAES médica para conocer en primera persona las últimas novedades en implantes, electromedicina y servicios IAI de GAES. ✓



Momento de la exposición del Dr. Miguel Caballero, del Hospital Clínico de Barcelona, durante el curso.



Distintos momentos del desarrollo del curso sobre Audiometría para Enfermería en ORL en los que Mario Vicente de GAES, explicó las diferentes pruebas diagnósticas y habló de los diferentes tipos de pérdida auditiva.



► BARCELONA, 10 DE MARZO DE 2017

CURSO DE AUDIOMETRÍA PARA ENFERMERÍA EN ORL

En el auditorio Juan Gassó Bosch, en la sede de GAES en Barcelona, tuvo lugar esta nueva edición del Curso de Audiometría para Enfermería ORL. Comenzó con la bienvenida por parte de GAES médica y continuó con la intervención de María José Gassó, directora de GAES Solidaria. Seguidamente se desarrolló, por parte del Dr.

Miguel Caballero, del Hospital Clínico de Barcelona, una Introducción sobre anatomía, fisiología y sonido.

Después de esta introducción, Mario Vicente, de GAES, intervino con su explicación sobre las pruebas (vía aérea, vía ósea, logaudiometría, enmascaramiento) y tipos de pérdidas, incluyendo

ejercicios sobre los tipos de pérdida y enmascaramiento. La tarde se destinó a la parte práctica del curso mediante la realización de audiometrías y enmascaramiento por parte de GAES médica.

Los asistentes a la jornada formativa pudieron realizar un tour por las instalaciones de GAES. ✓

► SEVILLA, 28 DE MARZO DE 2017

I CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO DE AUDIOLOGÍA BÁSICA

En el Hotel Silken Al-Andalus Palace de Sevilla tuvo lugar este curso de audiolgía básica dirigido a un total de 40 participantes entre residentes ORL, personal de enfermería y estudiantes de óptica. Tras la bienvenida por parte del Profesor Francisco Esteban, la Dra.

Inmaculada Isorna Retamino desarrolló la parte teórica de "Acumetría, Impedanciometría y Audiometría tonal liminar". A continuación, el Dr. Alfonso Pérez Sánchez se centró en "Audiometría supraliminar, Logaudiometría". A la parte teórica le siguieron los talleres prácticos. ✓



De izquierda a derecha: Dr. Alfonso Pérez Sánchez, Joaquín Gil (de GAES), Dra. Inmaculada Isorna Retamino y el Prof. Francisco Esteban Ortega.



► SANTIAGO DE COMPOSTELA (LA CORUÑA),
10 DE FEBRERO DE 2017 Y MÁLAGA, 10 DE MARZO DE 2017



PRESENTACIONES EFICACES

A lo largo de nuestra trayectoria profesional nos encontramos con ocasiones en las que tenemos que presentar y hablar a un público. En este taller se mostró, desde una perspectiva práctica, cómo tener éxito en la comunicación y destacar en las presentaciones ante distintos tipos de público, desde un público más amplio a reuniones más pequeñas (sesiones clínicas, congresos, cursos, reuniones, etcétera), trabajando la competencia de “Saber hablar en público”.

El curso fue impartido por Bill Holden, consultor sénior especializado en el área de comunicación personal y técnicas comerciales del Grupo Cegos, empresa líder internacional de formación y desarrollo. El curso estuvo dirigido a todos aquellos profesionales, ORL, residentes, jefes de servicio, con interés en aumentar el impacto de sus presentaciones y desarrollar sus habilidades como comunicador, estructurar un mensaje sintético y contundente, ganar en autenticidad y manifestar su estilo natural. ✓

► JAÉN, 8 DE MARZO Y CÓRDOBA, 15 DE MARZO DE 2017

CURSO SOBRE OTOSCOPIA Y PATOLOGÍAS DEL OÍDO

El pasado miércoles 8 de marzo el Dr. Alejandro Ayala impartió un curso sobre otoscopia y patología del oído dirigido a los audioprotesistas del IAI Jaén e IAI Linares. Una semana más tarde, el miércoles 15 de marzo, el Dr. Enrique Bajo Herrera desarrolló el mismo curso a los audioprotesistas de IAI Córdoba, Córdoba 2, GAES Pozoblanco y los dos audioprotesistas externos de la provincia. ✓



Córdoba



Jaén

De izquierda a derecha, los audioprotesistas Natalia Alabanda, Ángel Luna, Mónica Sánchez, Pilar López, M^a Carmen Montero, Inmaculada Rubio, M^a Ángeles Martínez, el Dr. Enrique Bajo Herrera y el audioprotesista Javier Escribano.

De izquierda a derecha, los audioprotesistas Ascensión Galera, Luis Martínez, Luis Salazar, Luisa Morón y el Dr. Alejandro Ayala Zeitner.

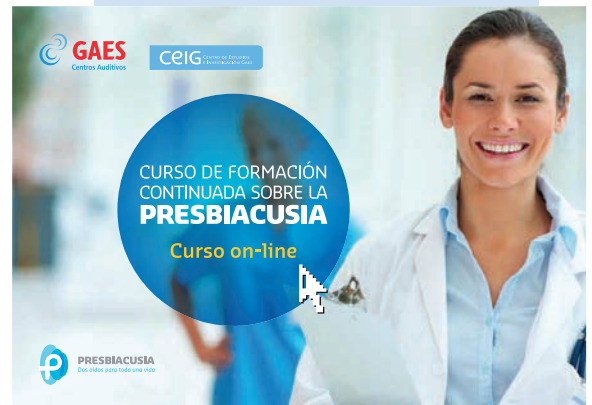
► **ON-LINE**
DEL 20 DE ABRIL AL 20
DE JUNIO DE 2017

5ª edición del curso de formación continuada sobre la Presbiacusia on-line

GAES organiza esta quinta edición del curso impartido por el Comité Científico de GAES, integrado por un importante grupo de especialistas a nivel nacional.

En una de las reuniones de trabajo de este Comité Científico surgió la iniciativa de creación de este curso. “Se ha elegido el tema de la presbiacusia por su elevada incidencia en la calidad de vida del ser humano”, nos comenta el Prof. Dr. Manuel Manrique, coordinador del curso. En palabras del Prof. Dr. Felipe Álvarez de Cózar, tutor del curso, “nuestro objetivo es conseguir la mayor divulgación posible sobre el programa de la presbiacusia”.

Con una duración de dos meses, el programa de formación incluye desde la epidemiología y fisiopatología de la presbiacusia, el envejecimiento de la vía auditiva central, los rasgos clínicos e impacto social de la presbiacusia y la exploración auditiva hasta el abordaje de los mayores con vértigo e inestabilidad con el problema asociado de las caídas, para finalizar con la prevención y tratamiento farmacológico y audioprotésico. ✓





► BARCELONA, 17 Y 18 DE MARZO DE 2017

CURSO DE AUDIOLOGÍA Y SISTEMAS AUDITIVOS INTEGRALES

En los últimos años se han producido importantes novedades en el desarrollo de implantes auditivos que amplían las posibilidades en el tratamiento de las personas que padecen una deficiencia auditiva.

Este curso fue **organizado por el Comité Científico GAES** en colaboración con la Clínica Universidad de Navarra y con el aval de la SEORL y realizado en la sede central de GAES. El objetivo del mismo, de un día y medio de duración y dirigido a residentes y jóvenes especialistas en ORL,

fue llevar a cabo una revisión de las indicaciones de los sistemas de implantes auditivos que pueden ser utilizados en el tratamiento de diferentes tipos de hipoacusias. Para ello, se realizó una revisión de las diferentes ayudas auditivas y se estudió una serie de casos tipo en orden a seleccionar cuál es la solución auditiva más apropiada. Este análisis se llevó a cabo de forma interactiva con la audiencia, fomentando su participación en la evaluación de los tratamientos elegidos y analizando sus pros y contras. ✓



Dr. Manuel Manrique interviniendo en el curso de Audiología y Sistemas Auditivos integrales.



El Dr. César Orús también intervino en el curso.



Intervención de Jordi Roqué junto a Javier García, de GAES.



Dr. Carlos Cenjor durante su ponencia.

Dra. Sara Cardelus Vidal del Hospital Sant Joan de Déu en un momento de su participación en el curso.



Aprovechando la realización del curso, los participantes del mismo visitaron la sede central de GAES.



► VALENCIA, 23 Y 24 DE FEBRERO DE 2017

CURSO PRÁCTICO DE OTONEUROLOGÍA Y REHABILITACIÓN VESTIBULAR

El Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia fue la sede de este curso dirigido por el Dr. Herminio Pérez Garrigues y coordinado por los Dres. Vanesa Pérez Guillén, Luis Bataller Alberola y Juan Cervera Deval. Su finalidad principal fue adentrarse en la patología del vértigo-des-equilibrio con un enfoque diagnóstico y terapéutico que refleje la práctica diaria.

Tanto por la manera de tratar los temas como por la forma de presentarlos, se pretendía con este curso que los participantes consiguieran sacar el máximo rendimiento

en este campo con los medios instrumentales de que disponga en su lugar de trabajo. Se incluyeron también conceptos de neurología y rehabilitación muy interesantes en la práctica clínica y que fueron presentados por neurólogos y rehabilitadores-fisioterapeutas expertos en estos campos.

La estructura principal del curso se centró en talleres prácticos sobre cada concepto o técnica instrumental utilizada en Otoneurología y, además, talleres con casos clínicos. El propósito del curso fue que todos los asistentes pudieran participar activa-



De izquierda a derecha: Pere Murillo, de GAES; Dra. Vanesa Pérez, Javier Peralta, de GAES, y Dr. Herminio Pérez.

mente en cada taller, lo cual requirió una distribución en grupos de trabajo y un número considerable de colaboradores con experiencia. ✓

ACTUALIDAD | CURSOS Y CONGRESOS INTERNACIONALES



CURSOS Y
CONGRESOS
INTERNACIONALES

PORTUGAL

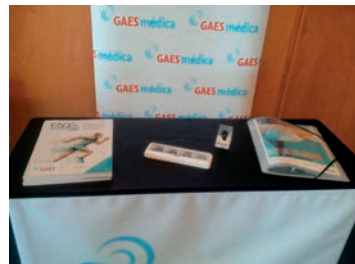
► PORTO, 19 A 21 DE JANEIRO DE 2017

NOSE 2017

De 19 a 21 de Janeiro, decorreu mais uma edição do *Nose 2017*, no Hospital Lusíadas Porto, situado numa nobre zona da cidade do Porto

A GAES esteve presente, divulgando os últimos serviços e suportes na área, nomeadamente o Ponto (implante osteointegrado).

Para o sucesso destas Jornadas, foi fundamental a presença de oradores com vasta experiência clínica. Trataram-se temas no âmbito da análise e avaliação do candidato à rinoplastia, enxertos em rinoplastia, nariz étnico, nariz masculino, rinoplastia aberta extendida, projetometro nasal, perfil nasal, colheita de cartilagem



costal, rinoplastia ultrasónica, correcção do nariz em sela, técnicas iniciais e avançadas em "spreader grafting", alternando com análise de vários casos cirúrgicos e cirurgias em directo.

Entre os oradores, contaram-se os Drs. A. Sousa Vieira, Diogo Oliveira e Carmo, Grant Hamilton, José Carlos Neves, José Jurado, Leila Freire, Olivier-Gerbault, Rui Xavier e Wolfgang Gubisch. O curso teve uma grande adesão e primou pela pontualidade e pelo ambiente descontraído.

Os nossos parabéns à organização e esperamos por participações futuras! ✓



COLOMBIA

► CALI, DEL 16 AL 18 DE FEBRERO DE 2017

EVENTO DE ACTUALIZACIÓN DE AUDIOLOGÍA

Asoaudio, asociación académica y científica colombiana de audiología, que busca que sus socios estén en continua actualización, fue la organizadora de esta cita celebrada el pasado mes de febrero. Este evento de actualización de audiología, que desarrolló una nueva metodología, tuvo lugar en la ciudad de Cali y contó con la presencia de alrededor de 200 personas, entre audiólogos y estudiantes.

Para GAES fue una actividad muy relevante ya que era la primera vez que participaba como sponsor de un

evento de este tipo desde su llegada al mercado colombiano y representó una excelente oportunidad para dar difusión a la marca y entablar relaciones con este importante colectivo profesional. Por parte de GAES participaron Elena Santaclara, Alfonso Mostajo, Mauricio Ospina, Diego Garzón y Luis Moya. GAES estuvo presente también con un stand que recibió un gran número de visitantes y en el que, al finalizar el evento, se sortearon diez inscripciones para el Curso de Presbiacusia on-line organizado por GAES, y otros cinco más en la ceremonia de clausura. ✓



Entre los visitantes al stand de GAES se sortearon diez inscripciones para el Curso de Presbiacusia on-line organizado por la compañía.

Momento del sorteo en el stand de GAES.



Uno de los diez ganadores.



En el acto de clausura se sortearon otras cinco inscripciones para el Curso de Presbiacusia on-line.



GAES expuso un stand con las últimas novedades en productos y servicios ORL.



PERSISTENCIA DEL FORAMEN DE HUSCHKE

CON HERNIACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

DRES. FUSTER MARTÍN E, NAVARRO ESCOBAR FA, GUILLAMÓN FERNÁNDEZ DA. | UGC DE ORL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN.

El foramen timpánico, también conocido como foramen de Huschke, es una variante anatómica de la porción timpánica del hueso temporal.

Se localiza en la región anteroinferior del conducto auricular externo (CAE), posteromedial a la articulación temporomandibular. Su desarrollo se debe a un defecto de la osificación del hueso temporal en los primeros 5 años de la vida. El foramen de Huschke puede aparecer en condiciones de herniación de la articulación temporomandibular, en el conducto auditivo externo durante la masticación, o de propagación de tumores o infecciones desde la fosa infratemporal al conducto auditivo externo y viceversa.

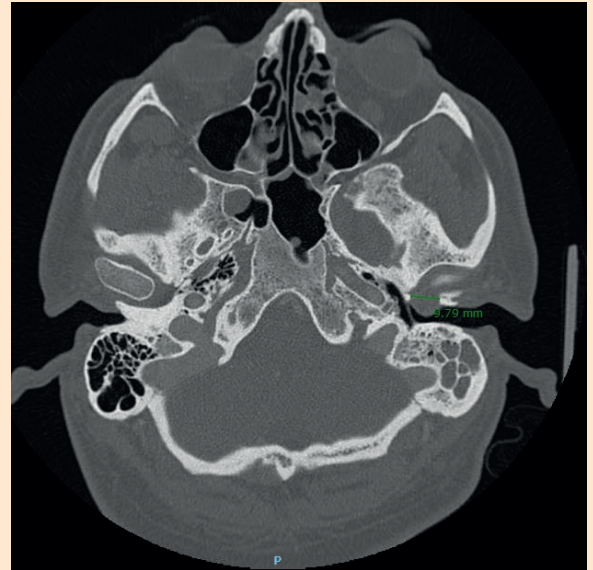


FIGURA 1

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años, de origen Indio, acude al servicio de urgencias de nuestro centro principalmente por otalgia intensa unilateral izquierda. En la exploración física mediante otoscopia se evidencia una masa polipoide que se desplaza posteriormente con movimientos de la articulación temporomandibular, ocupa parcialmente el CAE y se acompaña de otorrea transparente que recuerda a saliva. Todo esto, dificulta la visualización de la membrana timpánica por lo que nos ayudamos de una óptica rígida de oído para sobrepasar la lesión, encontrando una solución de continuidad en la pared anteroinferior del CAE con membrana timpánica aparentemente íntegra. Se solicita TC de oído con resultado solución de continuidad ósea y protusión de partes blandas en el interior del CAE, con primera opción diagnóstica "Persistencia del Foramen de Huschke con herniación articulación temporomandibular". Actualmente, a la espera de realización de RM de oído para confirmación diagnóstica.

DISCUSIÓN

Descrito por primera vez por Emil Huschke (1889), el foramen de Huschke es un defecto de osificación de la porción timpánica del hueso temporal que surge al año de vida. Su incidencia es aproximadamente del 7'2% en estudios con cadáveres y del 1'5-4'6% en estudio por TC. Sin embargo, la herniación de la articulación temporomandibular dentro del CAE es una condición muy rara que solo se observa en el 0'4% de la población.

En el proceso embriológico, en la novena semana gestacional, cuatro centros de osificación aparecen alrededor de la membrana timpánica y se fusionan dando lugar a un hueso en forma de U. Este hueso se fusiona con la porción escamosa del temporal durante la 35 semana gestacional. Por lo tanto, en el nacimiento la osificación del hueso timpánico está incompleta y continua en forma de U. Dos prominencias, una anterior y otra posterior a esta parte ósea, surgen y se fusionan alrededor del primer año. Normalmente, esta fusión surge antes de los

EL FORAMEN DE HUSCHKE PUEDE APARECER EN CONDICIONES DE HERNIACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, EN EL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO DURANTE LA MASTICACIÓN, O DE PROPAGACIÓN DE TUMORES O INFECCIONES DESDE LA FOSA INFRATEMPORAL AL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y VICEVERSA.

Persistencia del foramen de Huschke con herniación de la articulación temporomandibular

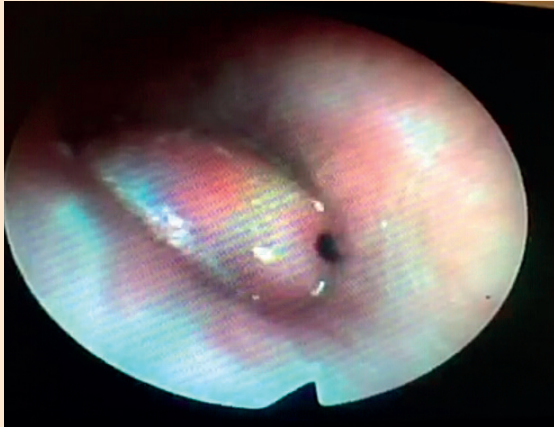


FIGURA 2

cinco años pero, ocasionalmente, no se lleva a cabo y persiste de por vida.

Una hipótesis es que, aunque el foramen de Huschke es muy pequeño como para dar lugar a herniación temporomandibular, los movimientos de masticación incrementan el tamaño del defecto óseo, ocasionando la herniación de tejido blando.

Además, el tejido de glándula salival ectópico en la pared anteroinferior del CAE, puede promover el desarrollo de fístula salivales entre la glándula parótida y el CAE. La otorrea está normalmente asociada con movimientos de la ATM durante la masticación y no es específico de fistulas salivales o de ATM.

Normalmente, la herniación de la articulación temporomandibular es asintomática y no requiere de tratamiento, sin embargo, en algunas ocasiones, se manifiesta con disfunción de la articulación, otalgia y otorrea (emisión de líquido sinovial).

La evaluación del CAE, mientras el paciente moviliza la mandíbula, ayuda a su diagnóstico. El movimiento de herniación es característico y puede ser fácilmente identificado clínicamente. Para detectar pequeñas dehiscencias óseas de la pared anterior es útil el TC, mientras que las imágenes de RM son de utilidad para diagnosticar la herniación. El cierre quirúrgico del defecto óseo se lleva a cabo utilizando fascia del temporal e injerto cartilaginoso del trago.

UNA HIPÓTESIS ES QUE, AUNQUE EL FORAMEN DE HUSCHKE ES MUY PEQUEÑO COMO PARA DAR LUGAR A HERNIACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, LOS MOVIMIENTOS DE MASTICACIÓN INCREMENTAN EL TAMAÑO DEL DEFECTO ÓSEO, OCASIONANDO LA HERNIACIÓN DE TEJIDO BLANDO.

Bibliografía

Akcam T, Hidir Y, Ilica AT, Kilic E, Sencimen M. Temporomandibular joint herniation into the external ear canal through foramen of Huschke. *Auris Nasus Larynx*. 2011;38 (5):646-649.

Nakasato T, Nakayama T, Kikuchi K, Ehara S, Ohtsuka H, Fukuda K, Sato H. Spontaneous Temporomandibular Joint Herniation Into the External Auditory Canal Through a Persistent Foramen Tympanicum (Huschke): Radiographic Features. *J Comput Assist Tomogr*. 2013;37:111-113.

Rezaian J, Namavar MR, Vahdati Nasab H, Hojabri Nobari AR, Abedollahi A. Foramen Tympanicum or Foramen of Huschke: A Bioarchaeological Study on Human Skeletons from an Iron Age Cemetery at Tabriz Kabud Mosque Zone. *Iran J Med Sci*. 2015;40(4):367-371.

Lacout A, Marsot-Dupuch K, Smoker WRK, Lasiaunias P. Foramen Tympanicum, or Foramen of Huschke: Pathologic Cases and Anatomic CT Study. *Am J Neuroradiol*. 2005;26:1317-1323.

Park YH, Kim HJ, Park MH. Temporomandibular joint herniation into the external auditory canal. *Laryngoscope*. 2010;120(11):2284-8.

RINOSPORIDIOSIS NASAL:

PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL EN ESPAÑA

DRES. FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ G, ANGUITA SÁNCHEZ I, GARCÍA GÓMEZ J, SÁNCHEZ GONZÁLEZ F, MARCOS-GARCÍA M, PUENTE-LÓPEZ G, LÓPEZ-RÍOS VELASCO J. | SERVICIO ORL Y PCF. HOSPITAL DON BENITO-VILLANUEVA. DON BENITO (BADAJOZ).

La rinosporidiosis es una enfermedad granulomatosa crónica rara de seres humanos y animales que afecta comúnmente a la mucosa nasal (70%) y la conjuntiva (15%)⁽¹⁾.

Causada por el microorganismo *Rhinosporidium seeberi*, fue descrita por primera vez en 1896 por el argentino Guillermo Seeber, quien resecó un pólipo nasal de un agricultor.

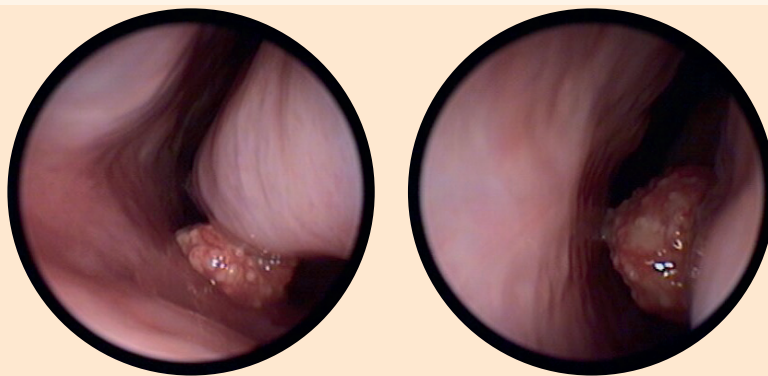
Es un parásito protista acuático en la clasificación taxonómica y actualmente incluido en una nueva clase del Mesomycetozoa⁽²⁾. Si bien, aún no se ha conseguido su crecimiento en cultivo ni inocular la enfermedad en animales de experimentación.

Su epidemiología aún no está del todo clara; en áreas endémicas existe el antecedente de exposición a aguas estancadas, entrando el microorganismo en el huésped a través de las mucosas, especialmente si existe un trauma previo⁽²⁾.

Actualmente, se consideran como zonas endémicas las regiones tropicales y subtropicales de todo el mundo donde existan pantanos y estanques, si bien, el 88% de casos de todo el mundo se localizan en la India y Sri Lanka⁽³⁾, donde supone la tercera lesión nasal no neoplásica más frecuente, seguidos de países de Sudamérica y África, siendo informada como hallazgo excepcional en otras partes del mundo entre los que se encuentra España, donde el primer caso fue descrito en 1983 en La Rioja⁽⁴⁾ y, la mayoría del resto, en la Comunidad de Extremadura^{(5), (6), (7)}.

Los síntomas nasales más comunes incluyen obstrucción nasal, epistaxis y la presencia de una masa en la fosa nasal generalmente tipo pólipo; a nivel histopatológico se caracteriza por la presencia de cuerpos esféricos o esporangios que contienen endosporas o esporangiosporas.

SU EPIDEMIOLOGÍA AÚN NO ESTÁ DEL TODO CLARA; EN ÁREAS ENDÉMICAS EXISTE EL ANTECEDENTE DE EXPOSICIÓN A AGUAS ESTANCADAS, ENTRANDO EL MICROORGANISMO EN EL HUÉSPED A TRAVÉS DE LAS MUCOSAS, ESPECIALMENTE SI EXISTE UN TRAUMA PREVIO.



FIGURAS 1 y 2: Implantes de rinosporidium en fosa nasal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO 1

Paciente intervenido de poliposis de FNI mediante CENS fuera de nuestra Comunidad, que solicita revisión por reciente traslado a nuestra Área de Salud. Según informes aportados por el paciente, en el estudio anatómo-patológico de la pieza quirúrgica destaca la infección por *Rhinosporidium*.

El paciente se encuentra asintomático; en la exploración física mediante nasofibroscopia se aprecian 4 lesiones redondeadas, de color rosa pálido y superficie papilomatosa, uno en suelo de fosa, otro en pared interna de cornete inferior, otro en cola y otro en reborde inferior de coana, compatibles con implantes de *Rhinosporidium*.

Tras revisión de la literatura, así como consulta con el servicio de medicina interna para valorar posible tratamiento sistémico, se decide realizar tratamiento quirúrgico bajo control endoscópico con exéresis de las lesiones y electrocoagulación de su base.

El estudio Anatomopatológico confirmó la infección por *rinosporidium*. La evolución postquirúrgica fue muy satisfactoria gracias a la correcta cicatrización y ausencia de complicaciones como sangrado, costras o sinequias. Tras 24 meses de seguimiento el paciente no ha presentado recidivas.

DISCUSIÓN

La rinosporidiosis es una enfermedad infecciosa que afecta predominantemente a hombres adultos jóvenes (10-40 años); la relación hombre mujer es de 6 a 1.

Rinosporidiosis nasal: presentación excepcional en España

La localización nasal está asociada a la inmersión de la cabeza en lagunas, pantanos o ríos de poca corriente, aunque en regiones áridas, mientras que la infección presenta un predominio de afectación ocular, especialmente tras tormentas de arena⁽²⁾.

Usualmente afecta a la mucosa nasal (70%), encontrando la mayoría de las lesiones a nivel del tabique, orificios y suelo de fosa nasal donde produce obstrucción, epistaxis, estornudos, prurito y sensación de cuerpo extraño. Solo en un 15% encontraremos afectación del ojo y sus anejos, principalmente la conjuntiva palpebral y el saco lacrimal. Las lesiones satélites adyacentes a la inicial, especialmente en el tracto respiratorio superior, se han explicado por autoinoculación o después de la cirugía por el derrame de las endosporas de la lesión durante el procedimiento o por trauma como ocurre en el caso descrito.

La diseminación generalizada puede ocurrir por vía hemática, lo que explicaría la aparición de nódulos subcutáneos en la extremidades, no habiéndose descrito la extensión linfática.

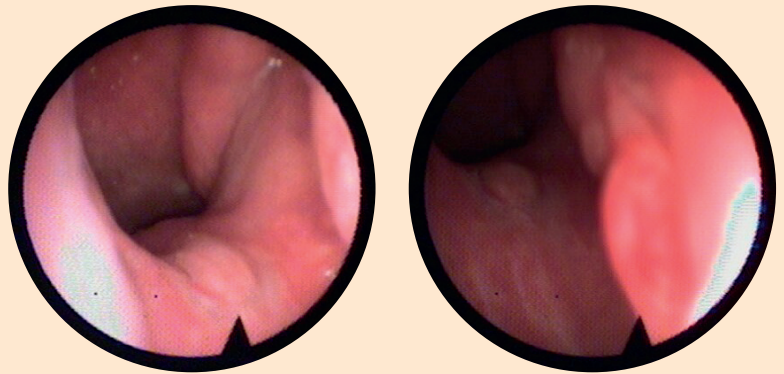
Excepcionalmente se han descrito casos en uretra, laringe, tráquea, piel, e incluso algún caso de diseminación a hígado, bazo, pulmón y hueso. Estos casos diseminados se encuentran asociados a situaciones de inmunodeficiencia tales como el sida⁽²⁾. También ha sido descrita en asociación con carcinoma epidermoide de lengua⁽⁸⁾.

Para su diagnóstico, además de la sospecha clínica guiada por los síntomas, se requiere un examen físico completo que incluya endoscopia nasal y estudios radiológicos como tomografía. El examen directo con KOH puede mostrar las esférulas típicas y se requiere biopsia para su confirmación diagnóstica. Hasta la fecha, no se ha conseguido el aislamiento y el cultivo in vitro de *R. seeberi* y la serología no tiene valor diagnóstico⁽⁹⁾.

El tratamiento más efectivo es la extirpación quirúrgica de la lesión con electrocoagulación de su base⁽¹⁰⁾. Como complemento, puede realizarse terapia con diaminodifenilsulfona 100 mgr/día durante 6-12 meses para atacar a la maduración de esporas y producir una fuerte respuesta granulomatosa con fibrosis. También se usa en casos de recidiva o de alto riesgo con el objetivo de frenar la diseminación subepitelial y subcutánea y prevenir recurrencias.

Destacamos el presente caso por lo inusual de su presentación en nuestro medio. Reinterrogando al paciente no se objetiva exposición a aguas estancadas, ni viajes a áreas endémicas. El diagnóstico se realizó tras un estudio histológico de la pieza quirúrgica, siendo la primera impresión diagnóstica poliposis nasosinusal. Ya que el diagnóstico clínico por lo general no es evidente, hay que tener en cuenta una gama de diagnósticos diferenciales⁽²⁾ entre los que se encuentran los pólipos nasosinuales y el papiloma invertido como los

más frecuentes, si bien es preciso tener en cuenta lesiones como el rinoscleroma, hemangiofibromas o carcinomas y enfermedades infecciosas como el granuloma piógeno, coccidioidomicosis, paracoccidioidomicosis, criptococosis y aspergilosis⁽²⁾.



FIGURAS 3 y 4: Postoperatorio.



Bibliografía

- 1.- Soler Lluch E, Ruiz González M, González García J, Ruiz Martín F, García Linares C. Nasal rhinosporidiosis. Acta Otorrinolaringol Esp. 1998 Aug Sep;49(6):498-500. Spanish.
- 2.- Prakash M, Carlton JJ. Nasal rhinosporidiosis with an atypical presentation. J Pharm Bioallied Sci. 2015 Apr;7(Suppl 1):S72-3. doi: 10.4103/0975-7406.155810.
- 3.- M Kulkarni A, G Mudholkar V, S Acharya A, V Ramteke R. Histopathological study of lesions of nose and paranasal sinuses. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2012 Sep;64(3):275-9. doi: 10.1007/s12070-011-0286-7. Epub 2011 Sep 10.
- 4.- Infante Sánchez JC, García Solans JM, Gómez Díaz C. Comentarios sobre un caso autóctono de rinosporidiosis nasal. Acta Otorrinolaringol Esp. 1983;34:245-9.
- 5.- Alonso MJ, Gomez De Tejada R, Diaz P, Ruiz J, Prieto J. Description of a case of rhinosporidiosis in Spain. Mycopathologia. 1987 Jan;97(1):9-16.
- 6.- González Núñez MA, Rodríguez Fernández AM, Méndez Vega AR, et al. Rhinosporidiosis: aportación de cuatro casos. Med Clin (barc) 1990;94:689-92.
- 7.- Ortiz Reina S, Merino Royo E, Sánchez López MJ, de Salazar Garraus IG. Rhinosporidiosis in Spain. Med Clin (Barc). 1990 Dec 1;95(19):754. Spanish. No abstract available.
- 8.- Ahluwalia KB, Bahadur S. Rhinosporidiosis associated with squamous cell carcinoma in the tongue. J Laryngol Otol 1990;104:648-50.
- 9.- Brevis P, Morales E, Bravo JC, Monasterio V, Mánques B, Zaror L, Abaca P, Toloza L. A new case of rhinosporidiosis in Chile. Rev Iberoam Micol. 2010 Oct-Dec;27(4):183-5.
- 10.- Das S, Kashyap B, Barua M, Gupta N, Saha R, Vaid L, Banka A. Nasal rhinosporidiosis in humans: new interpretations and a review of the literature of this enigmatic disease. Med Mycol. 2011 Apr;49(3):311-5.

CORDOTOMÍA VOCAL POSTERIOR

EN UNA PARÁLISIS BILATERAL DE CUERDAS VOCALES

DRES. ARJONA MONTILLA C, GARCÍA GIRALDA M, SÁNCHEZ ROZAS JA. | HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).

La parálisis bilateral de cuerdas vocales en aducción ocurre cuando se dañan ambos nervios laríngeos recurrentes, principalmente durante una operación tiroidea.

En contraste con la parálisis de la cuerda vocal unilateral, en la cual el paciente se queja principalmente de dificultades con la voz (disfonía), la parálisis bilateral de las cuerdas vocales causa restricción de la vía aérea, con estridor y sensación de asfixia (disnea). En pacientes con parálisis bilateral de cuerdas vocales el tratamiento se dirige a mejorar la vía aérea, mientras se intentan limitar los efectos negativos del tratamiento en la función vocal.

La traqueotomía no es bien aceptada como manejo definitivo, a pesar de considerarse el patrón de referencia como tratamiento de urgencia. La cordotomía posterior de una cuerda con láser, bisturí eléctrico o radiofrecuencia, es una buena técnica para aumentar el área glótica, mejorar la ventilación y decanular a los pacientes con traqueotomía.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 75 años, consulta por otra patología y cuenta con una traqueostomía permanente desde hace 30 años y realizada por una complicación postquirúrgica de tiroides. Además tiene parálisis bilateral de cuerdas vocales en posición media. Refiere que también perdió el olfato. Se comenta la posibilidad de apertura parcial en una cuerda vocal para poder cerrar el traqueostoma, que acepta.

Se realiza mediante microcirugía endolaríngea una cordotomía posterior de cuerda vocal derecha con radiofrecuencia, resecano el tercio posterior (figura 2-3).

La paciente es dada de alta hospitalaria por la tarde con una cánula de traqueostomía fenestrada con tapón. La paciente de forma progresiva se tapa la cánula, respirando por la boca periodos cada vez más largos, con voz de buena calidad.

DISCUSIÓN

El abordaje más razonable, para los pacientes con parálisis bilateral de las cuerdas vocales,

es un abordaje progresivo para agrandar la vía aérea glótica. Los procedimientos menos agresivos y más seguros son la cordotomía transversal posterior (CTP) o la aritenoidectomía medial (AM). Después de estos procedimientos se puede realizar una versión extendida de cualquiera de los dos (o una combinación) o una aritenoidectomía total. Es oportuno señalar que el procedimiento históricamente llamado aritenoidectomía total no involucra la remoción anatómica completa del cartílago aritenoides. Entre los procedimientos definitivos para aumentar el área glótica están: la fijación lateral de las cuerdas vocales, las cordectomías, las aritenoidectomías o las combinaciones de estas.

El principio de la cordotomía posterior es la resección del tercio o de dos tercios posteriores de la cuerda vocal, con el consiguiente aumento del área glótica, dejando la porción anterior para la fonación. El uso del láser en estos procedimientos permite la adecuada hemostasia y reduce el índice de edema posquirúrgico. Además, ofrece seguridad, facilidad de ejecución técnica y eficacia.

Igualmente, en sitios donde no existe el láser quirúrgico se puede realizar con terminales de radiofrecuencia. Con el advenimiento de nuevas tecnologías que ayudan a mejorar

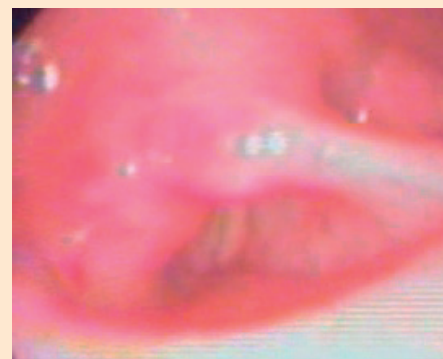


FIGURA 1: Parálisis bilateral de cuerdas vocales en posición media.

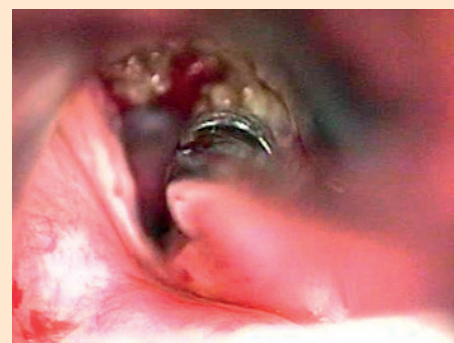


FIGURA 2: Terminal de radiofrecuencia.

las técnicas quirúrgicas, los casos en los que no se alivia el problema respiratorio ni se decanula a un paciente son raros. Esto conlleva que las técnicas que se efectúan por vía cervical (sutura endo-extralaríngea para lateralizar la cuerda, inyección laríngea de toxina botulínica) se practiquen raramente y se reserven para los casos en los que la parálisis laríngea se asocia con estenosis subglótica.

Ciertos autores sostienen que realizar una cordectomía bilateral en el mismo procedimiento aumenta la posibilidad de restablecer una vía aérea eficiente,^(12,15,18) mientras que otros la consideran procedimiento de revisión en los casos en los que la cordectomía unilateral ha sido insuficiente para incrementar el área glótica⁽²⁴⁾.

Cordotomía vocal posterior en una parálisis bilateral de cuerdas vocales

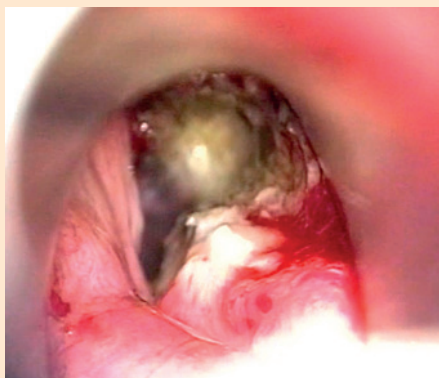


FIGURA 3: Resultado quirúrgico de la resección posterior de la cuerda derecha.

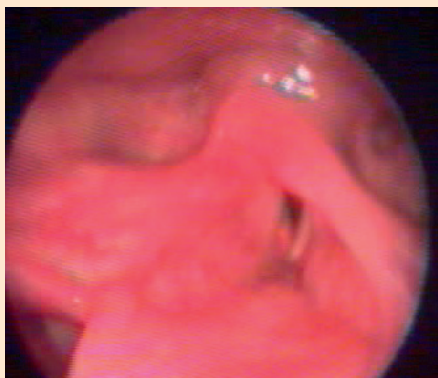


FIGURA 4: Revisión al mes de cordotomía de cuerda vocal derecha.

Resumen de las opciones de tratamiento para la parálisis bilateral de cuerdas vocales:

- Traqueotomía.
- Microlaringoscopia con cordotomía transversal posterior con láser, bisturí eléctrico o radiofrecuencia.
- Microlaringoscopia con aritenoidectomía medial con láser.
- Microlaringoscopia con aritenoidectomía total con láser.
- Lateralización de cuerda vocal endoscópica con sutura.
- Aritenoidectomía abierta.

Bibliografía

1. Rosenthal LH, Benninger MS, Deeb RH. Vocal Fold. immobility: a longitudinal analysis of etiology over 20 years. *Laryngoscope* 2007;117:1864-1870.
2. Sinacori JT. Unilateral and bilateral vocal fold paralysis: techniques and controversies in management. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;10:472-477.
3. Tran Ba Huy P, Kania R. Tiroidectomía. *Enciclopedia Médico-Quirúrgica*. París: Elsevier, 2005;46460.
4. Rodríguez-Cuevas S, Labastida AS, Olano NO, Muñoz CML. Morbilidad debida a tiroidectomía por cáncer de tiroides. Estudio comparativo de pacientes tratados en hospitales generales y en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Cir Gen* 1996;18:92-97.
5. Hurtado-López LM, Pulido-Cejudo CA, Zaldívar-Ramírez FR, Basurto-Kuba KE. A propósito de la localización del nervio laríngeo recurrente y las glándulas paratiroides inferior en la cirugía de tiroides. *Cir Gen* 2000;22:283-286.
7. Shindo M, Chheda NN. Incidence of vocal cord paralysis with and without recurrent laryngeal nerve monitoring during thyroidectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;133:481-485.
8. Khodaei I, Howarth K, Karkanevatos A, Clarke R, Fryer A. Hereditary vocal cord palsy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003;67:427-428.
9. Simpson B. Treatment of vocal fold paralysis. In: Bailey BJ, Johnson JT, editors. *Head & Neck Surgery*. Otolaryngology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006;848-866.
10. Joshua B, Feinmesser R, Zohar L, Severo J. Endoscopic laser-assisted posterior ventriculocordectomy without tracheostomy for bilateral vocal cord immobility. *Isr Med Assoc J* 2004;6:336-338.
11. Lichtenberger G. Reversible immediate and definitive lateralization of paralyzed vocal cords. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1999;256:407-411.
12. Olthoff A, Zeiss D, Laskawi R, Kruse E, Steiner W. Laser microsurgical bilateral posterior cordectomy for the treatment of bilateral vocal fold paralysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2005;114:599604.
13. Shvero J, Koren R, Stern Y, Segal K. Laser posterior ventriculocordectomy with partial arytenoidectomy for the treatment of bilateral vocal fold immobility. *J Laryngol Otol* 2003;117:540-543.
14. Bosley B, Rosen CA, Simpson CB, McMullin BT, Gartner-Schmidt JL. Medial arytenoidectomy versus transverse cordotomy as a treatment for bilateral vocal fold paralysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2005;114:922-926.
15. Laccourreye O, Escovar MI, Gerhardt J, Hans S, *et al*. CO₂ laser endoscopic posterior partial transverse cordotomy for bilateral paralysis of the vocal fold. *Laryngoscope* 1999;109:415-418.
16. Ferri E, García-Purriños FJ. Tratamiento quirúrgico endoscópico con láser diodo de la parálisis laríngea en aducción. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2006;57:270-274.
17. Segas J, Stavroulakis P, Manolopoulos L, Yiotakis J, Adamopoulos G. Management of bilateral vocal fold paralysis: Experience at the University of Athens. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;124:68-71.
18. Hachiya A, Miwa-Nita L, Sileira-Chrispim F, Imamura R, *et al*. Posterior cordotomy and partial arytenoidectomy for bilateral vocal cord paralysis in adduction therapy. *Intl Arch Otorhinolaryngol* 2007;11:311-316.
19. Aslam MA. Treatment of iatrogenic bilateral adductor vocal cord immobility by endoscopic posterior transverse cordotomy with cutting diathermy. *Pak J Med Sci* 2009;25:391-397.
20. Bizakis JG, Papadakis CE, Karatzanis AD, Skoulakis CE, *et al*. The combined endoscopic CO₂ laser posterior cordectomy and total arytenoidectomy for treatment of bilateral vocal cord paralysis. *Clin Otolaryngol* 2004;29:51-54.
24. Dursun G, Gökcan MK. Aerodynamic, acoustic and functional results of posterior transverse laser cordotomy for bilateral abductor vocal fold paralysis. *J Laryngol Otol* 2006;120:282-288.

SINEQUIA LARÍNGEA

POR GRANULOMA DE CUERDA VOCAL POSTQUIRÚRGICO

DRES. ARJONA MONTILLA C, GARCÍA GIRALDA M, SÁNCHEZ ROZAS JA. | HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).

Las sinequias son fijaciones anómalas entre dos lugares, que por su cercanía pueden fusionarse al cicatrizar, después de una lesión o intervención quirúrgica.

En la laringe pueden producirse en las decortizaciones demasiado extensas de las cuerdas, en el edema crónico de Reinke. Pueden existir también las sinequias o membranas laringeas congénitas en el recién nacido. Si la sinequia obstruye parcialmente la laringe o produce disfonía, está indicado el corte con Láser.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 50 años, enfermera del hospital y cuyo marido es médico, viene a consulta para una revisión de oídos. Por otra parte, tiene una ligera disfonía desde hace mucho tiempo, por una sinequia de cuerdas vocales, adquirida por intervenciones laringeas repetidas por una cicatrización anómala con granulomas.

En los antecedentes destaca una operación de nódulos de cuerdas vocales con microcirugía laringea, en marzo de 1997, la cual se complicó con una cicatrización anómala con tejido de granulación que precisó limpieza quirúrgica en abril. Volvió a crecer el tejido de granulación con sinequia y se derivó a centro de referencia provincial, donde se realizó microcirugía laringea biopsica más fotoresección con láser CO₂ en el mes de julio (figura 1-2).

Esta misma maniobra se repite en noviembre del 1997, en mayo 1998 y en enero del 2000 (resultado anatomopatológico: tejido inflamatorio de granulación).

De nuevo se produce recidiva de lesiones granulomatosas en ambas cuerdas y comisura anterior, con clínica de disfonía, aparición de disnea leve con el esfuerzo y sensación de opresión laringea.

Finalmente, se opera en mayo de 2000, en la Ciudad Sanitaria Universitaria de Bellvitche, realizándose una microcirugía laringea biopsica e inyección intracordal de corticoides.

En la exploración fibroscópica actual de la laringe se aprecia una ligera sinequia entre el tercio anterior de las cuerdas vocales (figura 3).

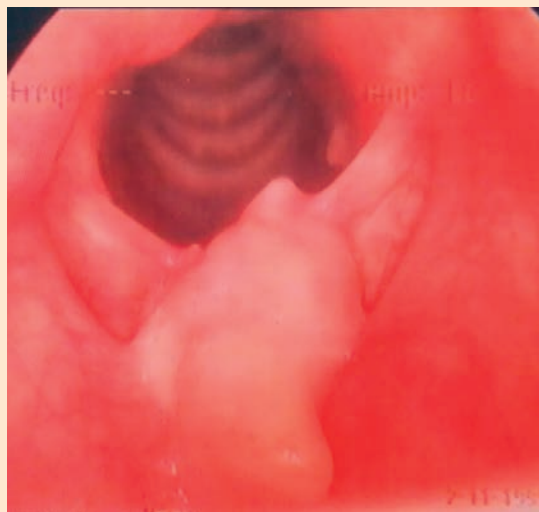


FIGURA 1: Formación granulomatosa en comisura anterior.



FIGURA 2: Imagen postquirúrgica con láser.

LOS GRANULOMAS RECIENTES PUEDEN DESAPARECER ESPONTÁNEAMENTE O DESPUÉS DE MEDIDAS CONSERVADORAS, NO ASÍ LOS MÁS EVOLUCIONADOS. FUNDAMENTALMENTE, CON REPOSO VOCAL, REHABILITACIÓN FONIÁTRICA Y/O TRATAMIENTO ANTIRREFLUJO.

Sinequia laríngea por granuloma de cuerda vocal postquirúrgico

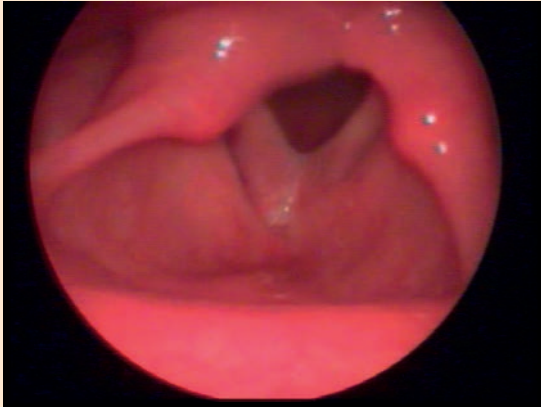


FIGURA 3: Sinequia anterior de cuerdas vocales.

DISCUSIÓN

Los granulomas inespecíficos son lesiones pseudotumorales producidas, en la mayoría de los casos, como reacción a un trauma, existiendo cuatro tipos diferentes según el agente causal: granulomas de contacto, granulomas postintubación, granulomas postquirúrgicos y granulomas postinyección. Está, además, descrita otra forma muy infrecuente de granulomas inespecíficos de aparición espontánea, que pueden localizarse en cualquier área de la laringe, forma denominada laringitis granulomatosa pseudoblastomatosa.

Los granulomas específicos y las laringitis específicas corresponden a otro apartado. Histológicamente es una masa polipoide formada por un tejido de granulación exuberante, constituido por fibroblastos, vasos capilares e infiltrado celular inflamatorio. La lesión de la mucosa alcanza hasta el pericondrio de la apófisis y está recubierta por este material de granulación fungoso. Se diferencia del granuloma del pólipo por que carece de patrón lobular típico. En algunos casos puede haber una hiperplasia celular pseudoepiteliomatosa, lo que simula un carcinoma.

Los granulomas postquirúrgicos son lesiones mamelonadas de coloración blanquecina o rojiza que pueden asentar en cualquier zona de la laringe tras una lesión tisular quirúrgica importante.

El tejido de granulación se produce durante la cicatrización, o bien por segunda intención sobre el relieve de la cicatriz. Muchas veces es fruto de una infección. En su evolución natural, frecuentemente, parte del granuloma se recubre de tejido cicatricial y adquiere una cubierta epitelial. Raramente hay granulomas que permanecen años o que puedan recidivar como granulomas de repetición.

Los síntomas y la intensidad de los mismos varían según el grado de afectación: disfonía. Fatiga vocal. Carraspeo continuo. Ocasionalmente, discreta expectoración hemoptoica. Dolor en la fonación, sensación de cuerpo extraño. Psicológicamente son pacientes con gran tensión emocional. Hay que hacer diagnóstico diferencial con la tuberculosis y el carcinoma laríngeo.

TRATAMIENTO

Los granulomas recientes pueden desaparecer espontáneamente o después de medidas conservadoras, no así los más evolucionados. Fundamentalmente, con reposo vocal, rehabilitación foniátrica y/o tratamiento antirreflujo.

El tratamiento quirúrgico está indicado cuando se duda de la naturaleza histológica de la lesión, en los muy extensos o con masas de gran volumen, en los casos rebeldes al tratamiento conservador. Se realiza extirpación quirúrgica con láser CO₂.

Se aconseja, como la mejor medida para evitar su recidiva postquirúrgica, el tratamiento foniátrico, e incluso, el psicoterapéutico.

Bibliografía

www.Otorrinoweb.com

Cervera FJ, Vega F, García-Tapia R. (1996). Lesiones benignas de las cuerdas vocales. En García-Tapia R, Cobeta I. (eds). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz (pp223-240). Madrid: Garsi.

Díaz P, Gascón MC, Lacosta JL. (2006). Pólipos. Nódulos, quistes, edema de Reinke y laringoceles. Microcirugía de laringe. En Libro virtual de formación en ORL (cap. 108).

Heuillet-Martin G, Garson-Bavard H, Legré A. (2003). Las disfonías con lesiones adquiridas. En Una voz para todos (pp23-39). Marsella: Solal.

Le Huche F, Allali A. (1994). Disfonías disfuncionales complicadas (con laringopatías disfuncionales). En La voz, tomo 2 (pp79-102). París: Marsson.

TUMOR FIBROSO SOLITARIO

COMO CAUSA INUSUAL DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL UNILATERAL

DRES. CORTÉS-GARCÍA AE*, ROMÁN-RAMÍREZ L, RODRÍGUEZ-VERDUGO M, ARANA-ORTEGA M. |
SERVICIO ORL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE HUELVA (HUELVA).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 44 años, derivado a consultas externas de nuestro servicio por presentar obstrucción nasal derecha e hiposmia progresiva de dos años de evolución, ocasionalmente rinorrea y algia facial, no epistaxis. En la rinoscopia anterior se observa una lesión excrescente de aspecto poliposo y colocación rojiza, de consistencia dura, que ocupa prácticamente la totalidad de la fosa nasal derecha. La nasofibroscopia muestra su origen en la zona del seno esfenoidal derecho.

Se realizó un estudio de imagen mediante TC, de región nasosinusal y base de cráneo anterior, que muestra una masa, con origen en cornete superior y pared anterior del seno esfenoidal derecho, que oblitera completamente dicha fosa, así como una pansinusitis derecha secundaria (figura 1).

Se realizó un abordaje endoscópico nasosinusal, con resección de la lesión en su totalidad, confirmándose su origen según el TAC.

El estudio anatomopatológico (figura 2) muestra células fusiformes con una discreta atipia celular, sin patrón arquitectural definido, en una abundante matriz colágena con marcada trama vascular. El estudio inmunohistoquímico demuestra positividad para CD34, BCL-2 y CD99, y en menor medida para activa de músculo liso. Estas características morfológicas y el perfil inmunohistológico son características del tumor fibroso solitario, destacándose otras entidades como leiomioma y schwannoma (figura 2).

El estudio de imagen (TC), a los 9 meses no muestra imagen de recidiva (figura 1-B).



FIGURA 1-A: TC de senos paranasales prequirúrgico, se aprecia una masa con origen en cornete superior y pared anterior de seno esfenoidal derecho.

FIGURA 1-B: en TC de control a los 9 meses tras intervención se aprecia etmoidectomía anteroposterior libre de recidiva.

DISCUSIÓN

El tumor fibroso solitario en fosa nasal suele presentarse como una masa de aspecto polipoideo, con o sin afectación de los senos paranasales, en pacientes de mediana edad y sin predilección por el sexo⁽¹⁾.

Su origen en esta localización es raro, siendo más frecuente en la pleura, donde fue originalmente descrito por Klemperer⁽²⁾, aunque

puede presentarse en distintas localizaciones como órbita, cabeza y cuello, mediastino y sistema urogenital^(3,4).

Histológicamente está formado por conglomerados de células fusiformes con diferentes grados de atipia nuclear en una matriz prominentemente colagenizada^(1,5,6). Su principal característica histológica es la presencia de zonas de hialinización con células que se disponen aisladas o en pequeños grupos paralelas a los depósitos de colágeno⁽³⁾, teniendo un patrón vascular que se muestra variable, con diferentes grados de dilatación^(3,6).

SE REALIZÓ UN ABORDAJE ENDOSCÓPICO NASOSINUSAL, CON RESECCIÓN DE LA LESIÓN EN SU TOTALIDAD, CONFIRMÁNDOSE SU ORIGEN SEGÚN EL TAC.

Tumor fibroso solitario como causa inusual de insuficiencia respiratoria nasal unilateral

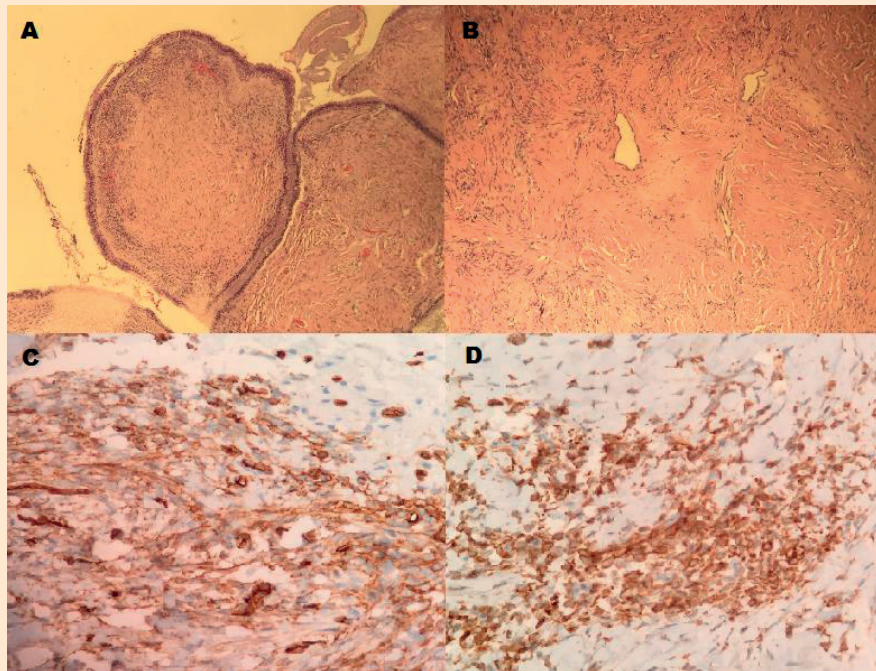


FIGURA 2-A: Histología de la muestra, apreciando una neoplasia de células fusiformes en el corion de la mucosa nasal.

FIGURA 2-B: Atipia nuclear en abundante matriz colágena.

FIGURA 2-C: Positividad para CD34.

FIGURA 2-D: Positividad para BCL-2.

Por su baja incidencia y similitud de los tumores de células fusiformes, su diagnóstico se basa en las características inmunohistoquímicas. Así el CD34, una glicoproteína de transmembrana de células precursoras hematopoyéticas, es un marcador positivo, aunque no específico ya que también se observa en el dermatofibrosarcoma protuberans o en tumores neurales^(1,4,6). El CD99 se encuentra en más del 50% de los casos⁽³⁾. En

resumen, será positivo para CD34 vimentina, BCL-2, localmente positivo para actina de músculo liso y negativo para S100 (Schwannoma), desmina y AME (Leiomioma)^(5,7,8).

El 20% de los localizados en pleura son malignos y se presentan con metástasis a distancia⁽⁴⁾. En fosas nasales solamente uno de cada diez recidiva, sin evidencia de metástasis a distancia⁽⁸⁾.

Bibliografía

1. Iordanis Konstantinidis, Stefanos Triaridis, Athanasios Triaridis, Afroditi Pantzaki. A rare case of solitary fibrous tumor of the nasal cavity. *Auris Nasus Larynx* 2003;30:303-305.
2. Klemperer P, Rabin C. Primary neoplasm of the pleura: a report of five cases. *Arch Pathol* 1931;11:385-412.
3. Morales Cadena, Zarate Osorno, Madrigal Duval, Álvarez Romero, Zubiaur Gormar. Tumor fibroso de nariz y senos paranasales. *An Orl Mex* 2004;49:36-41.
4. Tsugio Abe, Atushi Murakami, Tsuneo Inoue, Shigenori Ohde, Takehiko Yamaguchi, Kensuke Watanabe. Solitary fibrous tumor arising in the sphenoidal recess: A case report and review of the literature. *Auris Nasus Larynx* 2005;32:285-289.
5. Ying Xue, Guangjin Chai, Feng Xiao, Ning Wang, Yungfeng Mu, Yujie Wang, Mei Shi. Post-operative radiotherapy for the treatment of malignant solitary fibrous tumor of the nasal and paranasal area. *Jupn J Clin Oncol* 2014;44(10):926-931.
6. Satoru Kodama, Keigo Fujita, Masashi Suzuki. Solitary fibrous tumor in the maxillary sinus treated by endoscopic medial maxillectomy. *Auris Nasus Larynx* 2009;36:100-103.
7. Terré Falcón, Gil Paraiso, Ayerve Torrero, Bernat Gili. Tumor fibroso solitario como causa inusual de S.A.H.S.. *ORL Aragón* 2012;15(1):24-26.
8. Neme Tovilla, Flores Moro, Moreno Padilla. Tumor fibroso solitario en nariz y senos paranasales. *An Orl Mex* 2013;58:235-239.

LIPOMA CERVICAL

DE GRANDES DIMENSIONES

HERREROS SÁNCHEZ MA, URBANO URBANO JJ, GONZÁLEZ PALOMINO A, GUILLÉN GUERRERO V, SÁNCHEZ GONZÁLEZ FJ. | COMPLEJO HOSPITALARIO DE MÉRIDA (BADAJOZ).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente mujer de 30 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude por presentar una tumoración cervical de gran tamaño, de crecimiento rápido. Se encuentra asintomática.

La exploración cervical evidencia una tumoración única, a nivel lateral izquierdo, que no

sobrepasa la línea media. Es de consistencia blanda, móvil, no adherida a planos profundos y no dolorosa a la palpación (**figura 1**), siendo el resto de la exploración otorrinolaringológica rigurosamente normal.

Como primera orientación diagnóstica se plantea un diagnóstico diferencial entre linfangioma, quiste branquial y lipoma cervical. Se solicita una punción aspiración con aguja fina (PAAF) y una TC cervical.

La PAAF de dicha tumoración se corresponde con tejido adiposo y en la



FIGURA 1: Masa cervical izquierda.

TC cervical con contraste se visualiza una masa de estirpe grasa con dimensiones de nueve por cinco por un centímetro que se extiende desde la celda submaxilar hasta la musculatura omohioidea en sentido craneocaudal y desde la cara lateral del tiroides hasta la cara medial de la vena yugular interna (**figura 2**).

El tratamiento es quirúrgico, consistiendo en la exéresis de la tumoración cervical izquierda, (**figura 3 y 4**) cuyo estudio anatomopatológico informa de lipoma sin atipias. La evolución postquirúrgica es satisfactoria.

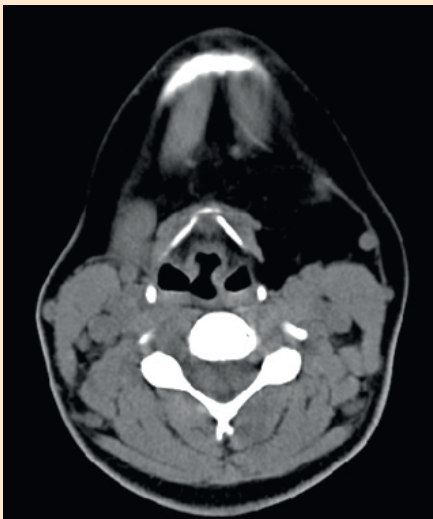


FIGURA 2: TC corte axial.

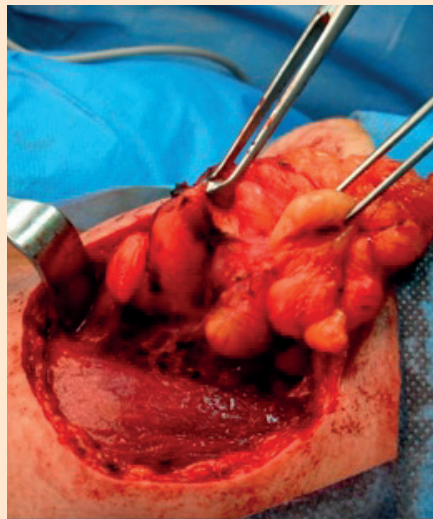


FIGURA 3: Cervicotomía.



FIGURA 4: Pieza quirúrgica.

EL TRATAMIENTO ES QUIRÚRGICO, CONSISTIENDO EN LA EXÉRESIS DE LA TUMORACIÓN CERVICAL IZQUIERDA, CUYO ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO INFORMA DE LIPOMA SIN ATIPIAS.

Lipoma cervical de grandes dimensiones

DISCUSIÓN

Las masas cervicales suponen un reto diagnóstico debido a la extensa tipología de lesiones que se encuadran bajo este término. Para establecer un diagnóstico diferencial es importante comenzar con un enfoque etiológico relacionado a la edad, pues cada patología según su localización específica es predecible para cada grupo de edad, también debe realizarse una cuidadosa historia clínica y un examen físico detallado. El diagnóstico por imagen juega un papel importante en la estrategia diagnóstica-terapéutica.

En el caso de pacientes menores de 40 años (niños y adultos jóvenes) las masas cervicales suelen corresponderse con masas benignas, frecuentemente asintomáticas y con una exploración que orienta a un patrón inflamatorio; siendo las masas más habituales, de mayor a menor frecuencia: los quistes del desarrollo, adenopatías inflamatorias y tumores de características benignas.

En cuanto a los tumores de características benignas en este grupo etario, se debe distinguir entre masas en línea media o laterocervicales. En línea media se sospechará de tumores de istmo tiroideo, mientras que la localización a nivel laterocervical orienta hacia un tumor vascular (glomus, hemangioma), de glándulas salivares, lipomas u otros tumores de partes blandas, o tumores de tiroides⁽¹⁾.

Los lipomas son los tumores mesenquimales de partes blandas más frecuentes, que se clasifican en lipoma clásico o lipoma variants que comprenden de las siguientes entidades: angiolipoma, lipoma condroide, miolipoma, lipoma pleomorfo, lesiones

hamartomatosas, proliferaciones lipomatosas difusas e hibernomas⁽²⁾. Los lipomas pueden localizarse prácticamente en cualquier área corporal, se estima que un 13% aparecen a nivel cervicofacial, presentándose con mayor frecuencia a nivel retrocervical como masas únicas de pequeño tamaño o en el contexto de enfermedad genética como masas de múltiples y de mayor tamaño.

El Síndrome de Madelung, o lipomatosis simétrica múltiple, es una enfermedad rara que se caracteriza por la existencia de un depósito de tejido de grasa en el cuello, la nuca, tronco, los hombros y la parte proximal de los miembros. Afecta fundamentalmente a hombres de edad media con antecedente de etilismo crónico. El único tratamiento efectivo es la resección quirúrgica, pero al tratarse de depósitos carentes de cápsula presentan una mayor tasa de recidiva y por tanto necesidad de reintervenciones⁽³⁾.

Los lipomas en el área ORL suelen ser masas asintomáticas, en ocasiones levemente dolorosas a la palpación, siendo la estética el principal motivo de consulta. El diagnóstico se establece mediante una PAAF y pruebas de imagen, a través de una ecografía cervical o TC cervical dependiendo de las dimensiones de la masa y en consecuencia de la necesidad de una valoración prequirúrgica. La RMN es útil en caso de sospecha de invasión de estructuras vecinas.

El tratamiento de elección consiste en la exéresis quirúrgica de la masa, aunque también se han descrito otras técnicas como la liposucción o la inyección de corticoesteroides pero estas presentan un mayor número de recidivas⁽⁴⁾.

Bibliografía

1. Martínez Novoa MD, Mas Mercant S, Sarriá Echegaray P, Gallego M. Diagnóstico diferencial de las masas cervicales. *Semerger* 24:926-30.
2. Medina C, Schneider S, Mitra A. Gigant submental lipoma: Case report and review of the literature. *Can J Plast Surg* 2007; 15-4.
3. Garín Alegre M, de Grado Molinero M, Argueta Ruano L. Enfermedad de Madelung. *Semerger*. 2012; 38 (4):211-213.
4. Mogedas Vegara, Rubal Ledo, Gutiérrez Santamaría, Sierra Perilla, Pamias Romero y Guillermo Raspal. Lipoma cervical gigante: a propósito de un caso. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2012; 34(3):118-121.

MENINGIOMA CALCIFICADO versus NEURINOMA

DRES. ARJONA MONTILLA C, GARCÍA-GIRALDA M, SÁNCHEZ ROZAS JA. | HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).



Mujer de 76 años con un traumatismo craneal y pérdida de conciencia. Cuatro meses antes le detectaron en un TAC craneal una formación calcificada en ángulo pontocerebeloso. Tiene antecedentes de vértigos posicionales desde hace años por problemas de columna. Fue operada de una tumoración lipomatosa grande en la espalda hace 2 años y desde entonces tiene

una contractura. Refiere pérdida de audición antigua, más intensa por oído derecho, y ahora también tiene pérdida de olfato.

En la exploración, los tímpanos son normales y la audiometría presenta una hipoacusia sensorial bilateral de 50 dB de media en OD y de 45 dB en OI, con caída en agudos. Se pide RMN craneal. ✖

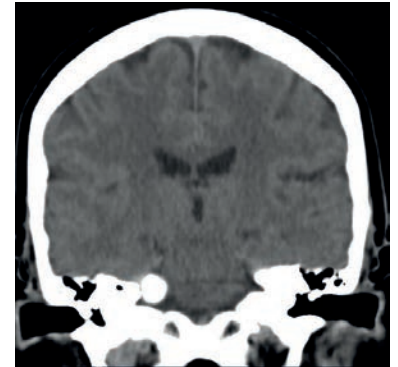


FIGURA 1
Corte tomográfico coronal a nivel del ángulo pontocerebeloso.

Un meningioma es un tumor que tiene su origen en las meninges. La mayoría de los casos de los meningioma son benignos, aunque en raras ocasiones puede llegar a ser canceroso. Generalmente, los meningiomas representan el 25% de los tumores espinales, donde la calcificación es más bien infrecuente, mostrando una oscilación del 1 al 5% en todos los meningiomas. Suelen ser asintomático y se descubren al realizar alguna tomografía, donde la presencia del meningioma calcificado se muestra como una formación redonda, blanca con intensidad, con un diámetro de aproximadamente tres o cuatro centímetros. El encéfalo busca la forma de defenderse, lo que logra aislando el tumor con una capa de sales de calcio, como si fuera una perla, para así frenar su crecimiento.

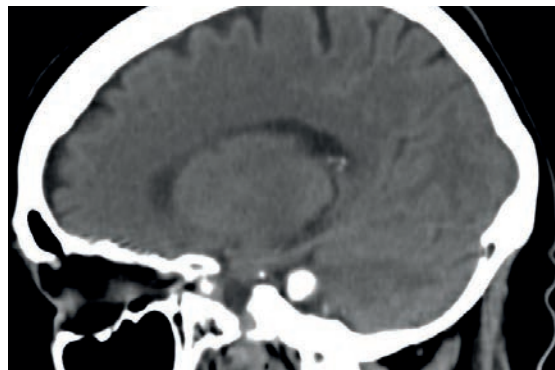


FIGURA 2
Corte tomográfico sagital a nivel de la formación tumoral.

MUJER DE 76 AÑOS CON UN TRAUMATISMO CRANEAL Y PERDIDA DE CONCIENCIA. CUATRO MESES ANTES LE DETECTARON EN UN TAC CRANEAL UNA FORMACION CALCIFICADA EN ÁNGULO PONTOCEREBELOSO.

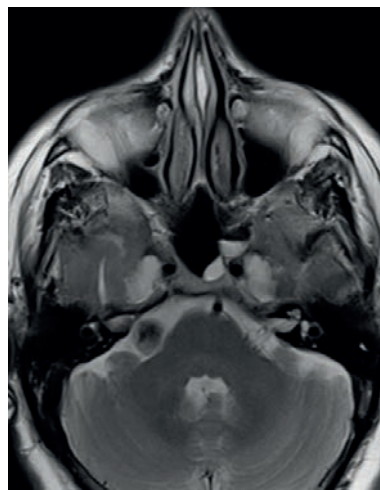


FIGURA 3
RMN a nivel del ángulo pontocerebeloso.

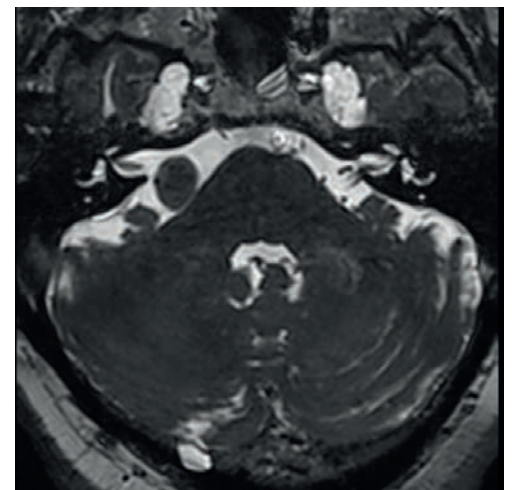


FIGURA 4
RMN de distinta intensidad, donde se aprecia la formación redondeada a la salida del nervio estatoacústico derecho.



CIRUGÍA TIROIDEA

BENET MUÑOZ S, RODRÍGUEZ GIL P, TACORONTE PÉREZ L, ARTAZKOZ DEL TORO JJ. | SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE).



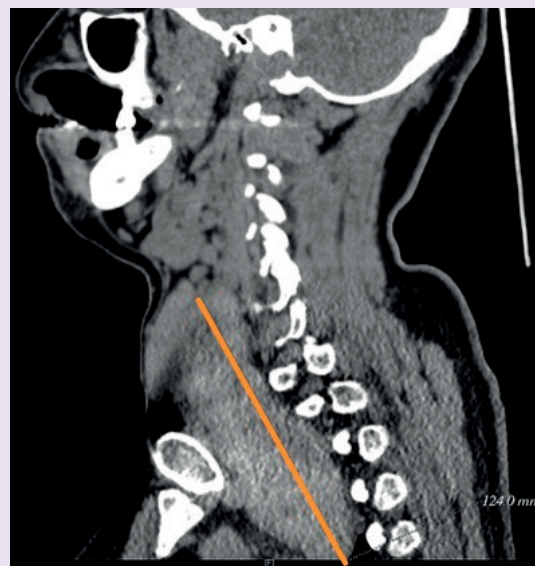
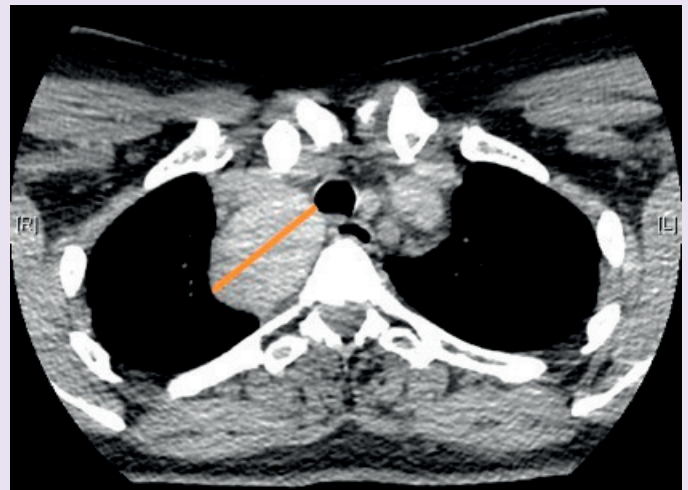
La historia de la cirugía tiroidea se remonta a cientos de años de antigüedad, pero no fue hasta el siglo XIX, gracias a las innovaciones anestésicas y antisépticas, cuando se comenzó a realizar extirpaciones tiroideas completas.

El Dr. Billroth, en 1860, comienza a describir las primeras complicaciones posttiroidectomía como es la tetania. Más adelante, el Dr. Kocher describe el hipotiroidismo posttiroidectomía total y, gracias a las mejoras de la técnica quirúrgica, disminuye la mortalidad de un 60% al 1% de los casos. Por fin, en 1915, el Dr. Kendall logra cristalizar por primera vez la tiroxina, usada como base para el posterior desarrollo del actual tratamiento hormonal sustitutivo en el hipotiroidismo. Todos estos descubrimientos nos han servido para llegar a la actual cirugía tiroidea. Las complicaciones han ido disminuyendo paulatinamente hasta la actualidad, siendo en este momento las más comunes en la literatura, la hipocalcemia posttiroidectomía total, la lesión del nervio laríngeo recurrente y la hemorragia posttiroidectomía.

disección del nervio laríngeo recurrente, calcemia a las 24-48h posttiroidectomía y estudio de las cuerdas vocales posttiroidectomía.

RESULTADOS

Se han analizado un total de 40 cirugías tiroideas de las cuales el 77,5% (N=31) han sido mujeres y el 22,5% (N=9) hombres, con una edad media de 50,8 años. Han habido diferentes indicaciones de tiroidectomía, entre ellas, nos hemos encontrado con un 50% (N=20) de bocios multinodulares, 30% (N=12) de cirugía tiroidea oncológica, siendo lo más frecuente



MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos elaborado un estudio retrospectivo y descriptivo de las cirugías tiroideas, realizadas entre junio de 2013 hasta marzo de 2016, en nuestro centro, siendo intervenidas por el servicio de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Se estudiaron las diferentes variables de nuestros pacientes como son el sexo, edad, indicación quirúrgica, tipo de tiroidectomía,

EN 1915 EL DR. KENDALL LOGRA CRISTALIZAR POR PRIMERA VEZ LA TIROXINA, USADA COMO BASE PARA EL POSTERIOR DESARROLLO DEL ACTUAL TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO EN EL HIPOTIROIDISMO.

el carcinoma papilar de tiroides en un 91,67% (N=11). También han sido motivo de intervención el adenoma folicular en un 7,5% (N=3), y entre otros casos nos hemos encontrado enfermedad de Graves-Basedow (N=1), quiste hemorrágico (N=1), hiperplasia folicular (N=1), nódulo ectópico de tiroides (N=1), quiste tiroideo con restos de quiste de origen branquial (N=1).

El tipo de intervención realizado ha sido en un 52,5% (N=21) de los casos la tiroidectomía total, en el 25% (N=10) de los casos se realizó una hemitiroidectomía izquierda, el 20% (N=8) hemitiroidectomía derecha y por último, en un 2,5% (N=1) se realizó una resección de un nódulo tiroideo de 4 cm completamente ectópico a la glándula tiroides, con sospecha de posible carcinoma papilar de tiroides, que tras una anatomía patológica intraoperatoria que descarta malignidad, se desestimó finalmente la extirpación de la glándula tiroidea.

Se realizó control de las calcemias 24-48h posttiroidectomía total (N=21), observándose una media de la calcemia de 7,95 mg/dl, mientras que tras completar una segunda hemitiroidectomía (N=3), se observó una media de la calcemia de 8,45 mg/dl. Se diagnosticó mediante analíticas un 37,5% (N=9) de hipocalcemias transitorias, de éstas solo resultó definitiva un 4% (N=1).

En nuestra muestra nos hemos enfrentado a un total de 60 nervios laríngeos recurrentes. De ellos 42 han sido en tiroidectomías totales, 17 en hemitiroidectomías (un nervio laríngeo recurrente de la muestra de hemitiroidectomías no se ha tenido en cuenta, ya que el paciente había sido previamente laringectomizado por un carcinoma escamoso de laringe), y 1 en el nódulo tiroideo ectópico ante-

riormente mencionado. De todos estos, el 87% (N=52) se han reconocido en el momento de la cirugía. Las parálisis recurrenciales observadas en nuestra muestra han sido del 3,3% (N=2), al revisar los casos clínicos detalladamente, pudimos ver que una de estas parálisis se trataba de una paciente con un carcinoma papilar de tiroides, en el que la lesión afectaba a la región del recurrente, dañando el nervio de forma permanente. En el segundo caso, se trataba de una lesión con restos parenquimatosos, de probable origen branquial, que afectaban a la región del recurrente, provocando la lesión de este durante la cirugía.

En cuanto a las hemorragias postoperatorias observadas en nuestra muestra, se trata del 2,5% (N=1) que requirió la reintervención de la paciente para control de la hemostasia.

CONCLUSIÓN

En este estudio podemos concluir que la presencia de hipocalcemia posttiroidectomía total es una complicación frecuente en este tipo de intervención, de la que se recuperan posteriormente en la gran mayoría de los casos. Realizar la tiroidectomía total en dos tiempos, parece disminuir el riesgo de padecer hipocalcemias tras la segunda hemitiroidectomía, aunque es necesario realizar estudios con mayor número de pacientes para confirmar esta conclusión, dado el escaso número de pacientes con esta condición en nuestra muestra.

La localización y disección del nervio laríngeo recurrente aporta seguridad al procedimiento, aunque la no localización del mismo, no implica una parálisis recurrencial siempre que la disección de glándula tiroidea sea delicada. ✕

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las complicaciones posttiroidectomías más comunes son la hipocalcemia, la parálisis recurrencial y la hemorragia posttiroidectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un estudio retrospectivo y descriptivo de 40 cirugías tiroideas, realizadas en el servicio de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello de nuestro centro, analizando diferentes variables como la edad, sexo, indicación quirúrgica, tipo de tiroidectomía, calcemia a las 24-48h posttiroidectomía, disección del nervio laríngeo recurrente y estudio de las cuerdas vocales.

RESULTADOS: Dentro de las complicaciones tras la cirugía tiroidea, hemos podido observar un 37,5% de hipocalcemias transitorias, un 4% de hipocalcemias definitivas, 3,3% de parálisis recurrencial definitiva y un 2,5% de hemorragias posquirúrgicas.

CONCLUSIONES: La hipocalcemia transitoria es una complicación frecuente en el postoperatorio de la tiroidectomía total con la recuperación completa en la mayoría de los casos. La disección y visualización del nervio laríngeo recurrente aporta seguridad a la resección quirúrgica de la glándula tiroidea.

REALIZAR LA TIROIDECTOMÍA TOTAL EN DOS TIEMPOS, PARECE DISMINUIR EL RIESGO DE PADECER HIPOCALCEMIAS TRAS LA SEGUNDA HEMITIROIDECTOMÍA.

Bibliografía

1. Herranz González-Botas, J; Lourido Piedrahita, D. Hipocalcemia posttiroidectomía total: incidencia, control y tratamiento. Acta Otorrinolaringológica Española. 2013;64(2):102-107.
2. Adams, M; Doherty, G. Conventional thyroidectomy. Operative Techniques in Otolaryngology (2009) 20, 2-6.
3. Christou, N; Mathonnet, M. Complications after total thyroidectomy. Journal of visceral surgery. Volume 150, Issue 4, September 2013, Pages 276-284.
4. O'Neill, JP; Fenton, JE. The recurrent laryngeal nerve in thyroid surgery. Surgeon, 1 December 2008, pp.373-7.
5. Martínez Bello, A; Rivera Real, P; Reyes García, MA. Morbilidad posquirúrgica en pacientes sometidos a tiroidectomía en el Hospital General de Acapulco. Tres años de experiencia. Cirujano General. 2014;36(2):91-95.
6. Pardal-Refoyo, JL. Sistemas de hemostasia en cirugía tiroidea y complicaciones. Acta Otorrinolaringológica Española. 2011;62(5):339-346.
7. Richer, SL; Randolph, GW. Management of the recurrent laryngeal nerve in thyroid surgery. Operative Techniques in Otolaryngology (2009) 20, 29-34.



Estapedectomías y CONTROL DE CALIDAD

DRES. GARCÍA GIRALDA M, ARJONA MONTILLA C, SÁNCHEZ ROZAS JA. | HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).

La estapedectomía y la estapedotomía consisten en la extirpación de un fragmento, mayor o menor, de la platina del estribo para que a su través (con o sin algún material interpuesto) pueda actuar una prótesis de material biocompatible que sustituye al estribo o a su supraestructura.

Se indican en los pacientes que sufren una pérdida de audición por la fijación de la platina del estribo sobre la ventana oval, que en la inmensa mayoría de los casos se produce por otosclerosis.

La otosclerosis es una distrofia ósea primaria de la cápsula laberíntica hereditaria, que ocasiona reabsorción ósea en puntos localizados de la misma, seguidos de neoformación ósea que fijan el hueso estapedial y/o lesionan el caracol, ocasionando una pérdida auditiva estable o progresiva.

La estapedectomía de revisión está indicada en los siguientes casos:

- Estapedectomía previa con vértigo reciente e hipoacusia progresiva o fluctuante en el oído operado.
- Estapedectomía previa con hipoacusia de conducción no mejorada, de aparición temprana o tardía, tras la intervención.

La forma típica del proceso otoscleroso evoluciona en 4 estadios clínicos, todos ellos relacionados con la progresión de la pérdida auditiva:

Estadio I: hipoacusia de transmisión pura.

Estadio II: hipoacusia mixta de predominio transmisivo.

Estadio III: hipoacusia mixta de predominio neurosensorial

Estadio IV: hipoacusia neurosensorial.

Según el libro del SAS sobre "Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento en ORL", en lo relativo a las posibles complicaciones, textualmente refiere: "en general, se estima que 9 de cada 10 pacientes recuperan su audición de forma satisfactoria. Por término habitual, la mejoría de la audición se consigue en un 90% de los pacientes. No obstante, hay un 10% que, por cir-

cunstancias impredecibles o imprevisibles, puede notar que no mejora su audición o que hasta llega a empeorar, incluso en las series de los mejores cirujanos de oído.

Excepcionalmente puede ocurrir lo que se denomina "laberintización", con la pérdida total de la audición en ese oído.

En algunos pacientes puede aparecer un ruido en el oído tras la cirugía. Lo habitual es su desaparición en los días siguientes. Sin embargo, es posible que haya pacientes en los que el ruido persista varias semanas o incluso meses. Por distintas circunstancias se puede producir posteriormente a la intervención una pérdida auditiva producida por un desplazamiento de la prótesis, lo que obligaría a repetir el procedimiento.

En raras ocasiones es posible que durante la cicatrización no se integre el tímpano en su totalidad, quedando una perforación timpánica residual. Si se produce esta eventualidad, es posible que requiera una posterior intervención para solucionar el defecto timpánico.

EL PROPÓSITO DEL ARTÍCULO ES VALORAR LA EFECTIVIDAD DE LA ESTAPEDECTOMÍA EN LAS OTOSCLEROSIS Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES.

Al actuarse sobre los líquidos del oído, muchos pacientes pueden notar un molesto mareo o vómitos después de la intervención. Su médico les prescribirá la medicación oportuna. Lo habitual es su progresiva desaparición. Sin embargo, es posible que haya pacientes en los que los mareos, la inestabilidad o una cierta sensación de desequilibrio persistan varias semanas o incluso meses. El paciente puede notar en los días o semanas posteriores a la intervención una alteración en el gusto, un sabor metálico o unas molestias en la lengua, debido a la rotura del nervio corda timpani, que lleva la sensación gustativa a la mitad de la lengua. Solo son duraderas en casos excepcionales".

Material y métodos

El propósito del artículo es valorar la efectividad de la estapedectomía en las otosclerosis y sus posibles complicaciones. Se realiza un estudio retrospectivo de 54 operaciones, realizadas en el Hospital de Baza durante 10 años, valorando las audiometrías antes y después de operar.

INDICADORES DE CALIDAD ESPECÍFICOS

Mejora de la sordera La estapedectomía mejora la audición del paciente	Umbrales medios medidos en dB de la vía aérea - umbrales medios medidos en dB de la vía ósea tras la intervención	La separación observada entre la vía aérea y la vía ósea, inferior a 15 dB.
	<u>nº de pacientes que mejoran la audición x 100 nº de pacientes operados</u>	> 85%
Complicaciones La intervención respeta el oído interno	<u>nº de pacientes que pierden totalmente la audición x 100 nº de pacientes operados</u>	Cofosis < 2%
	<u>nº de pacientes que con mareos o vértigos tras la cirugía x 100 nº de pacientes operados</u>	< 50%
	<u>nº de perforaciones timpánicas postestapedectomía x 100 nº de oídos operados</u>	< 0,5%



Se realizaron 33 intervenciones con anestesia local vigilada, 14 pacientes tenían pérdida de audición solo en un oído, en 19 la vía ósea estaba afectada moderadamente y muy afectada en 10 pacientes, 10 eran reintervenciones, aunque 5 provenían de otros centros sanitarios.

El OD fue más frecuente con 31 y en mujeres 36, la edad promedio estaba entre 40-50 años. Seis pacientes se intervinieron en ambos oídos. Los resultados fueron buenos en 27 pacientes, con disminución de la separación entre la vía ósea y aérea y mejora del umbral auditivo más de 20 dB.

En unos 12 pacientes el resultado fue moderado, con mejora del umbral auditivo entre 10-15 dB, y en 15 pacientes los resultados fueron malos.

En la revisión de la escasa bibliografía en España vemos mejores resultados, pero hay que valorar que trabajan con un gran número de pacientes y los mismos equipos quirúrgicos. Actualmente, se realiza con más frecuencia la estapedectomía, más que la estapedotomía. En las cirugías de revisión de oídos operados anteriormente, según Pons Rocher *F et al.*

En 23 pacientes reintervenidos, los principales hallazgos quirúrgicos son: prótesis corta en posición correcta (13,04%), prótesis desplazada (60,87%), bridas sobre la ventana oval (65,22%), necrosis de rama larga del yunque (26,2%) y platina reobliterada (26,09%). En cuanto a los resultados audiométricos, obtuvieron un cierre completo del UDA en 2 tercios de los pacientes.

Discusión

En realidad esta intervención quirúrgica es muy delicada, puesto que se realiza en un campo quirúrgico muy pequeño y hay que estar bien familiarizado. Por otra parte, la indicación quirúrgica también cuenta, pues no es lo mismo una hipoacusia de transmisión pura que una hipoacusia mixta, donde está afectada la cóclea y la vía ósea puede bajar con el tiempo, para finalmente tener que usar un audífono.

El problema no es reconstruir la cadena osicular, como en las timpanoplastias, sino que al tener que entrar en el oído interno rompiendo la platina del estribo,

puede haber unos mareos más o menos duraderos, que en ocasiones pueden llevar al paciente a la incapacidad laboral durante muchos meses o, incluso, la pérdida total de la audición (laberintización).

Es una operación que deberían hacerla los profesionales del servicio más habilitados a ella, como otólogos superespecializados, incluso centralizadas en un centro hospitalario de referencia. A todos los otorrinolaringólogos, como cirujanos que somos, nos gustaría realizar todas las operaciones, pero este tipo de operación necesita un periodo de entrenamiento, durante el cual se pueden ver afectados los pacientes.

Además, como no es una operación obligatoriamente curativa, sino que es una intervención para mejorar la función, como por ejemplo una operación de miopía, la Sanidad Pública tendría que valorar el coste total de este tipo de operación. Por ejemplo, la prótesis de pistón para la estapedectomía en 2002 valía 600 euros, a esto hay que añadir el gasto de consultas, quirófano, estancia hospitalaria. Es más, sería mucho más rentable para la administración dar lo que vale la prótesis de pistón al paciente como ayuda para un audífono, con esto, más de uno se pensaría no tentar la suerte al meterse en una operación.

Finalmente, el paciente debería tener el derecho de obtener información sobre los resultados de cada hospital obtenidos por auditorías internas, para poder elegir o abstenerse de la operación.

Las auditorías para la mejora de la Sanidad se establecen ya en el II Plan de Calidad 2005-2008 del SAS y en La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. La Acreditación por la Agencia de Calidad del SAS, está basada en el Modelo Europeo de Acreditación de la Calidad: European Foundation for Quality Management (EFQM), para organizaciones y empresas, que buscan un funcionamiento y unos resultados de carácter excelente y a largo plazo. Esta recomienda adoptar el proceso de autoevaluación como estrategia para mejorar el rendimiento de una organización y trabajar de un modo más eficaz y eficiente. Permite a la organización diferenciar claramente sus puntos fuertes de las áreas donde pueden introducirse mejoras. ✖



BIBLIOGRAFÍA

- 1- Pérez-Carro A, *et al.* Estapedectomía: Nuestros resultados. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2005;56:400-402.
- 2- Cajade Frías J, Labella Caballero T, Ordosgoitia Osorio H, Castro Vilas C, Frade González C. Otosclerosis surgery: hearing results and complications. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2000;51:199-206.
- 3- Henríquez Alarcón M, *et al.* Estapedectomía como cirugía ambulatoria. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2004;55:218-22.
- 4- Pérez Obon J, Marín García J, Gil Paraiso P, Hernández Martín A, de Miguel García F, Martínez-Berganza, *et al.* Results of 769 stapedectomies performed between 1975 and 1993. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1996;7:281-6.
- 5- Merán Gil JL, *et al.* Resultados de la estapedotomía en el tratamiento de la otosclerosis: Nuestra experiencia. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2008;59(9):448-54.
- 6- García-Iza L, Navarro JJ, Goiburu Miren, Pérez N, Altuna X. Evaluación del cambio en el umbral de la vía ósea en pacientes operados de estapedectomía. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2016;67:268-74.
- 7- Hernández Montero E, *et al.* Resultado a largo plazo de las estapedectomías. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2002;53:237-242.
- 8- Paz Cordovés A, *et al.* Resultados audioquirúrgicos en pacientes operados de otosclerosis. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2007;58(3):79-82.
- 9- Pons Rocher F, Dalmau Galofre J, Murcia Puchades V, López Molla C y Gualart Domènech. Cirugía de revisión de las estapedectomías. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2007;58(2):48-51.
- 10- Antolí-Candela F, Gil-Carcedo E, Gil-Carcedo LM, Vallejo LA. Estapedotomía, estapedectomía y cirugía de revisión realizados con técnica láser. Análisis de la evolución de los sistemas. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2003;54:286-294.
- 11- Galindo J, Lassaletta L, Casas P, Sánchez Carrión S, Melcón E, Gavilán J. Implicación clínica de la lesión iatrogénica de la cuerda del tímpano en la cirugía de la otosclerosis. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2009;60(2):104-8.
- 12- Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento en Otorrinolaringología. 2ª Revisión. 2004. Servicio Andaluz de Salud.
- 13- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- 14- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
- 15- Modelos Europeos de Gestión de Calidad (EFQM).
- 16- II Plan de Calidad 2005-2008.
- 17- Programa de Acreditación de Competencias del Sistema Sanitario de Andalucía.
- 18- Manual de Competencias del Otorrinolaringólogo.



GAESaudiotest presenta

SILENS 2.1

Entre en el futuro



La nueva generación de cabinas sonorreductoras para realizar pruebas audiométricas de precisión.



Diseño elegante y materiales de primera calidad

tanto en el exterior como en el interior de la cabina.



Fácil y rápido montaje

Gracias al sistema exclusivo Screw & Fit, el montaje de la cabina es extremadamente sencillo.



Sistema de ventilación silencioso

antirreverberante, ignífuga e hidrófuga.



Puertas homologadas para el paso de sillas de ruedas

excepto en modelo Small.



Disponible en 5 medidas diferentes

para adaptarse a cualquier espacio.

SILENS 2.1	Small	Standard	Special	Special Plus	Pediatric
Medidas	104x104x227 cm*	124x124x227 cm*	124x235x227 cm	235x235x227 cm	235x346x227 cm

* En opción sin ventilación la altura es de 201 cm.

DEPARTAMENTO DE ELECTROMEDICINA

Pere IV, 160 · 08005 Barcelona

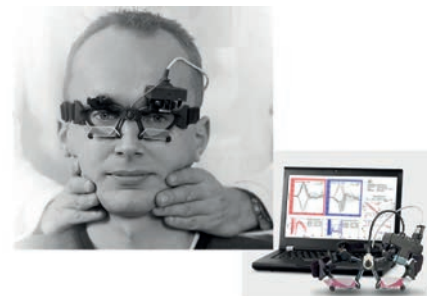
Tel. 933 005 800 · Fax. 934 863 800 · atccelectro@gaes.es

www.gaesmedica.es

 **GAESaudiotest**
Su aliado tecnológico

Eye See Cam

GRAN AVANCE EN LAS PRUEBAS DE IMPULSO CEFÁLICO HIT



GAES presenta el nuevo HIT Eye See Cam. Este vídeo-oculógrafo pertenece a la nueva generación de equipos que analizan el equilibrio de los pacientes a través de los reflejos oculares que se generan al provocar movimientos de la cabeza. Está fabricado por la reconocida mundialmente marca Interacoustics, y con la mejor garantía, las mayores facilidades y la mejor asistencia de su “aliado tecnológico” GAESaudiotest.

El mareo es un síntoma frecuente en los campos de la otorrinolaringología, neurología y medicina general. Parte de los exámenes clínicos de los pacientes que sufren mareos se basan en la prueba de impulsos cefálicos (HIT, Head Impulse Test) del reflejo ocular vestibular (VOR, Vestíbulo-Ocular Reflex). Los impulsos cefálicos son movimientos de baja amplitud de posición (entre 10 y 20 grados) pero con una gran aceleración (3.000 a 6.000 grados/s²) y alta velocidad (150 a 300 grados/s). Cuando se realiza clínicamente, sin análisis cuantitativo, la prueba solo detecta la presencia de una sacada correctiva como señal indirecta de un déficit de VOR. En pacientes que presentan un déficit vestibular unilateral pronunciado, el HIT es tan fiable como una prueba de irrigación calórica. Los pacientes crónicos, sin embargo, muestran un resultado patológico con estimulador calórico en solo el 64% de los casos, pero se detectan con fiabilidad con una prueba con HIT. Por tanto, en la

fase aguda de un déficit vestibular, basta con una de estas pruebas.

REGISTRAR LOS MOVIMIENTOS SACÁDICOS DE REGRESIÓN

Dado que la prueba HIT es una medición del reflejo vestibulo-ocular (RVO) del paciente en respuesta al movimiento de la cabeza, un paciente que goce de un sistema vestibular saludable será capaz de mantener la mirada fija en un punto inmóvil, aunque la cabeza esté en movimiento. Este es el propósito del reflejo vestibulo-ocular. Los pacientes que padezcan una disfunción vestibular, al mover la cabeza, moverán los ojos con ella, lo que requiere un movimiento correctivo para volver a mirar el objetivo (conocido como “movimiento sacádico de regresión”).

HERRAMIENTA NOVEDOSA Y DE BAJO COSTE

El Eye See Cam tiene la capacidad de grabar vídeos, incorpora una “guía”

para ayudar a generar impulsos cefálicos precisos y muestra los movimientos sacádicos abiertos y encubiertos, las ganancias y los gráficos 3D, gracias al informe EyeSeeSix, que proporciona un análisis exhaustivo de los canales estudiados.

Eye See Cam es, pues, una herramienta novedosa, de bajo coste y que servirá para ahorrar mucho tiempo. Es perfecta para usar rápidamente en entornos clínicos, como unidades ambulatorias donde se traten pacientes con vértigos, y salas de urgencias hospitalarias. ✕

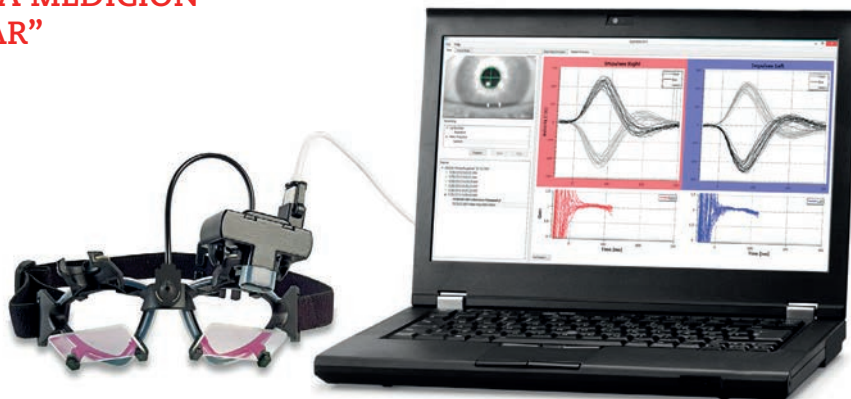
Evaluación CÓMODA Y FIABLE

Eye See Cam, con sus gafas ligeras y su unidad de medición inercial (IMU, *Inertial Measurement Unit*) es un dispositivo de medición capaz de realizar HIT objetivas y cuantificables, para medir y representar gráficamente los movimientos oculares frente a los cefálicos, para los seis canales semicirculares (laterales, anteriores y posteriores). Su diseño, juntamente con un ordenador portátil, permite una gran movilidad y facilita realizar pruebas HIT junto a la cama del paciente o en las salas de urgencias, de manera que un médico puede evaluar de forma objetiva y fiable la función vestibular periférica en pocos minutos y diferenciar entre un vértigo central o periférico.

“EYE SEE CAM ES UNA HERRAMIENTA NOVEDOSA, DE BAJO COSTE Y SERVIRÁ PARA AHORRAR MUCHO TIEMPO EN LA MEDICIÓN DEL REFLEJO VESTÍBULO-OCULAR”

RESULTADOS DE FORMA gráfica y sencilla

Eye See Cam HIT captura este movimiento anómalo de los ojos, muestra los movimientos de los ojos y la cabeza simultáneamente en tiempo real, analiza los datos y, a continuación, muestra los resultados de forma gráfica y sencilla de la ganancia instantánea a 40, 60 y 80 ms, así como la regresión de la velocidad. Los movimientos sacádicos de “regresión”, abiertos y encubiertos, así como el nistagmo espontáneo, son fáciles de observar con Eye See Cam.



GRAN CLARIDAD Y DEFINICIÓN DE IMAGEN

Cámara HD-CL3,

con fuente de luz LED
y digitalizadora USB de
imagen y vídeo

GAES presenta la nueva cámara HD-CL3 con fuente de luz LED y digitalizadora USB, que, junto con la marca de servicio GAESaudiotest, además de la mejor garantía, las mayores facilidades y la mejor asistencia, ofrece al especialista un auténtico "aliado tecnológico".

GAESaudiotest
Su aliado tecnológico



Todos los dispositivos están controlados por una pantalla táctil de 7" a todo color.

"DISPONE DE UNA SALIDA USB FRONTAL QUE PERMITE, MEDIANTE UNA MEMORIA EXTERNA USB, GRABAR IMÁGENES Y VÍDEOS PARA LUEGO DESCARGAR EN EL PC"

FUNCIONES CONTROLADAS A TRAVÉS DE PANTALLA TÁCTIL

Finalmente, todos los dispositivos están controlados por una pantalla táctil de 7" y a color, que ayudarán a hacer el trabajo del día a día del profesional médico mucho más fácil. Los controles son para diferentes funciones, como la habilitación del cabezal de imagen, control de la nitidez de imagen, control de la ganancia o amplificación de la imagen, el apagado o encendido de la fuente de luz LED, el control de luminosidad, balance de blancos para definir los colores reales, filtros "anti-moiré" para eliminación de tramado en uso de fibroscopios, determinación de salidas HD con una, dos o cuatro imágenes, control de captura de imagen y vídeo y menú de configuración. ✕

La cámara HD-CL3 es una cámara de 1 CCD para endoscopia y cualquier aplicación médica. El cabezal, de dimensiones reducidas, incorpora un chip de 1/3" CCD y un sistema de escaneo progresivo con sensibilidad de 1.0 Lux, que proporcionan una gran claridad y definición de imagen de formato 16:9 y 1280 x 720 píxeles. El control totalmente digital de la imagen garantiza la reproducción real del color y del contraste. Además, este cabezal puede sumergirse en líquidos desinfectantes.

Dentro del mismo módulo viene integrada una fuente de última tecnología de luz LED con calidad de iluminación de 6.500K y una vida de más de 20.000 horas de uso, además de una cavidad para el ajuste de balance de blancos que permite obtener un color más real.

MEMORIA PARA CUATRO IMÁGENES

El equipo incorpora una digitalizadora o capturadora de imágenes y vídeo con memoria para cuatro imágenes y presentación simultánea de una, dos o las cuatro imágenes en monitor externo HD. Dispone de una salida USB frontal que permite, mediante una memoria externa USB (pen drive), grabar las imágenes y vídeos para luego descargar en el PC.

Las salidas de la HD-CL3, además de la mencionada señal digitalizada para PC por USB, se realizan mediante cuatro conectores HDMI con formato HD para conexión a monitor HD.

"VIENE INTEGRADA UNA FUENTE DE ÚLTIMA TECNOLOGÍA DE LUZ LED CON CALIDAD DE ILUMINACIÓN DE 6.500K Y UNA VIDA DE MÁS DE 20.000 HORAS DE USO"



El equipo permite la presentación simultánea de una, dos o cuatro imágenes en un monitor externo HD.

PARA CONSULTAS MÉDICAS

Gama de sillones de paciente AURIS

EXCELENTE ERGONOMÍA EN SU FORMA MÁS ATRACTIVA

GAES Electromedicina ofrece al profesional la gama de sillones de paciente AURIS de uno, dos, tres y cuatro motores para la consulta ORL, fabricados por la reconocida firma española NAMROL y con todas las facilidades y la mejor asistencia de GAESaudiotest, su “aliado tecnológico”.



Por su gran versatilidad, AURIS se adapta perfectamente al trabajo del especialista ORL.

AURIS encierra en sí mismo las mejores soluciones ergonómicas y de movilidad para garantizar al especialista ORL y al paciente elevadas prestaciones y óptima funcionalidad, junto con una dinámica robusta y un máximo confort. Es una gama de sillones tapizados con poliuretano inyectado de alta densidad para un gran confort y durabilidad.

CUALQUIER POSICIÓN EN CUALQUIER ALTURA

Sus motores, la puesta a cero y memorias automáticas de trabajo, totalmente programables, pueden asumir cualquier posición en cualquier altura. Gracias a estos movimientos, el especialista puede llegar con total facilidad y comodidad a todas las partes durante el examen al paciente. Además, sus movimientos son rápidos, seguros y silenciosos gracias a la utilización de motores, mecanismos y sistemas de giro lubricados de la más alta calidad y precisión libres de mantenimiento. La base giratoria, la altura mínima al

suelo y los apoyabrazos abatibles facilitan un cómodo acceso al paciente. Incorpora respaldo anatómico para un examen cómodo y relajado, y también se adapta a la estatura del paciente, lo cual permite un posicionamiento individual y muy cómodo.

MAYOR EQUIPAMIENTO, MÁS VERSATILIDAD

Según versiones, la gama de sillones AURIS incorpora pernera con reposapiés inoxidable abatible integrado, con subida y bajada compensada mediante doble pistón de gas. El cabezal articulado ofrece múltiples posibilidades de regulación y ajuste. Además, está equipado con sistema “Biblock”, que hace posible un bloqueo estable y seguro del cabezal en la posición deseada, evitando movimientos inadecuados durante el examen. El apoyapiés abatible permite que el paciente se siente cómodamente en una posición perfecta de examen. El respaldo es regulable eléctricamente, según versión, entre -7° hacia adelante para un mejor acercamiento del

paciente y 90° posición camilla.

El pedal tiene memoria, puesta a cero automática y sistema de seguridad de inhabilitación instantánea, al pulsar cualquier tecla durante de los movimientos.

Movimientos rápidos, seguros y silenciosos, gracias a la utilización de motores y mecanismos de la más alta calidad y precisión libres de mantenimiento.

TODO BAJO CONTROL

Con AURIS como herramienta central de su trabajo, el ORL podrá realizar mejores exámenes a sus pacientes. Su innovación tiene como resultado una mayor ergonomía así como un mayor confort para el profesional y el paciente. Con AURIS solo necesitará concentrarse en sus pacientes. Su diseño, de gran estética y ergonomía, la disponibilidad de gran variedad de colores, junto con su alta calidad y su precio altamente competitivo, hacen de los sillones AURIS de los más adecuados del mercado para la consulta del especialista ORL. Todo está bajo control, permitiendo que el profesional se concentre exclusivamente en el paciente y en su trabajo. ✖



LA GAMA AURIS

SE ADAPTA AL PROFESIONAL Y AL PACIENTE

Cuatro modelos:

- **AURIS 1M** con elevación motorizada
- **AURIS 2M** con elevación y asiento motorizados
- **AURIS 3M** con elevación, asiento y respaldo motorizados
- **AURIS 4M** con elevación, asiento, respaldo y pernera motorizados

Dependiendo del modelo, también incorporan memorias de posición, rotación manual de 360 grados, reposabrazos abatible para facilitar la entrada del paciente y posición Trendelenburg.

EQUIPO DE RADIOCIRUGÍA

SURTRON FLASH 160 HF

TECNOLOGÍA DE RADIOFRECUENCIA PARA UNA MÍNIMA INVASIÓN EN CIRUGÍA

GAES, su aliado tecnológico, pone a disposición del profesional médico el sistema de cirugía por radiofrecuencia SURTRON Flash 160 HF con el que conseguirá una mínima invasión y una rápida cicatrización y recuperación del paciente. Además de la mejor garantía, el profesional obtendrá las mayores facilidades y la mejor asistencia de GAESaudiotest.



Los parámetros elegidos para la intervención se muestran en los indicadores digitales situados en el frontal del equipo.

Surtron Flash 160 HF es un equipo de cirugía por radiofrecuencia muy fácil de usar y rentable, gracias a su parada automática y terminales reutilizables. Además, está fabricado con tecnología europea. El Flash 160 HF está pensado y diseñado para facilitar el trabajo diario del profesional ORL y, mediante la tecnología de alta frecuencia monopolar y bipolar, conseguirá una mínima invasión y una rápida cicatrización y recuperación del paciente.

ABSOLUTA FIABILIDAD DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

El equipo puede facilitar potencias de radiocirugía, tanto durante un tiempo programado por el usuario como en segundos, lo que permite realizar cortes puros, corte-coagulación, incisiones con gran reducción de cicatriz, coagulación superficial, coagulación profunda con ausencia de necrosis, así como coagulación y ablación bipolar.

Todas las funciones del Surtron Flash 160 HF están controladas por su microprocesador interno que asegura la absoluta fiabilidad de las condiciones de trabajo, y cuyos parámetros se muestran en los indicadores digitales en el frontal del equipo.

SOLUCIONES DE USO AMIGABLES Y DE SEGURIDAD

Los profesionales podrán realizar intervenciones de cirugía de alta precisión, gracias a las soluciones de uso amigables y de seguridad, como la monitorización constante del electrodo neutro, la seguridad en el control del electrodo de contacto para el paciente, la posibilidad de controlar las funciones de salida y de la potencia desde el mango del equipo para evitar distraer la atención del campo de cirugía...

Todo ello para asegurar los resultados satisfactorios de la intervención y conseguir que el paciente se recupere lo antes posible. ✖

“SURTRON FLASH 160 HF ES UN EQUIPO DE CIRUGÍA POR RADIOFRECUENCIA MUY FÁCIL DE USAR Y RENTABLE, GRACIAS A SU PARADA AUTOMÁTICA Y TERMINALES REUTILIZABLES”



Su tecnología de alta frecuencia monopolar y bipolar hace posible una mínima invasión y una rápida cicatrización y recuperación del paciente.

“TODAS LAS FUNCIONES DEL SURTRON FLASH 160 HF ESTÁN CONTROLADAS POR SU MICROPROCESADOR INTERNO QUE ASEGURA LA ABSOLUTA FIABILIDAD DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO”

EFICACIA GARANTIZADA

Desinfección del instrumental de endoscopia, equipos y personal médicos

GAESaudiotest, su aliado tecnológico en electromedicina, pone a disposición del profesional ORL una amplia gama de consumibles necesarios para el trabajo del día a día. Todo tipo de productos para audiología, endoscopia, material de consulta y quirúrgico. Y como siempre, con la mejor garantía, las mayores facilidades y la mejor asistencia que ofrece GAESaudiotest.

GAES médica pone su experiencia al servicio del sector médico ofreciendo productos altamente avanzados, un asesoramiento experto, un servicio de asistencia técnica de reparaciones profesional y un inmejorable soporte clínico. También dispone de una extensa gama de consumibles para asegurar una desinfección de alto nivel de todo tipo de instrumental médico.

RESULTADOS EN TIEMPOS MUY CORTOS

Trio es un sistema de toallitas de alta desinfección para endoscopios rígidos y flexibles, basado en tres sobres; el primero limpia, el segundo desinfecta y el tercero aclara. El proceso requiere tan solo 30 segundos de tiempo de desinfección y es altamente recomendable para consultas con gran rotación de pacientes. No contiene glutaldeído. Este sistema de toallitas Tristel Trio, 3 en 1, es la manera más práctica y eficaz de desinfectar el instrumental médico sensible al calor y sin lúmenes. Incluye las tres

Bacti Scrub está indicado para un lavado antiséptico de la piel del paciente y también para las manos y antebrazos del personal sanitario.

“GAES MÉDICA DISPONE DE UNA EXTENSA GAMA DE PRODUCTOS PARA ASEGURAR UNA DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL DE TODO TIPO DE INSTRUMENTAL MÉDICO”

etapas de desinfección en un único envase. Su uso se recomienda en situaciones en las que se requiere una desinfección de alto nivel – esterilización en un tiempo breve, cuando el instrumental no puede ser sumergido- y cuando las lavadoras-desinfectadoras de endoscopios, pilas, cubetas o fuentes de agua no se encuentran disponibles.

PRODUCTOS PARA TODAS LAS NECESIDADES

Para consultas con menor rotación **NDP Med** es una solución lista para usar. Presenta un amplio espectro de actividad biocida y es segura y compatible con cualquier tipo de material. NDP Med no requiere ser diluido, se aplica tal cual y permite dejar los endoscopios, después de realizar una limpieza con el detergente enzimático **Enzym Med**, en reposo en su soporte en remojo durante el día. No

contiene glutaldeído. Para las superficies y equipos médicos, ordenadores, teclados, teléfonos... las toallitas **Clinell** son la solución perfecta. Y para el personal médico **Gel Derm** es un gel a base de alcohol que no contiene jabón, ya que éste, en su uso frecuente, provoca irritación de la piel al eliminar la grasa corporal. Para realizar intervenciones quirúrgicas **Bacti Scrub** ofrece un lavado antiséptico con la máxima protección de la piel.

Todos los productos consumibles ofertados por GAESaudiotest cuentan con la mejor garantía, las mayores facilidades y la mejor asistencia. Suponen un verdadero “aliado tecnológico”. ✕



Enzym Med, detergente enzimático para instrumental médico.



Las toallitas Clinell son perfectas para desinfectar cualquier tipo de superficie, como ordenadores, teléfonos...



Gel Derm, gel a base de alcohol sin jabón.



Sistema de toallitas Tristel Trio, ciclo de desinfección de alto nivel en muy poco tiempo.

PROCESADOR DE SONIDO NUCLEUS® 6

Sofisticada tecnología

PARA EL MEJOR RENDIMIENTO AUDITIVO

El sistema Nucleus® 6 de Cochlear es la solución auditiva más avanzada de Cochlear™. Dispone de dos versiones de procesadores de sonido: el modelo CP910 y el CP920. Ambos procesadores permiten a sus usuarios disfrutar de una audición simplemente más inteligente.

Los procesadores de sonido CP910 y CP920 están contruidos con materiales resistentes para adaptarse incluso a los estilos de vida más activos. El procesador de sonido CP920 no solo tiene un diseño atractivo, sino que también es el más pequeño del mercado. Si el usuario quisiera conectar accesorios, puede optar por el modelo CP910. Estos dos procesadores disponen de conectividad inalámbrica.

EXCLUSIVO PARA NUCLEUS 6

Los procesadores de sonido CP910 y CP920 contienen un chip desarrollado por Cochlear cinco veces más potente que el chip del sistema Nucleus 5, ofreciendo así una serie de tecnologías de sonido automatizadas (SmartSound iQ) y funciones inalámbricas con las que el usuario puede beneficiar de la gama de accesorios inalámbricos (Mini Mic, Phone Clip y TV Streamer). En el caso que el usuario conservara restos auditivos, existe la posibilidad de adaptar fácilmente un componente acústico a los dos procesadores de sonido CP910 y CP920. ✕

El procesador de sonido CP920 no solo tiene un diseño atractivo, sino que también es el más pequeño del mercado.



Si el usuario quiere conectar accesorios puede optar por el modelo CP910.



“LOS PROCESADORES DE SONIDO CP910 Y CP920 DE NUCLEUS 6 CONTIENEN UN CHIP DESARROLLADO POR COCHLEAR CINCO VECES MÁS POTENTE QUE EL CHIP DEL SISTEMA NUCLEUS 5”

OBSOLESCENCIA DEL PROCESADOR DE SONIDO NUCLEUS® FREEDOM™ DE COCHLEAR™

La filosofía de Cochlear de compromiso de por vida con sus clientes significa esforzarnos por ofrecer la mejor tecnología de procesador de sonido a toda nuestra base de clientes. El procesador de sonido Cochlear™ Nucleus® Freedom™ ha llegado a su final de vida.

Los usuarios existentes pueden seguir utilizando el producto mientras esté funcionando. Cochlear Europa seguirá prestando servicio y soporte para el producto hasta el 1 de julio de 2017. Sin embargo, debido a la disponibilidad limitada de piezas de repuesto, el servicio y la reparación no se pueden garantizar en cada caso individual. Se cumplirán los acuerdos de servicio existentes y las garantías de los productos.

Cochlear siempre se esfuerza por brindar la última experiencia en rendimiento auditivo. Por lo tanto, todos los usuarios con implantes cocleares Nucleus pueden beneficiarse del compromiso de por vida y actualizarse a un procesador de sonido Nucleus 6 o Kanso.

GAES queda a su entera disposición para resolver sus dudas o consultas al respecto, agradeciendo su inestimable colaboración con sus sugerencias y recomendaciones de cara a una mejora continuada en nuestro servicio.

YA ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑA EL NUEVO PONTO 3

PODEROSA

CALIDAD DE SONIDO



Ya está disponible en España la familia de procesadores de sonido acoplados en pilar más potente del mercado. Consta de tres procesadores: PONTO 3, PONTO 3 Power y el PONTO 3 SuperPower, el primer procesador acoplado en pilar de 65dB del mundo. El PONTO 3 SuperPower es un procesador en una sola pieza para la mejor calidad de sonido y la mejor fiabilidad, por lo que ya no hay necesidad de usar ningún elemento adicional en el procesador más potente.



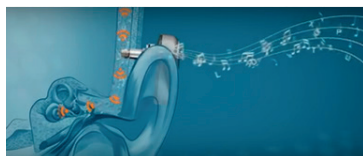
Procesador acoplado en pilar: sin cables ni necesidad de dispositivos de oído voluminosos o corporales.

PONTO 3 es la tercera generación de procesadores Oticon Medical para implantes osteointegrados y proporciona máxima potencia en todos los sentidos. En primer lugar, potencia al cerebro para dar sentido al sonido, reduciendo el esfuerzo de escuchar. Gracias a intencionados ajustes, PONTO 3 proporciona una potentísima calidad de sonido. Con ello, se da al usuario el poder de participar en su vida diaria y el poder de liberar energía mental para jugar, aprender, trabajar, socializar, divertirse... En definitiva, vivir la vida.

POTENCIAR EL CEREBRO

PONTO 3 incorpora tecnología BrainHearing™ para hacer que escuchar sea fácil. Esta tecnología se basa en la comprensión fundamental de cómo funciona la audición y de cómo el cerebro da sentido a lo que oye. La Transmisión Directa de Sonido y la avanzada plataforma de procesamiento de sonido Inium Sense son los requisitos necesarios para entregar la salida, el ancho de banda y la claridad que los usuarios necesitan para experimentar una poderosa calidad de sonido. Si el cerebro no obtiene los

Transmisión directa de sonido mediante una conexión directa al hueso para disfrutar de una potente calidad de sonido.



sonidos correctos con los que trabajar, aplica un esfuerzo intenso para dotarlos de significado. La Transmisión Directa de Sonido proporciona más sonido para ayudar a los procesos cognitivos del cerebro, mientras que el chip Inium Sense ofrece mayor potencia de procesamiento para mejorar la claridad de la señal.

RENDIMIENTO NUNCA ANTES CONSEGUIDO

Cualquier persona quiere oír sonidos fuertes fuerte (por ejemplo, oír el autobús como un autobús y no como un coche). Los mayores niveles de salida de PONTO 3 amplían la gama de sonidos que se pueden escuchar. Significa poder oír fuerte sonidos fuertes y sin distorsión y seguir entregando audibles los sonidos suaves. Con PONTO 3 SuperPower se consigue aún más potencia y el máximo rendimiento de un dispositivo acoplado en pilar. Esto ha sido posible gracias a una combinación única de la tecnología UltraDrive (actualización escalonada que potencia el transductor y maximiza la salida), la tecnología de la plataforma Inium Sense (minimiza la realimentación) y la gestión de la batería, utilizando un solo tipo de batería de alto rendimiento.

DIRECCIONALIDAD OPTIMIZADA FREEFOCUS

Un procesador de sonido debe apoyar a los pacientes en todas las situaciones de escucha en las que se encuentran,

en situaciones tranquilas y en entornos ruidosos. Y aquí es donde la tecnología de sonido más avanzada puede marcar la diferencia. La característica FreeFocus del PONTO 3 es un sistema de direccionalidad que está diseñado para ayudar al cerebro a enfocarse mientras continúa orientando y separando los sonidos. El modo único Speech Omni proporciona una mejor comprensión del habla del 15% en la mayoría de las situaciones.

POTENCIA INALÁMBRICA

Además, PONTO 3 se puede utilizar con el Oticon Medical Streamer y la App ConnectLine para iPhone y Android. Gracias al Oticon Medical Streamer, el consumo se produce en la batería recargable del streamer y no tiene influencia en el consumo de baterías del procesador. PONTO 3 es tan fiable como potente. El mismo diseño mecánico que en anteriores PONTOS. Probado a fondo, sin sorpresas. Para más información, consulte con su ATM y/o especialista clínico. ✖



Conectividad inalámbrica que no compromete la potencia.



La tecnología UltraDrive™ unida a la plataforma Inium Sense potencian la señal del transductor al mismo tiempo que minimizan el riesgo de realimentación.

LA POTENCIA POR DEFINICIÓN PONTO 3

- Tecnología BrainHearing™ para hacer que escuchar sea fácil
- Los mayores niveles de salida nunca conseguidos en un procesador de sonido acoplado en pilar
- El mayor ancho de banda frecuencial
- 15% mejor comprensión vocal en el 70% del tiempo
- Potencia inalámbrica y rendimiento fiable
- El primer SuperPower con vibrador integrado del mundo
- Primer método de ajuste DSL-BC

NUEVO ADVENTURE+ SÚPER POWER

Calidad DE AUDICIÓN Y CALIDAD DE VIDA



GAES Junior presenta el nuevo audífono adventure+ Súper Power, orientado a mejorar la comprensión del habla por parte del niño y contribuir al correcto desarrollo del lenguaje.

Los niños necesitan herramientas para poder desplegar sus capacidades. Pero ello es más difícil si el niño presenta una pérdida auditiva, porque el cerebro no puede interpretar los sonidos y no recibe suficiente estimulación para desarrollarse. Y es que varios estudios neurológicos han demostrado que las neuronas se despliegan o disminuyen en función de los estímulos.

ESPECIALISTAS EN AUDIOLOGÍA INFANTIL

GAES Junior, especialista en audiolgía infantil, trabaja con el objetivo de mejorar los

problemas de audición de los más pequeños. No hay que olvidar que la audición está estrechamente ligada con el desarrollo de los niños, ya no solo a nivel sensorial sino también social y

cognitivo. GAES Junior trabaja de la mano de aquellos especialistas, como los otorrinolaringólogos, que velan por la salud y bienestar de los niños con problemas de audición. Y ofrece, a

“GAES JUNIOR TRABAJA POR LA CALIDAD DE AUDICIÓN Y DE VIDA DE LOS NIÑOS, ASÍ COMO DE SUS FAMILIAS”

Gracias al sistema ConnectLine, el niño se conecta de forma inalámbrica a audífonos, Smartphones, tabletas o reproductores.



“LAS INNOVADORAS TECNOLOGÍAS SPEECH RESCUE Y SPEECH GUARD E DEL AUDÍFONO ADVENTURE+ SÚPER POWER MEJORAN LA COMPRENSIÓN DEL HABLA”

GAES Junior apuesta por el correcto desarrollo auditivo de los más pequeños.

través de los centros GAES IAI (Instituto Auditivo Integral) la última tecnología en audífonos, como el adventure+ Súper Power destinado a niños con pérdida auditiva de severa a profunda.

TECNOLOGÍA Y AUDICIÓN

Las prestaciones de adventure+ Súper Power están orientadas a dar respuesta a las necesidades fundamentales del niño en cuanto a la percepción auditiva de calidad. Las innovadoras tecnologías Speech Rescue y Speech Guard E de este audífono ayudan a mejorar la comprensión del habla por parte del niño. Con ellas, puede captar sonidos de alta frecuencia como “s” y “z”, contribuyendo así al desarrollo del lenguaje de los pacientes.

Por otra parte, además de ayudar al niño en su audición, adventure+ Súper

Power permite que pueda desarrollar con total normalidad actividades habituales en niños de su edad. Gracias al sistema ConnectLine, el niño se conecta de forma inalámbrica a audífonos, Smartphones, tabletas o reproductores, pudiendo escuchar su música preferida o recibir las llamadas de sus amigos directamente en sus audífonos.

LISTO PARA LA AVENTURA DEL DÍA A DÍA

Además, este audífono está preparado para dar respuesta a la intensa actividad que lleva a cabo un niño a diario: es resistente al polvo y al agua, es hipoalergénico y hace posible que el niño dé y reciba abrazos sin pitidos molestos. Con todo, el audífono adventure+ Súper Power ofrece

soluciones auditivas al niño y da respuesta a las preocupaciones de los padres, quienes quieren asegurarse que su hijo dispone de los recursos adecuados para compensar la pérdida auditiva.

Como profesionales debemos dotar a los niños con pérdida auditiva de herramientas que no solo mejoren su capacidad auditiva, sino que también le faciliten su actividad diaria y la relación con su entorno. GAES Junior trabaja por la calidad de audición y de vida de los niños, así como de sus familias. ✖

CENTROS GAES IAI EXPERTOS EN SU TRANQUILIDAD

Los centros GAES IAI están adecuados al entorno familiar para facilitar la tranquilidad de los niños.

Los profesionales audioprotesistas:

- Realizan un seguimiento personalizado de cada uno de los casos
- Velan por el bienestar del niño y la tranquilidad de los padres
- Efectúan pruebas audiológicas completas
- Llevan a cabo el mantenimiento de los audífonos, asegurando así su correcto funcionamiento

El audífono adventure+ Súper Power permite captar sonidos de alta frecuencia como “s” y “z”, contribuyendo así al desarrollo del lenguaje.



MÁS INFORMACIÓN

llamando al **902 393 940**
o en **www.gaesjunior.com**



Sigue a GAES Junior en Facebook.

Dr. Pablo Parente Arias

**ESPECIALISTA ORL
EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO DE A CORUÑA**

El Dr. Pablo Parente Arias dirige y organiza numerosos cursos de formación sobre diferentes áreas de la especialidad, encaminados a que el alumno adquiera conocimientos y habilidades básicas que pueda aplicar inmediatamente en su práctica clínica diaria. Los cursos tienen su sede en el Centro Tecnológico de Formación-XXIAC y cuentan con el patrocinio de GAES médica.

Todos los cursos se caracterizan por su carácter eminentemente práctico. ¿Cuál es su principal finalidad?

Para nosotros lo esencial es que los conocimientos y habilidades que transmitimos en los cursos puedan incorporarse de forma inmediata a la práctica diaria de nuestros alumnos, centrándonos en los aspectos que no se pueden encontrar en libros y vídeos: asistencia constante del profesor en la disección que realiza el alumno.

Muchos de los cursos que usted organiza cuentan con el patrocinio de GAES médica. ¿En qué consiste su colaboración?

GAES, a través de su red, facilita la difusión de la información de los cursos a todos los especialistas y patrocina la inscripción en parte de las plazas del curso.

Los días 11 y 12 de mayo se celebra el Curso de Cirugía Endoscópica básica de senos paranasales. ¿Qué temas principales se abordan?

Es un curso muy práctico que expone y permite experimentar los pasos básicos en la disección endoscópica de senos paranasales, haciendo hincapié en lo que se debe ver siempre, lo que no debemos dejar de hacer y lo que nunca debemos hacer y qué debemos hacer ante las complicaciones.

Permite practicar todos los pasos, desde lo básico a lo avanzado, en un modelo en inmejorables condiciones y con todo el equipo e instrumental necesario.



**“NUESTROS CURSOS
SE CENTRAN EN
LA ASISTENCIA
CONSTANTE DEL
PROFESOR AL ALUMNO”**

**“GAES, a
través de su
red, facilita la
difusión de la
información
de los cursos
a todos los
especialistas
y patrocina
la inscripción
en parte de
las plazas del
curso”**

Imagen tomada durante el último curso en el quirófano experimental. De izquierda a derecha: Dr. Pablo Parente, Dr. Alberto Centeno, director del Centro Tecnológico de Formación, donde se celebra el curso, y Dr. Alejandro Martínez.

Para el 25 y 26 de mayo está programado el Curso de rinoplastia y cirugía plástica facial. ¿Qué puede destacar de su temario?

El curso aborda todas las técnicas de cirugía plástica facial que puede realizar el otorrinolaringólogo, pudiendo practicarlas en un modelo anatómico excepcional, contando con especialistas de renombre que destacan no solo por sus conocimientos sino también por su capacidad docente, como el Dr. Tomás o el Dr. Martínez Morán, director del curso.

El mes de junio se impartirá el II Curso de Disección de hueso temporal, ¿cuáles serán sus novedades más importantes?

En el curso que dirigen el Dr. López Amado y el Dr. Esquíu se ha mejorado, aún más si cabe, el instrumental y se ha ampliado en número de piezas anatómicas por alumno. Es importante destacar que el reducido número de alumnos permite un contacto continuo con los expertos durante la disección. Además, en la próxima edición se introducirá en el temario la cirugía endoscópica de oído.

¿En qué otros proyectos está trabajando en la actualidad?

Además de continuar con las mejoras en el curso de cirugía cervical en quirófano experimental que dirige el Dr. Vázquez Barro y que realizamos desde hace más de 20 años, estamos preparando un curso de microcirugía y tallado de colgajos dentro del programa de formación en reconstrucción microvascular de la Comisión de Cabeza y Cuello de la SEORL-CCC. ✕

Prof. Dr. Ángel Ramos Macías

PROFESOR DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS

El Prof. Dr. Ángel Ramos Macías es jefe de Servicio de ORL y Patología Cérvico Facial en el Hospital Universitario Insular y Maternoinfantil de Gran Canaria y profesor titular de la especialidad en la Universidad de Las Palmas. En la actualidad, presidente de la sociedad más clásica de Otolología del mundo: la Sociedad Politzer. Preside, junto al Prof. Dr. Manuel Manrique, el Comité organizador y científico del 31st Politzer Society Meeting – 2nd Global Otology Research Forum que tendrá lugar en Las Palmas de Gran Canaria del 21 al 24 de febrero de 2018.



“EL CONGRESO DE LA SOCIEDAD POLITZER REUNIRÁ A MÁS DE 120 EXPERTOS DE TODO EL MUNDO”

Estamos ante cita muy importante para la especialidad. ¿Cómo van los preparativos?

El programa científico está muy avanzado, con una participación en sesiones y mesas redondas de más de 120 expertos de los cinco continentes y representando los más importantes grupos tanto clínicos como de investigación básica en otología y neurología. En esta organización participan las sociedades de Otolología y Neurología de Estados Unidos, Japón, Corea y de nuestro país, así como la Academia Europea de Otolología (EAONO). Como invitados de honor y en reconocimiento a todo un historial que ayudó al cambio de la otología moderna contaremos con: Prof. Bruce Gantz (USA), Prof. Jacques Magnan (Francia), y los profesores Francisco Antolí Candela y Emilio García-Ibáñez, maestros de todos nosotros.

¿Qué puede avanzarnos en cuanto a las novedades de programa?

Las novedades más importantes se centrarán en la investigación básica, células madre, robótica, ingeniería genética... todo ello aplicado a la especialidad. Para ello contaremos con el apoyo de los grandes grupos incluidos en la *American Otology Research* y la Sociedad Otológica Japonesa. Sin olvidar la parte práctica y clínica de otología y otoneurología, con cursos dirigidos a los más jóvenes, sesiones “de tú a tú” con los expertos, y cirugías y vídeos en directo para actualizar las técnicas quirúrgicas y diagnósticas.

Usted dirige el Comité organización y científico con el Prof. Dr. Manuel Manrique. ¿Cómo está resultando esta colaboración?

Realmente no recuerdo cuándo empezamos a colaborar Manuel y yo, hace tanto tiempo que me es imposible. Sin duda, confieso que ya son tantos años haciendo cosas juntos (proyectos, trabajos, congresos) y viviendo alegrías y disgustos que, cuando me correspondió organizar el congreso de la Politzer, no dudé en plantear al Executive Committee que solo aceptaría si lo hacía junto con Manuel. Existe una relación abierta, crítica y constructiva que complementa de forma exacta el trabajo. Realmente es como hacerlo con un hermano. Por eso no es una colaboración, es una integración del trabajo, y no sé dónde acaba el mío y empieza el de él, y viceversa.

¿Y con el resto del comité organizador?

Es muy complejo equilibrar en una sociedad donde se representa toda la otología del planeta. Incluso es la primera sociedad que integrara bajo mi mandato un representante oficial de la Sociedad de ORL de China, el prof. Chung Fu Dai. Esto que parece sencillo ha sido muy complicado. Como todos saben, China aún no ha dado su visto bueno a integrarse en IFOS; sin embargo ya lo ha hecho en la Politzer. Por otro lado, IFOS es el partner oficial del área o foro de investigación de Politzer, junto con Milan Profant ha sido muy fructífero. Por supuesto, se contará con

compañeros representativos de la SEORL: Dra. M^a José Lavilla y Dr. Luis Lassaletta. Y, desde el punto de vista estratégico, con los profesores Cenjor, Morera y Aristegui, que son líderes indiscutibles a nivel internacional y nacional.

¿Se saben ya quiénes serán los profesores invitados al congreso?

Como ya dije antes en la actualidad ya han aceptado más de 120. Nombres como: Rubinstein, Tom Roland, Larry Lustig, Laszig, Lenarz, Shak Shaeed, Simon Lloyd, de Ila Santina, Fraysse, Offeciers, Profant, O’Leary, Cordero, Bento, Goycoolea, Boccio, Yung, Sanna, Moriyama, Takahashi y un largo etcétera. De nuestro país las Comisiones de Otolología, Neurología y Audiología tendrán un papel específico, porque existe traducción al castellano.

¿Qué les diría a los especialistas ORL que estén pensando acudir a este importante congreso?

Realmente a aquellos que han asistido previamente a un congreso de la Politzer, no tengo nada que decir. Ya conocen su dinámica y su nivel. A aquellos que no lo conocen los invito a participar, no solo a asistir. Sus trabajos podrán ser debatidos con los más importantes expertos en este área y en un ambiente totalmente amigable, ya que nuestro máximo interés es conseguir el “tú a tú”. ✖

“Las novedades más importantes se centrarán en la investigación básica, células madre, robótica, ingeniería genética... todo ello aplicado a la especialidad”

“ASESORAMOS A GAES EN TEMAS DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA”

Prof. Dr. Constantino Morera

NUEVO PRESIDENTE DEL COMITÉ CIENTÍFICO DE GAES

El Prof. Dr. Constantino Morera es el nuevo presidente del Comité Científico de GAES y desde ahí colabora en incrementar la formación continua de los profesionales, liderar la investigación en patologías auditivas y aumentar la concienciación social respecto a los problemas de audición.



El Prof. Dr. Constantino Morera ha desempeñado el cargo de jefe de Servicio ORL del Hospital Universitario la Fe (Valencia) desde el año 1986 hasta 2016. También ha sido profesor titular de ORL adscrito al Departamento de Cirugía de la Universidad de Valencia durante más de 25 años. Es autor de cerca de 200 publicaciones nacionales e internacionales y ha presidido las comisiones de Otorología y Otoneurología de la Sociedad Española de ORL y Patología Cérvico Facial y ha desempeñado el cargo de presidente de la Sociedad Mediterránea de Otorología y Audiología (MSOA).

¿Qué es el Comité Científico de GAES?

El Comité Científico de GAES es un grupo de especialistas con conocimientos adecuados que fue creado para asesorar a la empresa en temas de investigación

y docencia. Es pues una idea de la empresa que ha dado la oportunidad a diversos especialistas de ORL de asesorarla, para una mejor distribución de los recursos dedicados por GAES a la investigación y docencia. Lo componen un grupo de expertos españoles en las áreas de otología, otoneurología y audiología de reconocido prestigio nacional e internacional y miembros de la empresa GAES. Consta de un Comité Científico General que se reúne al menos una vez al año y que define las vías generales y una Comisión Permanente para asuntos urgentes, que se reúne al menos tres veces al año. El Comité Científico, que me honro en presidir actualmente, ha sufrido modificaciones en su composición por diversas circunstancias de sus miembros.

¿En qué tareas está implicado este Comité?

Como he citado anteriormente, las funciones del Comité Científico son el asesoramiento a GAES en

temas de investigación y docencia y definir las vías de investigación y docencia patrocinadas por la empresa. Son muchos los proyectos que se llevan a cabo desde el Comité Científico y seguimos trabajando con otros nuevos que vamos a desarrollar, con el apoyo del Centro de Estudios e Investigación de GAES (CEIG).

Las actividades a realizar son decididas en las reuniones del Comité y han sido realizadas numerosas actividades. Cabe destacar el *Curso de Presbiacusia* que constó de unas actividades presenciales que se realizaron en Madrid y Barcelona y un curso on-line que ha tenido una gran aceptación en España y Latinoamérica. Hay una versión de este curso actualmente disponible a través del Campus GAES, en internet.

Por otra parte, se ha realizado mediante una encuesta un *Estudio del conocimiento de las indicaciones de Implante Coclear* (IC) realizado en 2016, cuyas conclusiones han sido difundidas en diversas comunicaciones y

cursos y que serán publicadas en breve. En este estudio se observa, en general, el conocimiento de las indicaciones básicas de los IC; sin embargo, existe escaso conocimiento de las indicaciones actuales de estos dispositivos en el ámbito de la ORL.

En este 2017 se ha realizado en Barcelona el *Curso de Audiología y Sistemas auditivos Integrales*, dirigido fundamentalmente a residentes de ORL, que ha tenido una gran acogida, agotándose las inscripciones al poco de difundirlo. Está prevista una nueva edición en Madrid en este año.

Las funciones de asesoramiento de Comité Científico se refieren fundamentalmente a la participación de la empresa en diversas actividades, como cursos, reuniones y symposiums. La participación de GAES en reuniones y congresos son innumerables a través de Sociedades Científicas regionales, nacionales e internacionales, en todas las áreas donde está implantado, por lo que el asesoramiento en este ámbito es diverso.



“Hemos decidido revalorizar el Premio Juan Gassó Bosch para lograr un mayor reconocimiento y mayor difusión de los trabajos”



También es de resaltar la organización de sesiones en el seno de diversos congresos. Por poner un ejemplo, en el reciente congreso de la SEORL de Sevilla se realizó una sesión innovadora con cirugía en directo del nuevo IC 532 de la casa Cochlear retransmitida en 3D. Se realizó además la presentación de la encuesta sobre IC y la presentación de la App-ORL.

Finalmente quiero anunciarles el próximo Congreso Científico GAES que se celebrará coincidiendo con el 70º aniversario de la compañía. Se trata de un congreso multidisciplinar focalizado exclusivamente a Otolología, Otoneurología y Audiología con la colaboración de especialistas ORL, audiólogos clínicos y audioprotesistas. Será un congreso internacional con participación de especialistas de otros países, fundamentalmente de Latinoamérica y que no dudamos que será un éxito.

A partir de ahora habrá un nuevo método de evaluación del Premio Juan Gasó Bosch a nivel nacional (Congreso nacional SEORL). ¿Puede explicarnos en qué consiste?

Hace muchos años, GAES instauró el Premio Juan Gassó Bosch en la SEORL para premiar los mejores trabajos en el área de la otología y la audiolología. En la actualidad, se ha decidido revalorizar el premio cambiando, fundamentalmente, las bases y el objetivo del premio. Lo que se ha

“ESPERAMOS QUE ESTAS MODIFICACIONES EN EL PREMIO JUAN GASSÓ BOSCH REDUNDEN EN BENEFICIO DE LA INVESTIGACIÓN EN NUESTRO PAÍS”

buscado es revalorizar el premio en varios aspectos. En primer lugar, pretende premiar y estimular los mejores trabajos clínicos y de investigación en las áreas de otología, otoneurología y audiolología, que son en las que GAES está implicada. Además, aspira a facilitar la difusión de este trabajo, a través de diferentes medios, que permitan la transmisión de los resultados y su importancia.

Se ha optado por premiar trabajos completos y de valor,

publicados o aceptados para publicación en revistas reconocidas y con impacto científico y valorando las publicaciones, con métodos objetivos de valoración.

De esta manera se pretende lograr un mayor reconocimiento de las publicaciones, porque la realización y la difusión de trabajos clínicos y de investigación siempre suponen un esfuerzo y un reto para los autores. La calidad de los trabajos es un reto aún mayor que este premio pretende estimular.

¿Cómo valora usted la existencia de estos premios dentro de la especialidad?

Los premios suponen un reconocimiento a la labor de los autores que siempre se agradece. El es-

tímulo económico ayuda a poder seguir con las investigaciones y supone un reconocimiento material de su trabajo. Pero para que se valore el premio, es importante que la valoración de las publicaciones esté basada en métodos objetivos que galardone aquellos trabajos de mayor relevancia. Por otro lado, creo que es importante para los autores el ayudar a que se conozcan y difundan lo más posible sus resultados.

Estas son las razones por las que se han cambiado las bases y el objetivo del Premio Juan Gassó Bosch y esperamos que estas modificaciones redunden en un mayor reconocimiento de su importancia, que sea bien acogida en nuestro ámbito y que redunde en beneficio de la investigación en nuestro país. ✕

“El Comité Científico de GAES, que me honro en presidir actualmente, define las vías de investigación y docencia patrocinadas por la empresa”

GAES colabora con la Fundación “Dales la palabra”

GAES ha colaborado, un año más, con la Fundación “Dales la Palabra” patrocinando la tercera edición de los premios con los que esta fundación quiere reconocer a personas, profesionales, instituciones o empresas cuya labor destaca en el apoyo a la discapacidad, especialmente la auditiva. Los premios se celebran cada dos años y se entregan en el marco del Hotel Ritz de Madrid en el transcurso de una cena benéfica. Este año, los premiados han sido IBM España, Portugal, Grecia e Israel por haber impulsado iniciativas en Educación Infantil, Primaria, ESO y ahora en Formación Profesional, que han permitido que el centro madrileño Tres Olivos reciba el reconocimiento de la Comunidad Educativa; el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas en reconocimiento a su labor y el compromiso con las personas con discapacidad que viene desarrollando desde hace 25 años, y el equipo de Implantes Cocleares del Hospital de la Princesa de Madrid por su magnífica labor en este campo. ✕



Numerosos miembros de GAES asistieron a la cena benéfica de los Premios Fundación “Dales la palabra” en Madrid. De izquierda a derecha: Pedro Ortiz, Miguel Mauduit, María José Pizarro, Adriana Fernández, Yanina Abances, María Pascual, Susana Pizarro, Javier Montero y Amador Cabrero.

SEORL Y CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE MÉDICOS

Convenio para la recertificación profesional de los ORL

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) y la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC) han firmado un convenio de colaboración para desarrollar conjuntamente un programa denominado Validación Periódica de la Colegiación-Recertificación (VPC-R) destinado a certificar, mediante una sola credencial, la buena praxis profesional, la valoración de salud y la actividad laboral (responsabilidad de los Cole-

gios profesionales); al tiempo que la evaluación del desarrollo profesional continuo (competencia de la Sociedad científica), como máxima garantía de calificación profesional del médico frente a las instituciones y la sociedad bajo los principios de calidad, equidad, relevancia, innovación y uso adecuado de los recursos.

En la firma de dicho acuerdo han estado presentes el Dr. Jaime Marco Algarra y el Dr. Serafín Sánchez Gómez, vicepresidente y director de Formación de la SEORL, respectivamente; el Dr. Juan José Rodríguez Sendín, el Dr. Javier Font Celaya y el Dr. Juan Manuel Garrote Díaz, presidente, vicepresidente segundo y secretario ge-

neral del CGCOM, respectivamente; y el Dr. José Enrique Roviralta Arango, presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Ceuta.

Con esta firma, la SEORL se suma a otros convenios similares sellados entre el CGCOM con otras Sociedades Científicas de diversas especialidades médicas, para ir adaptándose a la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, en relación al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Para ir haciendo efectivo el acuerdo se ha nombrado una Comisión de seguimiento de la que forman parte el Dr. Serafín Sánchez Gómez y el Dr. José Enrique Roviralta Arango. ✕

De izquierda a derecha: Dr. Serafín Sánchez Gómez, Dr. Jaime Marco Algarra, Dr. Juan José Rodríguez Sendín, Dr. J. Enrique Roviralta Arango, Dr. Javier Font Celaya y Dr. Juan Manuel Garrote Díaz.



De izquierda a derecha:
Dr. J. Enrique Roviralta Arango, Dr. Jaime Marco Algarra, Dr. Juan José Rodríguez Sendín y Dr. Serafín Sánchez Gómez.

¿A qué te suena?

El Museo Interactivo de la Música de Málaga ha organizado la exposición inmersiva “¿A qué te suena? Escucha, siente, descubre” que cuenta con el patrocinio de GAES. A lo largo del recorrido, cada persona puede construir sus propios paisajes sonoros, experimentar con entornos al vacío -donde no hay aire-, transformar su propia voz e incluso escuchar sus emociones, entre otras experiencias.

La exposición también da protagonismo a la necesidad de cuidar la audición, que se ejemplifica en el Espacio GAES, donde los visitantes pueden hacerse un test auditivo mediante una aplicación móvil y verificar su capacidad auditiva.

La muestra fue inaugurada el pasado día 8 de marzo. Por la mañana se celebró una rueda de prensa con asistencia de autoridades y por la tarde se organizó un acto para colectivos de interés: ORL, asociaciones, “Amigos del museo”, etcétera.

Coincidiendo con la muestra se han programado diversas actividades paralelas, donde el oído continúa siendo el gran protagonista. De hecho, el pasado 26 de abril se celebró el Día Internacional de la Concienciación sobre el Ruido con una conferencia y diversas acciones divulgativas sobre salud auditiva. También hay programadas actividades para los más pequeños con juegos dedicados al sonido y la audición. Un ciclo de conferencias, en forma de diálogo de expertos, complementará la función divulgativa de la muestra, relacionando la audición con la ciencia, la cultura, la salud y la educación. A todo esto se sumará también un concierto experimental.

La experiencia puede disfrutarse en **Málaga hasta el próximo 8 de julio** y continuará itinerante por otras ciudades españolas. ✕

La muestra tiene como objetivo concienciar a la sociedad acerca de la importancia de cuidar la salud auditiva.



Implantes PONTO

► ASTURIAS

Primeras intervenciones PONTO con técnica MIPS

El Dr. Justo Gómez Martínez es el primer especialista ORL que operó con técnica MIPS en la ciudad de Oviedo, mientras que el Dr. Antonio Lozano Sánchez hizo lo propio en el Hospital de Cabueñes de Gijón. En el centro de la imagen aparece el Dr. Antonio Lozano Sánchez junto a Beatriz Pradel (izquierda), responsable clínico de GAES, y Sonia Suárez, ATM (derecha). ✕



► 2 DE FEBRERO

Hospital General de Onteniente

Imagen de la primera cirugía PONTO realizada por los doctores Victoria Monroy (a la izquierda) e Ignacio Llópez, del Hospital General de Onteniente (Valencia). Aparecen junto a la instrumentista María Amparo Benavent (segunda por la izquierda) y Lara Román (derecha). ✕



► FE DE ERRORES

En el pasado número de GAES News apareció publicada la noticia del primer implante osteointegrado PONTO en el Hospital Arnau de Vilanova y se especificaba, por error, que dicho hospital estaba ubicado en Lérida, cuando en realidad se trata del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. ✕

GAES impartió el Taller de Implantes Cocleares de la Fundación “Oír es clave”

Fruto de su colaboración con la Fundación “Oír es clave”, GAES impartió el pasado 27 de febrero el Taller de Implantes Cocleares con el objetivo de difundir, tanto a profesionales como a usuarios, las novedades de los implantes Nucleus de Cochlear. El taller fue impartido por Carla Yanina Abances, clínico en implantes auditivos, y contó con asistentes presenciales y en directo vía streaming. ✕

Más información de esta fundación en
<http://www.oiresclave.org/>



Carla Yanina Abances, de GAES, en un momento de su intervención.



El taller tuvo amplio seguimiento por las redes sociales y contó con subtítulos en tiempo real.

Visitas a la sede de GAES en Barcelona



La Dra. Gracia Aránguez aparece la tercera por la izquierda junto a Carla Yanina Abances, Javier Montero, Javier García y Albert Calvo, todos ellos de GAES.

Momentos de la visita en el taller mecánico, con Iván Jiménez y Ramón Cantón, junto a la Dra. Gracia Aránguez, Carla Yanina Abances, Javier Montero y Javier García.

► 30 DE MARZO

Dra. Gracia Aránguez

La Dra. Gracia Aránguez, jefe de sección del Servicio de ORL del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de Madrid, visitó la sede de GAES en Barcelona el pasado 30 de marzo. ✕



► 17 Y 24 DE MARZO

Alumnas del Centro Educativo Zalima, Córdoba

Tras el curso impartido el pasado 28 de noviembre en el Centro Educativo Zalima (Córdoba) por parte de Inmaculada Rubio y Luis Salazar, ambos de GAES, quedó pendiente una visita de las alumnas al gabinete de GAES Córdoba 2, en la Avda. Gran Capitán, 44, para conocer las instalaciones y el proceso de realización de una audiometría. Esta visita tuvo lugar en dos grupos los días 17 y 24 de marzo. ✕



► 22 DE MARZO

Grupo de profesionales ORL de Andalucía y País Vasco

La sede de GAES en Barcelona recibió el pasado 22 de marzo la visita de un grupo de profesionales ORL de Andalucía y País Vasco. Los visitantes recorrieron las instalaciones y pudieron conocer de cerca el proceso de fabricación de un audífono. ✕



► 21 DE FEBRERO

Dr. Burrows

El pasado 21 de febrero, el Dr. Burrows, desde Panamá, visitó la sede de GAES en Barcelona. En el centro de la imagen aparece junto a Jaume Anglada y Oriol Llorens, ambos de GAES. ✕



► 24 DE FEBRERO

Dres. Mario Fernández y Carlos Ramírez

Los Dres. Mario Fernández y Carlos Ramírez, secretario general y director de Reuniones y Congresos de la Sociedad Española de ORL, respectivamente, visitaron la sede de GAES el pasado 24 de febrero. En la imagen, de izquierda a derecha: Jordi Roqué, de GAES; Dr. Mario Fernández, Iñaki Redondo, de GAES, y Dr. Carlos Ramírez. ✕





Abajo, el Dr. Pedro J. Hueso, en un momento de su intervención.

El Dr. Pedro J. Hueso, el tercero por la izquierda, junto a miembros de la Universidad Popular de Manzanares y Policlínica AC.

GAES colaboró en el Día Mundial de la Audición

El pasado 3 de marzo, con motivo del Día Mundial de la Audición, GAES colaboró con el Dr. Pedro L. Hueso y Policlínica AC Manzanares en una charla divulgativa sobre “La Importancia de Cuidar Nuestra Audición. Protege tus oídos” incidiendo en la importancia de la prevención y protección. El evento, con sede en la Escuela De Música de la Universidad Popular de Manzanares, estuvo acompañado a piano, violín y violonchelo por profesores de la Escuela Municipal.

El evento estuvo amenizado con piezas a piano, violín y violonchelo a cargo de profesores de la Escuela Municipal de Música.



EN SU QUINTA EDICIÓN

GAES entregó siete becas “Persigue tus sueños”

Hay sueños que, de tanto perseguirlos, se acaban cumpliendo. Y en esa fase, en la de conseguirlos, se encuentran ahora siete deportistas anónimos que han recibido sendas becas “Persigue tus sueños” promovidas por GAES. Los ganadores de esta quinta edición han sido elegidos de entre las 218 propuestas recibidas. “Esta cifra nos anima a seguir apostando por este proyecto, con el que este año, además, hemos cruzado fronteras para llegar a Portugal, Argentina, Chile y Ecuador”, explicó Antonio Gassó, director general de GAES, durante el acto de la entrega de cheques

SIETE GANADORES, SIETE CAUSAS

Las becas de GAES servirán para que siete deportistas *amateurs* puedan cumplir su reto personal. Es el caso de Albert Navarro, padre de dos hijos con autismo, que pretende completar 6 de las maratones más populares del mundo y desde ahí demostrar los beneficios que puede tener el deporte en los niños que lo padecen. Otra ganadora fue Rosanna Camprubí, bailarina que padece hipoacusia severa. Su sueño: participar en competiciones a nivel in-

ternacional y entrenar con profesores de todo el mundo. El sueño deportivo de Vicente Hernando es participar con su bicicleta en la GAES Titan Desert by Garmin para ayudar a crear la Unidad Cris de Investigación y Terapias Avanzadas en Cáncer Infantil, que se ubicará en la 8ª planta del Hospital Universitario La Paz. En el caso de Sergi Jurado, un joven de 22 años portador de un implante coclear bilateral, su sueño es representar a la comunidad de afectados por hipoacusia severa en triatlones, duatlones y otros acontecimientos deportivos. Afectado de autismo, Román Martínez, también de 22 años, destinará la beca a participar en carreras populares acompañado de un profesional que actúe como apoyo. Por su parte, José Luis López quiere unir en bicicleta las ciudades de Barcelona y Albacete en la modalidad “Non Stop Solo” con el fin de conseguir fondos para la investigación del neuroblastoma. Cierra la lista de galardonados Santiago Ruiz, que tiene como reto llegar a la meta del Ultra-Tri de Motril 2017, el triatlón de

ultradistancia más duro del mundo, para conseguir fondos para la investigación de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA).

PREMIO ESPECIAL FUNDACIÓN ONCE

Por tercer año consecutivo, Fundación ONCE ha colaborado con las becas “Persigue tus sueños” entregando un premio especial. En esta ocasión el ganador ha sido Juan José Amate, afectado de esclerosis múltiple, y que a lo largo de este año quiere completar 12 maratones, una por cada mes, contribuyendo a sensibilizar a la sociedad sobre esta enfermedad.

Antes de la entrega de cheques se celebró una mesa redonda en la que el alpinista Ferrán Latorre, el deportista de ultradistancia Valentí Sanjuán y los becados en pasadas ediciones, Víctor Tasende y Alfredo Corralero, compartieron vivencias y reflexiones sobre sus respectivas pasiones. El acto también contó con la presencia de algunos miembros del jurado, como el Dr. Pujante, Mª José Gassó, Pere Sitjà, David Casanovas y Lluís Canut, además de Àlex Galí, coordinador de la Fundació Damm.



Los premiados posaron emocionados con sus becas “Persigue tus sueños” otorgadas por GAES.



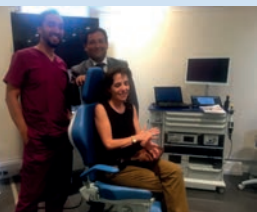
GAES estrena inovador centro auditivo en Chile

En el marco del plan de expansión 2017 de GAES Chile, la compañía inauguró una nueva sucursal ubicada estratégicamente en la comuna de La Reina, al noreste de Santiago, capital del país. Concretamente se ubica en el centro comercial de Avda. Ossa, 345 (local 2) y forma parte de la filosofía de GAES de ofrecer no solo una mejora en la calidad de vida y comunicación de las personas con pérdida auditiva, sino de entregar lo mejor en calidad, servicio y estar cada día más cerca de los pacientes. Las nuevas instalaciones muestran la nueva imagen corporativa de GAES y también la imagen del tenor Plácido Domingo. El centro Plaza Egaña cuenta, además, con una exposición con equipos de Electromedicina de última generación para demostraciones in situ.

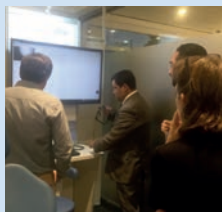
La apertura del centro auditivo en La Reina se enmarca dentro de la política corporativa de la empresa de aumentar la cobertura de centros auditivos por todo el país. ✕



Nuevo centro GAES en la comuna de La Reina, Santiago.



Mauricio Olivares, T. M. Iván Novoa y T. M. Gabriela Cartier.



Demonstración de equipos de Electromedicina por parte de Mauricio Olivares, product manager de Electromedicina y Equipos Médicos.



De izquierda a derecha: Luciano García, de GAES; Dr. Alberto Zúñiga Herrera, Dr. Carlos Salinas y Pedro Salinas, de GAES.

“OS SONS DA NOSSA VIDA”

A música é, na sua essência, o exemplo perfeito de como o som nos transmite emoções e por isso, tão importante para viver uma vida em pleno. Porque quando ouvimos bem estamos também a despertar outros sentidos, criamos o conceito “Os sons da nossa vida”, porque som é vida, é felicidade, é vontade de viver.

Neste alinhamento, surgiu a ideia de criar uma celebração à alegria, onde pudéssemos transmitir a mensagem de que, com a ajuda da GAES, é possível ouvir e desfrutar de todos os sons da vida.

Traduziu-se assim, num anúncio, gravado num estúdio de música onde um grupo muito animado, no qual o nosso cliente real, José Augusto Coelho, é figura central. Todos juntos celebram a alegria de viver acompanhados pela embaixadora da marca, Fátima Lopes, ao som de uma

canção ligeira, pop, motivacional, com letra e música originais.

“Optámos por criar uma celebração à alegria de podermos ouvir todos os sons da vida, na forma de uma música. Quisemos sair dos formatos já tantas vezes utilizados neste sector” explica Dulce Martins Paiva, directora-geral da GAES em Portugal. “Desta forma, estamos claramente no universo do som, da audição, da música, mas vamos mais longe. Conseguimos também mostrar o bem-estar ao recuperar a audição: pessoas já com uma idade avançada mas ativas e felizes, porque encararam o problema de frente, sem frustrações e procuraram uma solução dando o exemplo, nesta nossa campanha, de como é possível desfrutar de uma vida muito melhor com a ajuda da GAES.” ✕



Bolsas Persegue os Teus Sonhos em Portugal premeiam três vencedores

Foram conhecidos no dia 16 de Fevereiro os vencedores da primeira edição das Bolsas Persegue os Teus Sonhos em Portugal.

A bolsa de 6.000€ foi distribuída entre os projetos: “Excedendo os Limites da Paralisia”, “IronEM a caminho do IronMAN Barcelona 2017” e “Trissomia, desafio para a vida. Desporto, Oportunidade de superação”.

António Gassó, CEO do grupo GAES, afirmou que “Para nós é um orgulho poder iniciar este projeto em Portugal, ajudar desportistas anónimos a ter a oportunidade de converter os seus sonhos em reali-

dade. Como em todas as edições das quais já fui jurado, foi muito difícil escolher entre as candidaturas recebidas”.

Os projetos vencedores

Um dos projetos vencedores é o do João Gonçalves, um jovem de 22 anos com trissomia, vencedor de títulos nacionais e internacionais de ténis de mesa, na categoria S21, que tem como objetivo participar em Outubro de 2017 no campeonato Europeu. Para poder chegar tão longe, o João necessita de um treinador focado em si e nas suas limitações, que o ajude a melhorar as suas capacidades diariamente.

O projeto do Dionísio Lopes foi outro dos vencedores. Dionísio é um jovem com paralisia cerebral que tem como ambição realizar as maratonas de Portugal e dos 4 cantos do mundo. Como projeto imediato, pretende treinar para participar nas 100 provas nacionais.

Por fim, a terceira bolsa foi atribuída a Alexandre Dias, portador de esclerose múltipla que pretende participar no IronMan em Barcelona, também no próximo mês de Outubro, mostrando assim que a sua doença não é de todo um obstáculo, e que é possível viver os seus sonhos, mesmo com limitações. ✕



De izquierda a derecha: Vítor Gamito, Francis Obikwelu, João Gonçalves, Fernando Correia, Dulce Martins Paiva (GAES), António Gassó (GAES), Dionísio Lopes, Fátima Lopes, Nelson Rosado, Alexandre Dias e Sérgio Rosado.

► 02 DE MARÇO DE 2017, PORTO

Inauguração GAES IAI Porto

A funcionar desde o início de Fevereiro, foi inaugurado oficialmente no passado dia 02 de Março o novo IAI (Instituto Auditivo Integral) na cidade do Porto, localizado na Praça Mouzinho de Albuquerque nº184, mais conhecida com Rotunda da Boavista.

Contámos com a participação do ilustre Josep Pares, responsável ibérico do Implante Osteointegrado PONTO da Oticon Medical, que nos apresentou a mais recente tecnologia, com o novo processador PONTO 3.

A especial atenção foi para a sala de adaptação de audiologia infantil, totalmente insonorizada, onde é efectuada a avaliação comportamental das crianças, tendo em conta a sua idade, com diferentes exames adequados a cada situação, nomeadamente:

- a) Avaliação com Jogos sonoros
- b) Reflexo de Orientação condicionada (ROC)
- c) Block test
- d) Audiometria

Neste Instituto Auditivo Integral, além de audiologia infantil e implantes osteointegrados, colocamos ao dispor de quem nos procura a Terapia GAES Serena, orientada para o tratamento de Acufenos, assim como toda a área de reabilitação auditiva convencional.

A toda a equipa da GAES IAI Porto desejamos muito sucesso!

Agradecemos a todos a visita e esperamos continuar a ser merecedores da vossa confiança.

Bem Haja!

Dra. Helena Silveira,
Dr. Francisco Rosa,
Dr. Tiago Órfão,
Dra. Maria Inês Saldanha, Filipa Almeida, Dra. Filipa Corte Real,
Dra. Joana Marques e Dr. Fernando Vales.



Dr. Antonio Pantaleão e Josep Parés.



Dra. Ana Pinto, Dr. Miguel Bebiano Coutinho e Dra. Marilene Santos.



Dr. Carlos Pinheiro, Dr. Joaquim Castro Silva, Dr. Rui Xavier, Dulce Paiva, Dr. Guilherme Carvalho e Dr. Antonio Sousa Vieira.



Equipa IAI Porto: Carina Lima, Tânia Coelho, Corina Martins e Sonia Soares.



Dr. Nelson Gama, Teresa Oliveira e Dr. Maia Gomes.

Día Internacional del Implante Coclear en Ecuador

Coincidiendo con el Día Internacional del Implante Coclear, que se celebra con motivo de la colocación del primer dispositivo el 25 de febrero de 1957, GAES Ecuador participó en un evento organizado por el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, de Guayaquil, que contó con la presencia de alrededor de 75 personas. Entre los asistentes se encontraban miembros de la Asociación de Madres y Padres de implantados de Ecuador (AMPICE), de la Asociación de Padres y Familiares de personas sordas (ANPAFASE), autoridades del hospital y de la coordinación zonal y provincial del Ministerio de Salud. GAES tomó parte activa del programa, para lo cual asistieron Freddy Vera y Lorena Huiracocha.



Los niños implantados deleitaron a los asistentes con sus dotes artísticas.

La jornada estuvo llena de diversión y alegría. Varios de los niños implantados mostraron sus dotes artísticas y deleitaron a los asistentes con piezas musicales, actuaciones de danza, poesía y cuentos. También hubo espacio para que los profesionales expusieran temas relevantes como la evolución histórica y tecnológica del implante coclear y las novedades en rehabilitación auditiva oral. La jornada incluyó, además, el testimonio de un implantado. ✖



Numerosas personas asistieron a la celebración del Día Internacional del Implante Coclear en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, de Guayaquil.



Freddy Vera, de GAES Ecuador, habló de la evolución tecnológica y la innovación en el implante coclear.



GAES SOLIDARIA Y LA FUNDACIÓN DE OTOLOGÍA GARCÍA-IBÁÑEZ

Juntas en un proyecto por
la audición en El Salvador

GAES Solidaria ha participado junto con la Fundación de Otolología García-Ibáñez (FOGI) en un proyecto que facilita la audición a personas con dificultades auditivas y con escasos recursos económicos en El Salvador.



Evelyn, Mariana y Pamela en brazos de sus padres y madres, y con el Dr. Luis García-Ibáñez, al día siguiente de ser operadas.

En esta iniciativa colaboran la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), el Departamento de Sanidad del Salvador, la ONG ECOSOL-SORD y el Hospital de El Bloom.

En esta ocasión, seis niñas pudieron recibir un implante coclear gracias a la labor de la FOGI. Es el cuarto viaje que esta Fundación realiza a El Salvador. Desde hace 20 años esta entidad trabaja para hacer posible que personas con escasos recursos económicos, en especial niños, afectados de sordera puedan beneficiarse de los tratamientos más avanzados para poder oír. GAES Solidaria ha participado en este proyecto con dos audioprotesistas voluntarias de GAES (Eva Cidraque, de GAES Zaragoza, y Delia Pérez, de GAES Vitoria) que se han desplazado a El Salvador para encargarse de hacer revisiones, formar al personal local y adaptar 31 audífonos procedentes del Banco de Audífonos de GAES Solidaria. ✕



Las audioprotesistas voluntarias realizaron revisiones auditivas y adaptaciones de audífonos del Banco de Audífonos de GAES Solidaria.

GAES SOLIDARIA colabora con la Fundación Clarós en su proyecto en Senegal

La Fundación Clarós tiene previsto realizar en 2017 un total de cinco expediciones humanitarias a África, con el fin de dar seguimiento a operaciones y patologías tratadas en los años anteriores y continuar con la formación del personal local, tanto médicos como personal auxiliar, así como practicar nuevas cirugías.

GAES Solidaria participó en la expedición a Dakar realizada del 7 al 14 de enero, aportando 30 unidades de su Banco de Audífonos. Además, una voluntaria de GAES Solidaria realizó revisiones auditivas y adaptó los audífonos durante su estancia en la capital senegalesa. Según Elena Barbadillo, audioprotesista voluntaria de GAES Santander, "lo que hace la Fundación Clarós en estos países durante una semana es asombroso, equiparable a lo que pueden hacer allí en un año o más. El viaje se ha caracterizado por el trabajo en equipo y la buena compañía que hemos tenido al trabajar".

Según la Fundación Clarós, en sus numerosas expediciones a África se han intervenido unos 3.000 pacientes, realizado 40 implantes cocleares y adaptado 750 audífonos por parte de audioprotesistas de GAES Solidaria. ✕

Elena Barbadillo, voluntaria de GAES Solidaria que participó en el proyecto de Fundación Clarós en Senegal en enero de 2017.



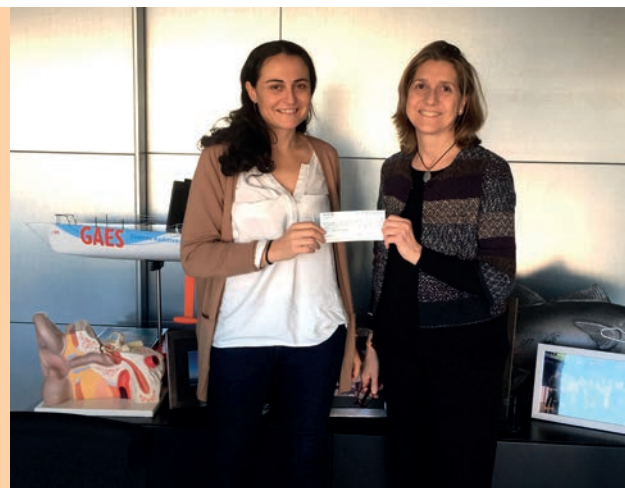
De izquierda a derecha, abajo: M^{ra} del Carmen Pujol, Dra. Celia Arbona, Dra. Carolina Forero y Elena Barbadillo. En la fila de arriba: Dra. Miriam Hamdam, Dra. Beatriz Fort, MME Awa Marie Coll Seck (ministra de Sanidad de Senegal), Dra. Evelyn Diop, Dr. Ciré, Dr. Pedro Clarós y Dra. Doyneck Diop (audióloga del hospital).

"GAES SOLIDARIA PARTICIPÓ EN LA EXPEDICIÓN A DAKAR REALIZADA DEL 7 AL 14 DE ENERO, APORTANDO 30 UNIDADES DE SU BANCO DE AUDÍFONOS"

LOS CLIENTES TAMBIÉN SON SOLIDARIOS

GAES Solidaria ha entregado a Ayuda en Acción el importe de las huchas solidarias colocadas en los centros auditivos GAES. Las aportaciones de los clientes a través de estas huchas sumaron 4.679,72 euros en el año 2016. M^{ra} José Gassó entregó a Alicia Blasco, de Ayuda en Acción, un talón por este importe que se destinará a la unidad educativa especializada de sordos en Chimborazo, Ecuador. La colaboración entre GAES Solidaria y Ayuda en Acción se remonta a los inicios de GAES Solidaria hace ya 20 años. En 2016 GAES Solidaria contribuyó con 16.000 euros a este mismo proyecto en Ecuador. ✕

Alicia Blasco, de Ayuda en Acción, y M^{ra} José Gassó, directora de GAES Solidaria, en el momento de la entrega del talón.



Proyectos Teaming promovidos desde GAES Solidaria

GAES puso en marcha en 2008 el proyecto Teaming, que consiste en unir pequeñas microdonaciones para hacer realidad diferentes proyectos sociales. Los colaboradores de GAES que participan en el Teaming donan un euro cada mes y la empresa se compromete a doblar dicha cantidad. Ellos son, además, quienes proponen los proyectos y votan el orden en el que se van a desarrollar.



GAVI, 2012, Mozambique. Fotografía: Eva-Lotta Jansson.

“GAVI, The Vaccine Alliance”

Vacunas para más de 2.200 niños en situación de pobreza.

La aportación de 3.000 euros de los empleados de GAES que hacen Teaming, que la compañía ha doblado hasta alcanzar los 6.000 euros, permitirá que 2.256 niños y niñas de Mozambique reciban la vacuna neumocócica. La donación total alcanzará los 24.000€ gracias al compromiso de la Fundación Bancaria La Caixa, promotora de las donaciones a la entidad en España, y de la Fundación Bill y Melinda Gates, principal aportador de fondos de “GAVI The Vaccine Alliance”, de multiplicar por 4 la cantidad donada.

Desde su inicio en 2008, la Alianza Empresarial para la Vacunación Infantil ha contribuido a la vacunación de los niños de países de baja renta, a través de las aportaciones de las ya 800 organizaciones adheridas. Esta Alianza es un proyecto de responsabilidad social corporativa pionero en Europa que contribuye al acceso y la calidad de las vacunas en los países en desarrollo. Ofrece una gran oportunidad para todas aquellas empresas de cualquier ámbito y tamaño que quieran unirse a la lucha contra la mortalidad infantil. En reconocimiento a la labor realizada a través de la Alianza Empresarial para la Vacunación Infantil, la Obra Social La Caixa recibió el Premio Unicef Emprende 2015. ✕

“Niños con cáncer Pequeño Valiente”

Una sala multidisciplinar para atender a niños con cáncer en Canarias.

Las aportaciones de los empleados de GAES a Teaming servirán también para ayudar a los niños con cáncer. Los 3.000 euros aportados, que GAES Solidaria ha doblado, han sido donados a la asociación canaria “Niños con

Cáncer Pequeño Valiente”, una entidad sin ánimo de lucro formada por padres y madres con hijos afectados de cáncer. Su objetivo es precisamente el de proporcionar a las familias y a los niños todo el apoyo necesario para mejorar su calidad de vida durante la enfermedad. En concreto, los 6.000 euros aportados por GAES Solidaria servirán para poner en marcha una sala multidisciplinar destinada a reforzar la atención que ofrece la sanidad pública. De esta forma, en este espacio de 30 metros cuadrados situado en Las Palmas de Gran Canaria, los niños podrán beneficiarse de servicios como fisioterapia, apoyo escolar durante la enfermedad y ayuda de



En la sala multidisciplinar de la Asociación Pequeño Valiente se refuerza la atención a niños con cáncer.

logopedas y psicólogos. Según José Jerez, padre de dos pequeños con cáncer e impulsor de la asociación, “gracias a esta aportación podremos ayudar a los niños y niñas canarios y a sus familias a hacer más llevadero el día a día de esta dura enfermedad”. ✕

CURSOS Y CONGRESOS NACIONALES



Para más información consulte la agenda de cursos y congresos en nuestra web: www.gaesmedica.es

**II CURSO CIRUGÍA
ENDOSCÓPICA DE OÍDO MEDIO**
Fecha: 18 y 19 de mayo.
Lugar: Barcelona.

**VI CURSO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA,
Y REHABILITACIÓN EN
LARINGECTOMÍA TOTAL Y
VACIAMIENTO CERVICAL**
Fecha: 19 y 20 de mayo.
Lugar: Madrid.

**CONGRESO DE LA
SOCIEDAD VASCA DE ORL**
Fecha: 19 y 20 de mayo.
Lugar: Vitoria.

**16ª EDICIÓN CURSO DE
MICROCIRUGÍA EXPERIMENTAL**
Fecha: Del 22 al 26 de mayo.
Lugar: Madrid.

**CURSO DE RINOPLASTIA Y CIRUGÍA
PLÁSTICA FACIAL**
Fecha: 25 y 26 de mayo.
Lugar: La Coruña.

II CURSO DE SIALOENDOSCOPIA
Fecha: 25 y 26 de mayo.
Lugar: San Sebastián.

**XIV CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO DE
AUDIOLOGÍA CLÍNICA**
Fecha: 26 y 27 de mayo.
Lugar: Madrid.

**CONGRESO DEL CONSEJO
INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA**
Fecha: Del 27 de mayo al 1 de junio.
Lugar: Barcelona.

**CURSO MULTIDISCIPLINAR DE
CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL**
Fecha: Del 31 de mayo al 3 de junio.
Lugar: Madrid.

**XXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD
OTORRINOLARINGOLÓGICA DE
CASTILLA Y LEÓN, CANTABRIA Y LA
RIOJA**
Fecha: Del 1 al 3 de junio.
Lugar: Salamanca.

**5TH INTERNATIONAL
MULTIDISCIPLINARY VESTIBULAR
DISORDER COURSE & WORKSHOP**
Fecha: Del 1 al 3 de junio.
Lugar: Granada.

**XXVIII CURSO PRÁCTICO DE
DISECCIÓN, MICROCIRUGÍA
ENDONASAL, Y CIRUGÍA
ENDOSCÓPICA RINOSINUSAL**
Fecha: 1 y 2 de junio.
Lugar: Barcelona.

**CONECTIVIDAD EN IMPLANTES
COCLEARES Y AUDÍFONOS**
Fecha: 2 de junio.
Lugar: Pamplona.

**22 REUNIÓN ANUAL DE LA
SOCIEDAD CASTELLANO-MANCHEGA
DE ORL**
Fecha: 2 y 3 de junio.
Lugar: Albacete.

**CONGRESO
SOCIEDAD CANARIA ORL**
Fecha: 3 de junio.
Lugar: Tenerife.

**TALLER NACIONAL DE AUDIOMETRÍA
PARA ENFERMERÍA DE ORL**
Fecha: 9 de junio.
Lugar: Barcelona.

**II CURSO DE DISECCIÓN DE HUESO
TEMPORAL**
Fecha: 12 y 13 de junio.
Lugar: La Coruña.

**123 CURSO DE MICROCIRUGÍA DEL
OÍDO Y DISECCIÓN DEL HUESO
TEMPORAL**
Fecha: Del 13 al 16 de junio.
Lugar: Barcelona.

**XXXII REUNIÓN DE LA SOCIEDAD
EXTREMEÑA DE ORL**
Fecha: 16 de junio.
Lugar: Cáceres.

XX REUNIÓN ASTURIANA DE ORL
Fecha: 16 de junio.
Lugar: Mieres.

**XLVI REUNIÓN ANUAL DE LA
SOCIEDAD GALLEGA DE ORL**
Fecha: 16 de junio.
Lugar: Santiago de Compostela.

**CONCEPTOS PRÁCTICOS EN CIRUGÍA
ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL**
Fecha: del 22 al 24 de junio.
Lugar: Valladolid.

**PLASTICIDAD NEURAL AUDITIVA:
"APLICACIONES CLÍNICAS EN EL
TRATAMIENTO DE DEFICIENCIAS
AUDITIVAS"**
Fecha: 8 de septiembre.
Lugar: Pamplona.

**4TH CONGRESS OF EUROPEAN
ORL-HNS**
Fecha: Del 7 al 11 de octubre.
Lugar: Barcelona.

**13º CONGRESO NACIONAL SOCIEDAD
ESPAÑOLA BASE DE CRÁNEO**
Fecha: Del 5 al 7 de octubre.
Lugar: Valencia.

**III CURSO DE ANATOMÍA QUIRÚRGICA
DE LA ÓRBITA**
Fecha: 7 de octubre.
Lugar: Barcelona (Bellaterra).

**CURSO TEÓRICO PRÁCTICO DE
CIRUGÍA DE OÍDO MEDIO Y CURSO DE
DISECCIÓN DE HUESO TEMPORAL.
DOCTOR JUAN JOSE ARÍSTEGUI**
Fecha: Del 16 al 20 de octubre.
Lugar: Madrid.

**VI CURSO DE PATOLOGÍA Y CIRUGÍA
BÁSICA DE SENOS PARANASALES**
Fecha: 20 y 21 de octubre.
Lugar: Madrid.

**82 TEMPORAL BONE DISSECTION
COURSE**
Fecha: 23 y 24 de octubre.
Lugar: Barcelona.

68 CONGRESO NACIONAL SEORL
Fecha: Del 10 al 12 de noviembre.
Lugar: Madrid.

Destacado
 On line

CURSOS Y CONGRESOS

INTERNACIONALES



Para más información consulte la agenda de cursos y congresos en nuestra web:
www.gaesmedica.es



CURSOS Y CONGRESOS INTERNACIONALES

ARGENTINA

CONGRESO INTERNACIONAL FASO

Fecha: Del 16 al 18 de agosto.

Lugar: Buenos Aires.

BRASIL

17º CONGRESO LATINOAMERICANO DE RINOLOGÍA Y CIRUGÍA FACIAL & II CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DEL SUEÑO

Fecha: Del 20 al 22 de julio.

Lugar: Río de Janeiro.

CANADÁ

CANADIAN SOCIETY OF ORL, HEAD AND NECK SURGERY ANNUAL MEETING

Fecha: 1 de junio.

Lugar: Quebec City.

CHILE

IV CURSO TEÓRICO PRÁCTICO DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE NARIZ, CPN Y BASE DE CRÁNEO

Fecha: Del 1 al 3 de junio.

Lugar: Santiago de Chile.

CEPE

Fecha: 30 de junio.

Lugar: Santiago de Chile.

CEPE

Fecha: 25 de agosto.

Lugar: Santiago de Chile.

CEPE

Fecha: 13 de octubre.

Lugar: Santiago de Chile.

LXXIV CONGRESO CHILENO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Fecha: Del 18 al 21 de octubre.

Lugar: Viña del Mar.

EEUU

EFAS 2017

Fecha: Del 7 al 10 de junio.

Lugar: Interlaken.

173RD MEETING OF THE ACOUSTICAL SOCIETY OF AMERICA

Fecha: Del 25 al 29 de junio.

Lugar: Boston.

4TH SOUTH PACIFIC ORL FORUM

Fecha: Del 9 al 12 de julio.

Lugar: Hawaii.

6TH ANNUAL SUMMER SINUS SYMPOSIUM

Fecha: Del 14 al 16 de julio.

Lugar: Washington.

CI 2017 SYMPOSIUM ON COCHLEAR IMPLANTS IN CHILDREN

Fecha: Del 26 al 29 de julio.

Lugar: San Francisco.

AAO-HNSF ANNUAL MEETING & OTO EXPO

Fecha: Del 10 al 13 de septiembre.

Lugar: Chicago.

FRANCIA

61ST TEMPORAL BONE & MIDDLE EAR DISSECTION COURSE

Fecha: Del 19 al 23 de junio.

Lugar: Burdeos.

4TH FUNCTIONAL & RADICAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY COURSE

Fecha: Del 19 al 23 de junio.

Lugar: Burdeos.

IFOS, ENT WORLD CONGRESS

Fecha: Del 24 al 28 de junio.

Lugar: París.

ITALIA

2ND INTERNATIONAL SPECIALIST MEETING ON EAR, NOSE & THROAT DISORDER

Fecha: Del 12 al 14 de junio.

Lugar: Roma.

MÉXICO

XXXIX CONGRESO NACIONAL FESORMEX

Fecha: Del 25 al 29 de octubre.

Lugar: Cancún.

POLONIA

1ST WORLD TINNITUS CONGRESS & 12TH INTERNATIONAL TINNITUS SEMINAR

Fecha: Del 22 al 24 de mayo.

Lugar: Varsovia.

PORTUGAL

ESPCI 2017 (EUROPEAN SYMPOSIUM OF PAEDIATRIC COCHLEAR IMPLANTATION)

Fecha: Del 25 al 28 de mayo.

Lugar: Lisboa.

APO - ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE OTONEUROLOGIA

Fecha: 2 y 3 de junio.

Lugar: Algarve.

REINO UNIDO

OTOLARYNGOLOGY (ENT) FOR GENERAL PRACTITIONERS

Fecha: 22 de mayo.

Lugar: Londres.

SINGAPUR

SGH ENT INSTRUCTIONAL COURSE 2016

Fecha: Del 2 al 11 de julio.

Lugar: Singapur.

SUECIA

CONGRESS OF THE NORDIC ASSOCIATION OF OTOLARYNGOLOGY

Fecha: Del 31 de mayo al 3 de junio.

Lugar: Gothenburg.

URUGUAY

IV CURSO DE LA ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE ORL-CCC

Fecha: Del 22 al 26 de octubre.

Lugar: Punta del Este.

Destacado
 On line

UNIDOS

para avanzar en la mejora del servicio al ORL

GAES Médica pone a su disposición la tecnología más avanzada para obtener diagnósticos precisos y ofrecer soluciones eficaces y personalizadas a sus pacientes. Unidos, podemos mejorar la calidad de vida de miles de personas.



Equipos de electromedicina

- **Amplia gama de equipos** de audiología, cabinas audiométricas, endoscopia, material de consulta, material quirúrgico y consumibles, etc. de primeras marcas y de marca propia **GAES audiotest**.
- **Asesoramiento especializado**.
- **Servicio técnico** in situ y asistencia técnica remota.



Soluciones auditivas y seguimiento personalizado

En los 600 centros auditivos que GAES tiene en España sus pacientes encontrarán:

- Las **últimas novedades en audífonos**.
- **Seguimiento personalizado** a cargo de audioprotesistas.
- **Financiación a medida** y completo servicio postventa.
- **Revisión auditiva gratuita**.



Dispositivos implantables

- GAES distribuye **implantes cocleares NUCLEUS**, implantes de **oído medio (CARINA, MET y CODACS)** de Cochlear y los implantes **osteointegrados PONTO** de Oticon Medical.
- **Servicio de reparación o sustitución de procesadores en el acto**, en nuestros centros especializados en atención al implantado de Madrid y Barcelona.

Síguenos



www.gaesmedica.es

 **GAES** médica

Siempre
conectados.
Y a la última.

www.gaesmedica.es



Descubre la nueva web de GAES médica, más visual,
intuitiva y con todo lo que necesitas para avanzar en
el cuidado de tus pacientes:



Búsqueda de cursos y
congresos para que no
se te escape ninguno.



Todos los catálogos
con los productos
más innovadores.



Nuestra revista
GAES News.



Electromedicina con
servicio de asistencia
técnica remota.



Las últimas noticias
y casos clínicos para
estar al día.



Link a redes sociales
para estar, si cabe,
más conectado.

Síguenos



 **GAES** médica