



Nº 3 | Año 2017

GAES NEWS



GAES SIEMENS signia



► **Los Dres. Pawel J. y Margaret Jastreboff** han participado en unas jornadas de formación y certificación para audioprotesistas de los centros especializados GAES IAI sobre la terapia **GAES Serena** para el tratamiento del acúfeno.



► **NUEVO IMPLANTE
PONTO BHX**

Crea nuevos estándares en la tecnología de implantes gracias a la exclusiva tecnología de ablación por láser de Biohelix™ que consigue un anclaje al hueso más fuerte que el propio hueso.

signia

Life sounds brilliant.

El nuevo Cellion primax: La revolución de la audición sin pilas.



El primer audífono del mundo con recarga inductiva de iones de litio.

Cellion primax™, el primer audífono del mundo con baterías de ión de litio recargables mediante inducción sin contacto, es idóneo para aquellos clientes que quieran evitar el engorro de cambiar pilas. Su exclusivo diseño OneShell sin contactos y sin tapa para las pilas hace que sea extremadamente sencillo de utilizar: los usuarios solo tienen que colocarlo en el cargador y el resto es automático.

Una sola carga proporciona hasta dos días de funcionamiento ilimitado con una audición excepcional.

Innovador, integrado e inductivo, Cellion primax hará que sus clientes oigan con total comodidad.

signia-pro.to/cellion

Hearing
Systems

SIEMENS

Signia GmbH is a Trademark Licensee of Siemens AG.

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 3 | 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 Dpdo. 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 y maquetación:
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



promueve el desarrollo científico de la especialidad

GAES médica sigue fiel a su política de apoyo a la formación y desarrollo científico de la especialidad. Un claro ejemplo son los Premios Juan Gassó Bosch con los que la compañía colabora de manera directa en la formación e investigación médica en el ámbito de la especialidad. Estos premios reconocen las mejores comunicaciones orales presentadas en las áreas de audiolgía, otología y otoneurología, tanto en el Congreso Nacional de la SEORL como en otros congresos de ORL locales o internacionales. GAES médica también patrocina, participa o colabora de diversas maneras en las citas más importantes de la ORL, ofreciendo formación continuada a través de cursos, seminarios o jornadas formativas para los distintos especialistas. Como ejemplo, el seminario sobre "Actualización y tendencias en patología vestibular" celebrado recientemente en Barcelona y que ha registrado gran éxito de participación.

Junto a su apoyo formativo, GAES se compromete con la especialidad ofreciendo audífonos y equipos médicos de primer nivel. El lanzamiento más reciente es el nuevo Signia Siemens Cellion, el audífono sin pilas más avanzado del mundo. Desarrollado por Sivantos, líder mundial en el sector de los audífonos recargables, este dispositivo es capaz de ofrecer una transmisión inalámbrica ilimitada de hasta dos días con una sola carga. En

el área de implantes hay también numerosas novedades, como el PONTO BHX con tecnología Biohelix™ que mejora aún más la fijación biomecánica y, al mismo tiempo, se promueve una osteointegración más fuerte y rápida con el hueso. El resultado es un anclaje óseo más fuerte que el propio hueso. PONTO también presenta su nueva cinta ajustable con la que las personas con pérdida auditiva pueden disfrutar de la reconocida calidad acústica del procesador de sonido PONTO sin necesidad de someterse a ningún tipo de cirugía. En implantes de oído medio, la novedad es el sistema Cochlear™ Carina, el único con un micrófono totalmente implantable y 100% invisible.

La calidad y fiabilidad de los productos y servicios de GAES está avalada por estudios especializados, como el realizado por el Hospital Universitario de Gante (Bélgica), que concluye que el implante Kanso de Cochlear™ es una buena alternativa para los niños. Por su parte, un informe de fiabilidad con los últimos datos de todos los implantes Nucleus registrados (por encima de 300.000) pone de manifiesto que las Series Nucleus Profile presentan una tasa de supervivencia acumulada combinada (adultos y niños) del 99,94%, mientras que las Series Nucleus CI24RE alcanzan una tasa de supervivencia acumulada combinada (adultos y niños) del 99%. Calidad, fiabilidad y máximo beneficio clínico para los pacientes.

SUMARIO

03 Editorial / 04 Actualidad / 17 Formación médica continuada / 37 Novedades de producto /
44 Entrevista a Dr. Gonzalo González Zúñiga / 46 Entrevista a Dres. Margaret y Pawel J. Jastreboff /
48 Noticias del sector / 54 GAES Solidaria / 57 Agenda

▶ TENERIFE, 3 DE JUNIO DE 2017



XXVIII REUNIÓN ANUAL SOCIEDAD CANARIA DE ORL Y PATOLOGÍA CERVICAL



De izquierda a derecha: Iban Rodríguez, de GAES; Dr. Francisco Redondo, presidente de la Sociedad Canaria de ORL; Jordi Roqué, de GAES, y Dra. Heidi García Martín, 1º premio por su trabajo "Cordectomía láser en el cáncer glótico. Experiencia del HUNSC en los últimos 10 años".

Martín por su trabajo "Cordectomía láser en el cáncer glótico. Experiencia del HUNSC en los últimos 10 años".

El segundo y tercer premio fueron, respectivamente, para la Dra. Patricia del Carmen Rodríguez Gil por su trabajo "Cervicotomía en cabeza y cuello. Correlación citohistológica. Nuestra experiencia" y la Dra. Alejandra Mercedes Arenas Rodríguez por "Adenitis cervical por microbacterias no tuberculosas en población pediátrica". ✓

El Hotel Mencey de Tenerife acogió esta cita anual de la Sociedad Canaria de ORL y patología cervical. El programa científico de la jornada incluyó mesas redondas que permitieron la participación en debates y discusiones, dando a todos los asistentes la oportunidad de contrastar observaciones, ideas, hipótesis, resultados en temas trascendentes, como casos difíciles en otosclerosis o nariz y cirugía endoscópica, por ejemplo, y haciendo el encuentro de interés para los asistentes.

Durante la reunión se hizo entrega de los Premios Juan Gassó Bosch, mediante los cuales **GAES quiere participar de manera directa en el apoyo de la formación e investigación en el ámbito de la ORL**. El primer premio fue para la Dra. Heidi García



De izquierda a derecha: Iban Rodríguez, de GAES; Dr. Francisco Redondo, presidente de la Sociedad Canaria de ORL; Dra. Patricia del Carmen Rodríguez Gil, 2º premio por su trabajo "Cervicotomía en cabeza y cuello. Correlación citohistológica. Nuestra experiencia"; Jordi Roqué, de GAES, y Dra. Alejandra Mercedes Arenas Rodríguez, 3º premio por su trabajo "Adenitis cervical por microbacterias no tuberculosas en población pediátrica".



De izquierda a derecha: Jordi Roqué, de GAES; Dr. Francisco Arias Marzán; Dr. Francisco Redondo, presidente de la Sociedad Canaria de ORL, e Iban Rodríguez, de GAES.

A la izquierda, Prof. Dr. Ángel Ramos y Prof. Dr. Manuel Manrique.

▶ CÁCERES, 16 DE JUNIO DE 2017



XXXII REUNIÓN DE LA SOCIEDAD EXTREMEÑA DE ORL

Organizada por el servicio ORL del Hospital San Pedro de Alcántara, de Cáceres, la reunión fue inaugurada por el Dr. Ceciliano Franco Rubio, director gerente del SES, y el Dr. Alfonso Ambel Albarrán, presidente de la Sociedad Extremeña de ORL y PCF. El acto comenzó con la conferencia "Cirugía Endoscópica Transoral Ultrasónica (TOUSS), por parte del Dr. Mario Fernández, jefe de servicio del Hospital Universitario del Henares, en Coslada (Madrid). Esta dio paso a las comunicaciones orales

para terminar con la Asamblea Ordinaria de la Sociedad Extremeña de ORL y PCF.

GAES estuvo presente en la cita con la concesión del **Premio Juan Gassó Bosch, dentro de su política de apoyo a la formación y desarrollo científico de la especialidad**. En esta ocasión resultó premiado el equipo constituido por los doctores A. Torrellas Pérez, R. Maoued al Maoued, C. García Recio y F. Ramos Puerto. El título del caso ganador es "Implantes osteointegrados; a propósito de un caso". ✓



De izquierda a derecha: Javier Montero, de GAES; Dr. Mario Fernández Fernández, Dra. Magdalena Sofía Aparicio Pérez y Dr. Alfonso Ambel Albarrán.



De izquierda a derecha: Dr. José Marcos, Dr. Fernando Sánchez, Dra. Rosario de Saa, Catalina García, de GAES, Dr. Julián López-Ríos, Dra. Gema Fernández, Dr. Manuel Rodríguez y Dr. Francisco Ramos.

De izquierda a derecha: Catalina García, de GAES; Dra. Alba Torrellas Pérez, la ganadora del Premio Juan Gassó Bosch por su trabajo "Implantes osteointegrados; a propósito de un caso"; Javier Montero, de GAES, y Dr. Alfonso Ambel Albarrán, presidente de la Sociedad Extremeña de ORL y PCF.



▶ ALBACETE, 2 Y 3 DE JUNIO DE 2017



XXII REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD CASTELLANO-MANCHEGA DE ORL

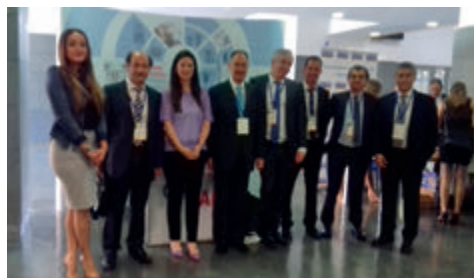
El Salón de actos de la Facultad de Medicina de Albacete albergó la reunión anual de la Sociedad Castellano-Manchega de ORL. La jornada del viernes transcurrió jalonada de mesas redondas y conferencias sobre cirugía endonasal endoscópica expandida 3D, nuevas tendencias en el tratamiento del acúfeno: 5htp o cirugía fibroendoscópica laríngea. Concluyó con la Reunión de la Sociedad Castellano-Manchega de ORL. El segundo día se realizaron las presentaciones de las comunicaciones orales, pósters y vídeos.

GAES estuvo presente en la cita con la **entrega del Premio Juan Gassó Bosch y con su presencia dejó patente, una vez más, su apoyo incondicional con la formación médica.** La ponencia “Implantes osteointegrados. Experiencia y resultados en el Hospital Universitario de Albacete” de los doctores Antonio Belinchón e Inmaculada Moreno fue la galardonada en esta edición. ✓

Abajo, de izquierda a derecha: Ana García, de GAES; Miguel Armengot Carceller, profesor titular de ORL de la Universidad de Valencia y jefe de servicio ORL del HU La Fe de Valencia; Alicia López, de GAES; Dr. Máximo Rafael García Rodríguez, jefe de servicio del Hospital Universitario de Albacete; Alfredo García Fernández, profesor asociado de ORL de la Universidad Complutense Madrid y jefe de sección ORL nariz-base de cráneo del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid; Eugenio Cárdenas Ruiz-Valdepeñas, neurocirujano del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla; Jaime Santos Pérez, profesor asociado de ORL de la Universidad de Valladolid y jefe de sección ORL nariz-base de cráneo del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, y José Luis Llorente Pendás, catedrático de ORL de la Universidad de Oviedo y jefe de servicio ORL del Hospital Universitario Central de Asturias.



Momento de la reunión castellano-manchega.



De izquierda a derecha: Dr. Antonio Belinchón, Alicia López, de GAES, y Dra. Inmaculada Moreno, ambos doctores ganadores del Premio Juan Gassó Bosch por su trabajo “Implantes osteointegrados. Experiencia y resultados en el Hospital Universitario de Albacete”.

▶ VITORIA-GASTEIZ, 19 Y 20 DE MAYO DE 2017



XXXI CONGRESO SOCIEDAD VASCA DE ORL

El Palacio de Congresos Europa de Vitoria-Gasteiz albergó la trigésimo primera edición del congreso anual de la Sociedad Vasca de ORL. El programa científico de este año contó con el desarrollo de dos cursos, uno sobre “Diagnóstico y tratamiento de la patología tiroidea” por parte de la Dra.

Nerea Egaña, del servicio de Endocrinología del Hospital Universitario de Donostia; los Dres. Imanol Castillo, Iñigo Luqui y José Antonio Martín Berra, del servicio ORL del Hospital de Zumárraga; O.S.I Goierri Alto Urola y el Dr. Ricard Simó, del servicio ORL y cirugía de cabeza-cuello y tiroidea de Guy's and St Thomas' Hospital NHS Trust en Londres. El segundo curso llevó por título “Cirugía del ronquido” y fue impartido por las Dras. Paula Martínez y Marina Carrasco, ambas del servicio ORL del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia.

GAES estuvo presente en el congreso, una vez más, en apoyo de la formación del especialista ORL mediante la concesión de los Premios Juan Gassó Bosch. La Dra. Sarai Albillos, médico residente del Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, fue ganadora del premio por el trabajo “Tratamiento quirúrgico del neurinoma del facial”, en el que también colaboraron los Dres. Mikel Oñate, José Ignacio Undabeitia, Luis Padilla y Javier Gómez. ✓



Junto a Mikel Varela, de GAES, y de izquierda a derecha, las Dras. Belén de la Iglesia y Ainhoa Tolosa.

Rubén Berroguí, de GAES, junto a la Dra. Sarai Albillos, médico residente del Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, ganadora del Premio Juan Gassó Bosch por su trabajo “Tratamiento quirúrgico del neurinoma del facial”.



► MADRID, DEL 10 AL 12 DE MAYO DE 2017

V CONGRESO DE RESIDENTES Y XII CONGRESO AMORL



El pasado 10 de mayo tuvo lugar el quinto congreso de residentes de la Asociación Madrileña de ORL en el Hospital Universitario Clínico San Carlos, cuyo presidente de honor fue Rafael Ramírez Camacho, del Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda. El congreso arrancó con el V Concurso de Casos Clínicos y seguidamente se desarrolló una mesa redonda que versó sobre cómo publicar eficazmente. La mesa estuvo compuesta por Rafael Ramírez Camacho como moderador, y por Lorena Sanz López, del Hospital de Torrejón; Antonio López Farré, de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, y Luis Lassaletta Atienza, del Hospital La Paz, como ponentes.

GAES, como viene siendo habitual, participa es este congreso de residentes fomentando la participación de los residentes en el terreno científico mediante la concesión del Premio Juan Gassó Bosch.

En esta edición resultó ganadora la Dra. Concepción Rodríguez Izquierdo, residente del Hospital de Móstoles, con el caso "Artritis reumatoide y obstrucción de la vía aérea superior".

Los dos días siguientes tuvo lugar el XII Congreso de la AMORL. Desarrollado en el mismo marco que el anterior congreso de residentes, contó con un completo programa científico en el que destacó la conferencia magistral "Cambios de paradigmas en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello: desde los años 50 hasta la actualidad" por parte del Dr. Joaquín Poch Broto, presidente de la RANM y catedrático emérito de la Universidad Complutense, y con la presentación y entrega de la ponencia oficial del congreso "Controversias y estrategias terapéuticas en el cáncer de laringe e hipofaringe" por parte de la Dra. M^a Cruz Iglesias Moreno, del Hospital Universitario Clínico San Carlos. ✓



De izquierda a derecha: Amador Cabrero, de GAES; Dra. Concepción Rodríguez Izquierdo, residente del Hospital de Móstoles y ganadora del certamen por su trabajo "Artritis reumatoide y obstrucción de la vía aérea superior"; Dr. Manuel Gómez Serrano, vicesecretario adjunto de la AMORL del Hospital Universitario Clínico San Carlos, y Dra. Carolina Alfonso Carrillo, vocal de la AMORL del Hospital La Paz.



Participantes en el XII Congreso de la AMORL.



GAES contó con un stand en el congreso.



Abajo, de izquierda a derecha: Dr. Juanjo Castejón, Dra. María José Lavilla, ganadora del Premio Alfonso Mateo por su trabajo "Participación incompleta tipo III. Hallazgos radiológicos de esta malformación coclear e implicaciones quirúrgicas"; Dra. Lourdes Alonso, Mariano Berdejo, de GAES, y Dr. Ramón Terre.

Xavier Puig, de GAES, en un momento de su presentación.



► CALATAYUD (ZARAGOZA), 13 DE MAYO DE 2017

REUNIÓN SOCIEDAD ARAGONESA ORL



La reunión de la Sociedad Aragonesa de ORL tuvo lugar en el Hospital Ernest Lluch Martín de Calatayud. La jornada arrancó con la presentación de diversas comunicaciones de carácter científico sobre temas de la especialidad. Los temas que más interesaron a los ponentes fueron los relacionados con oncología y cirugía de cuello, utilidad del PET en la actualidad. Se habló de rinoplastia, tanto estética como reconstructiva y funcional. En cuanto a temas audiológicos, fueron muy interesantes las exposiciones sobre malformaciones óticas y el perfeccionamiento de la radiología para su diagnóstico así como las posibilidades cada vez mayores de los implantes cocleares. En este contexto, **la Dra. María José Lavilla ganó el Premio Alfonso Mateo patrocinado por GAES a la mejor comunicación titulada "Participa-**

ción incompleta tipo III. Hallazgos radiológicos de esta malformación coclear e implicaciones quirúrgicas". Con actuaciones de este tipo, GAES siempre está presente en el apoyo con la formación de los profesionales ORL.

El Dr. Alfonso Mateo, fallecido el pasado 10 de enero, estuvo muy presente en toda la reunión. Muy emotivo fue el homenaje que le dedicó el Dr. Tisner al acabar una magnífica comunicación sobre osteogénesis imperfecta e hipoacusia, que le disputó el premio a la Dra. Lavilla en una complicada decisión para el jurado. Al sentimiento de agradecimiento al Dr. Mateo se sumó el resto de los presentes, sobre todo los que tuvieron el placer de conocerlo. La representación de residentes ORL aragoneses hizo pleno en la cita. ✓

► SALAMANCA, DEL 1 AL 3 DE JUNIO DE 2017



XXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD OTORRINOLARINGOLÓGICA DE CASTILLA Y LEÓN, CANTABRIA Y LA RIOJA

El día 1 tuvo lugar el pre-congreso organizado por GAES con el desarrollo de una conferencia magistral sobre “Implante vestibular” por parte de la Dra. Angélica Pérez Fornos, directora científica del Centro de Implantes Cocleares para franco-parlantes del Hospital Universitario de Ginebra. Seguidamente, la conferencia de GAES “Última tecnología en soluciones auditivas Integrales”, por parte de Isabel García y Josep Parés, ambos de GAES, cerró el contenido científico de la jornada, momento en el



que sortearon entre los asistentes tres becas para acudir al 68º Congreso Nacional de la SEORL en Madrid, que tendrá lugar del 10 a 12 de noviembre de 2017.

Ya en el congreso oficial celebrado durante los dos días siguientes en Salamanca, **GAES colaboró con la concesión del Premio Juan Gassó Bosch** a la Dra. Carmen Sánchez Blanco, del Complejo Hospitalario de Salamanca, por el trabajo “Implicaciones del reflejo vestibulo-ocular en la rehabilitación vestibular” autores: Carmen Sánchez Blanco; Erwin Racines Álava; María Marco Carmona; Enrique González Sánchez; Santiago Santa Cruz Ruiz; Ángel Batuecas Caletrio. De esta manera GAES dejó patente, una vez más, **su compromiso de colaboración para incentivar la formación entre los especialistas de ORL**. ✓

Isabel García, de GAES, durante su intervención.



De izquierda a derecha: Dr. Enrique González Sánchez, adjunto del Complejo Hospitalario de Salamanca; Dr. Ángel Muñoz Herrera, jefe de servicio ORL del Complejo Hospitalario de Salamanca; Miriam Acevedo, de GAES; Dra. Angélica Pérez Fornos, directora científica del Centro de Implantes cocleares para franco-parlantes del Hospital Universitario de Ginebra; Dr. Juan Luis Gómez González, anterior jefe de servicio ORL del Complejo Hospitalario de Salamanca y expresidente de la Sociedad ORL Castilla y León, Cantabria y la Rioja; Dr. Ángel Batuecas Caletrio, adjunto del Complejo Hospitalario de Salamanca, y José Rodríguez, Josep Parés e Isabel García, de GAES.

De izquierda a derecha: Dra. Carmen Sánchez Blanco, del Complejo Hospitalario de Salamanca integrante del equipo ganador del Premio Juan Gassó Bosch por el trabajo “Implicaciones del reflejo vestibulo-ocular en la rehabilitación vestibular”; Dr. Enrique González Sánchez, presidente del XXV Congreso de la Sociedad ORL de Castilla y León, Cantabria y La Rioja, y José Rodríguez González, de GAES.



► SANTIAGO DE COMPOSTELA (LA CORUÑA), 16 DE JUNIO DE 2017



XLVI REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE ORL Y PCF

En la Facultad de Medicina (Aula Castelao) se desarrolló esta reunión cuyo comité organizador estuvo presidido por los doctores Juan Cajade Frías, Carlos Martín Martín y Andrés Soto Varela. Como conferenciantes invitados estuvieron presentes los doctores Ezequiel Barros (Lisboa), Victor Certal (Oporto) y Jaime Santos (Valladolid). Las comunicaciones orales ocuparon gran parte del programa científico que incluyó, además, la conferencia del Dr. Barros y un Simposium sobre “Cirugía endoscópica nasosinusal en patologías infrecuentes” y un segundo sobre

“Síndrome de apnea obstructiva del sueño”.

GAES estuvo presente en la reunión y pudo mostrar sus últimas novedades en audífonos, implantes y electromedicina, además de su compromiso con la formación y el desarrollo científico mediante la concesión de los Premios Juan Gassó Bosch. La Dra. Clara García Bastida fue la galardona en esta ocasión por su trabajo “Nuestra experiencia en la dacriocistorrinostomía endoscópica transcanalicular asistida con láser de diodo”. ✓



Dra. Clara García Bastida (a la izquierda), ganadora del Premio Juan Gassó Bosch por su trabajo “Nuestra experiencia en la dacriocistorrinostomía endoscópica transcanalicular asistida con láser de diodo” junto a Mónica Eiras, de GAES (a la derecha).

De izquierda a derecha: Dr. Jaime Santos Pérez, José Rodríguez González, de GAES; Dr. Andrés Soto Varela, Dr. Carlos Martín Martín y Dr. Juan Cajade Frías.



De izquierda a derecha: José Rodríguez, de GAES; Dr. Antonio Lirola Delgado y Roberto Pereira, de GAES.





En esta ocasión las galardonadas fueron las Dras. Cristina Zulueta Santos por su trabajo "Laringomalacia" y Laura Álvarez Gómez por "Tratamiento de SAHS moderado-severo. Estimulación del nervio hipogloso". Recogió el premio (a la izquierda) el Dr. Octavio Garaycochea, R2 de la Clínica Universidad de Navarra, de manos de Rubén Berroguí, de GAES (a la derecha).

► PAMPLONA, 16 DE JUNIO DE 2017

REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN NAVARRA DE ORL

El Colegio de Médicos de Navarra fue el lugar de celebración de esta reunión anual cuyo comité científico estuvo presidido por el Dr. Francisco Javier Cervera-Paz. Tras la presentación la cita se inició con las comunicaciones orales sobre temas de actualización en ORL para continuar con las dos ponencias impartidas por el Dr. Javier Cervera Escario sobre "Atresia de coanas" y "Papilomatosis laríngea". Seguidamente tuvo lugar la asamblea general de la ANAORL.

La reunión navarra contó, una vez más, con la participación de GAES que, siguiendo con su política de apoyo al desarrollo científico de la especialidad, concedió dos nuevos Premios Juan Gassó Bosch.

En esta ocasión las galardonadas fueron las Dras. Cristina Zulueta Santos por su trabajo "Laringomalacia" y Laura Álvarez Gómez por "Tratamiento de SAHS moderado-severo. Estimulación del nervio hipogloso". ✓

► BARCELONA, 11 Y 12 DE MAYO DE 2017



CURSO PRÁCTICO DE DISECCIÓN Y CIRUGÍA EN DIRECTO DE DISPOSITIVOS AUDITIVOS IMPLANTABLES

Dirigido por los Dres. Emilio García-Ibáñez y Luis García-Ibáñez, el curso estuvo destinado a cirujanos en desarrollo (no residentes) y especialistas ORL. Este curso tuvo lugar en la sede del Instituto Otológico García-Ibáñez y contó con sesiones teóricas sobre el estado actual, indicaciones, técnicas quirúrgicas y casos prácticos de los diferentes implantes auditivos, además de sesiones de disección práctica para la implantación de los sistemas auditivos y sesiones de cirugía en directo del implante coclear Nucleus Profile CI532 de Cochlear, el implante de oído medio CARINA de Cochlear y el implante osteointegrado PONTO de Oticon Medical.

El objetivo del curso fue conseguir que el ORL actualice sus conocimientos sobre las indicaciones y la adaptación de estos nuevos sistemas auditivos que los pacientes demandan y poder ofrecer así la mejor solución auditiva para cada caso. Los ponentes que asistieron fueron Dr. Juan Luis Quesada, Dra. Elena Hernández, Dra. Astrid Cordon y, por parte de GAES, Beatriz Pradel, Lara Román y Josep Parés. ✓



Dr. Luis García-Ibáñez, en la imagen, codirector del curso junto a Emilio García-Ibáñez.



Josep Parés, de GAES.



Lara Román, de GAES



Beatriz Pradel, de GAES.



El curso contó con sesiones de cirugía en directo.



Sesiones de disección práctica para la implantación de los sistemas auditivos.



En las prácticas de los talleres con Mario Vicente, de GAES.



Mario Vicente, de GAES, en un momento de su intervención.

▶ BARCELONA, 9 DE JUNIO DE 2017

CURSO DE AUDIOMETRÍA PARA ENFERMERÍA ORL

El auditorio Juan Gassó Bosh de la sede central de GAES en Barcelona acogió esta nueva edición del Curso para Enfermería ORL. Tras la bienvenida por parte de GAES médica y la intervención de GAES Solidaria, **el Dr. Miguel Caballero, del Hospital Clínico de**

Barcelona, hizo una introducción sobre anatomía, fisiología y sonido, que sirvió de arranque de la parte teórica. Desde estas páginas, GAES quiere agradecer su participación en la jornada. El encuentro continuó con la explicación de pruebas diagnósticas (vía aérea, vía ósea,

logoaudiometría, enmascaramiento) y tipos de pérdidas, a cargo de Mario Vicente, de GAES. Finalizada la parte teórica se dio paso a la realización de ejercicios sobre tipos de pérdida y enmascaramiento, también por parte de Mario Vicente. Después de la pausa para la comida y la

visita a la sede de la compañía, se desarrollaron las prácticas de audiometría y enmascaramiento por parte de GAES médica.

Como en cada edición, GAES quiere dar las gracias a los participantes en esta jornada formativa. ✓




En las prácticas de los talleres con Xavier Puig, de GAES.

El Dr. Miguel Caballero, del Hospital Clínico de Barcelona, hizo una introducción sobre anatomía, fisiología y sonido, que sirvió de arranque de la parte teórica. Desde estas páginas, GAES quiere agradecer su participación en la jornada.



De izquierda a derecha: Dr. Isam Alobid, Dr. Juan Ramón Gras Albert, Dr. Humbert Massegur, Dr. Mustafa Kadiri, Dr. Juan Manuel Ademà, Silvia Balmori, de GAES; Dr. Gustavo Hadad, Dr. Manuel Bernal Sprekelsen, Dr. Juan Ramón Gras Cabrerizo y Mario Vicente, de GAES.

▶ BARCELONA, 12 DE MAYO DE 2017 

II CURSO DE RECONSTRUCCIÓN DE LA BASE DEL CRÁNEO CON COLGAJOS NASALES PEDICULADOS



Organizado de manera conjunta por los servicios de ORL del Hospital Sant Pau y Hospital Clínic (Barcelona), el curso fue dirigido por los Dres. Isam Alobid y Juan Ramón Gras y contó con la participación del Dr. Gustavo Hadad como invitado. En este curso se revisaron en piezas anatómicas las referencias anatomoquirúrgicas y la vascularización del septum nasal y la pared lateral nasal. Cada participante tuvo la oportunidad de realizar todo tipo de colgajos vascularizados

con la ayuda de un bisturí eléctrico portátil. Dicha disección fue supervisada por el profesorado. El Dr. Hadad, el inventor de la mayoría de estos colgajos, fue el encargado de explicar los pasos a seguir. El objetivo marcado fue que los cursillistas realizaran una disección anatómica de los principales colgajos nasales pediculados en cadáver fresco inyectado, que permitió tener una precisa visión anatómica para poder aplicarla en la reconstrucción de defectos de la base de cráneo. ✓



Participantes en el II Curso de reconstrucción de la base del cráneo con colgajos nasales pediculados.



Momentos del desarrollo del curso.

▶ BARCELONA, 1 Y 2 DE JUNIO DE 2017



XXVIII CURSO PRÁCTICO DE DISECCIÓN, MICROCIRUGÍA ENDONASAL Y CIRUGÍA ENDOSCÓPICA RINOSINUSAL

Organizado por el Dr. M. Kadiri, del servicio ORL del Hospital Dos de Maig de Barcelona, y dirigido por los doctores M. Kadiri, H. Massegur y J.M. Ademà. El curso contó con la colaboración especial de la cátedra de Anatomía (Prof. M. Monzo) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

Cada uno de los asistentes dispuso de dos piezas anatómicas congeladas para llevar a cabo todas las técnicas quirúrgicas endonasales, bajo la dirección y control de los profesores y monitores del curso. ✓



Participantes del XXVIII Curso práctico de disección, microcirugía endonasal y cirugía endoscópica rinosinusal.

La sede del curso fue la Sala de Disección de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Cursillistas durante el desarrollo de la formación.



▶ MANISES (VALENCIA) 5 DE MAYO DE 2017



REUNIÓN DE LOS SERVICIOS DE ORL DE LAS COMUNIDADES VALENCIANA, MURCIANA Y CASTELLANO-MANCHEGA

La reunión fue organizada por el Hospital de Manises y el propio hospital fue su sede. Presidida por el Dr. Anselmo Díaz Fernández contó con un comité organizador integrado por la Dra. Begoña Beaus, Dra. Soledad Frías, Dr. Vladimir Rubio, Dra. Ainhoa García-Lliberos, Dra. Virginia Ramos y Dra. Elena Pont. Como es habitual y fiel a su filosofía, la reunión contó con ponentes de los servicios

que integran las diferentes comunidades, exponiendo estos su experiencia en las patologías seleccionadas. También hubo lugar para mesas redondas sobre patologías que están provocando un aumento de los requerimientos en el momento actual, comunicaciones más específicas y, por supuesto, comunicaciones libres para dar cabida a todos los compañeros que quisieron mostrar su trabajo. ✓



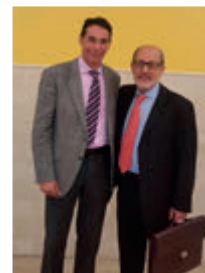
La jornada estuvo dirigida por el Dr. Bartolomé Scola.

▶ MADRID, 5 DE MAYO DE 2017



JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN ORL Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO. DR. BARTOLOMÉ SCOLA

La jornada estuvo dirigida por el Dr. Bartolomé Scola y tuvo como sede el auditorio del Hospital Universitario Gregorio Marañón, de Madrid. La cita sirvió para repasar, mediante el formato de mesas redondas, los aspectos más destacados de la especialidad. La influencia del Dr. Bartolomé Scola, no solo en estos temas sino en la ORL y CCC, ha significado un avance en el estudio y desarrollo de técnicas para tratar la patología del área ORL y la formación de una escuela de ORL. La jornada reunió a 60 asistentes de los diferentes hospitales de la comunidad de Madrid. El programa de actos incluyó un emotivo homenaje al Dr. Bartolomé Scola. ✓



De izquierda a derecha, Amador Cabrero (de GAES) y el Dr. Primitivo Ortega del Álamo.



A la derecha, el Dr. Anselmo Díaz Fernández, presidente del comité organizador y jefe de servicio ORL del Departamento 23 del Hospital de Manises, junto con Alicia López y Javier Peralta, ambos de GAES.



Participantes en la reunión interhospitalaria.

► LÉRIDA, 3 DE JUNIO DE 2017



REUNIÓN INTERHOSPITALARIA DE LOS SERVICIOS ORL DE LOS HOSPITALES DE ARAGÓN Y CATALUÑA

Organizada por el servicio ORL del Hospital Santa María de Lérida, y con sede en el Aula Magna del Campus de Ciències de la Salut del Hospital Santa María de la Facultad de Medicina, la reunión se estructuró en torno a dos mesas de comunicaciones libres. Dentro de ellas, GAES participó con la comunicación “Soluciones auditivas integrales”. Tras la presentación de las comunicaciones, una discusión coloquio sobre los contenidos presentados cerró ambas mesas. ✓

Desarrollo de la reunión interhospitalaria de los servicios ORL de los hospitales de Aragón y Cataluña. GAES participó con la comunicación “Soluciones auditivas integrales”.



Josep Parés, de GAES, mostrando un vídeo de la técnica MIPS durante su ponencia en la XX Jornada Asturiana ORL sobre el Implante osteointegrado PONTO.

Asistentes a la reunión asturiana.

► MIERES (ASTURIAS), 16 DE JUNIO DE 2017



XX JORNADA ASTURIANA DE ORL

La cita estuvo organizada por el servicio ORL del Hospital Vital Álvarez-Buylla. Después de la bienvenida y presentación de la jornada por parte de la Dra. Begoña de Poo Meré, gerente del Área Sanitaria VII, se dio paso a las comunicaciones orales. Varias ponencias y presentaciones ocuparon la mañana sobre diversos temas de interés como “Tratamiento de la sintomatología respiratoria tras laringectomía total” o “Indicaciones actuales de los implantes cocleares”, entre otros. **Por parte de GAES intervino Josep Parés, que habló sobre “Actualización de los sistemas implantables osteointegrados”.** ✓



▶ GIJÓN, DEL 3 AL 5 DE MAYO DE 2017



XI CURSO SEPTORRINOPLASTIA

El curso estuvo dirigido por el Dr. Miguel A. Mancebo Allende, codirigido por la Dra. Marta E. Fernández Pello y organizado por el Dr. Federico Arrutia. La sede del mismo fue el salón de actos del Hospital de Cabueñes en Gijón. En cada una de las tres jornadas que integraron el curso se presentaron casos clínicos con cirugía en directo. Mesas redondas en las que poder hacer puestas en común, junto a las ponencias de interés, dejaron satisfechos a los cursillistas con el rendimiento del curso. ✓



De izquierda a derecha: Dr. José Miguel Villacampa, Dr. Eduardo Morera, Dr. Hossam Foda, Dr. Federico Arrutia, Sonia Suárez, de GAES, Dr. Miguel A. Mancebo Allende, Dr. Néstor Galindo, Dr. Javier Galindo y Dr. Jaime Sanabria.

▶ BARCELONA, 6 DE OCTUBRE DE 2017

SEMINARIO SOBRE ACTUALIZACIÓN Y TENDENCIAS EN PATOLOGÍA VESTIBULAR

GAES médica ha celebrado recientemente un seminario sobre "Actualización y tendencias en patología vestibular". El encuentro contó con interesantes ponencias a nivel teórico a cargo de los Dres. Nicolás Pérez, Eusebi Matión y Leonel Luis, en las que se abordaron interesantes cuestiones: desde el manejo inicial del paciente con vértigo o inestabilidad hasta la exploración clínica y el tratamiento médico, sus indicaciones y controversias. En jornada de tarde se impartieron varios talleres prácticos que trataron sobre las técnicas vHIT y VEMP, con el Dr. Leonel Luis, y las maniobras en VPPB, con la Dra. Esther Domènech. ✓

▶ MADRID, DEL 18 AL 20 DE MAYO DE 2017



XIV CONGRESO NACIONAL DE AUDIOLOGÍA 2017- AEDA

El XIV Congreso Nacional de la Asociación Española de Audiología se celebró en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. La gran novedad de este congreso fueron las cuatro "master class" desarrolladas. Fue una interesante actividad previa a las dos jornadas dedicadas a los programas científico y satélite. Se celebraron el día 18 de mayo en jornada de tarde y se abordaron los hallazgos actuales más relevantes en electrofisiología e implantes cocleares, dos temas fundamentales en audiología y clínica diaria. GAES, desde estas líneas, quiere mostrar su agradecimiento al Dr. Carlos Cenfor, del servicio ORL del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid, y a Mariví Calvo, del Colegio La Purísima de Zaragoza, su participación en la "master class" clínica (implante coclear, cirugía) realizada por GAES durante el Congreso AEDA.

la audición, audiología, y lenguaje. El programa científico recoge los avances y relaciones entre la estructura y la función, así como las alteraciones estructurales y su implicación en patologías auditivas afines relacionadas con audición. El programa satélite, en horario paralelo al programa científico, recogió las presentaciones de producto, charlas y talleres técnicos.

En él participó GAES con su taller sobre la Plataforma Starkey Synergy y Metodología Multiflex en el tratamiento de los acúfenos, a cargo de Laura Linuesa y Javier Valverde, de GAES.

Synergy es la nueva plataforma de audífonos de Starkey (Muse, Sound-Lens y Halo 2) que incluye un nuevo hardware, un nuevo sistema operativo y un nuevo software de adaptación. Esta combinación permite tener unos audífonos con excelentes prestaciones. Además, GAES contó también en el congreso con un stand ✓

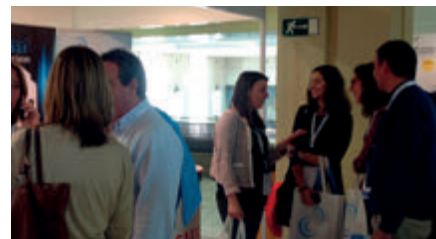
El lema para el congreso de este año fue "La audición periférica y central: fisiología, patología y rehabilitación" y resume el contenido del programa científico que versó principalmente sobre investigación básica y clínica de

Intervención de Javier Valverde, de GAES, durante el taller de Starkey Synergy y Metodología Multiflex en el tratamiento de los acúfenos, a cargo de Laura Linuesa y Javier Valverde, de GAES.



Laura Linuesa y Javier Valverde, ambos de GAES, durante su participación en el taller de Starkey Synergy.

De izquierda a derecha: Miguel Mauduit, Patricia Oñoro, María Pascual, Francesc Carreño y Javier Montero, todos ellos de GAES.



Stand de GAES en el congreso de AEDA.



ARGENTINA

► ROSARIO, DEL 10 AL 13 DE MAYO DE 2017

III CONGRESO INTERNACIONAL DE FONOAUDIOLOGÍA

GAES estuvo presente en la escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario ofreciendo información sobre su nueva gama de productos, la nueva tecnología de los audífonos y presentando los productos de electromedicina de las marcas Interacoustics y Optomic.

El congreso se centró en casos de interés clínicos fonoaudiológicos, desarrollo del lenguaje, evolución de los audífonos y el procesamiento auditivo central, entre otros temas de gran interés. **Asimismo, GAES participó brindando un workshop sobre la nueva tecnología PRIMAX de los audífonos a cargo de Corina Morange.** ✓



GAES estuvo presente en el congreso con su stand ofreciendo información sobre su nueva gama de productos.



GAES participó brindando una charla sobre timpanometría de banda ancha a cargo de la fonoaudióloga Mónica Matti.

► CÓRDOBA, DEL 19 AL 21 DE ABRIL DE 2017

XIX CONGRESO ARGENTINO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y FONOAUDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

GAES estuvo presente en el XIX Congreso Argentino de Otorrinolaringología y Fonoaudiología Pediátrica, XV Jornadas de Audiología y Rehabilitación y XIII Jornadas de ORL para Pediatras, que se llevó a cabo del 19 al 21 de abril en las instalaciones del Córdoba Sheraton Hotel a cargo de la Asociación Argentina de Otorrinolaringología y Fonoaudiología Pediátrica (AAOFP). En esta ocasión se presentaron

audífonos para pacientes pediátricos y productos de electromedicina de las marcas Optomic e Interacoustics.

El congreso se centró, fundamentalmente, en información de interés en implantes cocleares y su evolución. **GAES participó brindando una charla sobre timpanometría de banda ancha a cargo de la fonoaudióloga Mónica Matti.** ✓



CHILE

► VITACURA, DEL 23 AL 26 DE ABRIL



VII CONGRESO IBEROAMERICANO DE IMPLANTES COCLEARES Y CIENCIAS AFINES

Del 23 al 26 de abril tuvo lugar el congreso internacional GICCA 2017 con sede en el Hotel Intercontinental de Vitacura. El encuentro convocó a más de 800 profesionales de la audición de 24 países, quienes compartieron experiencias clínicas, tendencias e investigaciones científicas de la especialidad audiológica.

GAES expuso un stand durante los cuatro días del congreso para mostrar equipamientos de electromedicina de la marca Optomic, así como audífonos y el implante osteointegrado PONTO de Oticon Medical.

Por parte de GAES Chile participaron Alfonso Mostajo, Daniel Espinoza, Mauricio Olivares, Ismael Vergara, Luciano García, Pamela Muñoz, Gloria Sanguinetti, Hernán Alarcón y Pedro Salinas. De GAES Barcelona asistieron Luis Sanz y Albert Calvo. ✓



GAES estuvo presente con un stand en el congreso internacional GICCA 2017.

En el stand de GAES se sortearon inscripciones para el curso on-line de Formación Continuada de Presbiacusia.



El stand de GAES en el Curso Internacional ACORL recibió gran número de asistentes.



COLOMBIA

► CARTAGENA, DEL 2 AL 4 DE MARZO DE 2017



CURSO INTERNACIONAL DE ORL ACORL

Con sede en el centro de convenciones Las Américas, de Cartagena, se celebró este curso organizado por la Asociación Colombiana de ORL, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial ACORL. El encuentro contó con la participación de 518 asistentes, 100 profesores y 29 patrocinadores.

La participación de GAES estuvo compuesta por Elena Santaclara, Mauricio Ospina, Luis Moya y Diego Garzón, todos ellos de GAES Colombia. Según la ACORL, la finalidad del curso fue "integrar a los especialistas del área,

favorecer su desarrollo profesional y el ejercicio digno, honesto y ético de su actividad para promover, a través de la excelencia, el bienestar de la comunidad, ya que estos eventos generan oportunidades de actualización con altos estándares de calidad, contribuyen al posicionamiento y desarrollo de las marcas, basados en relaciones de confianza y beneficio mutuo".

Al finalizar el evento se sortearon 10 inscripciones para el curso on-line de Formación Continua de Presbiacusia, y se entregaron 6 inscripciones más a profesionales en la ciudad de Bogotá. ✓

ECUADOR

► QUITO, 29 Y 30 DE MARZO DE 2017



TALLER DE SISTEMA AUDITIVO OSTEOINTEGRADO PONTO

En el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil y el Hospital Eugenio Espejo de Quito se desarrollaron estos talleres sobre el sistema auditivo osteointegrado PONTO para otorrinolaringólogos y fonoaudiólogos de Ecuador. Los profesionales ORL contaron con todo el instrumental necesario para realizar la técnica MIPS (técnica mínimamente invasiva). Tanto en Quito como en Guayaquil se prepararon salas para prácticas y se organizaron grupos de trabajo para revisar en detalle la técnica quirúrgica MIPS. En la cita participó el Dr. Felipe Palma, clinical specialist and education coordinator de Oticon Medical, además de doctores de otros centros como la Dra. Virginia Cabrera (Hospital Abel Gilbert), el Dr. Wilter Zambrano (Hospital IESS Guayaquil) y el Dr. Antonio Matamoros (Hospital Luis Vernaza), entre otros. Por parte de GAES estuvieron presentes Freddy Vera, José Sandoval y Luz Sandra Galindo. ✓



Los participantes en el taller contaron con todo tipo de instrumental necesario para realizar la técnica MIPS, aplicándola sobre una cabeza porcina.



Distintos momentos del desarrollo del taller.

FRANCIA

► LION, 16 DE MAYO DE 2017



LIVE INTERNATIONAL OTOLARYNGOLOGY NETWORK (LION) THE 12TH GLOBAL OTOTOLOGY-NEUROTOLOGY LIVE SURGICAL BROADCAST

El pasado mes de mayo tuvo lugar la conferencia mundial de otología. En ella se pudieron seguir más de 30 operaciones en directo de cirugía otológica, implantes y otoneurocirugía realizadas por distintos ORL en todo el mundo desde su propio quirófano. Los participantes tuvieron dos canales simultáneos de cirugía en directo en tiempo real y un panel de debate. La cita contó con la participación del Dr. Miguel Aristegui con una cirugía de "Neurinoma del Acústico" realizada en directo desde el Hospital Universitario Gregorio Marañón. Los interesados pudieron seguir la conferencia mundial de otología en www.lion-web.org ✓



► PARÍS, DEL 24 AL 28 DE JUNIO DE 2017

21TH IFOS - ENT WORLD CONGRESS

IFOS (International Federation of ORL Societies) es una organización creada en el año 1965 y está integrada por unos 50.000 especialistas ORL pertenecientes a 120 países. Cada cuatro años celebra su congreso mundial y en esta ocasión París fue la ciudad seleccionada. La convocatoria de este año nació con un triple objetivo: diversidad, innovación, evaluación. Diversidad de prácticas y recursos a lo largo de todo el mundo, innovación para unir la ciencia básica y la investigación clínica, y evaluación de la calidad de la asistencia, dirigida a guías de práctica clínica mundiales.

El Congreso IFOS fue una vez más una reunión de expertos de todo el mundo con mesas redondas, paneles, cursos de formación, presentaciones orales, carteles, audiovisuales, etcétera, del máximo interés científico. Algunos especialistas españoles participaron en la cita de este año en París, como los doctores A. Ramos (executive board membre), T. Sacristán (counsellor), F. Antolí-Candela (counsellor), L. M. Gil-Carcedo (international advisory member), y las doctoras L. Álvarez Gómez y R. Manrique Huarte, junto con los doctores M. Manrique y J. de Abajo (con la presentación de una comunicación oral). ✓



El Palacio de congresos de París fue la sede del 21th IFOS - ENT World Congress.

PORTUGAL

► LISBOA, DEL 25 AL 28 DE MAYO DE 2017



13TH EUROPEAN SYMPOSIUM ON PEDIATRIC COCHLEAR IMPLANT - ESPCI 2017

El pasado mes de mayo tuvo lugar en Lisboa el ESPCI 2017 en el que participaron relevantes ponentes como el Dr. Ángel Ramos, el Dr. Xabier Altuna y la Dra. María José Lavilla, entre otros. En la cita otorrinolaringólogos de toda Europa pudieron conocer las últimas novedades de la marca Cochlear. ✓



El Dr. Xabier Altuna en un momento de su ponencia.

La Dra. María José Lavilla también participó en la edición de este año del ESPCI.



Intervención del Dr. Ángel Ramos.

13th European Symposium on Pediatric Cochlear Implant - ESPCI 2017.

► VIANA DO CASTELO, 5 A 7 DE MAIO DE 2017

64º CONGRESSO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO FACIAL



Entre os dias 5 a 7 de Maio, a cidade de Viana do Castelo recebeu no Centro de Congressos no antigo Forte de Santiago da Barra, o 64º Congresso da SPORL-CCF, oferecendo história, natureza e simpatia própria desta região do Minho.

A participação ascendeu aos 500 médicos especialistas do Norte, Centro e Sul e Ilhas de todo o país e também alguns colegas da Galiza. O programa científico esteve a um nível elevado, com as conferências,

comunicações livres, posters e prémios.

A GAES esteve presente pela 24ª vez, apresentando equipamento de electromedicina, e apresentação do Sound Demo com a tecnologia Signia da Siemens.

Aproveitamos para felicitar a comissão organizadora, os coordenadores Dr. Delfim Duarte e Prof. Jorge Spratley e o Presidente Dr. Ezequiel Barros, aguardamos o próximo Congresso 65º SPORL-CCF em 2018 na bonita cidade de Aveiro. ✓



Arriba, de izquierda a derecha, Teresa Oliveira, Filipa Almeida, Roberto Rodriguez, Dulce Paiva e Sandra Garcia.



De izquierda a derecha, Miguel Pinto e Dr. Nuno Oliveira.

► MONTARGIL, 19 E 20 DE MAIO DE 2017

REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE OTONEUROLOGIA



Nos passados dias 19 e 20 de Maio, desta feita em Montargil, decorreu mais uma reunião anual da Associação Portuguesa de Otoneurologia (APO), que se saldou com uma grande participação, tanto de especialistas como internos ORL e Neurologistas.

Para a actual direcção "a reunião anual reveste-se de enorme importância por se tratar da reunião magna onde se podem encontrar os principais especialistas

nacionais, debater conceitos e estratégias, fomentando a multidisciplinaridade e a aprendizagem inter-pares".

A presença de especialistas estrangeiros, nomeadamente os Drs Francisco Zuma e Maia e Hermínio Perez Garrigues, proporcionou ainda "um debate mais abrangente com a apresentação de novas estratégias diagnosticas e terapêuticas, mas também a possibilidade de estabelecer parcerias e encurtar distâncias". ✓



Dr. Fernando Vaz Garcia.

SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA

DRES. GARCÍA GIRALDA M (ORL), ALFARO JUÁREZ A (OFTALMOLOGÍA). | HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).

El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada es una enfermedad sistémica autoinmune, caracterizada por la aparición de uveítis, hipoacusia, alopecia, encefalitis y vitíligo. La reacción inflamatoria provocada por la alteración del sistema inmunitario afecta a diversos órganos ricos en pigmentos (úvea, retina y algunos pares craneales causantes de la pérdida de audición).

El primero en describirlo fue un médico árabe en torno al año 940 a. C. En 1906, Vogt, y en 1929, Koyanagi, describieron diversas modalidades del síndrome en pacientes que presentaban iridociclitis, meningoencefalitis asociada a vitíligo, poliosis (pestañas blancas), alopecia e hipoacusia. Por la misma época (1926) Harada describe el cuadro de un paciente con uveítis bilateral asociada a encefalitis, adoptándose

finalmente en 1951 la nomenclatura actual. La enfermedad suele comenzar con un episodio febril seguido de uveítis bilateral asociada a coroiditis y neuritis óptica. Puede acompañarse de hipoacusia neurosensorial y tinnitus, vitíligo, poliosis y alopecia, y en algunos casos incluso meningitis o encefalitis. Afecta más frecuentemente a personas de 20-50 años, de raza asiática e hispanoamericana y a mujeres el doble que a hombres.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente mujer hispanoamericana de 14 años que acude al servicio de urgencias por la persistencia de fiebre y aumento de malestar general, con síndrome febril de predominio vespertino de hasta 39,9°C, de aproximadamente 15 días de evolución.

Asocia desde el inicio del cuadro, dolor abdominal epigástrico, por lo que en visitas anteriores al servicio de urgencias se le ha solicitado ecografía abdominal y se han sacado serologías de virus, siendo todas ellas negativas. En las analíticas evolutivas llama la atención anemia normocítica normocrómica, linfopenia, así como plaquetopenia, alteraciones en coagulación y aumento progresivo de la PCR, por lo que se ingresa en el servicio de medicina Interna ante la sospecha de síndrome linfoproliferativo.

- Serología sistémicas/AI/otras: ANA, pANCA, cANCA, FR y CCP: negativos. ECA: normal (33.4 U/L; VR 20-70).
- Anticoagulante Lúpico y Ac antifosfolípido: negativos. Transglutaminasa negativo. Inmunoglobulinas normales.
- Cadenas ligeras normales. HLA-DRB1, HLA-DRB4, HLA-B*27: negativo, HLA-B*51: negativo.
- Serología infecciosas: VHB, VHC, VIH, CMV, VEB, VVZ, V sarampión, virus de la parotiditis, parvovirus virus toscana: negativos.

Borrelia burgdorferi, *Brucella*, *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Coxiella burnetii*, *Chlamydia pneumoniae*: negativos. *Bartonella henselae*: negativa. *Trypanosoma cruzi*: negativo. RPR: negativo.

- Hemocultivos: negativos.
- Cultivo esputo: BK negativo. Cultivo negativo. Virus de la influenza A y B negativo, Virus respiratorio sincitial: negativo.
- Urocultivo: negativo.
- Mantoux: negativo.
- Antigenuria Legionella, Neumococo y Leishmania negativos.
- Parásitos en heces: negativo. Estudio de LCR.
- Microbiología: cultivo bacterias negativo. VHS, VVZ, Toscana, enterovirus, parotiditis y parechovirus: negativos.
- Anatomía patológica: extendidos hiper celulares constituidos por leucocitos polimorfos fundamentalmente neutrófilos con presencia de linfomonocitos, sugerente de proceso infeccioso agudo.
- Rx de tórax: infiltrado intersticial bilateral, micronodular (miliar) de confluencia mayor en lóbulo derecho.
- Ecografía de abdomen normal.
- Ecocardiografía tt: derrame pericárdico posterior y sobre VD de grado ligero sin compromiso hemodinámico. Derrame pleural ligero. No evidencia de CIA ni CIV.
- TC con contraste I.V. de abdomen y de tórax: adenopatías axilares bilaterales y mediastínicas de 12 mm. No lesión pleuroparenquimatosa, excepto bronquiectasias bilaterales. Aumento de tejido linfóide a

nivel de aa. pulmonar derecha. Hepatomegalia, por aumento de LHI.

- RM cráneo: normal.
- Fibrobroncoscopia, (al mes de ingreso) bajo anestesia general por dificultades en el control y tolerancia de pruebas diagnósticas.
- Tomografía por Emisión de Positrones (PET), mediante rastreo tomográfico desde cráneo hasta región inguinal: normal.

EVOLUCIÓN Y CURSO CLÍNICO

Evolutivamente desarrolla síndrome uveomeningeo; meningitis linfocitaria con uveítis bilateral anterior granulomatosa y sordera neurosensorial bilateral con pérdida del 50% de la agudeza auditiva (figura 1).

Ante la sospecha de enfermedad autoinmune, Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) tipo II, por los problemas de visión y audición (no tiene vitíligo pero sí una pestaña blanca, poliosis) se decide tratamiento con corticoides, mejorando la clínica rápidamente en una semana, la audiometría casi se normaliza (figura 2) y mejora muy ostensiblemente del síndrome uveomeningeo, dándole el alta.

El tratamiento se realiza con: prednisona 40 mg, vía oral al día, durante una semana; para a continuación reducir la dosis 5 mg cada semana (4 semanas), luego cada cuatro semanas y, finalmente, seguir con 2,5 mg de mantenimiento, 6-12 meses hasta revisión.

Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada

Tratamiento ocular: dexametasona colirio 1mg/ml; 1 gota cada 4 horas durante 7 días, después 1 gota cada 6 horas hasta revisión por oftalmología. Además, para la anemia, hierro (II) sulfato 325 mg, durante un mes. Revisión en 3 meses.

No existen tests específicos para confirmar el diagnóstico, siendo este fundamentalmente clínico. Para ello se utilizan los criterios establecidos por la Sociedad Americana de Uveítis.

El diagnóstico se realiza mediante el examen ocular completo. Se indica angiografía, pruebas de laboratorio (hemograma, química sanguínea y estudios inmunológicos) y estudios de imagen y del líquido cefalorraquídeo de ser posible.

Los pacientes con síndrome de VKH completo deben presentar todos los criterios clínicos establecidos por la Sociedad Americana de Uveítis en 1978 y de la revisión realizada en 1999 por el Comité Internacional de VKH.

Los del tipo incompleto deben cumplir los primeros tres criterios además de presentar alteraciones neurológicas, auditivas o cutáneas y los del tipo probable sólo presentan alteraciones oculares.

Es importante el diagnóstico diferencial con otras enfermedades que presentan desprendimiento de retina exudativo bilateral como el síndrome

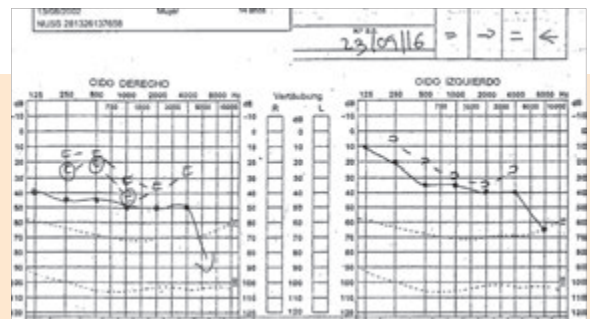


FIGURA 1: Hipoacusia brusca bilateral de tipo sensorial, de 45 db de pérdida media en OD y 35 db en el OI.

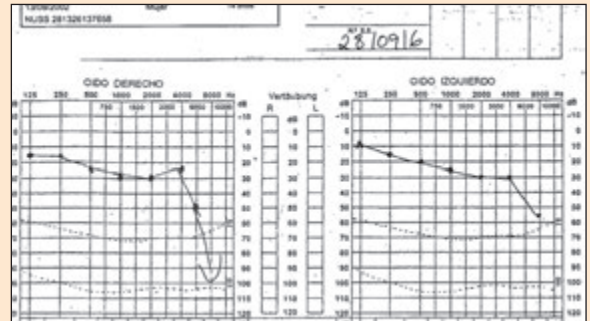


FIGURA 2: Mejora del umbral auditivo después de 5 días con tratamiento con corticoides.

DISCUSIÓN

La enfermedad de VKH consiste típicamente en 4 fases. La primera fase o prodrómica se caracteriza por manifestaciones neurológicas y auditivas; una segunda fase uveítica aguda con coroiditis difusa, desprendimientos exudativos de retina y papilitis; la tercera fase, crónica, caracterizada por despigmentación de diferentes estructuras tanto oculares como tegumentarias; y una cuarta fase, crónica recurrente.

Los hallazgos del examen clínico dependerán del estadio clínico de la enfermedad. Se clasifica, de acuerdo con el compromiso orgánico, en:

- Tipo I o probable: afectación ocular sin compromiso neurológico o dérmico.
- Tipo II o incompleto: hallazgos oculares y al menos una manifestación neurológica o dérmica.
- Tipo III o completo: signos oculares con dos o más manifestaciones neurológicas o dérmicas.

de infusión uveal, tumores (linfoma primario de células B), causas inflamatorias como escleritis posterior y vasculitis e infecciones como sífilis y toxoplasmosis y con la sarcoidosis.

Aunque no existe un tratamiento específico para la enfermedad de VKH, los síntomas, generalmente, pueden ser controlados por los corticosteroides y agentes citotóxicos.

El pronóstico visual de los pacientes es, generalmente, bueno si el diagnóstico es temprano y se prescribe un tratamiento adecuado de forma agresiva y mantenida en el tiempo. El síndrome VKH, a pesar de ser una enfermedad poco frecuente, presenta complicaciones importantes como la pérdida de la visión en pacientes jóvenes, por lo que su diagnóstico temprano se vuelve esencial para un mejor pronóstico.

Bibliografía

1. Zúñiga José H, Rodas Óscar M, Morales Ismael G. Síndrome de Vogt Koyanagi Harada, a propósito de un caso. ImedPub Journals. Archivos de medicina. ISSN 1698-9465, 2016, vol.12 no 1:1.
2. Gil Hernández MA, Abreu Reyes P, Hernández Brito A, Castellano Solanes J, Herrera Pinero R. Severe evolution of Vogt-Koyanagi-Harada disease. Archivos de la Sociedad Canaria de Oftalmología. 1986-1998.
3. Matsuda H, Sugiura S. Ultraestructural changes of the melanocyte in VKH syndrome and sympathetic ophthalmia. Jpn J Ophthalmol 1971; 15: 69-80.
4. Norose K, Yano A, Wang X, et al. Dominance of activated T cells and interleukin in aqueous humor in VKH syndrome. Invest Ophthalmol Vis Sci 1994; 35: 33-39.
5. Otani S, Sakurai T, Yamamoto K, Fujita T, Matsuzaki Y, Goto Y. Frequent immune response to a melanocyte specific protein KU-MEL-1 in patients with Vogt-Koyanagi-Harada disease. Br J Ophthalmol 2006; 90: 773-777.
6. Duke Elder S, Perkins ES. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome. In Duke Elder (ed): Diseases of the uveal Tract. Mosby 1996; Vol 9: 373-383.
7. Fishman R. Cerebrospinal fluid in diseases of the nervous system. Edit. Mills L.E. Ed. W.B. Saunders Co. Philadelphia. Pennsylvania 19106. Second Edition. pp.291, 1992.
8. De-Domingo B, Blanco MJ, Rodríguez-Cid MJ, Piñeiro A, Mera P, Capeáns MC. Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome. Archivo de la Sociedad Española de Oftalmología 2008; 83: 385-390.

MACROADENOMA HIPOFISARIO

PRODUCTOR DE HORMONA DEL CRECIMIENTO

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

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años de edad, con antecedentes de HTA. Dislipemia. Migrañas diagnosticadas hace 2-3 años. No alergias medicamentosas. Había consultado una semana antes por cefalea intensa y cervicalgia, que relacionó con las migrañas que habitualmente padece, consultó por visión borrosa, de predominio en ojo derecho. Fue diagnosticada de sinusitis y se inició tratamiento antibiótico. Desde entonces, refiere que no ve con el ojo derecho y la visión con el ojo izquierdo es borrosa. Acude al servicio de urgencias del hospital, donde, tras la realización de un TAC craneal, se aprecia tumoración de la silla turca que invade seno esfenoidal sugerente de macroadenoma hipofisario.

Es derivada al servicio de neurocirugía del hospital de referencia donde se practica RM craneal, que muestra: imágenes compatibles con voluminoso macroadenoma hipofisario, de 34 T x 34 AP x 25 CC mm, invasivo, principalmente, hacia celdillas etmoidales posteriores izquierdas y hacia el seno cavernoso izquierdo, donde rechaza hacia atrás y engloba circunferencialmente a la ACII. En el interior de la tumoración existen imágenes de alta susceptibilidad magnética que sugieren sangrado agudo-subagudo. Ocupa la cisterna supraselar donde comprime considerablemente el quiasma y porción prequiasmática de nervios ópticos, sobre todo el derecho. Cutis verticis gyrata que permite considerar como primera posibilidad macroadenoma productor de GH (hormona de crecimiento).

El paciente es intervenido con carácter urgente por compromiso visual por el servicio de ORL vía endoscópica transesfenoidal. Anatomía patológica: neoplasia epitelial formada por células semejantes a las adeno-hipofisarias, con red vascular prominente que muestra amplias áreas de infarto. Con la tinción para reticulina se observa pérdida

del patrón característico de la adenohipófisis normal. Las células neoplásicas son positivas para citoqueratina (CAM 5.2), con un patrón predominantemente en localización paranuclear, y para cromogranina. Además, se ha observado positividad inmunohistoquímica heterogénea y focal para GH. El índice proliferativo, determinado con la tinción para Ki67, aunque es difícil de determinar por la necrosis presente, es de un 1,58%, aproximadamente. Conclusión: adenoma productor de GH pobremente granulado con infarto masivo.

DISCUSIÓN

Los endocrinólogos clínicos utilizan a menudo la clasificación funcional de los adenomas hipofisarios y definen estos tumores basados en su actividad hormonal en vivo. Un examen retrospectivo de la literatura del adenoma hipofisario indica que los prolactinomas son, fácilmente, la forma más común de adenoma hipofisario, según lo determinan los criterios inmunohistoquímicos. Le siguen en orden descendente, los tumores que secretan la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), la hormona luteinizante (LH) y la hormona estimulante de la tiroides (TSH).

Los adenomas hipofisarios inactivos funcionales, sin embargo, comprenden aproximadamente de 30 a 35% de los tumores de hipófisis en la mayoría de las series y son el tipo más común de macroadenoma.

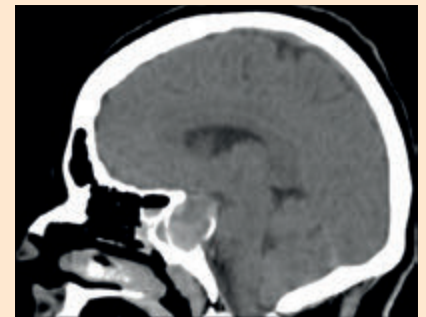


FIGURA 1: Corte tomográfico sagital que muestra la extensión al seno esfenoidal.



FIGURA 2: Corte axial tomográfico a nivel de la silla turca.

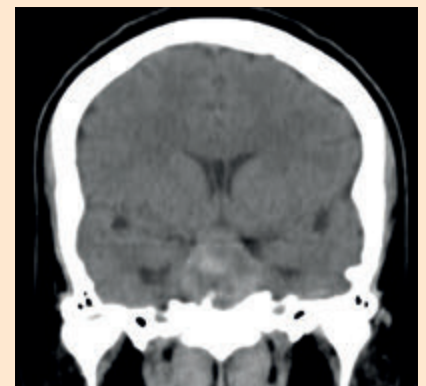


FIGURA 3: Corte coronal tomográfico a nivel de la tumoración.

LOS ENDOCRINÓLOGOS CLÍNICOS UTILIZAN A MENUDO LA CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LOS ADENOMAS HIPOFISARIOS Y DEFINEN ESTOS TUMORES BASADOS EN SU ACTIVIDAD HORMONAL EN VIVO.

Macroadenoma hipofisario productor de hormona del crecimiento

EN LOS PRODUCTORES DE GH, LA CURACIÓN COMPLETA ES POSIBLE SOLAMENTE TRAS UN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

En los productores de GH, la curación completa es posible solamente tras un tratamiento quirúrgico. La evaluación se realizará a los 3-6 meses: concentración de GH <46 pmol/l (<1 $\mu\text{g/l}$) en la prueba de tolerancia oral a la glucosa (los valores muestran una mínima concentración sérica de GH obtenida en cualquier punto de la prueba) y concentración de IGF-1 dentro del rango normal para el sexo y la edad.

Se considera enfermedad controlada (durante el tratamiento con análogo de somatostatina): si se mantiene la concentración sérica de GH <46 pmol/l (<1 $\mu\text{g/l}$) y disminuye la concentración de IGF-1 hasta el rango normal para el sexo y la edad.

Cirugía transesfenoidal es el método de elección (tras la preparación con un análogo de somatostatina de acción prolongada). Puede conseguir la curación completa.

El tratamiento farmacológico se realiza con análogos de somatostatina de acción prolongada:

Octreotide dosis inicial de 20 mg IM 1 x mes; si a los 3 meses la concentración de IGF-1 no vuelve al rango normal \rightarrow aumentar la dosis hasta 30 mg IM 1 x mes, o

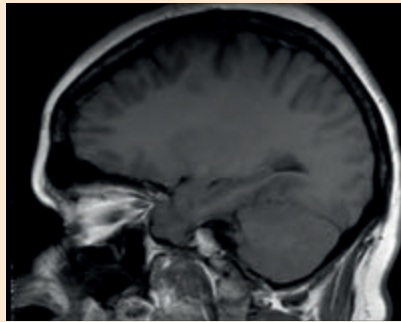


FIGURA 4:
Corte sagital de la resonancia magnética.

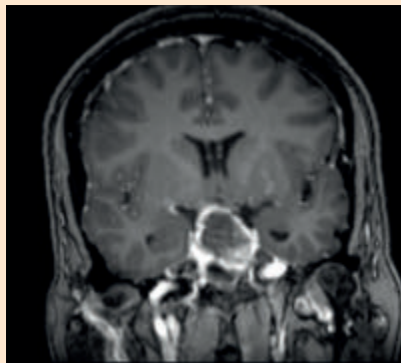


FIGURA 5:
Corte coronal de la resonancia magnética.



FIGURA 6:
Corte axial de la resonancia magnética.

lanreotida dosis de 60-120 mg VSc cada 4 semanas; si el tratamiento es eficaz, administrar una dosis de 120 mg VS cada 6 u 8 semanas.

1) antes de la resección del macroadenoma, especialmente en caso de infiltración de los tejidos adyacentes. En la mayoría de los casos se logra disminuir y en ~50% normalizar la concentración de GH, así como disminuir el tamaño del tumor y cambiar su consistencia, lo que facilita la resección completa.

2) tras la resección del macroadenoma, si la cirugía no ha sido eficaz.

3) en pacientes que no han sido sometidos a cirugía, por contraindicaciones o falta de acuerdo con paciente.

En caso de ineficacia de los análogos de somatostatina \rightarrow se debe añadir un fármaco dopaminérgico, antagonista de la hormona del crecimiento (pegvisomant), reoperar el tumor o, en última instancia, considerar la radioterapia.

La radioterapia estereotáxica o conformada puede servir de tratamiento complementario en caso de ineficacia del tratamiento quirúrgico y farmacológico.

En pacientes no tratados con acromegalia, la mortalidad debida a enfermedades del sistema cardiovascular, respiratorio y a enfermedades neoplásicas es 2-4 veces mayor que en la población general.



Bibliografía

Moreno B, Obiols G, Páramo C, Zugasti A. Guía clínica del manejo del prolactinoma y otros estados de hiperprolactinemia. Endocrinología y Nutrición 2005 (52): 9-18.

Gillam MP, Molitch ME, Lombardi G, Colao A. Advances in the treatment of prolactinomas. Endocr Rev 2006; 27: 485-534.

Suplemento de Acromegalia. Endocrinología y Nutrición 2005; 52 (supl 3): 1-57.

Diagnosis and treatment of acromegaly and its complications: consensus guidelines. J Endocrinol Invest. 2005; 28 (supl 11): 43-7.

Lucas T, Catalá M. Guía clínica del diagnóstico y tratamiento de la acromegalia. Endocrinología y Nutrición 2005 (52): 9-18.

Lucas T, Páramo C, Torres E, Catalá M, Gilsanz A, Moreno B, Obiols G, Picó A, Tortosa F, Varela C, Zugasti A, Villabona C. Guía clínica del diagnóstico y tratamiento del incidentaloma hipofisario. Endocrinología y Nutrición 2005; 52 (supl 3): 9-13.

Gilsanz A, Moreno B, Obiols G, Zugasti A, Catalá M, Lucas T, Páramo C, Picó A, Torres E, Tortosa F, Varela C, Villabona C. Guía clínica del diagnóstico y tratamiento de los tumores hipofisarios no funcionantes y gonadotropinomas. Endocrinología y Nutrición 2005; 52 (supl3): 3-19.

MIOEPITELIOMA DE PALADAR DURO

DRA. MATA FERRÓN M, CASTELLANO GARCÍA P. | HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ DE ÚBEDA (JAÉN).

El mioepitelioma es definido por la OMS como una neoplasia benigna de glándula salival, compuesto por islas o cordones de células con diferenciación mioepitelial, siendo la parótida el primer sitio de localización (40%), seguido de paladar duro y blando (21%).

Es importante mencionar que la localización intrabucal más frecuente de las neoplasias salivales es la parte posterior del paladar duro. El término mioepitelioma fue usado por primera vez por Sheldon W.H. (1943) como neoplasia epitelial benigna que se caracteriza por estar compuesta principalmente por células mioepiteliales y fue en 1991 cuando el término fue incluido en la revisión de la clasificación de la OMS. Las neoplasias compuestas, casi exclusivamente, por células mioepiteliales son poco comunes, representan menos del 1% de las neoplasias de glándulas salivales. La edad va desde los 6 a 85 años, con preferencia en la cuarta década de vida, sin diferencia en género. Los mioepiteliomas descritos en la literatura tienen un comportamiento benigno; sin embargo, ha sido descrito con comportamiento maligno el carcinoma mioepitelial o mioepitelioma maligno. Las células mioepiteliales son positivas a citoqueratina CK7 y CK14; por lo que para su diagnóstico se realizan técnicas inmunohistoquímicas (citoqueratina (CK)), proteína S-100, proteína glial fibrilar (GFP) y calponina, lo cual no solo es importante para diferenciarlo, sino también para conocer su grado de agresividad y así estimar un pronóstico. El mioepitelioma tiene una estrecha relación con el adenoma pleomorfo, ya que ambos presentan en su conformación diferentes cantidades de células mioepiteliales, limitación periférica entre los componentes celulares y del estroma mixovascular; sin embargo, la primera se caracteriza por ausencia de diferenciación ductual, núcleos excéntricos y pérdida de aspecto fusiforme presentando o no células mioepiteliales poligonales. El mioepitelioma compuesto por patrón celular ahusado es común en parótida, mientras que el plasmocitoides es característico del paladar; estos forman parte de neoplasias que se desarrollan en glándulas menores; sin



embargo, es importante realizar las técnicas de inmunohistoquímica para diferenciarlo de manera específica. Como en el adenoma pleomorfo, en los mioepiteliomas el tratamiento es la extirpación quirúrgica aunque la mayoría presenta un comportamiento benigno con poca tendencia a la recurrencia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 73 años de edad que acude a consulta por lesión en paladar duro. Antecedente de cáncer de colon y metástasis pulmonares intervenido en 2008. Niega molestias en la zona, solo dos episodios de sangrado autolimitado en los últimos días. No ha perdido peso ni presenta otra clínica. En la exploración de faringolaringe y cuello no se observan hallazgos salvo dicha lesión que se encuentra en paladar duro medial al último molar superior izquierdo de un cm, aproximadamente, redondeada bien delimitada, ulcerada en el centro de donde se toma biopsia que se envía para estudio de anatomía patológica que informa de material ulcerado con agrupaciones celulares de arquitectura trabecular, de aspecto epitelial, con citoplasma eosinófilo. Núcleos con cromatina homogénea, con presencia de discretos nucleolos en zonas próximas a ulceración. Ausencia de atipia celular significativa o mitosis compatibles, todo ello compatible con mioepitelioma plasmocitoides. En las técnicas de inmunohistoquímica se obtiene CK AE1/AE3 (+), P63 (+), S-100 (+), P53 (-), Actina (-). Se realiza TAC de cuello sin contraste intravenoso por ser el paciente alérgico al yodo que informa que en la pared medial ósea de paladar duro (cara interna bucal) se halla un engrosamiento con diámetro anteroposterior de 6,2

EL TÉRMINO MIOEPITELIOMA FUE USADO POR PRIMERA VEZ POR SHELDON W.H. (1943), COMO NEOPLASIA EPITELIAL BENIGNA QUE SE CARACTERIZA POR ESTAR COMPUESTA PRINCIPALMENTE POR CELULAS MIOEPITELIALES.

Mioepitelioma de paladar duro

mm sin otras alteraciones a nivel de cabeza y cuello. Se decide realizar resección quirúrgica de la misma sin incidencias, confirmándose el diagnóstico anatomopatológico con la pieza completa.

CONCLUSIONES

Menos del 1% del total de neoplasias de glándulas salivales son mioepiteliomas. A pesar de su predilección en la cuarta década de vida, presentamos el caso de un paciente masculino que debuta en la séptima década de vida y con localización en paladar, que es la localización más frecuente de las glándulas salivares menores, siendo la localización más frecuente en la parótida. Su hallazgo en la parte posterior del paladar también es el sitio de preferencia de los mioepiteliomas plasmocitoides. Este caso de mioepitelioma con diferenciación plasmocitoide, presenta un crecimiento lento y sin sintomatología que es característico de esta entidad. Es importante valorar e identificar el patrón citológico y fenotípico basado en técnica inmunohistoquímica para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico diferencial con el adenoma pleomorfo, carcinoma adenoideo quístico, mioepitelioma maligno, leiomioma, así como leiomiomasarcoma son imprescindibles para el tratamiento. El tratamiento es quirúrgico en la mayoría de los casos aunque su comportamiento sea benigno. En este caso, además se hace más recomendable por encontrarse en la anatomía patológica material ulcerado aunque no existan atipias celulares.



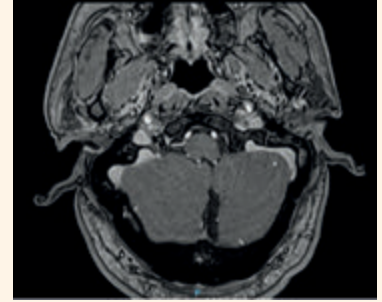
Bibliografía

1. Barnes L, Evenson J. Head and neck tumours. Pathology and genetics. World Health Organization Classification of Tumours. IARC Press. Lyon, 2005: 259-260.
2. Cesta GM, Bucci T, Navarro CC. Intraosseous myoepithelioma of the maxilla: Clinicopathologic features and therapeutic considerations. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2008; 66: 800-803.
3. Ellis LG, Auclair LP, Gnepp DR. Surgical pathology of the salivary glands. W.B. Saunders Company. USA. 1991: 132, 133, 165, 182-184.
4. Douglas P, Gnepp MD. Diagnostic surgical pathology of the head and neck. Saunders Company. USA. 2001: 357.
5. Kanazawa H, Furuya T. Plasmocytoid myoepithelioma of the palate. Journal of Oral Maxillofacial Surgery 1999; 57: 857-860.
6. Bruce M, Wenig MA. Atlas of head and neck pathology. W.B. Saunders Company. USA. 1993: 297-298.
7. Politi M, Toro C, Zerman N. Myoepithelioma of the parotid gland: Case report and review of literature. Oral Oncology Elsevier 2005; 41: 104-108.
8. Yang S, Zong M. Clear cell myoepithelial carcinoma of minor salivary gland: a case report. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2010; 39: 292-307.
9. Yang S, Li Lu, Zeng M. Myoepithelial carcinoma of intraoral minor salivary glands: a clinicopathological study of 7 cases and review of the literature. Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod 2010; 110: 85-93.
10. Gómez ME, Campos A. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. Médica Panamericana México, D.F.
11. Yaman H, Gerek M. Myoepithelioma of the parotid gland in a child: a case report. Journal of Pediatric Surgery 2010; 45: E5-E7.
12. Simpson W. Myoepithelial tumours of the salivary glands. Current Diagnosis Pathology 2002; 8: 328-337.
13. Nikitakis GN, Argyris P. Oral myoepithelioma of soft tissue origin: Report of a new case and literature review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2010; 110: e48-e51.
14. Raspall G. Patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello. Panamericana. Madrid 1997: 456.
15. Cardesa A, Slootweg PJ. Pathology of the head and neck. Springer. Alemania. 2006: 140.

ES IMPORTANTE VALORAR E IDENTIFICAR EL PATRÓN CITOLÓGICO Y FENOTÍPICO BASADO EN TÉCNICA INMUNOHISTOQUÍMICA PARA REALIZAR UN CORRECTO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

NEURINOMA DEL ACÚSTICO BILATERAL

DRES. MATA FERRÓN M, CASTELLANO GARCÍA P. | HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ DE ÚBEDA (JAÉN).



El neurinoma del acústico, también llamado schwannoma vestibular, se origina en las células de Schwann de los nervios vestibulares. Es el tumor más frecuente del conducto auditivo interno y ángulo pontocerebeloso, llegando a cifras cercanas al 10% de todos los tumores endocraneales y al 90% del ángulo pontocerebeloso, con una incidencia anual que va desde 7,8 a 12,4 tumores por millón de habitantes.

Se suele presentar de manera esporádica, algunos casos familiares, y en otros puede presentarse de forma bilateral habitualmente en el contexto de una neurofibromatosis tipo 2. Este se origina como resultado de mutaciones en un gen supresor de tumores alojado en el brazo largo del cromosoma 22 que codifica la proteína llamada merlina, que es la encargada de controlar la proliferación de las células de Schwann.

La pérdida auditiva es el síntoma más frecuente, llegando a estar en el 95% de los casos, siendo en la mayoría unilateral lentamente progresiva. El patrón más frecuente corresponde a una hipoacusia neurosensorial con pérdida de frecuencias agudas, aunque cualquier patrón puede estar presente. La hipoacusia súbita se puede presentar durante su evolución hasta en el 25% de los casos, sin embargo el schwannoma vestibular es causa de solo del 1% a 3% de estas.

El acúfeno es el segundo síntoma en frecuencia, presente en cerca del 65% de los pacientes, habitualmente de tono agudo y en el lado afectado por el tumor. Por otro lado, el vértigo solo se ve en cerca del 20% en los que está afectado el vestibular inferior, siendo más común en los tumores pequeños. Los síntomas derivados de los nervios facial y trigémino ocurren temporalmente después de los déficits auditivos y vestibulares y, en general, corresponden a tumores de más de 2 cm de diámetro. Los pacientes tienen, habitualmente, parestias faciales e incluso ausencia del reflejo corneal. Espasmos o pérdida de la fuerza en los músculos faciales se ve en el 17% de los casos; ya la cefalea, alteraciones del estado mental, náuseas y vómitos son propios de la etapa hidrocefálica, ya más avanzada. Además, se pueden ver alterados los nervios III, IV o VI causando diplopia o bien los nervios IX y X causando disfagia, aspiración y

carraspera. Clásicamente, el cuadro clínico del neurinoma del acústico ha sido dividido en 4 estadios de acuerdo al grado de compromiso del conducto auditivo interno y cisterna pontocerebelosa dando distintos síntomas y signos de acuerdo al grado de compresión, llegando en su etapa final a un estado hidrocefálico. En general, se pueden extender en tamaño hasta 4 cm de diámetro considerándose pequeño cuando mide menos de 1,5 cm, moderado 1,5-3 cm y grande de 3 cm o más. Por otro lado, y siguiendo los criterios del Comité de Audiología y Equilibrio de la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, el tamaño tumoral se puede estimar como la raíz cuadrada del producto del diámetro mayor en dirección paralela al puente petroso, por el diámetro máximo perpendicular al primero, redondeando el resultado al 0,5 cm más cercano (solo se considera en esta medición la porción extracanalicular del tumor). La audiometría es la prueba más útil en la orientación diagnóstica, evidenciando una hipoacusia neurosensorial asimétrica en tonos agudos en casi el 70%, sin embargo solo el 5% de los pacientes con este patrón audiométrico padecen neurinoma del acústico. La pérdida del reflejo estapedial o su disminución es frecuente en la mayoría de los schwannomas vestibulares, pero su normalidad no excluye el diagnóstico. Las pruebas vestibulares en general no aportan datos significativos en el diagnóstico pudiendo encontrarse en la electronistagmografía reducción de la respuesta de la prueba calórica en el oído afectado, sin embargo carece de especificidad suficiente. Pese a la orientación que nos da la audiología mediante la audiometría y los potenciales evocados auditivos del tronco cerebral (ausencia o retardo de latencia en la onda V en el oído afectado), la prueba con mayor impacto corresponde a la resonancia magnética con gadolinio, constituyendo actualmente el gold standard en el diagnóstico.

Aún existe controversia respecto a la conducta a seguir frente a estos pacientes dada su lenta, aunque muchas veces impredecible historia natural por lo que tampoco existe un real consenso acerca del mejor manejo de esta patología, llevándose a cabo en la actualidad diferentes conductas, como el manejo expectante con pruebas de imagen periódicas en pacientes añosos, con patologías concomitantes o con una velocidad de crecimiento anual baja en los que no aumente la sintomatología y que harían de la cirugía un mayor riesgo que beneficio; tratamiento quirúrgico por distintas vías de abordaje: translaberíntica, retrosigmoidal y por fosa media realizándose una u otra dependiendo del tamaño tumoral y la intención de preservar la audición; y finalmente y como tercera opción nos encontramos con la radioterapia estereotáxica que tiene como objetivo prevenir el mayor crecimiento tumoral mientras se preservan la función auditiva y facial. No hay evidencias científicas probadas sobre cuál opción es la mejor. Todas ellas son seguras y efectivas pero la decisión debe ser individualizada para cada paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 63 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta de Otorrinolaringología por hipoacusia bilateral, más acusada en el oído derecho. El paciente fue diagnosticado de enfermedad de Ménière de oído derecho en otro centro hace más de 15 años. Debutó con crisis vertiginosas y acúfeno derecho, las crisis fueron desapareciendo progresivamente a la vez

Neurinoma del acústico bilateral

que fue aumentando la hipoacusia derecha. En la exploración la otoscopia es normal y la exploración neurovestibular no muestra hallazgos patológicos. Se le realiza una audiometría en la que se observa una hipoacusia neurosensorial bilateral de 80 db en el oído derecho y de 70 db en izquierdo. Según refiere el paciente se le propuso una prueba de imagen cuando comenzó con la clínica pero negó por claustrofobia, por lo que se le propone la realización de RMN craneal, de oído interno y ángulos pontocerebelosos con contraste y el paciente acepta. La cual informa que en ambos ángulos pontocerebelosos se evidencia la presencia de engrosamiento nodular de los paquetes acusticofaciales compatible con neurinoma del acústico bilateral. Las dos lesiones muestran componente intracanalicular cilíndrica con crecimiento hacia las cisternas de los ángulos pontocerebelosos con morfología en “cono de helado”. El neurinoma izquierdo muestra un espesor de 4 mm en su porción intracanalicular y diámetro de hasta 10 mm en el ángulo pontocerebeloso. El neurinoma derecho muestra un diámetro de 3 mm en su porción intracanalicular y diámetro de 8 mm en el ángulo pontocerebeloso. A nivel de las estructuras del oído interno no se visualiza el vestíbulo derecho aparentemente ocupado por material de partes blandas que muestra discreto realce en estudio con contraste que podría corresponder con componente vestibular de neurinoma derecho. Buena visualización de los canales semicirculares. Estructuras de oído interno izquierdo sin alteraciones. Por lo que se concluye la existencia de una tumoración bilateral del ángulo pontocerebeloso compatible con neurinoma del acústico bilateral que muestra un componente intracanalicular que se extiende a los ángulos pontocerebelosos. En el oído derecho se asocia ocupación del vestíbulo que podría corresponder con componente vestibular del neurinoma.

Cuando se informa al paciente de su patología se le interroga sobre antecedentes familiares y nos refiere que tiene una hija diagnosticada de neurofibromatosis tipo 2 con neurinoma bilateral que ha sido tratado con radiocirugía. Se decide derivar al servicio de Neurocirugía, que valora como tratamiento la actitud expectante con pruebas de imagen periódicas y estudio genético familiar.

DISCUSIÓN

Actualmente nos encontramos, frecuentemente, con casos de neurinoma del acústico en fase muy precoz. Hay estudios que muestran que en casi la mitad de los pacientes con síntomas audiovestibulares en los que se realizan pruebas de imagen se encuentran neurinomas como hallazgo casual. El que el paciente consulte precozmente por hipoacusia unilateral frecuentemente asociado a acúfeno y el fácil acceso a pruebas de imagen como la RMN craneal, hacen posible

un diagnóstico precoz lo que permite que en la mayoría de los casos se pueda llevar a cabo una actitud expectante o en su defecto tratamiento con radiocirugía con la posibilidad de presentar menos efectos secundarios.



Bibliografía

1. Inter-observer variability between radiologists reporting on cerebellopontine angle tumours on magnetic resonance imaging. **Teh SR; Ranguis S; Fagan P J** *Laryngol Otol*; 2017 Jan; 131(S1): S47-S49. PubMed ID: 28164776.
2. Dazert S, Aletsee C, Brors D, Miynski R, Sudhoff H, Hildmann H, Helms J. Rare tumors of the internal auditory canal. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2005; 262: 550-4.
3. Functional outcome and complications after the microsurgical removal of giant vestibular schwannomas via the retrosigmoid approach: a retrospective review of 16-year experience in a single hospital. **Huang X; Xu J; Xu M; Chen M; Ji K; Ren J; Zhong P.** *BMC Neurol*; 2017 Jan; 17(1):18. PubMed ID: 28137246.
4. Incidental findings on magnetic resonance imaging of the internal auditory meatus performed to investigate audiovestibular symptoms. **Htun HM; Mui SL; Williams C; Hans PS.** *J Laryngol Otol*; 2017 Jan; 131(1): 32-36. PubMed ID: 27916018.
5. Sauvaget E, Kici S, Kania R, Hermán P, Tran BA, Huy P. Sudden sensorineural Hearing loss as a revealing symptom of vestibular Schwannoma. *Acta Otolaryngol* 2005; 125: 592-5.
6. Del Rio L, Lassaletta L, Alfonso C, Sarria MJ, Gavilán J. Disociación clínica-tamaño tumoral en el neurinoma del acústico: ¿realidad o problema de medida? *Acta Otorrinolaringol Esp* 2006; 57: 345-49.
7. Audiovestibular Function Deficits in Vestibular Schwannoma. **von Kirschbaum C; Gürkov R.** *Biomed Res Int*; 2016; 2016(0): 4980562. PubMed ID: 27747231.
8. A Diagnostic Dilemma: Multiple Primary Intracranial Tumors Without Vestibular Schwannomas. **Faucett EA; Larsen BT; Khan R; Chiu AG; Chang EH.** *Ann Otol Rhinol Laryngol*; 2016 Nov; 125(11): 938-942. PubMed ID: 27553596.
9. Chen DA. Acoustic neuroma in a private neurotology practice: trends in demographics and practice patterns. *Laryngoscope* 2007; 117(11): 2003-12.
10. Khrais T, Romano G, Sanna MJ. Nerve origin of vestibular schwannoma: a prospective study. *J Laryngol Otol* 2007; 122: 128-31.
11. [The management evolution for vestibular schwannoma: history and current situation]. **Hu LY; Wang ZY; Hua QQ; Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi;** 2016 Jun; 51(6): 469-72. PubMed ID: 27345891.
12. [THE MULTIDISCIPLINARY TREATMENT OF VESTIBULAR SCHWANNOMA (ACOUSTIC NEUROMA)]. **Cohen-Inbar O; Harefuah;** 2016 Mar; 155(3): 181-4, 194-5. PubMed ID: 27305754.
13. Mirzayan MJ, Gerganov VM, Lüdemann W, Oi S, Samii M, Sami A. Management of vestibular schwannomas in young patients—comparison of clinical features and outcome with adult patients. *Childs Nerv Syst* 2007; 23: 891-5.
14. Forton G, Cremers C, Offeciers E. Acoustic Neuroma Ingrowth In The Cochlear Nerve: Does It Influence The Clinical Presentation? *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2004; 113: 582-86.
15. Roehm PC, Gantz BJ. Management of Acoustic Neuromas in Patients 65 Years or Older *Otology & Neurotology* 2007; 28: 708-14.
16. Weil RS, Cohen JM, Portarena I, Brada M. Optimal dose of stereotactic radiosurgery for acoustic neuromas: a systematic review. *Br J Neurosurg* 2006; 20(4): 195-202.

PET-TC CON 18 FDG:

UNA NUEVA FORMA DE ESTADIFICACIÓN EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

DRES. DÍAZ DE CERIO CANDUELA P (1), CABRERA VILLEGAS A (2), PRECIADO LÓPEZ JA (1), Y RAMÍREZ LASANTA R (2). |

(1) SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO. HOSPITAL SAN PEDRO (LOGROÑO).

(2) SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR. CENTRO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS DE LA RIOJA. HOSPITAL SAN PEDRO (LOGROÑO).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 66 años, exfumador desde hace 9 años. No otros antecedentes de interés salvo la presencia de dos hermanos diagnosticados de cáncer de laringe y un hermano de cáncer de pulmón. Presenta desde hace semanas molestias faringo-laríngeas y una discreta disfonía. La exploración desvela una neoformación en la epiglotis y la presencia de adenopatías laterocervicales derechas aumentadas de tamaño. El análisis histopatológico confirma el diagnóstico de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado queratinizante. En este momento el paciente presenta según la clasificación TNM un T2N1Mx (Estadio III).

El paciente se remitió al servicio de medicina nuclear para realizar una exploración PET-TAC con FDG. La exploración se realizó mediante protocolo habitual⁽¹⁾. La exploración se realizó estando en ayunas 8 horas y habiéndolo hidratado durante las horas previas. En estas condiciones se administró una dosis correspondiente a 370 MBq de Fluoro-2-Deoxy-D-Glucosa marcada con 18F (FDG). En la exploración se rastreó desde las órbitas hasta el tercio medio de los muslos con un tiempo de 4 minutos/cama (7 camas). El volumen adquirido se reconstruyó por el método iterativo (4 iteraciones y 8 subconjuntos), con un zoom de 1 y en una matriz de 128x128. La corrección de atenuación se realizó con una fuente de rayos X incorporada al tomógrafo y la adquisición de una imagen inicial por el método de modulación de dosis.

En el análisis del estudio (**figura 1**) se encontró un depósito patológico del trazador sobre la laringe de elevada actividad metabólica (SUV: 22.3), circunferencial asimétrica, mayor componente derecho que parecía traspasar la línea media, en relación con la tumoración primaria conocida. Adicionalmente, se identificó un depósito ganglionar focal en territorio IIA derecho, correspondiente a una adenopatía

de 12x14 mm (SUV: 6.2), junto con otros dos focos ganglionares subcentimétricos (5 mm) y de escasa actividad (SUV: 2.6 y 2.1, respectivamente) homolaterales en territorios más distales (territorio III), así como dos depósitos ganglionares también subcentimétricos (6 mm) en cuello contralateral (territorio IIA) con valores de SUV de 3.7 y 3.1, respectivamente. Tras las pruebas complementarias el paciente se pudo clasificar finalmente como un T2N2cM0 (estadio IVa)⁽²⁾.

Se decide en el comité de tumores del hospital una estrategia de tratamiento de organopreservación mediante la utilización de quimiorradioterapia concomitante. La estrategia de tratamiento consistió en la administración de 70 cGy de radioterapia externa de forma concomitante con cisplatino semanal.

Pasadas 12 semanas del fin de tratamiento se realizó otra exploración PET-TAC para valoración de respuesta terapéutica mediante el mismo protocolo (**figura 2**). Las imágenes pusieron de manifiesto una respuesta metabólica completa a nivel ganglionar en ambos hemicuellos. La actividad de la lesión sobre la lesión primaria se había reducido significativamente (SUV: 4.9) y presentaba una distribución simétrica respecto a línea media.

DISCUSIÓN

La correcta estadificación de un cáncer de cabeza y cuello es esencial para poder planificar el tratamiento más adecuado en cada

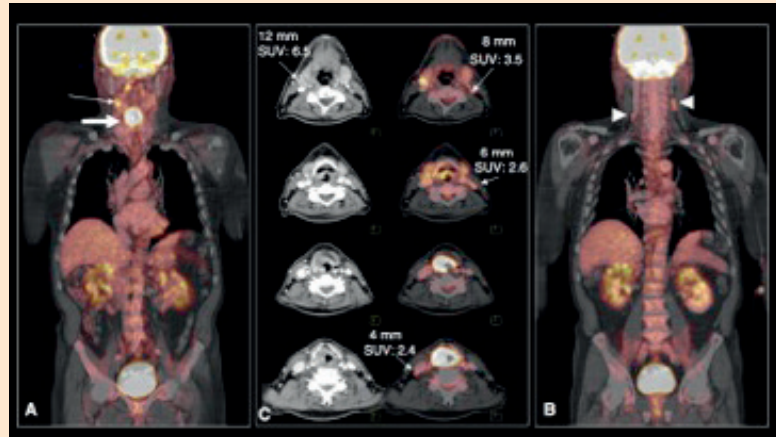


FIGURA 1: Cortes coronales de fusión PET-TAC (A y B) mostrando los focos correspondientes a la enfermedad conocida, tumor primario (flecha gruesa) y adenopatía metastásica laterocervical derecha (flecha fina) en A. En el corte coronal B se muestran los focos ganglionares bilaterales subcentimétricos con un hipermetabolismo anómalo descubiertos por PET (cabezas de flechas).

SE DECIDE EN EL COMITÉ DE TUMORES DEL HOSPITAL UNA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO DE ORGANOPRESERVACIÓN MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE QUIMIORRADIOTERAPIA CONCOMITANTE.

PET-TC con 18 FDG: una nueva forma de estadificación en cáncer de cabeza y cuello

caso. Para realizar la estadificación contamos con distintas pruebas de imagen, en estadios avanzados (III-IV) la NCCN en su guía de práctica clínica de 2016 recomienda que la utilización del PET/TC puede ser considerada, no así en estadios iniciales (I-II). El PET/TC posee una elevada sensibilidad y especificidad por lo que es capaz de detectar como se demuestra en este caso clínico una progresión de la N superior a la esperada y el consecuente cambio de estadio. Estadio por otro lado donde sí estaría indicada la realización de un PET/TC.

Existen asimismo diversos autores que demuestran que la utilización del PET/TC puede hacer cambiar la estrategia de tratamiento^(3, 4, 5). Debido a la valoración de criterios metabólicos en el desarrollo de la enfermedad neoplásica, el diagnóstico con PET condiciona en entre un 30 y 40% de los casos un cambio en la estrategia terapéutica prevista^(6, 7).

Por otro lado, el PET/TC con contraste es una herramienta de gran utilidad, como se demuestra en el caso clínico expuesto, para determinar la respuesta al tratamien-

to⁽⁸⁾. La valoración de respuesta se analiza por los cambios metabólicos inducidos en el tumor. La causa es que con el PET se valoran criterios metabólicos y no anatómicos. Estos fenómenos acontecen antes que otros morfológicos o de tamaño que aparecen después en el desarrollo de la enfermedad, cambios que preceden a otras modificaciones que experimenta la masa tumoral con los tratamientos. El contraste, el TC permite definir mejor las estructuras

anatómicas a las que corresponden los focos o depósitos anómalos vistos en el PET; así se puede diferenciar mejor estructuras vasculares teñidas con el contraste radiopaco.

Por ello, consideramos que el PET/TC con contraste debe ser tenido en cuenta como una prueba de gran valor tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de los tumores de cabeza y cuello.

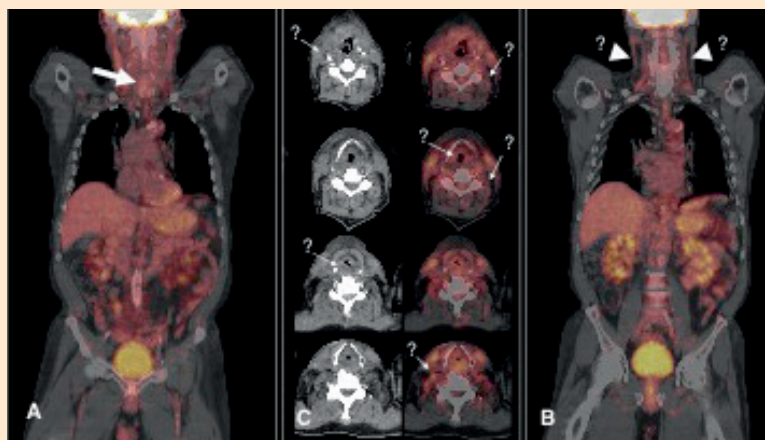


FIGURA 2: Cortes coronales de fusión PET-TAC (A y B) mostrando la desaparición del hipermetabolismo anómalo tras 12 semanas de la administración del tratamiento.

Bibliografía

1. García Garzón JR, Rodríguez A, Cabrera A. Procedimientos en Medicina Nuclear. Tomografía por emisión de positrones de cuerpo completo (PET/TAC) con 18-fluorodesoxiglucosa. Rev Esp Med Nucl. 2009; 28(2): 85-9.
2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Head and Neck Cancers. Version 1. 2016.
3. Porceddu SV, Pryor DI, Burmeister E, *et al.* Results of a prospective study of positron emission tomography-directed management of residual nodal abnormalities in node-positive head and neck cancer after definitive radiotherapy with or without systemic therapy. Head Neck. 2011; 33: 1675-82.
4. Hisham Mehanna, Wai-Lup Wong, Christopher C. McConkey, Joy K. Rahman, M.Sc., Max Robinson, Andrew G.J. Hartley, Christopher Nutting, Ned Powell, Hoda Al-Booz, Martin Robinson, Elizabeth Junor, Mohammed Rizwanullah, Sandra V. von Zeidler, Hulya Wiesmann, Claire Hulme, Alison F. Smith, Peter Hall, Janet Dunn for the PET-NECK Trial Management Group* PET-CT Surveillance versus Neck Dissection in Advanced Head and Neck Cancer. N Engl J Med 2016; 374: 1444-54.
5. J.P. Suárez Fernández, A. Maldonado Suárez, M.L. Domínguez Grande, M. Santos Ortega, S. Rodríguez Villalba, L. García Camaño, M.C. Resino, M.A. Pozo García. La tomografía por emisión de positrones (pet) en la patología oncológica de cabeza y cuello. Acta Otorrinolaringol Esp 2004; 55: 303-9.
6. Yoon DY, Hwang HS, Chang SK, Rho YS, Ahn HY, Kim JH *et al.* CT, MR US, 18-FDG PET/CT and their combined use for the assessment of cervical lymph node metastases in squamous cell carcinoma of the head and neck. Eur Radiol 2009; 19: 634-42.
7. A. Hannah, A.M. Scott, H. Tochon-Danguy, J.G. Chan, T. Akhurst, S. Berlangieri. Evaluation of 18 F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography and computed tomography with histopathologic correlation in the initial staging of head and neck cancer Ann Surg, 236 (2002), pp. 208-217.
8. Gupta T, Master Z, Kannan S, Agarwal JP, Ghosh-Laskar S, Rangarajan V, Murthy V, Budrukkar A. Diagnostic performance of post-treatment FDG PET or FDG PET/CT imaging in head and neck cancer: a systematic review and meta-analysis. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2011 Nov; 38(11): 2083-95.

COMPLICACIÓN TRAS ESTAPEDECTOMÍA: TROMBOSIS NO SÉPTICA DE SENOS VENOSOS

DRES. ANGUITA SÁNCHEZ I (1), FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ G (1), GARCÍA GÓMEZ J (1), MARTÍN MARTÍN B (2), MARCOS GARCÍA M (1), LÓPEZ-RÍOS VELASCO J (1). | HOSPITAL DON BENITO (BADAJOZ). (1) SERVICIO ORL HOSPITAL DON BENITO. (2) SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO HOSPITAL DON BENITO.

La trombosis venosa cerebral se caracteriza por el polimorfismo de sus manifestaciones neurológicas, dificultad en el diagnóstico, diversidad de condiciones médicas que la originan y pronóstico variable⁽¹⁾. El seno sagital superior, los senos laterales y los senos transversos son los sitios de localización de trombosis más frecuentes en orden decreciente. Aunque se han descrito más de 100 causas que pueden dar origen a un episodio de trombosis venosa cerebral, en el 15 al 20% de los casos no se identifica la etiología⁽²⁾.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente mujer de 40 años fumadora y en tratamiento con anticonceptivos orales que es intervenida de estapedectomía de oído derecho por presentar hipoacusia de transmisión. Se realiza una timpanotomía exploradora de oído derecho y tras comprobar la fijación de la articulación incudoestapedial se realiza una estapedectomía con colocación de prótesis softclip 4,25 mm. La intervención se realiza de forma habitual sin incidencias. La paciente es dada de alta a las 24 horas de la intervención. A los seis días sufre un cuadro vertiginoso y posteriormente cefalea occipital y cervical de características lacinantes que se repite en brotes de gran severidad, no acompaña fiebre ni otra clínica.

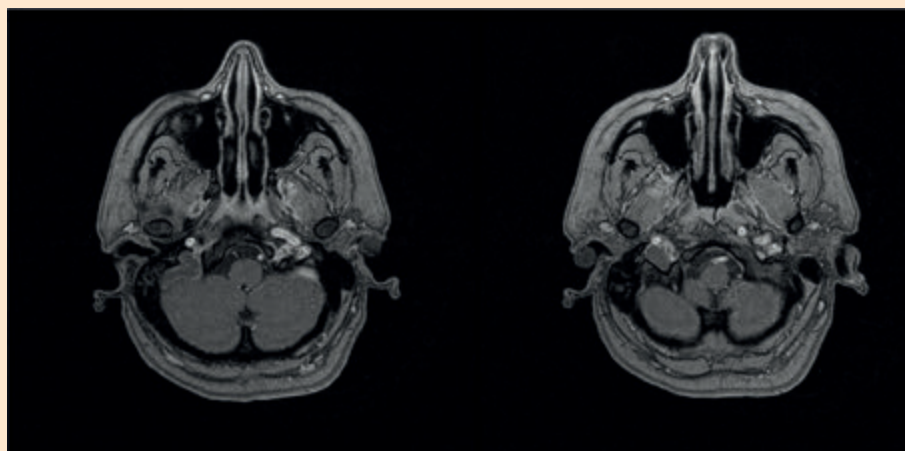


FIGURA 1: AngioRM de cráneo con contraste paramagnético intravenoso en plano axial, trombosis seno sagital superior con el signo del "delta vacío" en plano coronal, transverso derecho, sigmoideo derecho y VVI derecha proximal al cráneo.

La paciente ingresa en medicina interna, realizándose TAC craneal que es normal; la punción lumbar descartó meningitis. Se realiza RM cerebral (figuras 1 y 2) que muestra el hallazgo de trombosis del seno venoso sagital superior, transverso, sigmoideo y de la vena yugular interna derecha próxima al cráneo, tras administrar contraste y no hay realce sugestivo de infección ni colecciones que sugieran abscesos. Se comienza tratamiento con anticoagulantes con HBPM y dicumarínicos. La cefalea occipital persiste y asocia cervicalgia intensa así como parestesias en miembros superiores de forma aguda y episódica. Es valorada por el servicio de anestesiología precisando de varios bloqueos del nervio occipital mayor bilateral. Tras tres semanas en reposo absoluto, el dolor se controla y la paciente evolucionó satisfactoriamente. Los estudios de imagen posteriores muestran persistencia de trombosis venosa en seno sigmoideo derecho y en la parte más distal del transverso, el resto del transverso y el sagital superior se identifican permeables. Los estudios de perfil trombofílico, autoinmunidad y HLA fueron negativos. Un año después la paciente está

estable aunque persisten cefaleas de perfil tensional y migraña episódica que controla con tryptizol. La audiometría mostró recuperación de la pérdida auditiva.

DISCUSIÓN

El drenaje venoso del cerebro se realiza por un sistema venoso superficial y otro profundo que drena hacia los principales senos duros: seno sagital superior (SSS), seno sagital inferior (SSI), senos laterales (SL), seno cavernoso y seno recto. El drenaje final se realiza a través de la vena yugular interna. Las venas del sistema venoso superficial, que drenan principalmente al SSS y a los SL, cuentan con numerosas anastomosis y en casos de oclusión son de difícil diagnóstico. El sistema venoso profundo drena sangre desde la sustancia blanca profunda de los hemisferios y los ganglios basales en la vena de Galeno. Tanto el sistema venoso superficial como el profundo tienen múltiples anastomosis. Lo anterior permite que el drenaje venoso tome vías alternas de acuerdo con diferentes necesidades, como en el caso de una trombosis^(3,4).

La trombosis venosa cerebral constituye el 0,5% de todos los eventos vasculares cerebra-

EL SENO SAGITAL SUPERIOR, LOS SENOS LATERALES Y LOS SENOS TRANSVERSOS SON LOS SITIOS DE LOCALIZACIÓN DE TROMBOSIS MÁS FRECUENTES EN ORDEN DECRECIENTE.

Complicación tras estapedectomía: trombosis no séptica de senos venosos

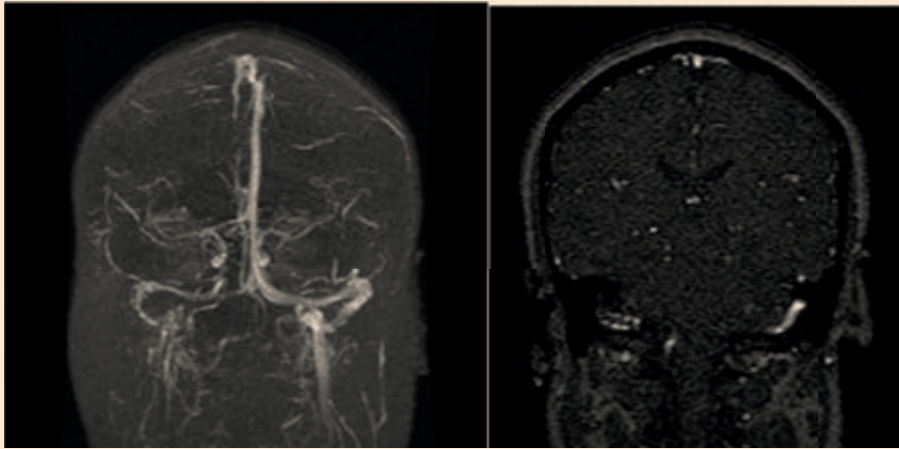


FIGURA 2: Secuencia Time Of Flight (2D TPF) coronal, seno transverso-sigmoide derecho de menor calibre que el izquierdo y con trombosis parcial. Seno sagital permeable.

Se han identificado cuatro patrones clínicos en la TVC⁽⁸⁾:

1. Síndrome focal: presencia de signos focales asociados con cefalea, crisis convulsivas o alteraciones del estado mental.
2. HIC aislada: con cefalea, náuseas, vómitos y papiledema.
3. Encefalopatía subaguda difusa: con alteración del estado mental.
4. Síndrome del seno cavernoso: oftalmoplejía dolorosa, quemosis y proptosis.

La imagen por excelencia de tamizaje en este tipo de pacientes sigue siendo la tomografía axial computarizada simple (TAC). Hay signos directos e indirectos. Entre los primeros puede observarse dilatación de venas transcerebrales, el signo de la cuerda, venas trombosadas y el signo del delta vacío y del delta denso. Los signos indirectos son infartos, hemorragias, edema, realce dural o tentorial, compresión o aumento del tamaño ventricular⁽⁷⁾. La venografía-TC se considera hoy en día una buena alternativa para el diagnóstico de TVC, ya que su realización es rápida, accesible y con resultados muy similares a los de la imagen por resonancia magnética⁽¹⁾. La resonancia magnética combinada con la venorresonancia es superior para el diagnóstico, y es necesaria para la confirmación de la trombosis de senos cerebrales. Las imágenes en T1, T2 y gradiente de eco son indispensables y permiten determinar el tiempo de evolución del trombo⁽¹⁾.

El tratamiento agudo del la TSVC se inicia con heparina, ya sea no fraccionada o de bajo peso molecular. El uso de esteroides está contraindicado excepto en pacientes cuya causa subyacente de trombosis sea inflamatoria y se necesite para el manejo de la misma. El objetivo de la anticoagulación es el de prevenir la propagación de la trombosis. Sin embargo, la anticoagulación no es capaz de lisar el trombo que está ocluyendo el seno venoso y es por esto que la trombólisis está indicada para restablecer el drenaje venoso y así prevenir o mejorar el edema cerebral y el efecto de masa secundarios. Cuando el tratamiento con heparina falla, el pronóstico del paciente es muy pobre y entonces deben emplearse técnicas más invasivas para la revascularización del seno. Debe tenerse en cuenta entonces la trombólisis local, la trombectomía y el bypass⁽⁷⁾.

La TVC Tiene una mortalidad del 10% y la recurrencia se sitúa en 2,8 por cada 100 casos a pesar de la terapia anticoagulante.

Bibliografía

1. G. Guenthera, y A. Arauzb. Trombosis venosa cerebral: aspectos actuales del diagnóstico y tratamiento. *Neurología*. 2011; 26 (8): 488-498.
2. Masuhr F, Mehraein S, Einhäupl K. Cerebral venous and sinus thrombosis. *J Neurol*. 2004; 251: 11-23.
3. Barinagarrementeria F, Cantú C. Enfermedad vascular cerebral. México: McGraw Hill Interamericana; 1998. p. 183-207.
4. Barinagarrementeria F, Cantú C. Enfermedad Vascular Cerebral. México: Manual Moderno; 2003. p. 451-70.
5. Star M, Flaster M. Advances and controversies in the management of cerebral venous thrombosis. *Neurol Clin*. 2013; 31: 765-83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ncl.2013.03.013>
6. María Isabel Zuluaga, Mónica Massaro César Augusto Franco. Trombosis de senos venosos cerebrales: epidemiología, características clínicas, imaginología y pronóstico. *Biomédica* 2015; 35: 196-203. <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i2.2300>
7. George Chater Cure, Nicolás García Roldán, Santiago Vallejo Puerta, Andrés Fonnegra Caballero, Severe cerebral venous sinus thrombosis. *Acta Neurol Colomb* 2009; 25: 267-279.
8. Bousser MG, Ferro JM. Cerebral venous thrombosis: an update. *Lancet Neurol*. 2007; 6: 162-70.

les a nivel mundial⁽¹⁾. Tradicionalmente la TVC se divide en dos grupos: séptica y aséptica. En la actualidad predominan los casos asépticos⁽¹⁾. Aunque puede ocurrir a cualquier edad, se presenta con mayor frecuencia entre los 20 y los 40 años, y tiene una mayor prevalencia en el sexo femenino, con una relación de 3:1,6 sobre todo asociada al embarazo o puerperio y al uso de anticonceptivos orales. Aunque se han descrito más de 100 causas que pueden dar origen a un episodio de TVC, en el 15 al 20% de los casos no se identifica la etiología⁽²⁾. Entre las causas más frecuentes destacan^(1,8):

- Enfermedades sistémicas (embarazo, puerperio, tratamiento con ACO, esteroides o reemplazo hormonal)
- Neoplasias malignas
- Enfermedades inflamatorias sistémicas (lupus, sarcoidosis, enfermedad de Behçet)
- Enfermedades infecciosas
- Trastornos hematológicos (trombofilias adquiridas o heredadas, trombocitopenias)
- Coagulopatías (mutación del factor V de Leyden, déficit proteína S y C, déficit de antitrombina III, Sd. Anticuerpo Antifosfolípido, CID)
- Deshidratación severa (procedimientos quirúrgicos)
- Enfermedades locales (otitis, meningitis)
- TCE (caterización yugular, postpunción lumbar)

Se trata de una enfermedad de difícil diagnóstico, debido a la gran variabilidad en su presentación clínica, lo que exige un alto grado de sospecha y descartar oportunamente otros diagnósticos diferenciales. La TVC puede manifestarse desde varios minutos a varias semanas después⁽⁷⁾. La cefalea, los déficits focales y las crisis convulsivas constituyen las manifestaciones iniciales más comunes con el 89, 50 y 35% de frecuencia respectivamente⁽¹⁾.

PARÁLISIS DE CUERDA VOCAL POR BOCIO TIROIDEO

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



Mujer de 46 años que consulta por disfonía desde hace 2 meses, no fumadora, con antecedentes de hipertensión arterial y colesterol alto. En la exploración con fibroscopia naso-laríngea se aprecia parálisis de cuerda vocal izquierda. Como protocolo de las parálisis recurrenciales se pide TAC

cérvico-torácico, para valorar el trayecto del nervio recurrente laríngeo, donde no se observan lesiones en mediastino o pulmón. Se aprecia gran crecimiento de la glándula tiroidea con lesiones quísticas y nodulares más intensas en lóbulo tiroideo izquierdo: bocio multinodular. ✕

FIGURA 1
Corte tomográfico axial a nivel de la glándula tiroides, donde se observa la gran hipertrofia, sobre todo el lóbulo tiroideo izquierdo.



FIGURA 2
Corte coronal a nivel de la glándula tiroides.

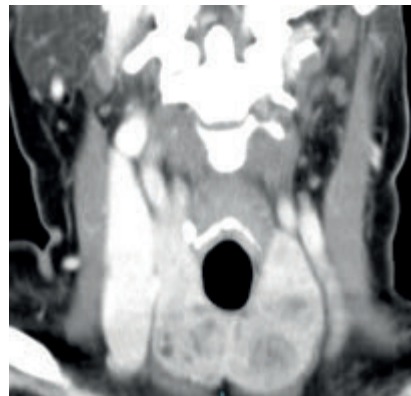


FIGURA 3
Corte sagital a nivel de la glándula tiroides.

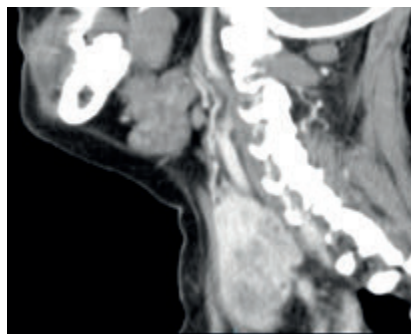
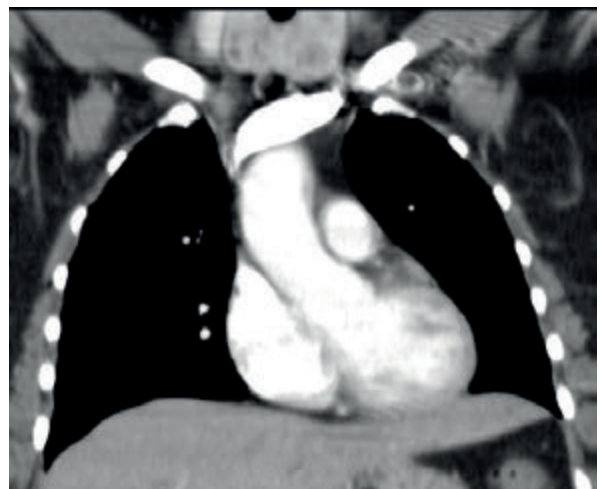


FIGURA 4
TAC torácico donde se aprecian las relaciones del nervio recurrente, que baja desde el nervio vago cerca de la laringe, rodea las arterias que salen del corazón y sube pegado a la tráquea por detrás de la glándula tiroidea hacia las cuerdas vocales.

El trayecto tan largo del nervio recurrente o laríngeo inferior es un recordatorio de la evolución de los vertebrados, porque en los peces el corazón está situado muy alto, en la última hendidura branquial, y conforme el cuello de los vertebrados va evolucionando el corazón descendiendo, tirando y elongando el nervio. En un trayecto tan largo es frecuente que se dañe por hipertrofia cardíaca, fibrosis pulmonar, lesiones en mediastino, neoplasias.

La evolución del bocio simple hacia el hipotiroidismo es excepcional mientras que el desarrollo de hipertiroidismo es relativamente frecuente (bocio multinodular tóxico). El tratamiento con levotiroxina sódica puede disminuir de forma transitoria el tamaño del 25% de los bocios simples siempre que se administre en los primeros meses de evolución y a dosis inhibitorias de la TSH. En general, en el bocio simple se recomienda seguir una actitud expectante con controles periódicos. En algunos casos muy seleccionados, por preferencias del paciente o cuando existen signos y/o síntomas de compresión, debe valorarse la indicación de la tiroidectomía subtotal bilateral. El tratamiento de las entidades que cursan con bocio y alteraciones de la función tiroidea, como la enfermedad de Graves-Basedow y las tiroiditis, será el específico para cada caso. El tratamiento de los bocios dishormonogénicos consiste en la administración de levotiroxina sódica a dosis sustitutivas.



ESTESIONEUROBLASTOMA

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



Paciente varón de 31 años con antecedentes de intervención de miopía, amigdalectomizado y hernia inguinal, con HTA con buen control sin repercusión cardíaca.

No alergias médicas conocidas, fumador de unos 25p/año. Remitido de atención primaria a medicina interna por alteración de cortisol. Refiere pocas fuerzas, moratones frecuentes, sensación de distensión abdominal y últimamente le han aparecido muchas estrías en abdomen y axilas, redondeamiento de cara y aumento del grosor del cuello con disminución de volumen de piernas y brazos. Problemas de impotencia.

En el estudio de resonancia magnética se aprecia gran proceso expansivo infiltrativo de la base de cráneo que

afecta difusamente a todo el cuerpo del esfenoides con abombamiento a la rinofaringe posterior, así como infiltración posterior hasta el clivus pero sin desbordar hacia la fosa posterior y cranealmente con invasión de la silla turca, totalmente ocupada sin visualizar hipófisis y a nivel anterior llegando hasta invadir las celdas etmoidales posteriores. De momento, no hay extensión a la hendidura esfenoidal y las órbitas pero sí engloba, aunque discretamente, ambas carótidas internas. Ambas fosas pterigo-nasales están ocupadas y no hay crecimiento intracraneal por arriba. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye desde el fibromamixoma hasta el tumor de células gigantes, por lo que resulta imprescindible realizar biopsia guiada de la lesión. ✕

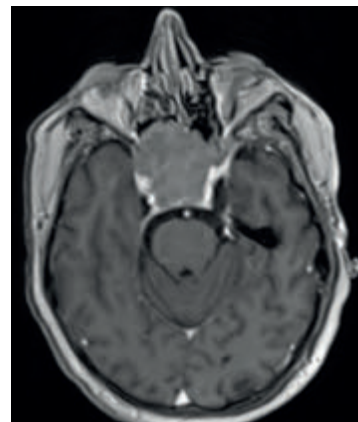


FIGURA 1
Corte axial de RMN craneal.

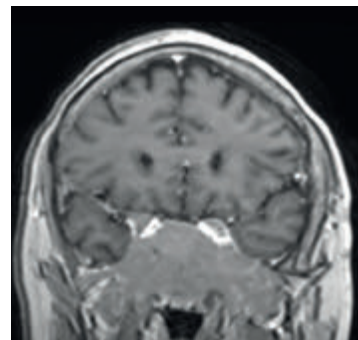
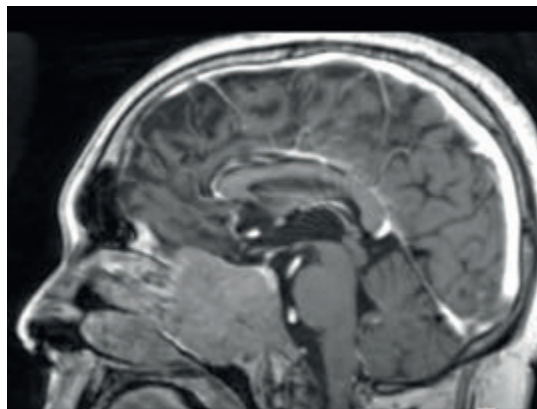


FIGURA 2
Corte coronal de RMN.

FIGURA 3
Corte sagital de RMN.



EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ES AMPLIO E INCLUYE DESDE EL FIBROMAMYXOMA HASTA EL TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES, POR LO QUE RESULTA IMPRESCINDIBLE REALIZAR BIOPSIA GUIADA DE LA LESIÓN.

El neuroblastoma olfatorio es un tumor maligno neuroendocrino infrecuente, que ocupa del 3% al 5% de los tumores nasales. Se origina del neuroepitelio olfatorio en la placa cribiforme, a nivel del tercio superior del séptum nasal. Su pico de presentación se encuentra principalmente entre la segunda y sexta década de vida. La sintomatología inicial es exclusivamente nasal: epistaxis y obstrucción nasal. Es un tumor de lento crecimiento pero agresivo, con posibilidad de producción de metástasis a distancia. Para el manejo de esta enfermedad se han empleado como asociación las tres armas terapéuticas de cirugía, radioterapia y quimioterapia.



LINFADENITIS TUBERCULOSA

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



Paciente de 78 años, que acude a urgencias por dolor intenso en fosa renal y costado izquierdos que se incrementa con la respiración y movimientos, no mejora con analgesia. Malestar general. Múltiples adenopatías. Está en estudio por Hematología desde hace 20 años por mielofibrosis secundaria a trombocitemia esencial. En tratamiento con Jakavi (Ruxolitinib) y Tamsulosina/dutasterida. Exfumador desde hace 15 años.

En el TAC torácico se aprecia: con anestesia local, se realiza exéresis ganglionar en lado derecho e inferior cervical para descartar linfoma *versus* metástasis.

Diagnóstico anatomopatológico:

Ganglio linfático cervical: hematopoyesis extramedular con predominio de megacariocitos en relación con la mielofibrosis diagnosticada previamente. Linfadenitis por *Mycobacterium tuberculosis*.

Ante una adenomegalia se debe realizar un diagnóstico diferencial, con analíticas y serologías virales, prueba de la tuberculina, Rx tórax, posteriormente con ecografías y PAAF (punción aspiración con aguja fina), finalmente puede ser necesario un TAC o exéresis del ganglio para biopsia. ✗

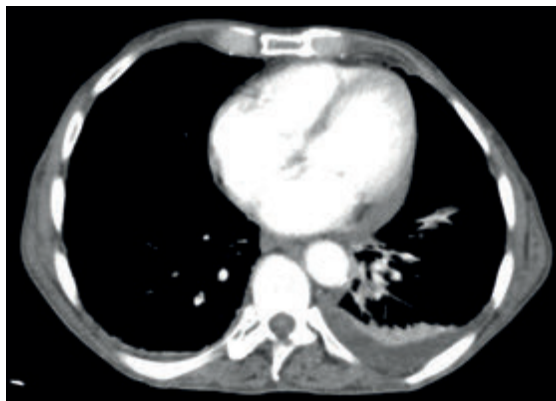


FIGURA 1

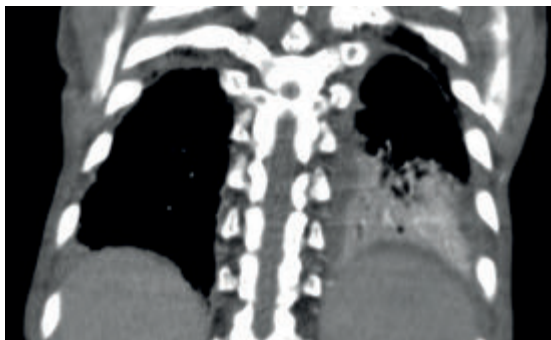


FIGURA 2

Las causas más frecuentes de las adenopatías cervicales subagudas o crónicas son:

- **Mononucleosis infecciosa** por virus de Epstein-Barr (VEB) y síndromes mononucleósicos por otros virus (CMV).
- ***Bartonella henselae***: Enfermedad por arañazo de gato. Antecedente de contacto con crías de gato y arañazo.
- **Toxoplasmosis**: Se transmite mediante el contacto con gatos o por ingesta de carne cruda o poco cocinada. La infección es sintomática solamente en el 10% de los infectados.
- **Micobacterias no tuberculosas o atípicas**. Los agentes más frecuentes son *Mycobacterium avium complex* y *Mycobacterium scrofulaceum*.
- **Tuberculosis ganglionar o escrófula**. Suele haber antecedente de exposición a TBC, siendo una parte del complejo primario tuberculoso. Son grandes, gomosas y no dolorosas y de localización cervical más baja que las no-TBC.
- **VIH y sífilis**.
- **Procesos inmunoproliferativos**.
- **Metástasis**.

ANTE UNA ADENOMEGALIA SE DEBE REALIZAR UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, CON ANALÍTICAS Y SEROLOGÍAS VIRALES, PRUEBA DE LA TUBERCULINA, RX TÓRAX, ...



ENFERMEDAD DE FORESTIER.

OSIFICACIÓN DEL LIGAMENTO LONGITUDINAL CERVICAL ANTERIOR COMO CAUSA DE DISFAGIA

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



La enfermedad de Forestier, también conocida como “hiperostosis esquelética idiopática difusa” y ocasionalmente como “espondilosis hiperostótica” e “hiperostosis anquilosante” fue descrita por primera vez por Forestier y Rotes-Querol en 1950. Se definió como la osificación del ligamento longitudinal común anterior de los cuerpos vertebrales. El síntoma más común cuando está implicada la columna cervical es la disfagia, menos frecuente es la disnea, ambos síntomas secundarios a la compresión extrínseca del esófago y la tráquea.

Mujer de 59 años, que consulta por disfagia desde hace 2 años, parece como si tuviera un escalón y se le atragantara la comida, disfonías frecuentes porque habla muy fuerte. Su abuelo murió de cáncer de laringe y muchos familiares han tenido cáncer. La exploración por fibroscopia nasolaringea está dentro de la normalidad y la palpación de cuello es normal. Se

pide tránsito esofágico que demuestra una pequeña impronta en la pared posterior del esófago cervical, con disminución del calibre esofágico por engrosamiento vertebral. Se pide Rx lateral de cuello donde se confirma el osteofito de la pared anterior vertebral cervical C6. Se recomiendan revisiones periódicas y relajantes musculares si aparece contractura faríngea. ✗



FIGURA 1
Tránsito de papilla de bario.

FIGURA 2
Rx lateral cervical, donde se aprecia osteofito vertebral.



EL SÍNTOMA MÁS COMÚN CUANDO ESTÁ IMPLICADA LA COLUMNA CERVICAL ES LA DISFAGIA.





ALTERACIÓN DEL POTENCIAL MIOGÉNICO EVOCADO VESTIBULAR CERVICAL (CVEMP)

DRES. ISAAC V^{1,2}, OLMEDO D¹, ABOITIZ F³ Y DÉLANO PH^{1,4*}
¹OTOLARYNGOLOGY DEPARTMENT, CLINICAL HOSPITAL OF THE UNIVERSITY OF CHILE, SANTIAGO, CHILE. ²PEDIATRIC DIAGNOSTIC AND THERAPY CENTER, CERIL, SANTIAGO, CHILE. ³DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA AND CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE NEUROCIENCIA, PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE, SANTIAGO, CHILE. ⁴PHYSIOLOGY AND BIOPHYSICS, ICBM, FACULTY OF MEDICINE, UNIVERSITY OF CHILE, SANTIAGO, CHILE.

EN NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Artículo original publicado en **Frontiers in Neurology**, March 2017, Vol. 8, Artículo 90.
www.frontiersin.org
 Link en <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fneur.2017.00090/full>

Una investigación realizada por un equipo multidisciplinario de investigadores chilenos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Universidad Católica y del Centro Médico Ceril (Valeria Isaac; Diego Olmedo, Francisco Aboitiz y Paul Délanó) evaluó la función vestibular en niños con TDAH, encontrando diferencias significativas en comparación con un grupo control; hallazgo que pudiera favorecer tanto las metodologías diagnósticas de este trastorno como el desarrollo de tratamientos de rehabilitación de los pacientes.

Resumen

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un cuadro neuropsiquiátrico caracterizado por la presencia de inatención, hiperactividad e impulsividad asociadas a alteraciones en el proceso de maduración de las funciones ejecutivas. Este diagnóstico se basa exclusivamente en síntomas conductuales que pueden resultar de una amplia gama de causas subyacentes. La evidencia emergente sugiere que los niños con trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH) presentan más dificultades en el equilibrio estático como en la marcha que los niños con desarrollo normal. La mayoría de estudios previos han evaluado estas funciones utilizando pruebas de organi-



zación postural y sensorial; vinculando el diagnóstico de TDAH con una posible disfunción cerebelosa; sin embargo, hasta la fecha, se desconoce si estas alteraciones del equilibrio están acompañadas de disfunción vestibular.

Los investigadores estudiaron a 13 niños con TDAH (edad media $7,8 \pm 1,7$ años) y a 13 niños controles sanos (edad media $7,3 \pm 1,5$ años). Se les realizó una evaluación del comportamiento para evaluar la gravedad de los síntomas del TDAH y diferenciar los comportamientos similares al TDAH de los controles sanos; para luego evaluar la función vestibular de los otolitos utilizando: la prueba vertical visual subjetiva (SVV), el índice dinámico de la marcha (DGI), la posturografía computerizada y los potenciales miogénicos vestibulares cervicales (cVEMP).

En relación a los resultados del estudio: La percepción de la vertical visual subjetiva (SVV) no mostró diferencias significativas entre ambos grupos; por otro lado los puntajes del índice dinámico de la marcha (DGI) mostraron puntuaciones



más bajas para el rendimiento general de la prueba en niños con TDAH; la posturografía computerizada también mostró diferencias significativas entre el grupo de niños TDAH y los niños control; pero el resultado más novedoso es que las amplitudes de cVEMP se reducen en un grupo de niños con TDAH. Además, 11 de los 13 niños con TDAH podrían clasificarse con una especificidad del 100% utilizando el criterio de cVEMP.

Los hallazgos del grupo investigativo sugieren que la función otolítica vestibular está alterada en un número significativo de niños que presentan síntomas de TDAH. Para una comprensión más completa de una disfunción vestibular en niños con TDAH requiere de estudios futuros de la función del utrículo y de los canales semi-circulares utilizando la prueba vHIT y la posible modulación farmacológica de las respuestas cVEMP. ✖

ESTE TRABAJO OBTUVO EL PREMIO AL MEJOR TRABAJO ORIGINAL EN EL LVXXIII CONGRESO CHILENO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA REALIZADO EN PUERTO VARAS EN 2016.

SORDERA OCULTA



GARCÍA-GIRALDA M. | HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).

En el número 469 de la revista Investigación y Ciencia aparece un interesante artículo cuyo autor es M. Charles Liberman, profesor de otología en Harvard y especialista en el estudio de las vías nerviosas que enlazan el oído interno con el cerebro, sobre la denominada recientemente: sordera oculta.

Durante un tiempo se pensaba que después de la exposición a un ruido muy fuerte, por ejemplo, después de salir de una discoteca o un ferri, con la sensación de embotamiento y pitidos de oídos, el oído se recuperaba poco a poco, incluso si se hacía una audiometría, los umbrales recuperaban la normalidad.

Si bien ese daño no afecta a la detección de los tonos en el audiograma, sí puede alterar la capacidad para procesar las señales más complejas. Este trastorno descrito recientemente se ha denominado sordera oculta.

Las exposiciones al ruido que provocan un aumento de los umbrales, aunque solo sea temporal, pueden causar daños inmediatos e irreversibles en las fibras del nervio auditivo, el cual transmite la información acústica al cerebro.

Los autores del artículo demostraron en los años 80, mediante un laborioso trabajo de cortes seriados observados con microscopio electrónico del oído interno, que el ruido dañaba las terminaciones nerviosas que formaban sinapsis con las células ciliadas.

La inflamación y la consiguiente destrucción de los botones terminales, probablemente, se debía a una liberación excesiva del mediador químico glutamato por parte de las células ciliadas sobreestimuladas.

En las sinapsis en el órgano de Corti (**figura 1**), el glutamato liberado por la célula ciliada se une a los receptores del otro lado, en el botón terminal de una

fibra nerviosa de una neurona situada en el ganglio de Corti, que envía otra prolongación hasta el cerebro. La unión del glutamato a las fibras nerviosas desencadena un impulso eléctrico que recorre el nervio auditivo hasta el tronco encefálico.

Siempre se había pensado que esas fibras dañadas por el ruido se regeneran tras la exposición a un ruido intenso, porque los umbrales auditivos se recuperaban.

Pero el daño nervioso provocado por el ruido no siempre se detecta en las pruebas ordinarias, ya que estudios realizados en animales habían demostrado que la destrucción de las fibras nerviosas, si no hay pérdida de células ciliadas, no afecta al audiograma hasta que la destrucción resulta masiva, superior al 80%.

En la corteza cerebral auditiva se procesa la información proveniente del nervio auditivo, y cuanto más pérdida de fibras auditivas, más dificultad tiene para comprender palabras complejas.

Por analogía con una foto digital, la pérdida de densidad de píxeles, disminuye la calidad de resolución de la foto y los detalles se difuminan.

El órgano de Corti constituye el núcleo central del receptor auditivo y está constituido por dos tipos de células: células de soporte y células sensoriales y cubierto por una membrana acelular (la membrana tectoria). En la membrana tectoria se anclan los estereocilios de las células ciliadas externas.

El papel funcional de la membrana tectoria se relaciona con la producción de desplazamientos en los cilios de las células sensoriales y, por lo tanto, con la iniciación de la transducción mecanoeléctrica de la señal.

La activación de las CCEs produce una serie de efectos de contracción, que pueden ser registrables desde el exterior.

Las contracciones activas de las células ciliadas externas van a amplificar la onda del sonido estimulando las células ciliadas internas, las cuales liberan el mediador químico glutamato en las sinapsis, activándose las fibras aferentes de tipo I que seguirán el mismo patrón de frecuencia del sonido estimulante. La amplitud del sonido quedará codificada dependiendo del número de neuronas que finalmente se activen.

EN LA CORTEZA CEREBRAL AUDITIVA SE PROCESA LA INFORMACIÓN PROVENIENTE DEL NERVIÓ AUDITIVO, Y CUANTA MÁS PÉRDIDA DE FIBRAS AUDITIVAS, MÁS DIFICULTAD TIENE PARA COMPRENDER PALABRAS COMPLEJAS.

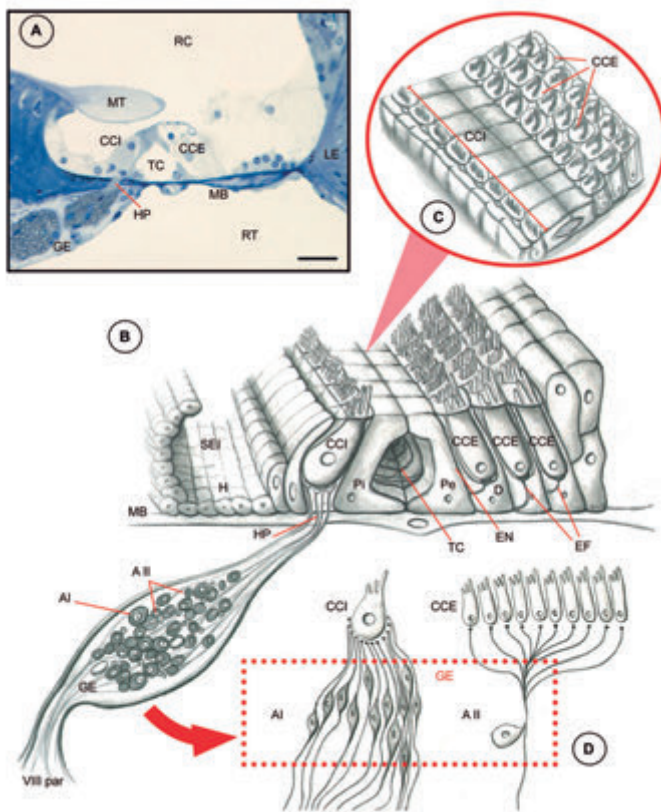


FIGURA 1
Órgano de Corti. Tomado de Audiología.
Ponencia Oficial de la Sociedad Española de
Otorrinolaringología.

referencia que determina los umbrales auditivos, constituye un medidor sensible del daño de las células ciliadas, pero un mal indicador del ocasionado en las fibras nerviosas auditivas.

Los audiólogos saben desde hace tiempo que dos personas con audiometrías similares pueden dar resultados muy distintos en la pruebas de reconocimiento del habla en presencia de ruido. Una prueba audiométrica que puede estudiar esta pérdida en el nervio auditivo es la audiometría con potenciales evocados del tronco cerebral (registro con electrodos en la cabeza, de la actividad eléctrica producida al oír un sonido (PEATC)).

Tradicionalmente se ha considerado una prueba del todo o nada. Esto es una respuesta clara, indica una audición normal, mientras que la ausencia de respuesta denota un problema.

Los experimentos con animales han demostrado que aportan mucha más información. Ante niveles sonoros elevados la amplitud de los potenciales evocados crece en proporción con el número de fibras nerviosas auditivas que mantienen una conexión viable con las células ciliadas internas. ✕

Es decir, que la activación de las neuronas del ganglio espiral presenta una relación proporcional entre intensidad y número de neuronas activadas, de manera que a mayor intensidad, mayor número de neuronas aferentes activadas.

Las células internas son las principales responsables de lo que entendemos por audición puesto que el 95% de las fibras del nervio auditivo forman sinapsis solo con ellas. Por lo contrario, cada 10-20 células ciliadas externas son innervadas por una sola fibra aferente tipo II.

En el equipo del Dr. Charles Liberman intentaron averiguar si un episodio de sobre estimulación acústica en ratones jóvenes podía acelerar la sordera asociada a la edad. El ruido que soportaron los roedores estaba concebido para producir solo una elevación temporal de los umbrales auditivos, sin ningún daño permanente sobre las células ciliadas.

Como era de esperar las cócleas de los roedores no mostraron ninguna anomalía días después de la exposición, pero cuando examinaron algunos ejemplares a los 6 meses y 2 años después, apreciaron una pérdida de fibras nerviosas

auditivas, pese a la presencia de células ciliadas intactas.

Hoy se dispone de anticuerpos que, conjugados con colorantes fluorescentes, reconocen estructuras situadas a ambos lados de la sinapsis entre la célula ciliada interna y la fibra del nervio auditivo. De ese modo resultó más sencillo contar las sinapsis con la ayuda de un microscopio óptico. Estos científicos obtuvieron datos que demostraban que pocos días después de la exposición al ruido, cuando los umbrales auditivos habían recuperado la normalidad, hasta la mitad de las sinapsis del nervio auditivo habían desaparecido y no se recuperaron nunca.

Al cabo de pocos meses se hizo patente el deterioro del resto de la neurona de la sinapsis dañada y después de 2 años la mitad de las neuronas que formaban el nervio auditivo habían desaparecido por completo.

En cuanto las sinapsis se degradaban, las fibras afectadas perdían toda funcionalidad y no respondían a ningún estímulo sonoro, cualquiera que fuese su intensidad. Por tanto, la audiometría tonal, la prueba de audición de



Si quiere participar enviando casos clínicos, imágenes clínicas comentadas o formación médica, solicite información o consulte en la web la normativa editorial en gaesmedica@cpp-proyectos.com



Puede ver los casos clínicos, imágenes clínicas comentadas o formación médica en: <http://www.gaesmedica.es/cursos-congresos/articulos-cientificos>

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



COMPACTO Y PORTÁTIL, todo en uno

Pilot HD Pro, el nuevo estándar en videotoscopia y estroboscopia

GAES presenta el sistema portátil y compacto de alta definición PES Pilot HD Pro de Otopront para pruebas endoscópicas, estroboscópicas y FEES (deglución).

El sistema de videoendoscopia y estroboscopia PES Pilot HD Pro sirve para realizar pruebas de videoendoscopia de oído, nasal o laríngea-faríngea. Los endoscopios rígidos o flexibles se conectan al cabezal de la cámara HD. También se utilizan para realizar pruebas de estroboscopia. En este caso, el endoscopio rígido de 6 mm a 70° se conecta al cabezal de la cámara HD. Opcionalmente, con el videonasos con chip distal se pueden realizar pruebas tanto de videoendoscopia como de estroboscopia.

SOFTWARE MEJORADO PARA ESTROBOSCOPIA

El software de Pilot ha sido mejorado con una serie de funciones útiles para estroboscopia. De esta manera, el software permite analizar los vídeos grabados cuadro a cuadro, reproducirlos a cámara extra lenta y en sentido inverso, así como extraer imágenes individuales, incluyendo la información en dB y Hz. Posee una fuente de luz LED altamente

eficiente especialmente desarrollada para estroboscopia. Esto permite tiempos de exposición extremadamente cortos lo que, en combinación con la cámara Full HD, permite obtener imágenes de las cuerdas vocales con gran nitidez. Así, el estroboscopio PES Pilot HD Pro compite y supera a cualquier sistema de estroboscopia en el campo profesional, ofreciendo además portabilidad, tamaño compacto y alta potencia.

AMPLIACIONES OPCIONALES

Opcionalmente, el sistema PES Pilot HD Pro puede equiparse con el videorinolaringoscopio de Otopront. La sencilla conexión Plug&Play, así como su manejo ergonómico, garantizan un uso sencillo. Además, gracias a su tamaño compacto, puede colocarse directamente en la unidad, ahorrando espacio. Alternativamente, puede colocarse sobre carros de transporte de instrumental personalizables. ✕

SUS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS

- Formato compacto y portátil "todo en uno"
- Ordenador, procesador de imagen, pantalla táctil de 15"
- Gran calidad de imagen profesional ORL
- Manejo muy intuitivo y fácil
- Permite conexión de segundo monitor TV mayor tamaño
- Integrable en entornos hospitalarios HIS / DICOM
- Reproducción a cámara lenta libremente ajustable
- Reforzador de nitidez con modo boost
- Indicación de Hz y dB integrada en el vídeo
- Posibilidad de edición de vídeos, análisis cuadro a cuadro y extracción de imágenes
- Control de la fuente de luz estroboscópica LED por medio de pantalla táctil y pedal
- Ampliable videonasofaringoscopio flexible chip distal



"CÁMARA FULL HD, MANEJO INTUITIVO, ANÁLISIS CUADRO A CUADRO Y COMPATIBILIDAD DICOM"

otopront



ERGONÓMICO Y DE ALTO RENDIMIENTO

El sistema PES Pilot HD Pro captura imágenes, vídeos en alta definición Full HD y también sonido, y es capaz de reproducirlos a velocidad normal y a cámara lenta. Entre otras funcionalidades, permite la edición de vídeo y la impresión con impresoras compatibles con Windows. Además, cuenta con micrófono eléctrico y altavoz para realizar estroboscopias y ofrece información de frecuencia e intensidad de la voz.

SISTEMA DE IMPLANTE DE OÍDO MEDIO CARINA

TOTALMENTE IMPLANTABLE

100% invisible

GAES presenta el sistema Cochlear™ Carina, el único sistema de implante de oído medio que tiene un micrófono totalmente implantable para ofrecer a los pacientes la libertad de oír sin ningún dispositivo externo. El resultado es una audición 100% invisible.

Aunque los audífonos de última generación son muy sofisticados, todavía hay muchos pacientes con pérdida auditiva mixta o neurosensorial que no están satisfechos o tienen un rendimiento bajo con sus audífonos u otro sistema de implante de oído medio. La exclusiva tecnología de micrófono implantable (TIM, por sus siglas en inglés) de Cochlear™ Carina y el procesamiento transcutáneo de la señal liberan al paciente de la necesidad de un dispositivo externo. El sistema Carina permite que los pacientes oigan como desean en todo momento, sin necesidad de retirarlo para dormir y sin riesgo a perderlo o dañarlo.

TECNOLOGÍA DE DOBLE MICRÓFONO

El sistema de cancelación de ruido del cuerpo emplea tecnología de doble micrófono para comparar los sonidos internos y externos. El micrófono I capta el habla y los sonidos internos, mientras que el micrófono II capta los sonidos internos. El resultado es que los sonidos internos son eliminados de la señal utilizando la entrada de ambos micrófonos, proporcionando un sonido claro y natural. Además, el sistema Carina es tan bueno como los audífonos para la audición en entornos ruidosos.



El sistema Carina se puede utilizar con un procesador externo opcional. Ofrece un aumento de ganancia y un control de volumen adicional.

PARA MAYORES DE 14 AÑOS

Los candidatos a este implante son personas mayores de 14 años con hipoacusia mixta y neurosensorial de moderada a severa que no puedan usar audífonos o han dejado de usarlos debido a diversos factores, como limitaciones de ganancia (principalmente en altas frecuencias), problemas de retorno (distorsión) o cuestiones estéticas. También está indicado para cirugías de oído medio fallidas y pacientes con problemas anatómicos que no permiten utilizar audífonos. Existen, sin embargo, algunas contraindicaciones, como las patologías de oído medio crónicas, otitis medias recurrentes, hipoacusias prelocutivas o retrococlear o fluctuante o progresiva, trastornos osteod degenerativos (incluyendo Síndrome de Paget), además de las médicas (para la cirugía) y resonancia magnética. ✕



Potencia recargable

La potente pila recargable ofrece a los pacientes hasta 32 horas de audición continua con una sola carga. Tiene una vida útil esperada de 4.000 cargas, lo que equivale a más de 10 años de uso.



El sistema de fijación garantiza la máxima transferencia de potencia y estabilidad.

Hasta 30 dB más de potencia

Carina es uno de los implantes de oído medio más potentes del mundo. Puede proporcionar considerablemente más potencia (hasta 30 dB y a través de todo el intervalo de frecuencias) comparado con otras soluciones de implante de oído medio.



Simple

El procesador es transcutáneo, por eso los pacientes no pueden extraviarlo, olvidarlo, dejarlo caer ni mojarlo.

Invisible

La exclusiva tecnología de micrófono implantable permite a los pacientes oír sin un dispositivo externo.

Potente

El actuador MicroDrive™ proporciona una transferencia de potencia exacta y fiable. Hasta 30 dB más potente.

Tasa de supervivencia

100%

22 meses – 157 dispositivos implantados
Ningún fallo de dispositivo

AVALADO POR UN ESTUDIO REALIZADO POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GANTE

KANSO, UNA BUENA ALTERNATIVA PARA NIÑOS

Un reciente estudio realizado por el Hospital Universitario de Gante (Bélgica) concluye que el procesador de sonido Kanso de Cochlear representa una buena alternativa a otros procesadores de sonido para los niños. La investigación clínica se llevó a cabo con nueve niños de edades comprendidas entre los 6 y los 9 años de edad, todos ellos con implantes cocleares pediátricos desde hacía al menos tres meses y usuarios regulares del procesador de sonido Serie CP900.



Kanso es el procesador de sonido más pequeño y ligero del mercado. Casi no se ve ni se nota y es una opción a tener en cuenta para niños en edad escolar.

Las pruebas clínicas compararon los resultados del rendimiento de Kanso con otros procesadores de sonido BTE (detrás de la oreja) y recogieron informaciones subjetivas sobre confort, retención, estética, facilidad de uso en los niños o la comprensión del habla en un grupo de niños en edad escolar, con resultados satisfactorios en conjunto.

Kanso fue calificado positivamente en su rendimiento, confort y discreción. En cambio, fue cuestionado o considerado igual de válido en otros puntos como facilidad de uso o retención. No obstante, y como resumen, la mayoría de los participantes mostraron su preferencia por el dispositivo Kanso por su diseño, apariencia y discreción. En cuanto a la comprensión del habla, los



resultados fueron similares con los otros procesadores. Según el estudio, no obstante, hay que prestar especial atención a la retención del dispositivo en los niños durante el juego y las actividades deportivas. Estos resultados, en esencia, no difieren de otros estudios realizados recientemente en adultos. ✕

Informe de fiabilidad de Nucleus



El Informe de fiabilidad Nucleus pone a disposición de todos los usuarios los datos relacionados con los fallos del dispositivo de implante coclear según los estándares de la norma internacional ISO 5841-2:2000 y la ISO 5841-2:2014 y los principios descritos en la Declaración del Consenso Europeo y Mundial de fallos en implantes y explantaciones (año 2005). De acuerdo con estas declaraciones, Cochlear informa de todos sus fallos en el cálculo de la fiabilidad, incluyendo aquellos fallos causados por impactos externos y fallos de electrodos que conducen a un descenso del beneficio clínico. Los datos en cada informe hacen referencia a la vida de todos los modelos de implante e implantes registrados mundialmente. Se muestran resultados tanto para adultos y niños por separado, con intervalos de seguridad del 95% como se especifica en la declaración del consenso.

En este informe de fiabilidad se proporcionan los últimos datos de todos los implantes Nucleus registrados (por encima de 300.000). Los datos, actualizados a enero de 2017, son los siguientes:

SERIES NUCLEUS PROFILE

3 años en el mercado

Para una población de 28.863 implantados con el modelo de implante coclear Profile, tras un periodo de tiempo de 3 años, disponen de una tasa de supervivencia acumulada combinada (adultos y niños) del **99,94%**.

SERIES NUCLEUS CI24RE

12 años en el mercado

Para una población de 167.194 implantados con el modelo de implante coclear CI24RE, tras un periodo de tiempo de 12 años, disponen de una tasa de supervivencia acumulada combinada (adultos y niños) del **99%**.



NUEVA CINTA AJUSTABLE PONTO

AUDICIÓN sin cirugía

PONTO presenta su nueva cinta ajustable con la que las personas con pérdida auditiva podrán disfrutar de la reconocida calidad acústica del procesador de sonido PONTO sin necesidad de cirugía. La cinta ajustable se coloca fácilmente alrededor de la cabeza y, al acoplar el procesador de sonido PONTO, envía ondas de sonido a través del hueso hasta llegar al oído interno.

Para niños con pérdida auditiva, una asistencia temprana puede marcar la diferencia entre escuchar sonidos y aprender un idioma o dejar que la pérdida auditiva suponga un obstáculo para su desarrollo. La cinta PONTO brinda a menores y adultos la oportunidad de probar y experimentar el sistema PONTO sin necesidad de someterse a ningún tipo de cirugía.

PERFECTA PARA EL DESARROLLO DEL HABLA

Con la cinta PONTO y el procesador de sonido PONTO, los niños podrán acceder antes al habla y a los sonidos, así como explorar e interactuar con el mundo que les rodea. Esto les aporta una magnífica base para el desarrollo del habla.

La cinta PONTO es apta para niños con pérdida de transmisión o hipoacusia

mixta y pérdida auditiva unilateral. También puede ser de utilidad para aquellos adultos que no obtengan los resultados esperados al utilizar los audífonos convencionales o que sufran problemas auditivos temporales, como obstrucciones o infecciones.

DISEÑADA PARA SER LA MÁS RESISTENTE

Los niños no suelen quedarse quietos y, por este motivo, la cinta PONTO está diseñada para ofrecer comodidad y resistencia al uso y desgaste diarios de los más pequeños. Está fabricada de un material suave y elástico que se puede ajustar para adaptarse perfectamente a cualquier tamaño de cabeza, incluso para recién nacidos. Además, si utiliza dos procesadores de sonido PONTO, la cinta PONTO permite un ajuste



También se puede acoplar el procesador de sonido y el SoundConnector™ PONTO a una gorra o cualquier otro complemento para la cabeza.

sencillo y ofrecer así espacio para un procesador de sonido adicional. La banda elástica está disponible en 14 divertidos colores a elegir. Además, es posible personalizar el procesador de sonido con una gran variedad de fundas y pegatinas. ✕

Está disponible en 14 colores, más opciones de uso y un diseño cómodo para un uso diario.



Material suave, agradable a la piel

Fácil de ajustar a cualquier tamaño de cabeza



Liberación de seguridad si la cinta se engancha

SoundConnector™ con superficie trasera lisa

“LA CINTA AJUSTABLE PONTO BRINDA A MENORES Y ADULTOS LA OPORTUNIDAD DE PROBAR Y EXPERIMENTAR EL SISTEMA PONTO SIN NECESIDAD DE SOMETERSE A NINGÚN TIPO DE CIRUGÍA”

IMPLANTE PONTO BHX

Anclaje al hueso EL SIGUIENTE NIVEL DE LA OSTEointegración

El implante PONTO BHX es la combinación perfecta entre la geometría OptiGrip™ de eficacia probada y la más avanzada tecnología de superficie. Las estructuras de tamaño micro y nano permiten avanzar un paso más en la osteointegración: el anclaje óseo.

El nuevo PONTO BHX es el bien conocido implante PONTO ancho con una modificación superficial Biohelix™. Con esta modificación superficial se mejora aún más la fijación biomecánica y, al mismo tiempo, se promueve una osteointegración más fuerte y rápida con el hueso. La tecnología Biohelix™ es el resultado de la última investigación llevada a cabo por los principales expertos mundiales en osteointegración en Gotemburgo (Suecia).

ABLACIÓN POR LÁSER

Biohelix™ se crea mediante una tecnología de fusión por láser, donde un haz láser oscilante calienta localmente el titanio y funde el titanio en el fondo de la rosca. Esto crea una estructura modificada a varios niveles de la capa tratada, con una combinación de rugosidades micro y nano estructurales. Al contrario de otros procesos más convencionales (como el blasting), no se introducen contaminantes en la superficie durante el proceso de modificación superficial.

“EL NUEVO IMPLANTE PONTO BHX CREA NUEVOS ESTÁNDARES EN LA TECNOLOGÍA DE IMPLANTES”

Superficie con ablaciones por láser para una zona específica de Biohelix™ para una formación ósea rápida y fuerte.

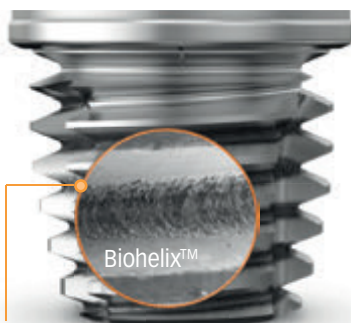
La composición metálica de la superficie modificada del PONTO BHX no difiere de la del anterior PONTO ancho ya que el tratamiento solo implica una fusión del mismo titanio superficial sin añadir ningún otro elemento. Tampoco implica ningún riesgo de contaminación ya que no usa ningún químico adicional.

BENEFICIOS PARA LOS PACIENTES

Biohelix™ abre el camino hacia una experiencia auditiva óptima. Con la superior estabilidad inicial de la

La primera superficie de titanio modificada por láser

La exclusiva tecnología de ablación por láser de Biohelix™ permite la modificación específica de la zona en la raíz de las roscas de la geometría OptiGrip™ de eficacia probada. Esto genera una topografía de la superficie en tres niveles que une la estructura ósea natural a escala macro, micro y nano.



Geometría macro OptiGrip™ para una mayor estabilidad del implante inicial.



Mayor estabilidad desde el primer día

La geometría OptiGrip™ ofrece el nivel más alto de estabilidad inicial de todos los implantes osteointegrados. Los estudios han demostrado que, con el paso del tiempo, conservan y aumentan su estabilidad, además de ofrecer excelentes resultados clínicos.

geometría OptiGrip™, el PONTO ancho es el mejor punto de partida posible para el éxito de un implante percutáneo. Su avanzada tecnología se traduce en beneficios para el paciente, permitiendo aproximaciones mínimamente invasivas y las mayores longitudes de pilar necesarias para la preservación de tejido, cargas tempranas de procesador de sonido y menores tasas aún de extrusión tanto en niños como en pacientes con hueso blando o comprometido. ✕

Más fuerte que el hueso

La tecnología Biohelix™ aumenta en más de un 150% la fuerza de la interfaz hueso-implante. Los estudios han demostrado que, de hecho, el anclaje óseo del implante BHX es más fuerte que el propio hueso.

signia
Life sounds brilliant.

NUEVO CELLION

El audífono sin pilas MÁS AVANZADO DEL MUNDO

GAES ha empezado ya a comercializar el primer audífono del mundo con batería recargable de iones de litio y tecnología inductiva inalámbrica. Desarrollado por Sivantos, líder mundial en el sector de los audífonos recargables, este dispositivo es capaz de ofrecer una transmisión inalámbrica ilimitada de hasta dos días con una sola carga.

El nuevo audífono Signia Siemens Cellion se enmarca en la nueva generación de audífonos con diseño inteligente OneShell. Su potente tecnología de carga inductiva inalámbrica le posiciona por delante de la competencia. Basado en la plataforma primax, Cellion es lo suficientemente potente para cubrir hasta pérdidas severas de audición con un tamaño comparable al del audífono Pure, el instrumento Signia Siemens más vendido. Estos audífonos, que optan a una clasificación IP-68, se ofrecen inicialmente con nivel de prestaciones 7px y 5px.

UNA CARGA MÁS EFICIENTE Y SENCILLA

La batería recargable de iones de litio de Cellion emplea una tecnología de carga inductiva inalámbrica que evita tener que cambiar la batería. Solo es necesario colocar los audífonos Cellion en el cargador y la electrónica inteligente se encargará del resto: el audífono empezará a cargarse de forma inmediata. Al retirar el cargador, los audífonos se vuelven a conectar automáticamente.

El diseño elegante de Cellion se maneja fácilmente y tiene un rendimiento excelente.

Control discreto definitivo: con la aplicación touchControl™ se puede ajustar Cellion desde un smartphone.

LA REVOLUCIÓN DE LA AUDICIÓN SIN PILAS

Cellion cuenta con la más potente y eficiente batería que proporciona hasta 50 mAh o un 70% más energía que una pila recargable de tamaño estándar 13 (30 mAh). Los audífonos Cellion se cargan completamente en solo cuatro horas y están listos para su uso de forma continuada con una duración de hasta dos días, incluso con transmisión de audio a tiempo completo.

Asimismo, si se necesita una pequeña recarga urgente, con solo 30 minutos de recarga la batería proporciona siete horas más de uso.

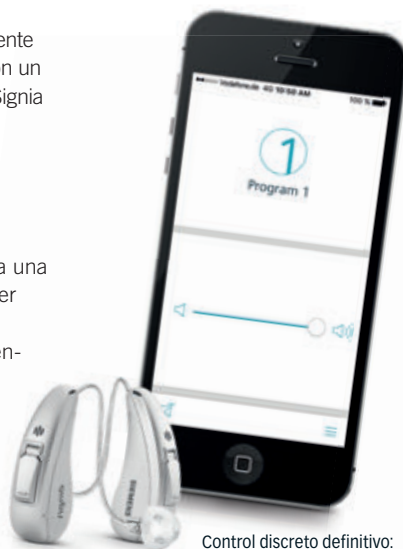
ADAPTADOR MICRO USB PARA CARGAR EL AUDÍFONO EN CUALQUIER LUGAR

Otra ventaja única para los usuarios de Cellion es la libertad de carga, incluso cuando se está de viaje. La unidad de carga está equipada con una interfaz micro USB estándar para cargar los audífonos con casi cualquier fuente de alimentación compatible USB como, por ejemplo, ordenadores portátiles, adaptadores de coche o grupos de alimentación.

que contribuye a respetar el medio ambiente. Además, a diferencia de otros audífonos recargables, Cellion tampoco tiene contactos de carga, lo que evita la molestia de tener que alinear exactamente el audífono dentro de un cargador.

Cellion cuenta también con la función SpeechMaster que, gracias a su control continuo del sonido, puede centrarse de forma automática en las conversaciones, reduciendo voces y ruidos de fondo indeseados. ✕

La batería de Cellion se carga por inducción en apenas cuatro horas para proporcionar hasta dos días de disfrute auditivo.



TELÉFONO MÓVIL DORO 6050



PARA VER MÁS Y DISFRUTAR MÁS

GAES presenta Doro 6050, un teléfono móvil plegable de excelente diseño que incorpora visualización de la llamada entrante en una práctica pantalla exterior. Tiene además una gran pantalla interior de 2,8 pulgadas y una cámara interpolada de 3 megapíxeles. Además de un teclado amplio y otras muchas prestaciones. Para ver más y disfrutar más.



Ahora ya no es necesario abrir el teléfono para saber quién está llamando. Doro, la marca líder en telefonía móvil de uso sencillo, especialmente dirigida al mercado senior, ha creado el modelo 6050 que, además de un diseño moderno y atractivo, tiene un manejo sencillo y es muy práctico.

100% COMPATIBLE CON AUDÍFONOS

El dispositivo 6050 tiene un sonido alto y claro y es completamente compatible con audífonos. El usuario puede ver todo de manera más clara y llamar y enviar mensajes de texto fácilmente con un teléfono plegable que cuenta con una pantalla grande y un amplio teclado de alto contraste. El dispositivo Doro 6050 es un teléfono práctico para enviar vídeos y fotos de buena calidad a familiares y amigos, con una sujeción cómoda gracias a un recubrimiento suave al tacto. Además, la forma de navegación es especialmente intuitiva y está pensada para usuarios de edad avanzada o que no



El modelo 6050, además de un diseño moderno y atractivo, tiene un manejo sencillo y es muy práctico.

están acostumbrados a la navegación en los actuales smartphones.

FUNCIONES DE ALTAS PRESTACIONES

El teléfono incluye otras funciones como correo electrónico, información sobre el tiempo, calculadora, linterna, alarma despertador, juegos, radio FM y un calendario con recordatorios. Dispone de un botón de asistencia, botones hablantes, teclado iluminado, indicador visual de la llamada y botón de alerta, así como teclas de acceso directo para la cámara, los contactos favoritos, la linterna y los mensajes. Con Doro 6050, todo es más fácil, práctico y sencillo. Sin complicaciones. ✖

La pantalla de identificación de llamada permite ver quién llama sin necesidad de abrir el teléfono.



“GRACIAS A SUS DOS PANTALLAS Y A SU CÁMARA INTERPOLADA DE 3 MEGAPÍXELES, DORO 6050 RESULTA IDEAL PARA ENVIAR FOTOS Y VÍDEOS DE BUENA CALIDAD”

“DORO 6050 TIENE UN SONIDO ALTO Y CLARO, UN SISTEMA COMPATIBLE CON AUDÍFONOS Y UNA NAVEGACIÓN INTUITIVA”



HAC (compatible con audífonos)



Correo electrónico



Cámara 3 megapíxeles interpolada



Linterna



Botón de alerta



Sonido alto y claro



Dr. Gonzalo González Zúñiga

ESPECIALISTA ORL EN CLÍNICA LAS CONDES, SANTIAGO DE CHILE

El doctor Gonzalo González es médico ORL en Clínica Las Condes (Santiago de Chile) y especialista en cirugía endoscópica sinusal, ronquido y apnea del sueño, problemas de la voz y vía aérea, vértigo y alteraciones del equilibrio. Este año preside el tradicional encuentro de especialistas que se celebra del 18 al 21 de octubre en la ciudad de Viña del Mar con motivo del 74° Congreso Chileno de ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello.

HEMOS INVITADO A MÉDICOS EXTRANJEROS MUY RECONOCIDOS INTERNACIONALMENTE COMO TAMBIÉN A MÉDICOS NACIONALES QUE NOS HABLARÁN DE LOS DIFERENTES TÓPICOS DE LA ESPECIALIDAD

¿Cuál es su principal reto como presidente del evento científico más importante para la especialidad en Chile?

El principal objetivo es hacer un gran congreso y para esto hemos organizado un gran programa científico con médicos invitados extranjeros y médicos nacionales. También esperamos una gran cantidad de trabajos libres a presentar.

¿Cómo han resultado las labores de organización?

Hemos trabajado como un verdadero equipo toda la directiva para que nuestro

congreso sea un éxito. Cuando se trabaja en equipo, todo se facilita. Esta directiva tiene una mezcla de médicos jóvenes y de experiencia que facilitan las tareas a realizar.

¿Cómo han sido las relaciones con el resto del comité de dirección del Congreso?

Excelentes todos los miembros de este comité organizador. Tienen mucha experiencia en este tipo de organización de congresos. Cada uno tiene claras sus funciones.

¿Qué puede decirnos del equipo docente que participa en el Congreso?

Hemos invitado a médicos extranjeros muy reconocidos internacionalmente como también a médicos nacionales que nos hablarán de los diferentes tópicos de la especialidad y dejar a todos los asistentes satisfechos.

¿Qué destacaría del amplio programa científico?

La calidad de las charlas. Todas las mesas redondas con mucha información y simposium de gran calidad.

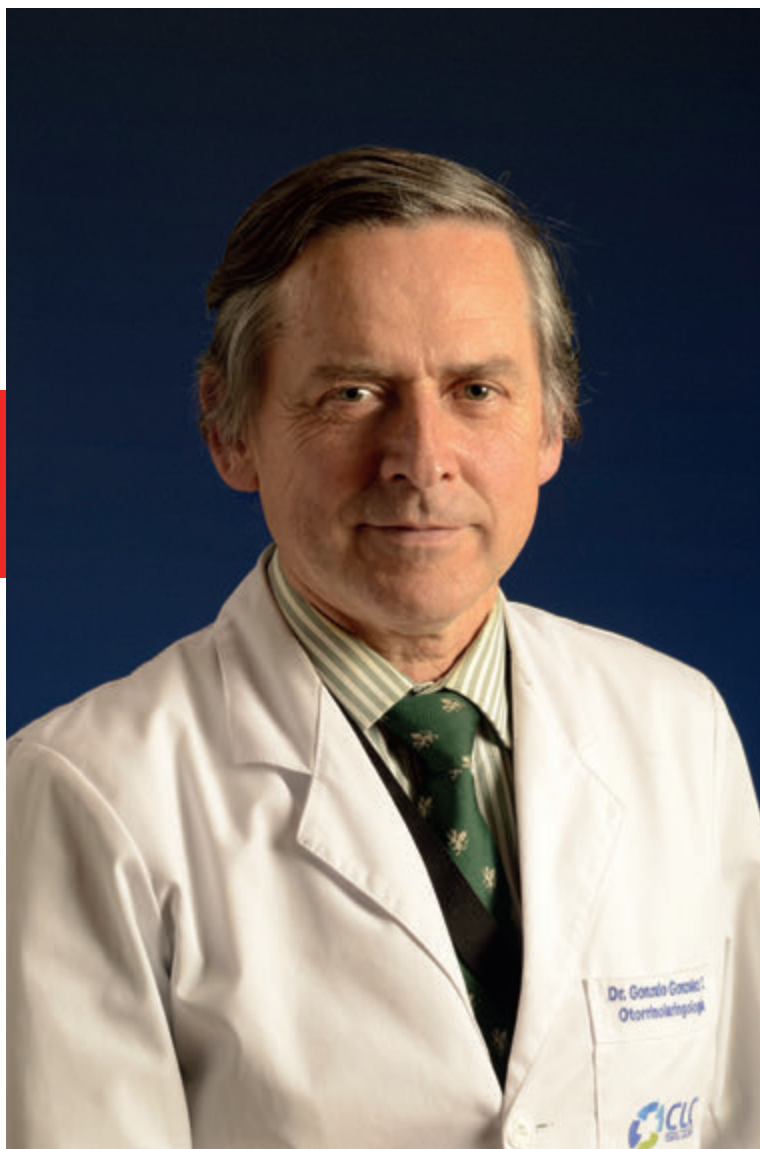
¿Cómo valora la calidad de los trabajos, resúmenes y pósters presentados?

Uno de nuestros objetivos fue el realce de los trabajos, resúmenes y pósters que son de excelente calidad científica y que nos motivan para el futuro.

“Uno de nuestros objetivos fue el realce de los trabajos, resúmenes y pósters que son de excelente calidad científica y que nos motivan para el futuro”

“Desde que GAES está en Chile ha sido un permanente auspiciador en todos los eventos científicos de la especialidad”

El Dr. Gonzalo González Zúñiga agradece a GAES su permanente apoyo en lo científico y también en lo material, con audífonos y equipos médicos de primer nivel.



GAES es uno de los principales patrocinadores. ¿Cómo valora su participación en el evento?

GAES en este congreso es uno de los principales auspiciadores, pero no solamente en este congreso. Desde que están en Chile han sido permanentes auspiciadores en todos los eventos científicos de la especialidad. Estamos muy agradecidos de su permanente apoyo en lo científico y también en lo material con audífonos y equipos médicos de primer nivel. Agradecer en forma especial al Sr. Alfonso Mostajo por el apoyo prestado a nuestra sociedad de otorrinolaringología con la participación en nuestros diferentes eventos. GAES es calidad, tienen un excelente equipo de profesionales. Un gusto trabajar con ustedes. Constantemente han ayudado a difundir nuestra experiencia en diferentes eventos. ✖

“GAES es calidad, tienen un excelente equipo de profesionales. Un gusto trabajar con ustedes”

Dres. Margaret y Pawel J. Jastreboff

Los Dres. Pawel J. y Margaret Jastreboff vuelven a nuestro país para participar en unas jornadas de formación y certificación sobre la terapia GAES Serena para el tratamiento del acúfeno. Recordemos que el Dr. Pawel J. Jastreboff es el creador del modelo neurofisiológico de tinnitus y de la terapia de habituación llamada TRT (Tinnitus Retraining Therapy), la más extendida en la actualidad en todo el mundo para el tratamiento de este síntoma.

Bienvenidos de nuevo a nuestro país. Un placer tenerlos de nuevo con nosotros. ¿Qué les ha traído a GAES en esta ocasión?

Yo soy académico y parte de nuestra responsabilidad es enseñar y compartir conocimientos. Se nos ofreció la posibilidad de impartir formación a varios niveles al personal de los centros especializados GAES IAI y aquí estamos. Hay quienes conocen ya el tratamiento TRT pero necesitan algunas aclaraciones y otros que quieren profundizar más en el tema y recibir formación más especializada.

¿En qué consiste esta formación y certificación a los audioprotesistas de los centros especializados GAES IAI?

Hay dos programas diferentes: uno tiene una duración de un día y cubre las especificaciones más genéricas del TRT y los aspectos más importantes en su proceso de implantación. El otro tiene una duración de tres días y se

profundiza mucho más en esta terapia. El último día se dedica puramente a la implementación práctica y básicamente se muestra cómo programar, por ejemplo, las ayudas auditivas, cómo hacer algunas mediciones que no es tan típico ver en este tipo de tratamientos. Esperamos que sea útil para los especialistas encargados de calmar el tinnitus.

Siempre es necesaria una base teórica, pero pondremos mucho más énfasis en la parte práctica. Contamos con mucha experiencia formativa, hemos realizado más de 40 jornadas de formación solo en Estados Unidos. En total son unas 20 horas de demostraciones y 30 horas lectivas. Incluyen casos prácticos de pacientes reales que necesitan tratamiento.

¿Cuáles son los puntos más importantes que se van a tratar en estas jornadas?

Uno de nuestros cursos estándar acabó en abril y dimos 40 cursos



“NO SE TRATA DE FORMAR A UN INDIVIDUO SINO DE FORMAR A UN GRUPO CAPAZ DE GENERAR MÁS IMPACTO”

a coste cero en Estados Unidos. Consistió en tres días de enseñanza intensiva incluyendo más de 20 horas de demostraciones. No solo enseñamos sino que también estructuramos. Hay que organizarse muy bien a la hora de transmitir esta información a

los participantes. Adicionalmente, estamos organizando sesiones en las que los participantes trabajan entre ellos y ofrecen asesoramiento, observan y comentan, y esto es muy pero que muy útil para ellos. Empiezan a hacer algo por ellos mismos y ya deja de ser meramente teórico para convertirse en una aplicación práctica. Cuentan con más de 30 horas de formación teórica y práctica, y todo ha de estar muy organizado ya que, si no, sería un caos.

Para ofrecer formación más precisa, aportamos principalmente asesoramiento de cómo interactuar con el paciente, instrumentación que hay que utilizar, cómo utilizar ayudas auditivas como parte de la terapia tanto desde el punto de vista de diagnóstico

“LA FORMACIÓN A LOS AUDIOPROTESISTAS DE GAES INCLUYE EL ANÁLISIS DE CASOS REALES, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO INTEGRAL”



“Las ayudas auditivas pueden ser muy útiles si se saben utilizar bien, pero no son la solución al tinnitus. Se necesita una terapia integral”



como del tratamiento en sí, sobre todo de cómo afinar instrumentos ya que se utilizan de forma diferente en otro tipo de terapias. Si no se saben estas cosas, el tratamiento puede no ser tan exitoso o, incluso, no tener ningún éxito. También discutimos casos con pacientes reales, cómo evaluarlos y cómo tratarlos. Hablamos de más de 2.000 pacientes ya que es el paciente el que pone las cosas en perspectiva. Es importante tratar con los pacientes en todos los casos ya que hay muchos aspectos que pueden pasar desapercibidos en la teoría pero que son sumamente importantes en la práctica. La terapia de habituación al tinnitus TRT lleva utilizándose más de 25 años, desde 1990. Antes, hace 25 años, se tardaba al menos un año en constatar las mejorías en el paciente, pero ahora en solo un mes esas mejorías ya son significativas.

¿Qué opinan sobre GAES Serena, la terapia integral de GAES para calmar el tinnitus?

En el caso de tinnitus, se necesita estrategia y planificación, y debe contar con un seguimiento consistente, mejorar la estrategia, ser capaz de cambiar y ajustar el plan y la estrategia dependiendo de cada situación. Es lo que estamos haciendo en Estados Unidos constantemente. GAES está haciéndolo también. En cada país, religión, cultura, educación, se necesita adaptar el método. No sirve uno para todos. Por ejemplo, lo que está funcionando en Inglaterra, puede que no funcione en Estados Unidos y lo que funcione en Estados Unidos, quizá no funcione en España. Lo importante es crear una estrategia para cada caso basándose en estas variables y en el mercado, y ser capaz de sugerir pequeñas modificaciones para que el método sea efectivo. La terapia

TRT se lleva a cabo en 54 países y hemos de tener en cuenta el conocimiento de la gente, si hablan el mismo idioma, etcétera. No se trata de formar a un individuo sino de formar a un grupo capaz de generar más impacto.

Para terminar, ¿qué novedades hay en el tratamiento del acufeno? ¿Qué opinan sobre la nueva generación de audífonos que calman el tinnitus?

Se está realizando investigación constante en tinnitus que está ayudando a aclarar y diferenciar lo que tiene sentido de lo que no respecto a ciertos métodos que han sido promovidos en Europa y en Estados Unidos. Algunos han demostrado que no tienen buena resolución clínica, de manera que los pacientes no necesitan pasar por procesos innecesarios. Si miramos lo que es efectivo, parece que tanto la terapia TRT como la terapia de comportamiento

cognitivo ayudan al tinnitus. TRT también es útil para bajar el umbral del sonido y ayudar a las personas a oír mejor, mientras que la terapia de comportamiento cognitivo no lo consigue. Las ayudas auditivas pueden ser muy útiles. Hace más de 20 años que se usan, pero necesitan ser programadas de forma muy específica para adaptarse a un paciente con tinnitus. El mejor audífono del universo, si no se sabe utilizar bien, no tendrá ningún éxito. Sin embargo, si sabes cómo utilizarlo, será muy efectivo. Los instrumentos en sí no son la solución al problema, hay que profundizar en la observación, la estrategia, la planificación y en entender al paciente. En resumen, una terapia integral. Hay muchos métodos que se promueven como nuevos milagros pero, al año o dos, dejan de ser efectivos. La terapia TRT es tres veces más eficiente que otros métodos para calmar el tinnitus. ✕



“LO IMPORTANTE ES CREAR UNA ESTRATEGIA PARA CADA PACIENTE BASÁNDOSE EN VARIABLES COMO IDIOMA, CULTURA, RELIGIÓN..., Y SER CAPAZ DE SUGERIR PEQUEÑAS MODIFICACIONES PARA QUE EL MÉTODO SEA EFECTIVO”

CON LOS DRES.
MARGARET M.
Y PAWEL J. JASTREBOFF

Primer encuentro GAES Serena para especialistas en acúfenos



El 1º Tinnitus Meeting GAES Serena 2017 congregó a 65 audioprotesistas de GAES especializados en el tratamiento de los acúfenos. Algunos de ellos posaron para la fotografía con los Dres. Margaret M. y Pawel J. Jastreboff.

GAES celebró el pasado mes de mayo el 1º *Tinnitus Meeting GAES Serena 2017*, en el que participaron 65 audioprotesistas de la compañía especializados en el tratamiento de los acúfenos. Esta primera edición estuvo dirigida por el Dr. Pawel J. Jastreboff, referencia en el tratamiento del tinnitus mediante la Terapia de Reentrenamiento del Tinnitus (TRT), que lleva aplicando desde hace más de 25 años. Le acompañó en esta formación la Dra. Margaret M. Jastreboff, con la que forma parte de la *Jastreboff Hearing Disorders Foundation*, con sede en Estados Unidos.

Los audioprotesistas participantes en este primer encuentro GAES Serena recibieron una capacitación *master class* de alto nivel en los diferentes temas relacionados con la terapia TRT. Así, se abordaron aspectos como el modelo neurofisiológico del tinnitus en la práctica del paciente con acúfenos y los fundamentos del tratamiento, la evaluación y entrevista audiológica, la hiperacusia o disminución de la tolerancia acústica y el asesoramiento en la terapia de sonido en TRT y tratamientos basados en el sonido. La jornada se completó con la presentación de casos clínicos.

TRT: TASA DE ÉXITO SUPERIOR AL 80%

Valeria García, coordinadora de audiología y servicios IAI de GAES, remarcó que fue de gran valor conocer en primera persona a los doctores que desde hace más de 25 años practican una terapia cuya tasa de éxito supera el 80%. “De hecho, añadió, en un plazo de entre 9 y 18 meses los afectados recuperan la calidad de vida perdida”. La TRT no se basa en enmascarar o camuflar los pitidos o zumbidos de los acúfenos, sino que se centra en la habituación, es decir, el objetivo es que el paciente se acostumbre a ese sonido hasta que deje de ser consciente de oírlo. El propio Dr. Pawel J. Jastreboff explicó: “Con esta terapia, el cerebro puede enseñar al sistema nervioso central a que deje de procesar esos pitidos como un sonido importante y pase así a un nivel subconsciente”.

GAES SERENA PARA RECUPERAR EL CONFORT AUDITIVO

Siguiendo las bases de la terapia TRT, GAES ofrece un servicio especializado para afectados de *tinnitus*, que en el caso de España son 4 millones de personas. Se trata de GAES Serena, que busca recuperar el confort auditivo del paciente. Para lograrlo, se trabaja con las soluciones Acufend de control del *tinnitus*, que proporcionan un tratamiento realista y personalizado que enseña al paciente a convivir con los acúfenos, tanto de forma consciente como inconsciente. El objetivo es centrar su atención en un sonido agradable para desviarla del molesto zumbido. Esta terapia se ofrece en los Institutos Auditivos Integrales (IAI) de GAES. La Terapia Integral GAES Serena tiene una duración aproximada de entre 6 y 18 meses en función de cada paciente. Los interesados en tener más información sobre este servicio pueden consultar la web controlatuacufeno.com o bien llamar a los teléfonos 902 09 59 25 y 91 252 93 91. ✖



El Dr. Pawel J. Jastreboff, creador de la Terapia de Reentrenamiento del Tinnitus (TRT), en diversos momentos de su intervención.

GAES apoya el plan de acción de salud auditiva de la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó el pasado 31 de mayo una resolución en la que insta a los gobiernos de todo el mundo a que fijen como prioridad la promoción de la salud auditiva, fijando además un plan de acción nacional al respecto. Se trata de un paso adelante y firme que ha recibido el apoyo total de GAES y de Cochlear, marca líder mundial

en soluciones auditivas distribuida por GAES en España. La citada resolución insiste en que los gobiernos, mediante su plan de acción, han de promocionar el acceso a tecnologías y productos auditivos de alta calidad, señalando la necesidad de incluir los audífonos e implantes cocleares como parte de la cobertura universal de salud. La OMS también reclama programas

de cribado mejorados para identificar y diagnosticar posibles problemas auditivos en recién nacidos.

La sensibilización también ha de ser un deber y una obligación para

las autoridades de cada país, con especial atención a la pérdida de la audición inducida por el ruido y la aplicación de medidas que aborden la exposición ocupacional, ambiental y recreativa al ruido. ✖



La OMS dispone de datos que avalan la necesidad de impulsar políticas de prevención en materia de salud auditiva.



DÍA MUNDIAL DE LA CONCIENCIACIÓN CONTRA EL RUIDO

Todos pintamos contra el ruido

Según el “Primer Estudio GAES sobre el ruido en España”, nueve millones de españoles conviven a diario con niveles de ruido superiores a 65 dB, el máximo recomendado por la OMS. El elevado nivel de ruido existe no solo en la calle o en el hogar, también en el puesto de trabajo. Así lo reconoce uno de cada cuatro españoles, que consideran que su entorno laboral es ruidoso. Otro 71% afirma que el ruido le dificulta la concentración en el trabajo. Estas y otras conclusiones se presentaron con motivo del Día Mundial de la Concienciación contra el Ruido en el marco de la campaña “Todos pintamos contra el ruido”. Dicha campaña contó con la participación ciudadana a la hora de crear un gran mural reivindicativo contra el ruido diseñado por el artista de reconocimiento nacional, Juan Díaz-Faés.

Muchos ciudadanos colaboraron en la creación del gran mural de la campaña “Todos pintamos contra el ruido”.



Se suelen sobrepasar los niveles máximos de ruido al realizar actividades de ocio, soportar obras en la calle o por el tráfico.



Según los expertos, la concienciación es clave y empieza por tomar medidas uno mismo. Además del uso de protectores auditivos, se pueden tomar medidas básicas como moderar el tono de voz, utilizar un volumen adecuado para escuchar música o ver la televisión, o elegir bares, restaurantes o incluso juguetes infantiles poco ruidosos. A pesar de estas recomendaciones, nueve de cada diez personas en nuestro país no se protegen a diario contra el ruido. Si no se adoptan medidas de prevención, el ruido puede hacer que nuestros oídos envejecan antes de tiempo. ✖

El mural sirvió para concienciar acerca de la importancia de reducir los niveles de ruido.



PRESENTACIÓN DEL INFORME

“La otra contaminación: ruido y salud en Madrid”

Los madrileños se ven expuestos cada noche a niveles de ruido superiores a los establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Así lo recoge el Informe “La otra contaminación: ruido y salud en Madrid. Edición especial 2017”, impulsado por el Observatorio de Salud y Medio Ambiente de DKV Seguros en colaboración con GAES y desarrollado por ECODES. El estudio, presentado el pasado 27 de junio en Madrid, señala también que casi un tercio de los españoles declara sufrir molestias por ruidos generados en el exterior de sus viviendas, siendo el tráfico rodado la principal fuente de contaminación acústica en las ciudades. Según recoge el informe, el 74% de los madrileños considera que vive en una ciudad ruidosa, siendo las obras urbanas la principal fuente de trastorno para los ciudadanos. Además, el ruido del tráfico en Madrid aumenta el número de ingresos hospitalarios, el riesgo de morir por causas circulatorias, respiratorias y por diabetes, los nacimientos prematuros y las muertes de recién nacidos. Los datos recopilados en este informe señalan también el importante porcentaje –al menos, un 40%- de centros educativos expuestos a ruido excesivo en Madrid, que puede alterar los procesos de aprendizaje y desarrollo de los niños. Y todo esto a pesar de que el ruido del tráfico en Madrid ha descendido en los últimos 20 años gracias a medidas como el soterramiento parcial de la M-30, la peatonalización de calles y plazas, los controles de velocidad o la instalación de pavimentos fonoabsorbentes.

Este informe es el cuarto presentado por el Observatorio Ruido y Salud DKV-GAES que aborda este problema medioambiental, tras los presentados en 2012 (“Ruido y Salud”), 2013 (“Ruido y Salud en Barcelona”) y 2015 (“III Informe Ruido y Salud DKV-GAES”). ✖

De izquierda a derecha: Álex Fernández Muerza, periodista ambiental autor del Observatorio Ruido y Salud en Madrid; Eduardo Navas, director de GAES zona centro; Paz Valiente, directora general de Sostenibilidad y Control Ambiental del Ayuntamiento de Madrid; Silvia Agulló, directora de Negocio Responsable de DKV; Dra. María José Lavilla, presidenta de la Comisión de Audiología de la Sociedad Española de ORL, y Cristina Monge, directora de Conversaciones de ECODES.



GAES PRESENTÓ "GAES TE CUIDA"

Programa para la promoción de hábitos saludables entre la gente mayor

GAES ha puesto en marcha el programa GAES Te Cuida (www.gaestecuida.com). Este proyecto, que hasta ahora había desarrollado internamente para sus trabajadores, tiene como objetivo fomentar los hábitos de vida saludables entre los más mayores para concienciarles de la importancia que tiene seguir una buena dieta y practicar deporte como medio para gozar de bienestar físico y emocional.

Durante el acto de presentación, celebrado en el Teatro Real de Madrid con la presencia del actor y presentador Santi Millán, tuvo lugar una mesa redonda que contó con la participación de cuatro embajadores de GAES Te Cuida: Montse Mechó, que con 83 años ha saltado en paracaídas más de 930 veces; Joan Babot, de 72 años y que ha completado seis veces la Titan Desert con su bicicleta; y Celestino y Ángel Sánchez, padre e hijo *runners amateurs* de 65 y 37 años

respectivamente. Después de la mesa redonda se ofrecieron dos ponencias. La dietista-nutricionista de Alimmenta Cristina Lafuente habló sobre alimentación y ofreció consejos para seguir una dieta equilibrada, mientras que la directora de GAES Solidaria, María José Gassó, centró su discurso en la solidaridad. ✕

El programa GAES Te Cuida es una muestra más del compromiso de la compañía por promover y cuidar la salud de las personas. La imagen fue tomada durante del acto de presentación del programa en el Teatro Real de Madrid.



Visitas a la sede de GAES

► 9 DE JUNIO

Prof. Jaime Marco

El Prof. Jaime Marco, jefe de servicio del Hospital Clínico de Valencia, visitó las instalaciones de GAES el pasado 9 de junio, donde pudo ver de primera mano el proceso de fabricación de un audífono así como conocer las últimas novedades en implantes y equipamiento de Electromedicina. ✕

El Prof. Marco aparece en el centro de la imagen junto a, de izquierda a derecha: Jordi Roqué, Javier García, Antonio Gassó y Javier Peralta, todos ellos de GAES.



► 26 DE JUNIO

Dr. Antonio Almodóvar

El pasado lunes 26 de junio, el Dr. Antonio Almodóvar Iñesta, especialista ORL del Hospital General de Elche, visitó las instalaciones de GAES y asistió a la formación de un Hit de Electromedicina. En la imagen, de izquierda a derecha: Oriol Llorens, de GAES; Dr. Antonio Almodóvar y Sergi Rodríguez, también de GAES. ✕



NUEVOS CENTROS GAES



► GAES Amara

GAES ha abierto un nuevo centro en la ciudad de San Sebastián-Donosti. El nuevo centro GAES Amara está situado en la Avenida de Madrid, número 2, y su número de teléfono de atención al público es 943 477 119. ✕



Algunos de los invitados al acto de inauguración.

IMPLANTES PONTO

► 6 DE JULIO

Hospital Clínico de Valencia

El pasado 6 de julio, médicos especialistas del Hospital Clínico de Valencia llevaron a cabo una cirugía para implantar los primeros dispositivos PONTO 3. En la imagen aparecen, de izquierda a derecha: Dr. Rafael Navarro, médico residente; Dra. Pitarch; Damián Cayuela, de GAES; Dra. Emilia Latorre y Prof. Jaime Marco. ✕



PORTUGAL

▶ 31 DE MAIO DE 2017, VILA NOVA DE GAIA

Inauguração GAES Vila Nova de Gaia

A funcionar desde o início de Maio, foi inaugurado oficialmente no passado dia 31 de Maio o Centro Auditivo GAES Vila Nova de Gaia na cidade de Vila Nova de Gaia, localizado na Rua Alvares Cabral 85 (Entre a Camara Municipal e o Tribunal).

Neste Gabinete esta habilitado a efectuar todos os, testes e reabilitação a implantes osteointegrados, PONTO.

Temos experiencia na Terapia GAES Serena, orientada para o tratamento de Acufenos, assim como 24 anos de experiência em Portugal em toda a área de reabilitação auditiva convencional.

A toda a equipa da GAES Vila Nova de Gaia desejamos muito sucesso! Agradecemos a todos a visita e esperamos ser merecedores da vossa confiança. ✕



De la esquierda para derecha: Alexandra Marinho, Helena Teixeira, Isabel Carvalho, Nuno Sarmento, Dulce Paiva.



De la esquierda para derecha: Dra. Aida Sousa, Maria Inês Pires.



De la esquierda para derecha: Dr. Hugo Amorim, Dra. Alexandra Fonseca, Dulce Paiva, Teresa Oliveira, Filipa Almeida, Dr. Rui Xavier.



De la esquierda para derecha: Dr. Francisco Monteiro, Dra. Rita Gama, Maria Inês Pires, Isabel Carvalho, Filipa Almeida.

COLOMBIA

▶ GAES emprende su nueva andadura en el país con la apertura de nuevos centros

El proyecto de GAES en Colombia contempla la apertura de locales propios en Bogotá, Medellín, Cali y Cartagena, además de la expansión a otras

ciudades del país a través de franquicias. En Bogotá ya están abiertos los locales de Unicentro y Jasban, que es donde también están ubicadas las oficinas de GAES Colombia, concretamente en el primer piso. El tercer centro de GAES en Bogotá es Chapinero, abierto recientemente. El

equipo está formado por audiólogas, representantes comerciales ATM, una audioprotesista desplazada desde España para apoyo comercial y hasta un product manager de Electromedicina. ✕



Nuevo centro de Jasban – Bogotá DC.



CHILE

▶ Dos nuevos centros

Siguiendo el plan de expansión 2017 de GAES Chile, a principios del mes de agosto se inauguraron dos nuevos centros situados en la zona centro sur del país. A estos eventos asistieron invitados de convenios regionales de cajas de compensación y representantes de isapres, como también profesionales de la especialidad ORL y miembros del área comercial de GAES. El objetivo es seguir posicionando a la compañía como una marca cercana, orientada al servicio y atención al cliente.

El día 2 de agosto se inauguró la sucursal que se ubica en la región del Maule, específicamente en calle Membrillar, 409 de la comuna de Curicó.



Nuevo centro GAES en la comuna de Curicó.

El segundo nuevo centro se inauguró al día siguiente, 3 de agosto, en la comuna de San Fernando. Se ubica en la calle Carampangue, 492, local 1, GAES Colchagua. ✕



Nuevo centro GAES en la comuna de San Fernando.

CHILE

► Lanzamiento del innovador implante coclear Neuro

GAES ha participado en las dos primeras cirugías con implantes cocleares Neuro-Oticon Medical en Chile. Las intervenciones quirúrgicas fueron realizadas por un equipo médico del Hospital Barros Luco y fueron retransmitidas en línea y de manera interactiva a distintos hospitales del país. En la intervención participaron el Dr. brasileño Ricardo Bento, que actuó de asesor, y la jefa de servicio del hospital, Dra. Maritza Rahal. El coordinador de implantes auditivos de los centros GAES, Luciano García, dijo que este tipo de dispositivos abre nuevas posibilidades para personas con problemas graves de audición y afirmó sentirse orgulloso, como miembro de una compañía relacionada con la salud auditiva, de poder estar presente en la primera cirugía a nivel nacional de uno de los implantes más novedosos del mercado. ✕



«Ambas cirugías se retransmitieron en línea a distintos hospitales del país».



De izquierda a derecha: Luis Ortega, gerente de formación y audiología de GAES Latinoamérica; Felipe Palma, de Oticon Medical; Dr. Ricardo Bento; Luciano García, coordinador de implantes auditivos de GAES, y Oswald García, director Latinoamérica de Oticon Medical.



De izquierda a derecha: Dra. Mariela Torrente, Dra. Maritza Rahal, Dr. Ricardo Bento y Dr. Ricardo Alarcón.

► Lanzamientos GAES Serena en el sur del país

El pasado 20 de junio tuvo lugar la primera jornada de puertas abiertas en GAES Concepción con objetivo de dar a conocer la terapia para calmar el tinnitus GAES Serena, terapia que se comenzó a aplicar en Santiago en 2016 y que ya cuenta con más de 100 pacientes en tratamiento con claras mejorías. Por la excelente experiencia con los pacientes, la cobertura se extenderá a otros centros GAES en Viña del Mar, Salvador y Paseo Huérfanos. Numerosos médicos especialistas ORL y tecnólogos de la zona asistieron a la presentación y pudieron conocer la metodología y demostración práctica de los servicios y equipamientos del centro, además de difundir que en GAES Concepción se realizan evaluaciones gratuitas para el tratamiento. Esa misma semana se realizaron otras acciones para el lanzamiento de GAES Serena en medios regionales. Gloria Sanguinetti, coordinadora de Servicios IAI, estuvo invitada en los canales regionales 8 y 9, en la Radio de la U. de Concepción, donde explicó en qué consiste el tinnitus y sus causas, y detalló la "Terapia de Reentrenamiento del Tinnitus" que GAES realiza desde años en otros países y desde hace unos meses también en Chile, primero en la capital y, desde el pasado mes de junio, en GAES Concepción. ✕



Los profesionales que asistieron fueron los Dres. Ulloa, Bardisa, Schmidt y Bordagaray. Por parte de GAES estuvieron presentes: Daniel Espinoza, responsable comercial; Gloria Sanguinetti, coordinadora de Servicios IAI; Hernán Alarcón, representante comercial, además del equipo de audioprotesistas de GAES Concepción.





Los ganadores posaron así de felices con las becas otorgadas por GAES para ayudarles a cumplir su sueño.

GAES entregó becas en Chile por primera vez

GAES hizo entrega de las becas a los dos ganadores de la edición 2016 del programa “Persigue tus sueños” en Chile. Un jurado compuesto por deportistas de élite, empresarios y periodistas evaluó los diez proyectos más votados en la página www.persiguetusueños.cl. La mayoría de los proyectos presentados tuvieron como autores a jóvenes que no pueden costear sus sueños para competir en el extranjero, que buscan cruzadas solidarias o que superaron alguna complicación de salud para destacar en su disciplina deportiva. Uno de los proyectos ganadores fue el de Enzo Amadei, deportista amateur de 31 años que presentó un proyecto de tenis adaptado para entrenar a personas con discapacidad a nivel nacional e internacional. El segundo ganador fue Gonzalo León, de 33 años, quien, pese a padecer de niño la enfermedad “pie de Bot”, hoy es corredor trail y participará en la próxima edición de la Épica Atacama el próximo mes de noviembre. En total, GAES ha repartido 6.000 euros entre los dos ganadores. ✕

Deportistas de élite, empresarios y periodistas fueron los encargados de elegir los proyectos ganadores.

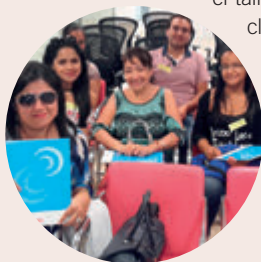


ECUADOR

Taller escuela para padres de niños implantados

GAES Ecuador organizó en abril un taller escuela para padres de niños implantados en el gabinete de GAES Centenario, Guayaquil. Durante la jornada se realizaron dinámicas grupales donde los padres intercambiaron sus conocimientos y experiencias. Raquel Navarro, responsable de Formación, fue la encargada de exponer la importancia y el papel de la familia en el proceso de rehabilitación después de la activación del implante coclear. A continuación, Lorena Huiracocha, rehabilitadora de lenguaje, habló de la rehabilitación post-implante coclear, protocolo GAES Ecuador. Y Freddy Vera, product manager de Implantes Auditivos, fue el encargado de exponer las innovaciones tecnológicas en implantes, su uso y garantías. Al finalizar el taller, las familias pusieron en común las conclusiones de los trabajos que realizaron en grupo y recibieron un diploma acreditativo. ✕

Dr. Freddy Vera, las APs Sulanc Asinc, de GAES Guayaquil Sur, y Lorena Huiracocha, de GAES Guayaquil Centenario.



El taller se desarrolló en un ambiente distendido y muy agradable.



CHILE

GAES donó 19 ordenadores a la escuela básica de Puente Alto

GAES Chile donó 19 ordenadores al colegio “Josefina Gana de Johnson” situado en la comuna de Puente Alto. Este material ha sido destinado a contribuir a la formación de sus alumnos y ayudarles en su futura inserción laboral. La escuela, perteneciente a la Protectora de la Infancia, acoge a más de mil niños en riesgo de exclusión social y hasta el momento debían compartir los ordenadores para trabajar. La idea de la donación surgió del director de Finanzas de GAES Chile, Leonardo Cornejo, debido a la actualización de los ordenadores de las tiendas. Él, con el apoyo del área de sistemas, se encargó de dejar los ordenadores elegidos en condiciones óptimas para volver a ser utilizados. En el acto de la entrega estuvieron presentes, además de Leonardo Cornejo, Karen Figueroa, encargada de Marketing y Convenios GAES; Patricio Gálvez y Luis Martínez, del departamento de Logística de GAES Chile; Juan Carlos Gutiérrez, director de la escuela; Marcelo Poveda y Pablo Pereira, encargados de Laboratorio; Rubén Gorioitía, coordinador administrativo, además de varias niñas del centro educativo. ✕



Los ordenadores donados por GAES servirán para mejorar la formación de más de mil alumnos.



La idea surgió de una iniciativa del director de Finanzas de GAES Chile, Leonardo Cornejo, tras la actualización de los ordenadores de las tiendas.



VOLVER A OÍR PARA VOLVER A VIVIR

La cara más solidaria de la GAES Titan Desert by Garmin

Desde 2012 GAES Solidaria participa en el proyecto solidario paralelo a la Titan Desert "Volver a oír para volver a vivir". Un proyecto destinado a combatir los problemas de audición de los habitantes de las poblaciones cercanas al circuito deportivo y que en esta ocasión ha tenido lugar del 30 de abril al 5 de mayo.

Este año han formado parte de la expedición Conchita Gassó, presidenta del Comité de Igualdad de GAES, y los voluntarios Mónica Moya, audioprotesista de GAES Mataró (Barcelona); Idoia Martínez, audioprotesista de GAES Zarautz (Guipúzcoa), y el Dr. José María Laborda, otorrino de Alicante. La ayuda de un doctor es siempre imprescindible en este tipo de proyectos para detectar distintas patologías que pueden presentar los pacientes.

Todos ellos se desplazaron durante esos días por la zona con una caravana equipada con instru-

Conchita Gassó, presidenta del Comité de Igualdad de GAES, también formó parte de la expedición.



mental audioprotésico (audiómetro, otoscopio, etcétera) con unos resultados muy buenos: en los días que duró la prueba se hicieron revisiones auditivas a más de 200 personas y se adaptaron 60 audífonos.

Un regalo en todos los sentidos

"Para mí este viaje solidario ha sido un regalo en todos los sentidos", nos cuenta Mónica Moya. "Han sido tres viajes en uno: la parte solidaria, vivir la Titan Desert como espectadora en primera línea y la oportunidad de conocer el desierto, sus gentes, sus costumbres y sus problemáticas. He disfrutado cada momento y cada situación y, además, en buena compañía. ¡No se puede pedir más. Muchísimas gracias por todo!". ✕



Dr. José María Laborda, otorrino de Alicante, durante una revisión auditiva.



LA GAES TITAN DESERT BY GARMIN ES, POR ENCIMA DE TODO, LA CARRERA DE LA SUPERACIÓN PERSONAL, DEL RETO INDIVIDUAL

Este año han participado en el proyecto "Volver a oír para volver a vivir" las audioprotesistas Mónica Moya, de GAES Mataró (Barcelona), e Idoia Martínez, de GAES Zarautz (Guipúzcoa).



Volver a oír para volver a vivir nació en 2012 junto a la Fundación Repsol, RPM y Garmin y desde la fecha ya se han realizado más de 1.000 revisiones auditivas y se han adaptado más de 300 audífonos a los habitantes cercanos a la carrera.



GAES SOLIDARIA colabora con la Fundación Clarós en sus proyectos en Gambia y Cabo Verde

GAES Solidaria participó durante los meses de marzo y abril en dos proyectos de cooperación de la Fundación Clarós. Las voluntarias de GAES Solidaria, Mercè Vilches y Cristina Aguado, viajaron con el equipo médico de la Fundación Clarós a Gambia y Cabo Verde, respectivamente.

Mercè Vilches, audioprotesista de GAES Blanes, viajó a Gambia para realizar revisiones auditivas en el Hospital de Banjul, la capital del país. “Viajar de voluntaria audioprotesista a Gambia ha sido un regalo para mí. La oportunidad que se me ha brindado al poder compartir esta gran experiencia junto al fantástico equipo de la Fundación Clarós no tiene comparación con cualquiera de las vivencias que pude tener hasta hoy”, cuenta Mercè.

Por su parte, Cristina Aguado, audioprotesista de GAES Tudela, viajó el pasado mes de abril a Cabo Verde. Allí recibió a unos 30 pacientes al día, a los que hizo los tests de audiometría pertinentes para saber a quiénes podía adaptar audífonos. “Cuando me ofrecieron la posibilidad de ir a Cabo Verde y colaborar como voluntaria de GAES Solidaria no me lo pensé dos veces, y no puedo estar más satisfecha con esa decisión. Lo vivido allí ha sido la experiencia más bonita y gratificante que he tenido”, explicó Cristina. ✕

Para Cristina Aguado, audioprotesista de GAES Tudela, colaborar con GAES Solidaria ha sido la experiencia más bonita y gratificante que ha vivido.



Arriba, Mercè Vilches, audioprotesista de GAES Blanes: “Viajar de voluntaria a Gambia ha sido un regalo para mí”.



LA FUNDACIÓN CLARÓS OFRECE AYUDA HUMANITARIA EN PAÍSES EMERGENTES PARA COMBATIR LAS ENFERMEDADES Y DEFECTOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS Y FACIALES

Revisiones auditivas a niños saharauis

Un año más, niños saharauis y ucraineses vienen a pasar sus vacaciones a España en familias de acogida. Aprovechando su estancia, audioprotesistas de GAES, voluntarios de GAES Solidaria, realizan revisiones auditivas a estos niños.

ARAGÓN

Vacaciones en paz

Este año, las primeras localidades en llevar a cabo estas revisiones han sido Huesca y Zaragoza que, por quinto año consecutivo, se involucran en el proyecto. Un total de 75 niños de entre 6 y 14 años han pasado estos días una exhaustiva revisión auditiva para descartar cualquier tipo de pérdida auditiva.

Este viaje forma parte del programa Vacaciones en paz, una iniciativa que consiste en la acogida temporal de niños y niñas procedentes de los campamentos de refugiados saharauis. En el caso de Huesca, el viaje fue organizado por la asociación Alouda y en Zaragoza, por las asociaciones Um Draiga y Arapaz. ✕



Dr. Jorge Vaca.

EL PROGRAMA VACACIONES EN PAZ CONSISTE EN LA ACOGIDA TEMPORAL DE NIÑOS Y NIÑAS PROCEDENTES DE LOS CAMPAMENTOS DE REFUGIADOS SAHARAUIS



En la imagen aparecen algunos de los niños saharauis junto a Miguel Mauduit, de GAES; Dr. Jorge Vaca, ORL de Madrid, y Lucía Mora y Sonia Sierra, voluntarias de GAES Solidaria.

MADRID

Ayudar a los niños a desarrollar sus capacidades

En Madrid también se han realizado revisiones auditivas a 10 niños saharauis. Los pequeños, de entre 7 y 14 años, han pasado sus vacaciones de verano acogidos por diferentes familias madrileñas. El viaje se gestiona a través de la asociación Río de Oro, una entidad que lleva años apoyando, defendiendo y difundiendo la causa del Pueblo Saharaui.

La revisión auditiva a niños saharauis tiene como objetivo ofrecer atenciones especiales a los niños que tienen problemas de audición en países con difícil acceso a la salud auditiva para que puedan desarrollar todas sus capacidades de manera óptima. En este sentido y como parte de este mismo programa,

durante los meses de junio y julio también se ofrecieron revisiones auditivas a niños y niñas que pasan el verano con familias de acogida en el País Vasco (Bilbao, San Sebastián, Vitoria), Madrid, Salamanca y Murcia. ✕



EN MADRID, EL VIAJE SE GESTIONA A TRAVÉS DE LA ASOCIACIÓN RÍO DE ORO, UNA ENTIDAD QUE LLEVA AÑOS APOYANDO, DEFENDIENDO Y DIFUNDIENDO LA CAUSA DEL PUEBLO SAHARAUI

Lucía Mora, voluntaria de GAES Solidaria.

CURSOS Y CONGRESOS NACIONALES




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

XVIII CURSO PRÁCTICO MULTIDISCIPLINARIO DE MICROCIROLOGÍA
Fecha: Del 16 al 19 de octubre.
Lugar: Burgos.

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


ACTUALIZACIÓN EN IMPLANTES COCLEARES
Fecha: 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.

VII CURSO INTENSIVO DE COLGAJOS CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA 2017
Fecha: Del 25 al 28 de octubre.
Lugar: Madrid.

SYMPOSIUM SIGNIA SIEMENS CELLION
Fecha: 26 de octubre.
Lugar: Oviedo.

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

REUNIÓN ANUAL SBORL
Fecha: 17 y 18 de noviembre.
Lugar: Manacor.

 **83 TEMPORAL BONE DISSECTION COURSE**
Fecha: 20 y 21 de noviembre.
Lugar: Barcelona.

 **124 CURSO DE MICROCIROLOGÍA DEL OÍDO Y DISECCIÓN DEL HUESO TEMPORAL**
Fecha: Del 21 al 24 de noviembre.
Lugar: Barcelona.

III HANDS ON COURSE ADVANCED LARYNGEAL CANCER. MASTERING THE LARYNX
Fecha: Del 22 al 25 de noviembre.
Lugar: Madrid.

III JORNADA DE ACTUALIZACIÓN SOBRE AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DE CABEZA Y CUELLO
Fecha: 24 de noviembre.
Lugar: Valencia.

CIRUGÍA MÍNIMAMENTE TRAUMÁTICA EN IMPLANTES COCLEARES
Fecha: 24 de noviembre.
Lugar: Pamplona.


CURSO DE LA VOZ
Fecha: 24 y 25 de noviembre.
Lugar: Pamplona.

CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN ORL
Fecha: 24 y 25 de noviembre.
Lugar: Vinalopó.

V EDICIÓN DEL CURSO DE SEPTOPLASTIA
Fecha: 27 de noviembre.
Lugar: Villalba.

II CURSO INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DE LA VOZ
Fecha: Del 30 de noviembre al 2 de diciembre.
Lugar: Valencia.


III CIRUGÍA DE LA PARÁLISIS FACIAL
Fecha: Del 30 de noviembre al 2 de diciembre.
Lugar: Madrid.

 **XIX REUNIÓN INVERNAL DE OTOLOGÍA (REINO)**
Fecha: Del 28 de enero al 2 de febrero de 2018.
Lugar: Candanchú (Huesca).

III CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO DE CIRUGÍA TIROIDEA Y DISECCIÓN CERVICAL
Fecha: Del 7 al 9 de febrero de 2018.
Lugar: Cáceres.

 **31ST POLITZER SOCIETY MEETING - 2ND GLOBAL OTOTOLOGY RESEARCH FORUM**
Fecha: Del 21 al 24 de febrero de 2018.
Lugar: Las Palmas de Gran Canaria.

20º CURSO DE DISECCIÓN Y ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LA FOSA NASAL, SENOS PARANASALES, VÍA LAGRIMAL, ÓRBITA Y BASE DE CRÁNEO
Fecha: 8 y 9 de marzo de 2018.
Lugar: Barcelona (Bellaterra).

 **XV CURSO-SIMPOSIO SOBRE IMPLANTES COCLEARES**
Fecha: Del 11 al 13 de abril de 2018.
Lugar: Pamplona.

XXXIV CURSO DE ANATOMÍA QUIRÚRGICA Y DISECCIÓN DE CUELLO Y GLÁNDULAS SALIVARES
Fecha: 16 y 17 de abril de 2018.
Lugar: Barcelona.

 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

ALEMANIA

62ND INTERNATIONAL CONGRESS OF HEARING AID ACOUSTICIANS (EUHA) ANNUAL

Fecha: Del 22 al 29 de octubre.
Lugar: Nuremberg.

ARGENTINA

70^º ANIVERSARIO CONGRESO FASO

Fecha: Del 22 al 24 de noviembre.
Lugar: Mar del Plata.

AUSTRALIA

ASOHN 68TH ANNUAL SCIENTIFIC MEETING

Fecha: Del 9 al 11 de marzo de 2018.
Lugar: Perth.

BRASIL

4 CURSO AVANÇADO DE DISSECÇÃO EM ORL

Fecha: 17 y 18 de octubre.
Lugar: Sao Paulo.

4^º CONGRESO DE LA ACADEMIA IBEROAMERICANA DE ORL Y 47^º CONGRESSO BRASILEIRO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA E CIRURGÍA CÉRVICO-FACIAL

Fecha: Del 1 al 4 de noviembre.
Lugar: Florianopolis.

CHILE

CEPES

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

TEMPORAL BONE DISSECTION COURSE

Fecha: Del 13 al 17 de noviembre.
Lugar: Atlanta.

174TH MEETING OF THE ACOUSTICAL SOCIETY OF AMERICA

Fecha: Del 4 al 8 de diciembre.
Lugar: New Orleans.

Destacado
On line

2018 TRILOGICAL COMBINED SECTIONS MEETING

Fecha: Del 18 al 20 de enero de 2018.
Lugar: Scottsdale.

41ST ARO ANNUAL MIDWINTER MEETING

Fecha: Del 10 al 14 de febrero de 2018.
Lugar: San Diego.

AMERICAN ACADEMY OF AUDIOLOGY ANNUAL MEETING & AUDIOLOGY NOW!

Fecha: Del 25 al 28 de marzo de 2018.
Lugar: Nashville.

FRANCIA

20^{ES} ASSISES D'ORL

Fecha: Del 25 al 27 de enero de 2018.
Lugar: Niza.

HONG KONG

PAN-ASIA ENDOSCOPIC EAR SURGERY FORUM

Fecha: 12 y 13 de noviembre.
Lugar: Hong Kong.

ENDOSCOPIC AND MICROSCOPIC EAR SURGERY DISSECTION WORKSHOP

Fecha: Del 14 al 16 de noviembre.
Lugar: Hong Kong.

INDIA

ISOCON 2017 26TH ANNUAL CONFERENCE OF THE INDIAN SOCIETY OF OTOTOLOGY

Fecha: Del 17 al 19 de noviembre.
Lugar: Raipur.

ITALIA

HANDS-ON COURSES IN MIDDLE EAR AND LATERAL SKULL BASE SURGERY

Fecha: Del 11 al 15 de diciembre.
Lugar: Piacenza.

MÉXICO

XXXIX CONGRESO NACIONAL FESORMEX

Fecha: Del 25 al 29 de octubre.
Lugar: Cancún.

MYANMAR

17TH ASEAN ORL-HNS CONGRESS

Fecha: Del 16 al 18 de noviembre.
Lugar: Yangon.

PORTUGAL

VIII CURSO VERTIGEM E ZUMBIDO

Fecha: 13 y 14 de octubre.
Lugar: Porto.

RHINOPLASTY & FACIAL PLASTIC SURGERY

Fecha: 20 y 21 de octubre.
Lugar: Porto.

1^{AS} JORNADAS ORL GERIÁTRICA

Fecha: 28 y 29 de octubre.
Lugar: Vila Nova de Gaia.

REUNIAO NUCLEO SUL

Fecha: 25 y 26 de noviembre.
Lugar: Évora.

VI REUNIAO IBÉRICA DE OTONEUROLOGÍA - APO

Fecha: 1 y 2 de diciembre.
Lugar: Lisboa.

REINO UNIDO

FACIAL AESTHETICS COURSE

Fecha: Del 15 al 19 de noviembre.
Lugar: Conventry.

14TH ANNUAL NATIONAL ENT MASTERCLASS

Fecha: Del 26 al 28 de enero de 2018.
Lugar: Londres.

SUIZA

8TH WINTER DAYS OF LARYNGOLOGY

Fecha: Del 19 al 20 de enero de 2018.
Lugar: Crans Montana.

UAE

5TH DUBAI OTOTOLOGY, NEUROTOLOGY & SKULL BASE SURGERY CONFERENCE

Fecha: Del 11 al 13 de octubre.
Lugar: Dubai.

8TH EMIRATES

OTORHINOLARYNGOLOGY

Fecha: Del 17 al 19 de enero de 2018.
Lugar: Dubai.

URUGUAY

IV CURSO DE LA ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE ORL-CCC

Fecha: Del 22 al 26 de octubre.
Lugar: Punta el Este.

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

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**.



Implantes auditivos

- 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