

XXXIV REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL

Madrid, 15 al 18 de noviembre de 2000

Reg. N.º

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

DISCO

ORAL

VÍDEO Duración _____ minutos
(Máximo 10 minutos)

POSTER

TÍTULO: BULBO YUGULAR ALTO. A PROPOSITO DE UN CASO DE ACUFENO PULSÁTIL.

AUTORES: SANCHEZ LAINER, J.; CUERVO, G.; VIVIENTE, E.; DIAS MANZANO, J.A.;
OSETE, J.M.; SPÄCKELSEN, C.

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL MORALES MESEGUER

CIUDAD: MURCIA PROVINCIA: MURCIA PAÍS:

RESUMEN: Será imprescindible encabezar cada parte con el epígrafe:

«Introducción», «Material y método», «Resultados» y «Discusión/conclusiones».

INTRODUCCIÓN: El golfo de la vena yugular se aloja en la fosa yugular, constituida por una depresión excavada en el borde posterior del peñasco. El bulbo está en relación por arriba con la caja del tímpano, separado tan sólo por una delgada capa de hueso. Un golfo yugular alto, que se extiende dentro de cavidad timpánica, es una anomalía que aparece en el 4-7 % de los huesos temporales. La mayoría de las personas con esta variante anatómica permanecen asintomáticas; sin embargo, si se extiende a cavidad timpánica puede provocar una pérdida auditiva de conducción y un acúfeno pulsátil. A su vez, la extensión a pirámide petrosa puede producir vértigo e hipoacusia neurosensorial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un caso de acúfeno pulsátil de años de evolución en un paciente (J.P.E.) de 70 años sin antecedentes de interés, con otoscopia normal. En el TC se objetiva un divertículo yugular derecho, permaneciendo mastoides y caja timpánica neumatizada, con cadena de huesecillos conservada. En la audiometría se objetiva una discreta hipoacusia conductiva. Ante la sospecha etiológica se comprueba que el acúfeno desaparece tras maniobra de valsalva o compresión de vena yugular ipsilateral.

DISCUSIÓN: Para su diagnóstico se acepta como suficiente la TC. La angiografía es obligatoria para confirmar un tumor de glomus yugular o una arteria carótida aberrante, pero no para un bulbo yugular alto. El método final para confirmar el diagnóstico es una timpanotomía exploradora, pero pocas veces se indica por los pobres resultados terapéuticos y por el alto riesgo de sangrado durante la intervención. En general se recomienda actitud conservadora. En caso de un acúfeno pulsátil intolerable se considera la ligadura baja de la vena yugular si los síntomas pueden ser abolidos comprimiendo la vena yugular interna en el cuello.

CONCLUSIÓN: Estamos ante una variante anatómica del hueso temporal que puede justificar un acúfeno pulsátil como en el caso presentado. Además, es importante descartar su existencia antes de realizar una cirugía de oído medio ante el riesgo de sangrado profuso.