



Complejo Asistencial  
de Zamora

# NUEVO HOSPITAL

Órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora

Octubre 2012; Vol. VIII N° 3

Versión digital ISSN:1578-7516

## EDITORIAL

1. Cruz Guerra N; Director de la revista Nuevo Hospital
- 

## ORIGINALES

2. **Patología vocal registrada en la Unidad de Foniatría del Hospital Virgen de la Concha (Zamora) durante el primer trimestre de 2012**

Santos Pérez ME

---

## IMÁGENES EN MEDICINA

6. **Prostatitis granulomatosa**

Cruz Guerra NA  
Martínez Velado E  
Baizán García MJ

---

8. Normas de Publicación

# NUEVO HOSPITAL

## **Dirección**

Nicolás Alberto Cruz Guerra

## **Secretario**

Pedro Felipe Rodríguez de la Concepción

## **Comité Editorial**

Mar Burguoa Arenales  
Juan Carlos García Vázquez  
Beatriz Muñoz Martín  
Carmen Villar Bustos

Fundada en 2001 por el  
Dr. José L. Pardal Refoyo

---

© Copyright 2011. Reservados todos los derechos.  
Complejo Asistencial de Zamora  
Avda. Requejo, 35  
49022 Zamora (España)

Edita:  
Complejo Asistencial de Zamora  
Avda. Requejo, 35  
49022 Zamora (España)

Diseño y realización:  
Pedro Felipe Rodríguez de la Concepción

*Nuevo Hospital*, con ISSN 1578-7516 (versión digital), y de periodicidad cuatrimestral (3 n° al año) es el órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora.  
<http://www.salud.jcyl.es/hospitales/cm/CAZamora>

Correo electrónico :  
[revistanuevohospital@saludcastillayleon.es](mailto:revistanuevohospital@saludcastillayleon.es)

---

Los trabajos publicados en *Nuevo Hospital* reflejan la opinión de sus autores. El Comité Editorial no se responsabiliza necesariamente de los criterios y afirmaciones expuestas.

Cuatro nuevos meses han pasado desde el último número de Nuevo Hospital. El correspondiente a octubre sale a la luz y, a pesar de que la etapa estival no es la más proclive habitualmente a la producción científica, ello es signo de que nuestro Centro siempre alberga un componente de inquietud por el conocimiento y la divulgación del mismo.

Me satisface en esta ocasión comprobar que algunas Unidades y Servicios continúan con la participación en este proyecto colectivo como es nuestra revista. Ello no impide que exprese también mi inquietud por la muy limitada implicación que hasta ahora se ha visto reflejada por parte del personal en formación, y a este respecto quiero insistir en la responsabilidad que recae en los coordinadores de las diferentes unidades docentes existentes actualmente en nuestro Hospital. En cualquier caso, como siempre, mi felicitación en nombre del Comité Editorial a los autores de los trabajos presentados en esta ocasión, por el esfuerzo y trabajo realizado.

Es necesario perseverar en la consolidación de nuestra publicación. Estos tiempos complicados por los que estamos pasando, en los que muchas veces prima la transmisión interpersonal de un sentimiento de apatía, no deben hacernos renunciar a un plus de calidad en nuestra labor como personal de un Sistema de Salud como es el de la producción intelectual. A mi modo de entender las cosas, ello equivaldría a perder parte de uno mismo, diluyéndonos en la inercia de un negativismo que, por difícil que a veces resulte, de ninguna manera debe dejarse consolidar en el ambiente.

Una vez más, saludo a todos los miembros del Complejo Asistencial, e invito a la lectura de este nuevo número, confiando en que produzca un efecto de estímulo para próximas colaboraciones.

**Nicolás Alberto Cruz Guerra**  
Director de la revista Nuevo Hospital

**EDITORIAL**

## Patología vocal registrada en la Unidad de Foniatría del Hospital Virgen de la Concha (Zamora) durante el primer trimestre de 2012.

Santos Pérez ME

Médico Foniatra. Responsable de la Unidad Foniatría del Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

E-mail: [esantosp@saludcastillayleon.es](mailto:esantosp@saludcastillayleon.es)

### RESUMEN

**Objetivo:** Descripción de la patología vocal registrada en la Unidad de Foniatría del Hospital Virgen de la Concha de Zamora correspondiente al primer trimestre de 2012.

**Método:** Estudio descriptivo realizado a partir de la revisión de 224 historias clínicas pertenecientes al periodo citado, que incluyen pacientes (niños y adultos) de primera consulta o de revisión clínica.

**Resultados:** Del total de 224 pacientes (niños + adultos) atendidos en la Consulta de Foniatría del Hospital Virgen de la Concha de Zamora en el primer trimestre del presente año, 137 fueron primera consulta y el resto revisiones. La patología vocal supuso, en los adultos, el 56,97% (195 procesos), distribuyéndose de la siguiente manera: 115 disfonías orgánicas, 41 disfonías disfuncionales, 14 pacientes acudieron tras microcirugía laríngea, 18 casos presentaron reflujo gastroesofágico y en siete pacientes se realizó laringectomía total o parcial. (Cabe indicar que el número de procesos no es sinónimo de pacientes, pudiendo existir procesos concomitantes en un mismo sujeto). Dentro de las disfonías funcionales predominaron las hiperkinéticas; en la patología orgánica los nódulos y pólipos; y en el extremo opuesto de la tabla se diagnosticaron una tuberculosis, una sinequía, una úlcera laríngea y un pólipo epiglótico. En cuanto a los pacientes quirúrgicos se valoraron cuatro laringectomizados, uno de ellos mujer, y tres cordectomías (una traumática). Se indicó rehabilitación logopédica en 32 casos (14,28% de las disfonías evaluadas médicamente). Sólo en cinco ocasiones, de los casos infantiles valorados, se emitió juicio clínico de disfonía.

**Conclusiones:** Cierta predominancia en la incidencia de la patología vocal sobre la patología del lenguaje. Preponderancia en adultos, correspondiendo a patología orgánica benigna. Baja incidencia de los casos infantiles. Cierta incrementación de casos de tuberculosis laríngea. Alteraciones vocales como entidades predominantes rehabilitadas por Logopeda de la Unidad.

### PALABRAS CLAVE

Disfonías disfuncionales. Disfonías orgánicas. Microcirugía laríngea. Laringectomía.

### ORIGINAL

#### INTRODUCCIÓN

Durante el primer trimestre del año en curso sólo se registró actividad foniátrica en el Hospital Virgen de la Concha (lugar físico en el que se sitúa la Unidad) durante los meses de febrero y marzo, por lo tanto el número de pacientes a los que nos referimos en este trabajo corresponde con los evaluados en ese periodo real de tiempo.

#### Distribución por patologías

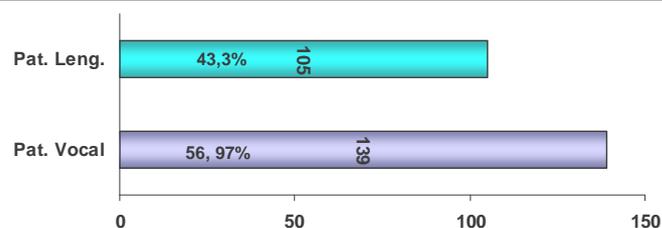


Fig. 1 Distribución de patologías.

Hemos optado por el estudio de la patología vocal porque es predominante sobre la del lenguaje, aunque dicha superioridad no sea marcadamente significativa, como puede apreciarse en la Fig. 1.

Se ha establecido una diferenciación entre el número de casos registrados en niños y los correspondientes a adultos. Aunque se está experimentando un aumento en la patología vocal infantil, en nuestro caso, no ha sido muy abundante. El total de procesos vocales registrados en adultos ascendió a 195 frente a los cinco casos apreciados en niños.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha extraído la información de las 224 historias clínicas correspondientes a pacientes (niños y adultos) de primera consulta o de revisión clínica. Se obviaron los procesos de patología del lenguaje oral y/ o escrita, tanto las alteraciones del desarrollo como los de pérdida del lenguaje y alteraciones del ritmo o fluidez del habla, realizando el estudio exclusivamente con los pacientes afectos de disfonía.

Cabe remarcar que el número de procesos o casos registrados no es sinónimo del número de pacientes porque se ha considerado de forma independiente cada patología, es decir, un paciente, por ejemplo, puede padecer una disfonía hiperkinética y un pólipo o bien pueden existir casos de disfonía específicamente disfuncional o casos de pólipo y nódulo. En los casos de disfonía orgánica, no obstante, si ésta era muy manifiesta y el grado de funcionalidad no era tan significativo como la lesión, hemos optado por considerar sólo la primera.

### RESULTADOS:

Se registraron, por tanto: 115 disfonías orgánicas, 41 disfonías disfuncionales, 14 pacientes acudieron tras microcirugía laríngea, 18 casos presentaron reflujo gastroesofágico<sup>1,2</sup> y en siete pacientes se realizó laringectomía total o parcial (Fig.2).

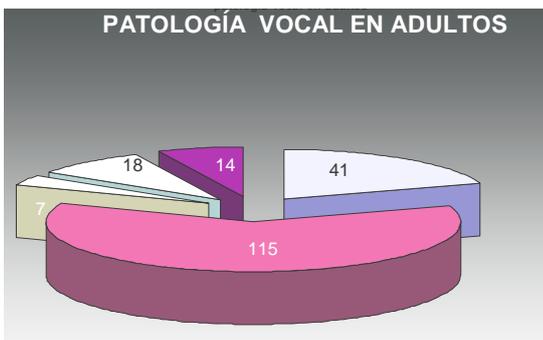


Fig.2 Patología vocal en adultos.

La distribución se resume en el siguiente esquema (Fig. 3):

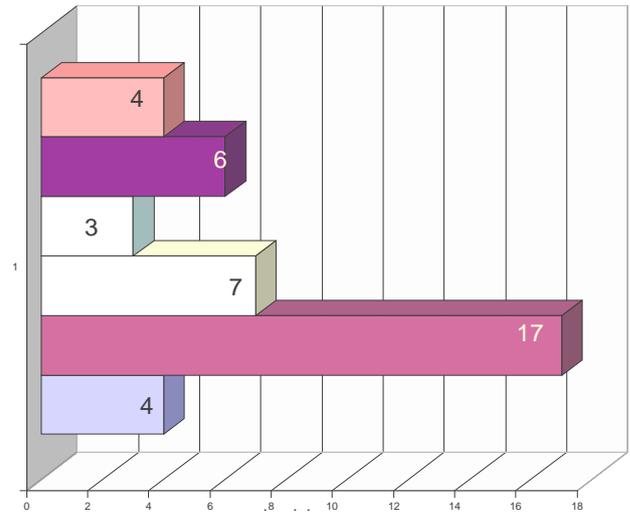


Fig.3 Disfonías disfuncionales.

**Disfonías disfuncionales:** 41, que constituye un 21,02 % de los casos registrados en adultos. De ellas, el mayor índice corresponde a las hiperkinéticas, que abarca el 41,46% de la disfuncionalidad, seguida de la hipocinesia (diferenciándola de los casos de fonostenia) que se apreció en siete ocasiones (17,07%), mientras que los casos de disfonía mixta se registraron en el 7,31%. La fonostenia en ancianos alcanzó el 14,63%, la voz de bandas el 9,75% y las disfonías de causa psicógena otro 9,75%<sup>3,4,5</sup>.

Reconocemos que los casos de fonostenia deberían de englobarse dentro de los de hipocinesia, pero hemos querido tomarnos algunas licencias e identificar esta patología propia de "la edad" como un caso específico, así como incluir "la voz de bandas", que si bien presenta una hipertrofia de esta estructura anatómica, no es una causa orgánica de adicción y las disfonías de causa psicógena o pitiáticas, que también presentan características de disfuncionalidad. El número de clasificaciones de las disfonías es muy diverso y nosotros hemos agrupado a las patologías dentro del factor predominante.

**Disfonías orgánicas:** el predominio correspondió a los nódulos con un 26%, seguido de los pólipos y los edemas de Reinke, con un 19 y 18% respectivamente. En este apartado cabe remarcar los 12 casos de paresias y/ o parálisis laríngeas que no siempre fueron debidas a patología o cirugía de tiroides, existiendo en la actualidad un aumento de casos asociado a cirugía cervical porque ha variado la

técnica, y el abordaje de ésta se está realizando a nivel cervical anterior. Hubo un 4% de leucoqueratosis y un 2% de neoformaciones que precisaron intervención quirúrgica con carácter de preferencia<sup>3,4,5</sup>. Hemos tenido también un caso de tuberculosis laríngea<sup>6,7</sup> y una sinequia (Fig. 4).

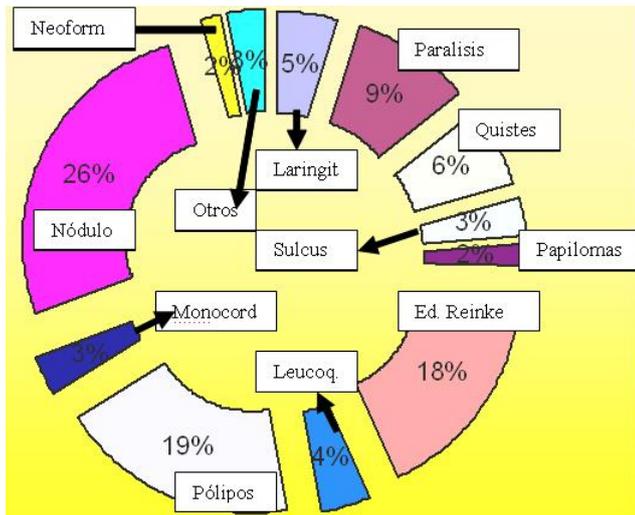


Fig. 4 Disfonías orgánicas.

Entre los pacientes quirúrgicos, hubo cuatro casos de laringectomizados, siendo dos de ellos revisiones y uno de estos una mujer; y tres pacientes sometidos a cordectomía, entre ellos uno por causa traumática. Nos fueron remitidos desde Otorrinolaringología 14 pacientes a los que se les había realizado microcirugía laríngea por diversas patologías orgánicas (pólipos, edemas de Reinke, leucoqueratosis, etc), de los que 12 presentaban disfonía hipocinética en el momento de nuestra valoración y dos patrón hiperkinético.

De todos los pacientes evaluados solamente el 15,57% fue remitido a rehabilitación logopédica en el hospital; constituyendo el 86,84% aquellos con patología vocal frente al 13,16 % neurológicos con pérdida o alteraciones en el lenguaje. (Actualmente, y debido a la Ley de necesidades educativas especiales de 1995, los niños son rehabilitados en el centro escolar por los maestros especialistas en audición y lenguaje)<sup>8</sup>.

De entre las patologías rehabilitadas el mayor porcentaje se observó en las denominadas disfonías orgánicas (59,37%), siendo las funcionales el 12,5% y los casos postmicrocirugía laríngea el 28,13% de los pacientes remitidos desde la consulta de Foniatría.

En cuanto a la patología vocal en niños, de los 105 procesos evaluados en ese periodo de tiempo, sólo en cinco ocasiones se apreció disfonía infantil<sup>9</sup>. Cuatro casos fueron remitidos por el Pediatra y uno por Otorrinolaringología. Este último fue una infección debida a *Borrelia burgdorferi*, que origina la enfermedad de Lyme, transmitida por garrapatas (Fig. 5); y la niña presentó una disfonía de grado grave con parálisis laríngea que cuando fue valorada en Foniatría se había resuelto debido al tratamiento antibiótico específico para esta enfermedad que se le había ya administrado, logrando la "restitutio ad integrum", siendo un caso realmente infrecuente y que no suele registrarse en la bibliografía. De los otros cuatro casos, dos fueron disfonías disfuncionales infantiles y los dos restantes llevaban asociados nódulos laríngeos<sup>9</sup>.



Fig. 5 Garrapata que causa la enfermedad de Lyme. (Imagen perteneciente al Centro para el Control de Enfermedades - CDC - de los Estados Unidos).

## CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia de la patología vocal evaluada predomina sobre la patología del lenguaje aunque no exista una diferencia significativa.
- 2.- El diagnóstico de patología vocal en la Unidad de Foniatría del Hospital Virgen de la Concha de Zamora se realizó predominantemente en adultos.
- 3.- La mayoría de los pacientes presentaron patología orgánica; ésta se detectó en el 58,97% de los procesos adultos evaluados, correspondiendo en su mayoría a patología benigna que no precisaba intervención quirúrgica inminente.
- 4.- Estamos apreciando un aumento de los casos de tuberculosis laríngea, y si bien sólo se detectó un caso en el primer trimestre del año 2012, es algo que viene observándose en los últimos años. La

tuberculosis laríngea es además muy bacilífera, por lo que el riesgo de transmisión es alto.

5.- Aunque de los pacientes valorados en la consulta de Foniatría solamente el 15,57% son remitidos para recibir tratamiento logopédico hospitalario, el grupo predominante corresponde a los pacientes afectados de alteraciones vocales, alcanzando el 86, 84% de todas las patologías rehabilitadas por la Logopeda de la Unidad.

6.- La incidencia de patología vocal diagnosticada en niños supuso sólo el 2,23 % de toda la evaluada en los inicios de 2012 en la consulta de Foniatría del Complejo Asistencial de Zamora.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Young P, Finn BC, Bruetman JE, Trimarchi H. Sudoración nocturna secundaria a reflujo gastroesofágico. *An Med Interna*. 2007; 24: 285-8.
2. Young P, Finn BC, Fox ML, Emery N, Bruetman JE. Disfunción de cuerdas vocales secundaria a reflujo gastroesofágico. *An Med Interna*. 2008; 25: 349-52.
3. Cabello P, Bahamonde H. El adulto mayor y la patología otorrinolaringológica. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2008; 19: 21-9.
4. Patel NJ, Jorgensen C, Kuhn J, et al. Concurrent laryngeal abnormalities in patients with paradoxical vocal fold dysfunction. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004; 130: 686-9.
5. Santos Pérez ME. Patología vocal valorada en la Unidad de Foniatría del Hospital Virgen de la Concha de Zamora durante el año 2009. *Rev Soc Otorrinolaringol Castilla León Cantab La Rioja*. 2010; 1: 1-15.
6. Paredes A. Tuberculosis en Otorrinolaringología. *Rev Otorrinolaringol Cir Cab-Cuello*. 2001; 61: 87-94.
7. Maltrana García JA; Mahfoud Mohamed-Lamin L; Fernández Liesa R. Tuberculosis laríngea: Presentación de un caso y revisión de la literatura. *O R L Aragón*. 2005; 8: 7-9.
8. Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. *Boletín Oficial del Estado*, nº 131, (02-06-1995).
9. Molina Hurtado MT , Fernández González S , Vázquez de la Iglesia F, Urra Barandiarán A. Voz del niño. *Rev Med Univ Navarra*. 2006; 50: 31-43.

## IMÁGENES EN MEDICINA: Prostatitis granulomatosa

Cruz Guerra NA

*Licenciado Sanitario Especialista del Servicio de Urología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España)*

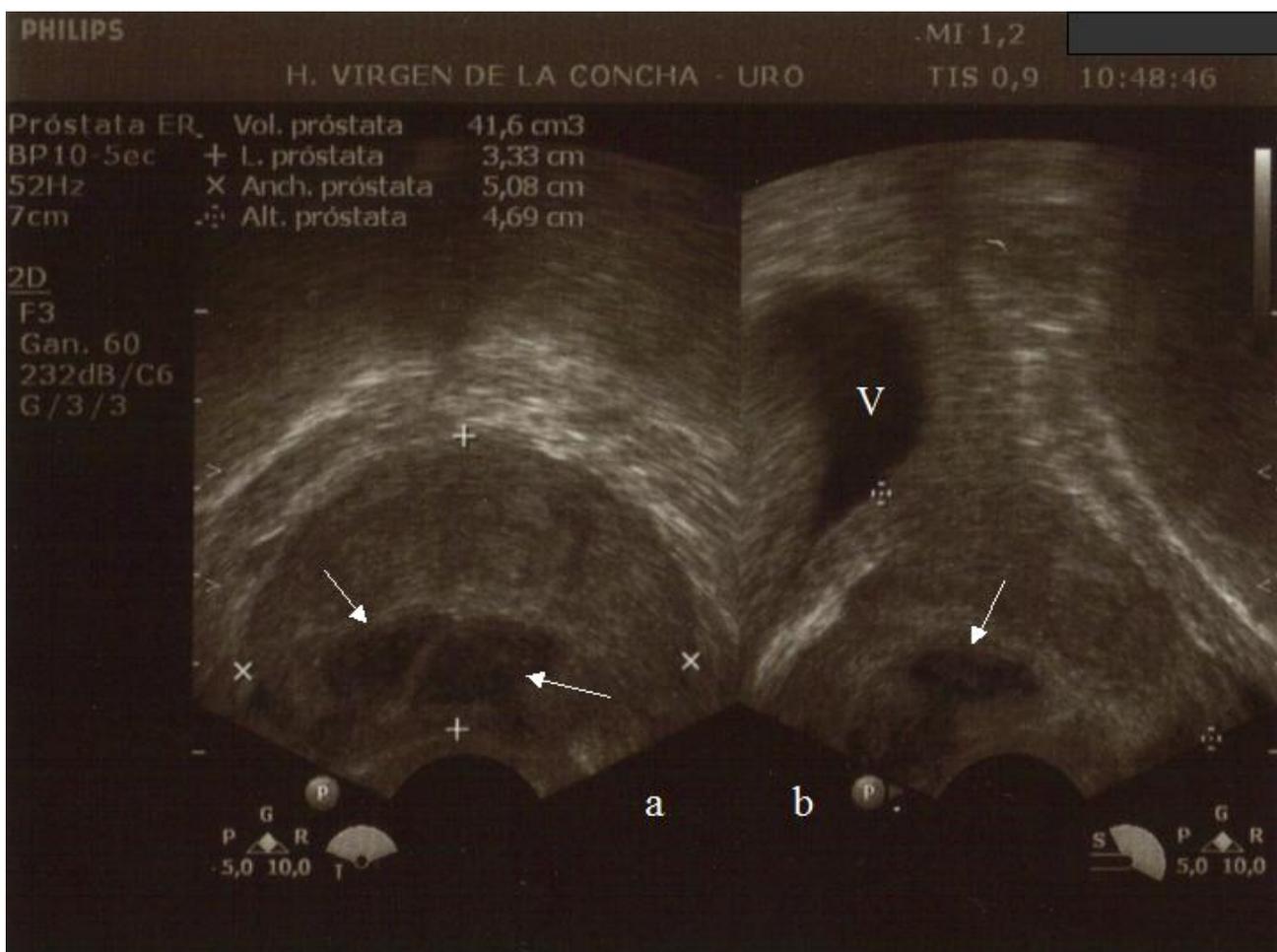
Martínez Velado E

*Licenciada Sanitaria Especialista del Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).*

Baizán García MJ

*Licenciada Sanitaria Especialista del Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).*

E-mail: [ncruz\\_g@hotmail.com](mailto:ncruz_g@hotmail.com)



**Figura 1.** Cortes horizontal (a) y sagital (b) de ecografía transrectal en los que se aprecia área de menor ecogenicidad (flechas) localizada predominantemente en zona periférica del lóbulo derecho prostático. (V=vejiga urinaria).

## CASO CLINICO

Varón de 55 años, ex-fumador, con antecedentes de infarto agudo de miocardio y dislipemia mixta que es derivado desde consulta externa de Medicina Interna para estudio por Urología de hematuria, y al que se le practicó resección transuretral de neoplasia transicional vesical p1GIII, con tratamiento adyuvante mediante instilaciones endovesicales de BCG.

El paciente se encuentra asintomático tras la 15ª sesión de terapia intravesical. En el contexto de revisión analítica rutinaria se detecta cifra de PSA=5,1 ng/mL, con tacto rectal grado I-II/IV, en el que se aprecia induración del lóbulo derecho. Se indicó ecografía transrectal prostática, objetivándose (figura 1) una próstata de aproximadamente 41 cm<sup>3</sup>, con área de menor ecogenicidad de predominio en zona periférica derecha. El estudio histopatológico de los cilindros obtenidos fue compatible con prostatitis granulomatosa. La tinción de Ziehl-Neelsen fue negativa.

El paciente permanece asintomático a los tres meses de seguimiento.

## DISCUSIÓN

La prostatitis granulomatosa es una entidad infrecuente. Su etiología se vincula a una reacción inflamatoria a cuerpos extraños, pudiendo estos ser de naturaleza coloidal, productos de origen microbiológico o secreciones de extravasación ductal<sup>1</sup>.

La clasificación actualmente aceptada incluye los subtipos no específico o idiopático (el más frecuente<sup>2</sup>), infeccioso (tuberculosis, sífilis, micosis, ...), iatrogénico (tras resección transuretral prostática), asociado a enfermedad granulomatosa sistémica, y malacopláquico<sup>3</sup>. Dentro del subtipo infeccioso podrían a priori incluirse aquellos casos con antecedente de terapia intravesical con BCG, habiéndose descrito incidencias de hasta un 4%, con una aparición media tras la décima instilación<sup>4</sup>, si

bien no en todos casos, tampoco en el que presentamos, se confirma positividad para tinción de Ziehl-Neelsen.

El tacto rectal permite apreciar la induración (focal o difusa) típica de las neoplasias prostáticas<sup>5</sup>. La ecografía transrectal muestra áreas de disminución de ecogenicidad predominantemente en zona periférica prostática, característico asimismo de lesiones cancerosas en dicha localización<sup>2</sup>.

El diagnóstico de confirmación es únicamente histopatológico, pudiendo encontrarse en raras ocasiones coexistencia de prostatitis granulomatosa y adenocarcinoma prostático<sup>4</sup>.

La prostatitis granulomatosa inespecífica suele resolverse espontáneamente, con desaparición de los hallazgos ecográficos y la normalización del nivel de PSA en aquellos casos de alteración del mismo<sup>2</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Schmidt JD. Non-specific granulomatous prostatitis: classification, review and report of cases. *J Urol.* 1965; 94: 607-15.
2. Pavlica P, Barozzi L, Bartolone A, Gaudio C, Menchi M, Veneziano S. Nonspecific granulomatous prostatitis. *Ultraschall Med.* 2005; 26: 203-8.
3. Bryan RL, Newman J, Campbell A, Fitzgerald G, Kadow C, O'Brien JM. Granulomatous prostatitis: a clinicopathological study. *Histopathology.* 1991; 19: 453-7.
4. Blah M, Gobet F, Dugardin F, Catovic B, Loisel F, Pfister C. [Elevation of total PSA after intravesical BCG instillations: granulomatous prostatitis or prostatic adenocarcinoma?]. *Prog Urol.* 2008; 18: 108-13.
5. Stillwell TJ, Engen DE, Farrow GM. The clinical spectrum of granulomatous prostatitis: a report of 200 cases. *J Urol.* 1987; 138: 320-3.

# NORMAS DE PUBLICACIÓN

La revista NUEVO HOSPITAL (ISSN 1578-7524. Edición digital), de periodicidad cuatrimestral, está abierta a todos los profesionales del Complejo Asistencial de Zamora y persigue dos objetivos:

1. Ser fuente de información actualizada ente los Hospitales del Complejo y los posibles usuarios a nivel nacional e internacional.

2. Crear un medio que sirva de estímulo a los profesionales del CAZA (Complejo Asistencial de Zamora) para que difundan los resultados de sus actividades profesionales y de investigación.

Los trabajos que se remitan para la consideración de su publicación, deberán estar relacionados con estos dos objetivos o con los específicamente propuestos por el Comité Editorial en el caso de monográficos o números extraordinarios.

NUEVO HOSPITAL aceptará trabajos inéditos o aquellos que hayan sido editados en publicaciones que no tengan difusión internacional o sean de difícil acceso (seminarios, actas de congresos, ediciones agotadas, etc.). No se publicarán trabajos que ya estén accesibles en Internet.

## Formato de los manuscritos

La lengua de los trabajos será el castellano y no existirá límite en la extensión.

Los trabajos deberán editarse en formato Word, en letra Book Antiqua, de tamaño 10 y con interlineado mínimo. Constarán de las siguientes partes:

**Título.** Que exprese el contenido del trabajo

**Autores.** Se reflejarán los dos apellidos y la inicial o iniciales del nombre. Se expresará con asterisco el cargo o puesto de trabajo, servicio o departamento y el nombre completo del Centro de trabajo.

**Dirección para la correspondencia.** Correo electrónico del autor responsable para la correspondencia interprofesional

**Resumen.** No superior a las 250 palabras

**Palabras clave.** De 3 a 6 palabras que reflejen la temática del trabajo

**Cuerpo del trabajo.** Podrá contener subtítulos que deberán ir en negrita y línea aparte.

**Bibliografía:** Las referencias bibliográficas deberán elaborarse de acuerdo a los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (estilo Vancouver):

[http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos\\_de\\_Uniformidad\\_Ejemplos\\_de\\_referencias.pdf](http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad_Ejemplos_de_referencias.pdf) (Versión revisada abril 2010).

## Principios éticos y legales

En ningún caso NUEVO HOSPITAL aceptará trabajos que, en alguna medida, el Comité Editorial considere que promuevan cualquier tipo de discriminación (racial, social, política, sexual o religiosa) o sean ofensivos para la Institución o para alguno de sus profesionales.

Los trabajos deben atenerse a la declaración de Helsinki, respetando las normas éticas de estudio con seres humanos o animales.

NUEVO HOSPITAL no se hace responsable de los trabajos y opiniones expresadas por los autores. El Comité Editorial entiende que los autores firmantes aceptan la responsabilidad legal del contenido publicado.

## Recepción de los artículos y comunicación con los autores

El envío de los trabajos se realizará exclusivamente a través de correo electrónico como archivos adjuntos a la dirección [revistanuevohospital@saludcastillayleon.es](mailto:revistanuevohospital@saludcastillayleon.es) indicando en el asunto "*solicitud de publicación*". El plazo de recepción finalizará el día 15 del mes anterior a la publicación de la revista (15 de enero, 15 de mayo y 15 de septiembre). Los autores recibirán un correo electrónico acusando recibo de la recepción de los trabajos.

Todos los trabajos recibidos serán evaluados por el Comité Editorial, quien valorará la pertinencia para su publicación y, en los casos que estime necesario, indicará las modificaciones oportunas. Los autores recibirán cualquier decisión a la dirección de correo electrónico desde la que se remitió el trabajo.