Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

SEORL CCC

NOTA DE PRENSA

LAS LESIONES POR COCAÍNA PUEDEN IR MUCHO MÁS ALLÁ DE LA PERFORACIÓN DEL TABIQUE NASAL Y EXTENDERSE HASTA LA ÓRBITA Y LA BASE DEL CRÁNEO

- **Varias comunicaciones presentadas en el 77.º Congreso Nacional de la SEORL-CCC muestran casos graves en los que los daños provocados por el consumo intranasal de cocaína han llegado a afectar al ojo y a estructuras que separan la nariz del cerebro**

- **Los especialistas advierten además de que estas lesiones pueden confundirse con enfermedades autoinmunes graves e incluso provocar resultados positivos en algunas de las pruebas utilizadas para diagnosticarlas**

- **Más de 792.000 personas de 15 a 64 años consumieron cocaína en España durante 2024 y, entre las urgencias hospitalarias relacionadas con esta droga, la vía intranasal o esnifada representó el 80,5% de los casos en los que se conocía la forma de administración**

- **La cocaína reduce el riego sanguíneo de los tejidos y puede provocar un daño progresivo que comienza habitualmente en el interior de la nariz y se extiende a estructuras próximas: abandonar completamente el consumo es fundamental para detener esa progresión**

Madrid, 3 de noviembre de 2026.- Los daños provocados por el consumo de cocaína esnifada pueden ir mucho más allá de la conocida perforación del tabique nasal. Varias comunicaciones presentadas en el 77.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC), evidencian casos graves en los que la destrucción de los tejidos se ha extendido desde el interior de la nariz hasta la órbita o la base del cráneo, la zona ósea que separa las cavidades nasales del cerebro. En los casos más extremos, estas lesiones pueden provocar complicaciones potencialmente mortales.

La cocaína produce una intensa contracción de los vasos sanguíneos. Cuando el consumo por vía nasal se mantiene en el tiempo, la reducción repetida del riego sanguíneo puede dañar los tejidos y acabar provocando su muerte. El proceso suele

comenzar en el interior de la nariz y puede producir heridas, costras, sangrados y perforación del tabique. Sin embargo, cuando el daño progresa, puede afectar al paladar, los senos paranasales y otras estructuras próximas y, en los casos más graves, alcanzar la órbita y la base del cráneo.

Uno de los casos presentados en el Congreso, firmado por especialistas del Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona, muestra hasta dónde puede llegar esa progresión. Un hombre de 36 años, consumidor de cocaína desde los 21, presentaba ya una perforación del paladar cuando tuvo que ingresar en la UCI con una grave afectación neurológica. Las pruebas mostraron una destrucción severa de los huesos de la zona central de la cara que había alcanzado la base del cráneo y provocado una fuga masiva del líquido que rodea y protege el cerebro.

El paciente tuvo que someterse a una compleja intervención en la que participaron especialistas de Otorrinolaringología, Cirugía Plástica, Cirugía Maxilofacial y Neurocirugía para retirar el tejido destruido y cerrar el gran defecto creado en la base del cráneo. Tras la operación evolucionó inicialmente de forma favorable, pero continuó consumiendo cocaína y seis meses después volvió a presentar una fuga de líquido y meningitis. Los médicos consideraron que no podía realizarse una nueva reconstrucción mientras persistiera el consumo y el paciente falleció posteriormente.

Los autores advierten de que, en situaciones extremas, la destrucción provocada por la cocaína puede generar defectos de la base del cráneo incompatibles con la supervivencia.

El daño puede alcanzar la órbita y el ojo

Otra comunicación, presentada por especialistas del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, describe el caso de una paciente con antecedentes de consumo de cocaína que había desarrollado graves complicaciones en la órbita. Había perdido la visión del ojo derecho, sufría un dolor que no podía controlarse con otros tratamientos y había necesitado cinco intervenciones previas para retirar tejido destruido de la nariz y los senos paranasales.

La gravedad de las lesiones obligó finalmente a realizar una cirugía radical para retirar el contenido de la órbita y reconstruir posteriormente la zona con tejido procedente del propio cuerpo de la paciente. La intervención consiguió eliminar el dolor que había motivado numerosos ingresos hospitalarios. Los autores señalan que las lesiones producidas por el consumo crónico de cocaína pueden extenderse desde la nariz y los senos paranasales hasta la órbita y requerir, en casos extremos, tratamientos quirúrgicos de esta magnitud.

Lesiones que pueden confundirse con una enfermedad autoinmune

El daño producido por la cocaína plantea además un problema añadido: puede parecerse al provocado por determinadas enfermedades autoinmunes graves. Una comunicación del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid presenta el caso de una paciente consumidora activa de cocaína con una extensa destrucción del tabique y de otras estructuras del interior de la nariz, además de afectación de la órbita.

Las pruebas realizadas detectaron además unos anticuerpos que se asocian habitualmente a una enfermedad autoinmune denominada granulomatosis con poliangeítis. Según los autores, este tipo de resultados también puede aparecer en consumidores de cocaína y convertirse en un importante factor de confusión. Diferenciar correctamente ambos problemas resulta fundamental porque el tratamiento utilizado para frenar el sistema inmunitario en determinadas enfermedades autoinmunes puede ser inadecuado cuando el origen de las lesiones es el consumo de cocaína.

En el caso presentado, tras insistir en el abandono del consumo de cocaína, la paciente experimentó una mejoría significativa: desapareció el dolor de cabeza, disminuyeron los problemas de visión doble y dejaron de aparecer las costras en el interior de la nariz, aunque persistió la amplia perforación del tabique que ya se había producido. Los especialistas subrayan por ello la importancia de preguntar específicamente por el consumo de drogas cuando aparecen este tipo de lesiones y evitar así diagnósticos y tratamientos equivocados.

Más de 792.000 consumidores de cocaína en un año

Los casos presentados en el Congreso se producen en un contexto de consumo significativo de cocaína en España. Según el Informe 2025 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), dependiente del Ministerio de Sanidad, los datos de la encuesta EDADES 2024 permiten estimar que más de 792.918 personas de entre 15 y 64 años habían consumido cocaína en los doce meses anteriores. Esto representa el 2,5% de la población española de esas edades. El mismo informe estima que al menos 126.867 personas presentan un consumo problemático o de riesgo de esta droga.

La vía de administración resulta especialmente relevante para las lesiones que afectan a la nariz. Los últimos datos recogidos por el OEDA sobre urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de cocaína muestran que la vía intranasal o esnifada fue la predominante: representó el 80,5% de los casos de 2023 en los que se conocía la forma de administración, muy por encima de la vía fumada, que supuso el 14,4%.

Los especialistas recuerdan que la gravedad de las lesiones puede aumentar mientras persista el consumo. Cuando se han producido daños importantes, la cirugía

reconstructiva puede permitir cerrar algunos de los defectos ocasionados, pero abandonar la cocaína es un requisito fundamental. En el caso del paciente de 36 años con afectación de la base del cráneo presentado por especialistas del Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona, los autores señalan que antes de plantear una reconstrucción debe alcanzarse un periodo de abstinencia de al menos seis a doce meses y concluyen que dejar el consumo es un factor determinante para el éxito del tratamiento y la supervivencia.

COMUNICACIÓN PÓSTER 122

Rinología, alergia y base de cráneo anterior

Lesiones destructivas de la línea media inducidas por cocaína asociadas a ANCA-PR3 positivos: un reto diagnóstico

Itziar Jiménez Gómez, Sara Reda del Barrio, Carla Gómez-Miranda Blanco, Santiago Caeiro Martínez, Nieves Mata Castro, Alfredo García Fernández

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Resumen

Introducción: Las lesiones destructivas de la línea media inducidas por cocaína (CIMDL) se caracterizan por destrucción progresiva de estructuras nasosinusales, pudiendo simular entidades como la granulomatosis con poliangeítis (GPA). La presencia de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA), incluyendo anti-mieloperoxidasa (p-ANCA/anti-MPO), anti-proteinasa 3 (c-ANCA/anti-PR3) y anticuerpos frente a elastasa neutrofílica humana (anti-HNE), descrita en consumidores de cocaína, constituye un importante factor de confusión diagnóstica. La distinción entre ambas entidades es fundamental, dado que el tratamiento inmunosupresor indicado en las vasculitis puede resultar inapropiado en CIMDL, donde la abstinencia es la medida clave.

Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente con consumo activo de cocaína y episodios recurrentes de edema periorbitario derecho, cefalea intensa refractaria y diplopía binocular. A la exploración destacaba exoftalmos derecho y extensa destrucción septal con necrosis de cornetes. Se realizó estudio mediante nasofibroscopia, tomografía computarizada (TC) facial, analítica con perfil autoinmune completo (incluyendo anti-MPO, anti-PR3 y anti-HNE) y biopsia de mucosa nasal. Se efectuó seguimiento clínico tras intervención terapéutica basada en abstinencia.

Resultados: El TC evidenció extensa destrucción de la línea media, destrucción a nivel de lámina papirácea derecha y signos de miositis orbitaria derecha (afectación de rectos medial e inferior) con proptosis, sin colecciones. El estudio inmunológico mostró positividad para c-ANCA (anti-PR3), con p-ANCA (anti-MPO) negativo. En las CIMDL predominan los anticuerpos anti-MPO; sin embargo, la positividad para anti-PR3, habitualmente vinculada a la GPA, puede detectarse hasta en el 50% de los casos. Este hallazgo podría explicarse por reactividad cruzada

con anticuerpos dirigidos contra la elastasa neutrofílica humana (HNE), ya que ambas enzimas pertenecen a la misma familia de proteasas. Los ANCA frente a HNE se han descrito en la mayoría de pacientes con CIMDL y no en la GPA, aunque su determinación no está ampliamente disponible en la práctica clínica. En nuestro caso, no fue posible solicitar este marcador, objetivándose únicamente positividad para ANCA-PR3. La biopsia nasal reveló inflamación crónica inespecífica, sin granulomas ni datos de vasculitis. Tras insistir en la suspensión del consumo, la paciente presentó mejoría clínica significativa, con resolución de la cefalea y disminución de la diplopía, persistiendo únicamente síntomas leves matutinos. Endoscópicamente, desaparecieron las costras, manteniendo la ya conocida amplia perforación septal.

Conclusiones: Las CIMDL pueden asociar positividad para ANCA, incluyendo anti-PR3, simulando vasculitis sistémicas como la GPA y generando un importante reto diagnóstico. La posible reactividad cruzada con anticuerpos anti-HNE debe considerarse en la interpretación serológica. La ausencia de hallazgos histológicos específicos, la localización predominantemente destructiva y la falta de afectación sistémica orientan hacia esta entidad. Este caso refuerza la necesidad de una adecuada correlación clínico-radiológica e histológica, así como de una anamnesis dirigida al consumo de sustancias. La identificación correcta evita tratamientos inmunosupresores innecesarios y sitúa la abstinencia de cocaína como pilar fundamental del manejo.

COMUNICACIÓN PÓSTER 625

Oncología y cirugía de cabeza y cuello

Exenteración orbitaria y reconstrucción con colgajo microvascular para control del dolor orbitario en la sinusopatía crónica por cocaína

Raquel Muñoz Andrés, Lucía Menéndez Botella, Mario Barbero Garzón, Alfonso Santamaría-Gadea, Fátima Sánchez Fernández, Rafael Barberá Durban

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Resumen

Introducción: Las lesiones destructivas nasosinusales pueden asociar complicaciones intraorbitarias y representan una manifestación rara del consumo crónico de cocaína. El tratamiento de este tipo de complicaciones supone un verdadero reto para el cirujano. Nuestro objetivo es ilustrar la técnica quirúrgica que se llevó a cabo en nuestro hospital para tratar este tipo de complicación en una paciente.

Materiales y métodos: Presentamos el caso de una paciente derivada a nuestro hospital por dolor neuropático orbitario refractario a tratamiento médico y quirúrgico en relación a consumo de cocaína previo. Niega consumo de cocaína desde hace más de 1 año. Presentaba antecedentes de múltiples complicaciones orbitarias con necesidad de ingreso por reagudizaciones de dolor e infecciones nasosinusales con necesidad de 5 cirugías endoscópicas nasosinusales (CENS) en total para desbridamiento de tejido necrótico, con anatomía

patológica negativa para malignidad o proceso granulomatoso. La paciente presentaba una amaurosis del ojo derecho con importante alteración de la calidad de vida por dolor ipsilateral incontrolable y necesidad de múltiples ingresos para el tratamiento del mismo.

Resultados: Debido a su clínica y a la imposibilidad de control del dolor por otros medios se realizó exenteración orbitaria de ojo derecho, CENS para desbridamiento de tejido necrótico, y reconstrucción mediante colgajo libre microvascular radial izquierdo, con anastomosis radial-facial. Para alojar el colgajo en el espacio orbitario derecho se realizó tunelización profunda a SMAS. Acceso a órbita mediante orificio realizado en la pared lateral de la órbita a nivel del arco zigomático. Se suturó la mucosa conjuntival al colgajo y se colocó conformador ocular. Tuvo un resultado postoperatorio a las 2 semanas favorable, con resolución completa del dolor, sin necesidad de tratamiento analgésico. En la revisión de los 2 meses se ha objetivado viabilidad del colgajo en la órbita, con mucosa sana, manteniendo el soporte de la conjuntiva para la colocación de la prótesis ocular. La parte de colgajo que se encuentra alojada en la pared medial de la órbita se observa mediante fibroscopia tejido con costra viable no necrótico; si bien se produjo una necrosis parcial de la piel del colgajo que la paciente expulsó.

Conclusión: Las lesiones destructivas nasosinusales junto con las complicaciones intraorbitarias secundarias al consumo de cocaína conllevan un abordaje complejo, requiriendo en algunos casos tratamientos radicales como la exenteración orbitaria con o sin reconstrucción. Pese a ser una cirugía con importantes riesgos y posibles complicaciones, dada la gran alteración de calidad de vida de la paciente y dolor incontrolable, se decidió este tratamiento radical, logrando en este caso la resolución completa del cuadro de dolor neuropático.

COMUNICACIÓN PÓSTER 661

Rinología, alergia y base de cráneo anterior

Reconstrucción de base de cráneo, región clival y espacio prevertebral mediante colgajo libre de recto anterior tras necrosis asociada a consumo de cocaína

Laia Ramos Casademont, Alba Torrillas Perez, Miquel Artajona Garcia, Carlos Delgado Giralt, Jordi Perez Bovet, Eduardo Garcia Rica

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona, España

Resumen

Introducción: El consumo de cocaína puede causar lesiones de la línea media por vasoconstricción y necrosis de los tejidos, que en casos extremos pueden provocar la muerte.

Material y métodos: Varón de 36 años, conocido por ORL por ocena nasal y perforación palatina secundarias al consumo de cocaína contínuo desde los 21 años, ingresa en la UCI por sospecha de meningoencefalitis con hidrocefalia aguda y neumoencéfalo, asociado a fístula de LCR masiva que obliga a la intubación por broncoaspiración. El TC infroma de una severa destrucción de las estructuras óseas de la línea media, erosión del clivus, neumoencéfalo,

burbujas prevertebrales (C1-C3) e hidrocefalia aguda con edema cerebral difuso y signos de herniación transtentorial bilateral. Una vez estabilizado, se plantea una intervención quirúgica multidisciplinar con Cirugía Plástica, Cirugía Maxilofacial y Neurocirugía. Se realiza una resección del tejido necrótico nasal y de la base de cráneo por CENS y el cierre del defecto con un colgajo pediculado de recto anterior derecho. Para su colocación se realiza una mandibulotomia y maxilotomia paramedianas con exposició de los vasos faciales para las anastomosis. El posoperatorio trascurre sin incidencias, pudiendo despertar al paciente a las pocas semanas, decanulándolo y reintroduciendo parcialmente la nutrición oral al mes de la cirugía. El paciente permanece libre de fístula durante medio año. Al persistir el consumo, reconsulta por meningitis y rinolicuorrea. En ese momento se decide que habiendo un consumo activo no se puede ofrecer ningún tratamiento reconstructivo. El paciente finalmente fallece a los 3 meses por una neumonía por broncoaspiración.

Discusión: El consumo de cocaína, habitualmente esnifada, es más frecuente en hombres de entre 30 y 40 años. La nariz está expuesta directamente a su efecto vasoconstrictor, por lo que los síntomas más frecuentemente asociados al consumo suelen ser: obstrucción nasal, dolor facial, hiposmia, epistaxis, etc. A la exploración podemos encontrar, a nivel externo, úlceras en tejidos blandos como las alas nasales o columnela y deformidad en silla de montar. A nivel endonasal, la perforación septal, del paladar y destrucción de las paredes sinusales en diferente grado. Habitualmente estas lesiones se presentan de forma centrífuga, iniciándose en la línea media y extendiéndose hacia lateral. Para plantear una reconstrucción, lo primero que se tiene que conseguir es la abstinencia durante al menos 6-12 meses. En caso de conseguirlo, se pueden cerrar los defectos mediante colgajos regionales o libres, dependiendo del grado de destrucción sinonasal. El colgajo libre de recto anterior está descrito para la reconstrucción oncológica de las fosas craneal anterior y media, dado que al ser voluminoso tiene una tasa de cierre de fístulas alta. En el caso que presentamos, dada la gravedad de la destrucción presente, siendo el paciente joven, y evocándolo a una muerte segura si no planteábamos un cierre del defecto, se decidió intentarlo, asumiendo que, si no cedía el consumo, el defecto se reabriría de nuevo volviendo a poner en riesgo su vida. Así se les informó al paciente y familiares.

Conclusión: El consumo de cocaína puede derivar en defectos de la base del cráneo incompatibles con la vida. Aunque las técnicas de reconstrucción avanzada con colgajos libres permiten el cierre de grandes defectos, la deshabituación del consumo es el factor determinante para el éxito del tratamiento y su supervivencia.

Para más información:

Gabinete de Comunicación de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC): Javier Barrera (619 102 554)