

LEAD MAGNET · EDICIÓN 2026

Actualización **ORL** 2026

Lo último de cada subespecialidad de la ORL, al día y con evidencia verificada.

9

áreas de la ORL

Solo Q1

artículos de alto impacto

98

referencias verificadas en
CrossRef



Cada sección tiene dos capas: Guía y consensos (lo estable) y Actualización 2026 (lo nuevo, solo Q1). · EscuelaORL · @escuela.orl · Servicio ORL FJD-HIE-HGV

Cómo usar esta actualización

No es un manual: es una foto del estado del arte en 2026. Léela por la sección que te toque.

Guía y consensos

La base que no caduca: lo que dicen las guías y consensos vigentes de cada área (EPOS, Bárány, AAO-HNS, AJCC, AASM...). Tu suelo firme.

♦ Actualización 2026

La capa viva: artículos publicados en 2026, filtrados a solo Q1 (revistas de primer cuartil) y con impacto clínico real. Lo que ha cambiado este año.

01	●	Otología y audiología
02	●	Otoneurología (vértigo)
03	●	Rinología
04	●	Laringología y voz
05	●	Cabeza y cuello (oncología)
06	●	Glándulas salivales
07	●	Trastornos del sueño / apnea
08	●	ORL pediátrica
09	●	Cirugía plástica facial

SECCIÓN 01

Otología y audiolología

ACTUALIZADO A 2026



Guía y consensos

Lo que dicen las últimas guías/consensos vigentes.

- **Hipoacusia súbita: confirmar con audiometría < 14 días y no pedir pruebas de rutina.** La guía AAO-HNS (actualización 2019) recomienda distinguir primero hipoacusia neurosensorial de transmisiva, obtener audiometría lo antes posible (idealmente en los primeros 14 días) y descartar patología retrococlear con RM o potenciales evocados auditivos de tronco. Recomienda **en contra** de la TC craneal de rutina y de la analítica sistemática, por no aportar valor diagnóstico [1].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Hipoacusia súbita: corticoides como opción inicial y rescate intratimpánico.** La misma guía ofrece los corticoides orales como opción inicial —así los gradúa ella, como *opción*, no como recomendación fuerte— dentro de las 2 primeras semanas, ofrece la oxigenoterapia hiperbárica **solo combinada con corticoides** (inicial < 2 semanas o rescate < 1 mes), y recomienda corticoide **intratimpánico de rescate** cuando la recuperación es incompleta a las 2-6 semanas. Subraya el consejo al paciente y la audiometría de control en los 6 meses siguientes [1].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Cerumen impactado: tratar solo si es sintomático u obstruye la valoración; nunca bastoncillos ni irrigación a ciegas con riesgo.** La guía AAO-HNS de cerumen (actualización 2017) recomienda intervenir el tapón cuando causa síntomas o impide explorar el tímpano, mediante reblandecedores, irrigación o extracción manual, y desaconseja expresamente los bastoncillos y la irrigación cuando hay perforación, otitis o cirugía otológica previa [2].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Hipoacusia ligada a la edad (presbiacusia): cribar a partir de los 50 y derivar a valoración de implante coclear cuando el audífono no basta.** La guía AAO-HNS de hipoacusia relacionada con la edad (2024) recomienda cribado oportunista desde los 50 años, amplificación adecuadamente adaptada y, de forma **fuerte**, **derivar a evaluación de candidatura a implante coclear** cuando persiste mala discriminación del habla pese a un audífono bien ajustado. Recuerda el vínculo de la hipoacusia con deterioro cognitivo, depresión y caídas [3].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Acúfeno: educación y manejo basado en evidencia; sin fármaco con indicación específica.** La guía estadounidense VA/DoD de acúfeno (2025) ofrece un marco para acúfeno molesto en el adulto centrado en educación y autocuidado, terapias de sonido y terapia cognitivo-conductual, e identifica falta de evidencia suficiente para muchas opciones farmacológicas. Es coherente con la guía europea multidisciplinar de acúfeno, que prioriza el abordaje psicológico estructurado [4,5].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Novedad del año: la terapia génica para la sordera congénita por mutaciones de *OTOF*** da el salto a la clínica: en el primer ensayo en humanos con DB-OTO, 9 de 12 niños alcanzaron el objetivo auditivo que suele evitar el implante coclear (y 3 normalizaron la audición); en 2026 maduran los programas de AAV-otoferlina dirigidos a la población pediátrica [6,7].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Terapia génica *OTOF* (gen-específica).** El vector dual-AAV8 SENS-501 logró expresión de otoferlina restringida a las células ciliadas internas y restauración auditiva sostenida (hasta 10 meses) en modelo murino, con tolerancia adecuada en primate no humano usando el mismo abordaje quirúrgico previsto en pacientes; ya hay un ensayo fase 1/2 en niños con hipoacusia grave-profunda por mutaciones de *OTOF* en marcha. Abre un horizonte nuevo: por primera vez una causa concreta de sordera congénita tiene un tratamiento dirigido en desarrollo clínico, y no solo el implante coclear [6]. (Los primeros resultados en humanos de esta estrategia, con DB-OTO, se publicaron en el New England Journal of Medicine [7].)

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Hipoacusia súbita: tratar pronto importa también en niños (recuperación comparable a la del adulto).** Cohorte de 1.947 pacientes con hipoacusia súbita idiopática unilateral: tras emparejamiento por puntuación de propensión, **niños y adultos tienen recuperación comparable** (recuperación completa 18,7% vs 16,4%; eficacia global 52,5% vs 54,1%), y el tiempo hasta el tratamiento es el factor pronóstico más influyente, con ventana terapéutica de ~14 días en niños y ~15 en adultos. Refuerza el mensaje de tratar precozmente (idealmente < 2 semanas), sin penalizar al paciente pediátrico [8].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Implante coclear: la inserción robotizada se asocia a mayor estabilidad de la audición residual.** Estudio retrospectivo comparativo (n=89, no aleatorizado): la inserción robótica del electrodo (sistema iotaSOFT) se asoció a menos hipoacusia de inicio diferido (7% vs 37% manual; NNT 4); en un subgrupo pequeño con datos a 12 meses, ninguno de los robóticos perdió audición residual frente al 29% de los manuales. Sin ensayo aleatorizado todavía, es un argumento a favor de la inserción asistida cuando se quiere preservar la audición acústica en candidatos a estimulación electroacústica [9].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Implante coclear: insertar el electrodo más profundo no sacrifica la audición residual.** Revisión de 106 pacientes implantados con audición conservada en frecuencias graves: ni la profundidad angular de inserción ni la posición del electrodo dentro de la región acústica predijeron la pérdida tardía de umbrales al año ni a partir de los tres años. Matiza una idea muy asentada, la de que ganar cobertura de frecuencias obliga a renunciar a la audición preservada [10].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

Subtemas sin novedad Q1 2026 de impacto: otosclerosis y colesteatoma no aportaron en 2026 datos primarios Q1 que cambien la práctica (lo localizado fue una revisión paraguas de recurrencia de colesteatoma en una revista justo por debajo del primer cuartil, que el filtro Q1 estricto deja fuera). En otitis media crónica y acúfeno sí hubo producción en 2026, pero casi toda fisiopatológica o publicada fuera del primer cuartil, sin ningún ensayo que obligue a cambiar la conducta.



Guía y consensos

Lo que dicen las últimas guías/consensos vigentes. El marco de referencia en otoneurología son los criterios diagnósticos de la Bárány Society (Clasificación Internacional de Trastornos Vestibulares, ICVD) y, para el manejo, las guías de práctica clínica de la AAO-HNS.

- **VPPB — diagnóstico clínico y maniobras, sin pruebas de imagen.** El VPPB de canal posterior se diagnostica con la maniobra de Dix-Hallpike (nistagmo torsional y hacia arriba) y se trata con maniobra de reposicionamiento de partículas (Epley); el de canal horizontal con el test de giro en supino (supine roll). La guía recomienda **en contra** de las restricciones posturales tras la maniobra, **en contra** de la imagen radiológica y de los supresores vestibulares (antihistamínicos, benzodiazepinas) salvo casos puntuales. La rehabilitación vestibular es opcional [1,2]. Los criterios diagnósticos de la Bárány Society definen además las variantes (canalolitiasis vs cupulolitiasis, canal horizontal y anterior) [3].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Enfermedad de Ménière — diagnóstico por criterios clínicos consensuados.** El consenso Bárány/AAO-HNS/EAONO/JSER/Korean Balance Society define **Ménière definida** (≥ 2 crisis espontáneas de vértigo de 20 min a 12 h + hipoacusia neurosensorial documentada de frecuencias bajas-medias en el oído afecto + síntomas auditivos fluctuantes) y **probable** (síntomas vestibulares episódicos de 20 min a 24 h con clínica auditiva fluctuante) [4]. La imagen, si se realiza, suele ser normal; el diagnóstico es clínico.

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Ménière — manejo escalonado (AAO-HNS 2020).** La guía recomienda medidas iniciales (educación, restricción de sodio, diuréticos) y, en enfermedad refractaria, terapia intratimpánica: **corticoide intratimpánico** como opción de primera línea por su perfil más seguro para la audición, reservando la **gentamicina intratimpánica** (ablativa) para casos rebeldes asumiendo riesgo sobre la audición. La cirugía (descompresión del saco endolinfático, laberintectomía) queda para fracaso de lo anterior [5].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Migraña vestibular — el vértigo episódico más frecuente.** Criterios Bárány/International Headache Society: ≥ 5 episodios de síntomas vestibulares de intensidad moderada-grave que duran **5 minutos a 72 horas**, historia de migraña, y al menos la mitad de los episodios con rasgos migrañosos (cefalea, fotofobia/fonofobia o aura visual), excluyendo otras causas [6]. Es una entidad infradiagnosticada y la causa más común de vértigo episódico en adultos y niños.

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **PPPD (mareo postural-perceptual persistente) — diagnóstico positivo, no de exclusión.** Criterios Bárány 2017: mareo, inestabilidad o vértigo no rotatorio presente la **mayoría de los días durante ≥ 3 meses**, que empeora con la **postura erguida, el movimiento y los estímulos visuales complejos**, y que suele desencadenarse tras un episodio vestibular agudo. Se clasifica como **trastorno vestibular funcional crónico** (ni estructural ni psiquiátrico) [7]. El tratamiento se apoya en rehabilitación vestibular, ISRS/IRSN y terapia cognitivo-conductual.

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Vestibulopatía bilateral y paroxismia vestibular — criterios de laboratorio definidos.** La vestibulopatía bilateral exige **disfunción bilateral del reflejo vestibulo-ocular** (ganancia del vHIT horizontal $<0,6$ en ambos lados y/o suma de velocidades máximas calóricas $<6^\circ/\text{s}$ por lado) [8]. La paroxismia vestibular se define por crisis breves recurrentes de vértigo (segundos a <1 min), muy frecuentes, por compresión neurovascular del VIII par; responde a **carbamazepina/oxcarbazepina** incluso a dosis bajas [9].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

✦ Actualización 2026 SOLO Q1

- **Novedad del año:** aparecen las primeras experiencias con **gepants** (antagonistas orales del CGRP) en la migraña vestibular; la **rehabilitación y la neuromodulación** se consolidan como el eje del tratamiento del PPPD; y la resonancia 3D-FLAIR del hidrops se aproxima a ser un marcador de imagen utilizable en la enfermedad de Ménière.
 - **Gepants para la migraña vestibular (señal de eficacia, evidencia aún débil).** Serie retrospectiva de 17 pacientes tratados con antagonistas orales de CGRP (rimegepant, ubrogepant, atogepant, zavegepant): el **76,5 %** notó alivio de su síntoma más molesto y el 84,6 % de ellos lo calificó como ayuda "considerable", sin efectos adversos graves [10]. Es la primera experiencia clínica publicada con gepants en migraña vestibular y sugiere que esta familia de fármacos puede tener recorrido más allá de la migraña con cefalea, aunque por su diseño —muestra pequeña, sin grupo control— la evidencia es preliminar.
- [Lee aquí el artículo completo →](#)
- **PPPD: señal de que la neuromodulación podría aventajar a TCC y rehabilitación aislada en equilibrio y ansiedad (evidencia de baja calidad).** Revisión sistemática y metaanálisis en red (11 ECA, 518 pacientes): la **neuromodulación** se asoció a mejor equilibrio (DME $-1,22$; IC95% $-1,90$ a $-0,54$) y menor ansiedad (DME $-0,87$) frente al control, con señal de ventaja también sobre TCC y rehabilitación vestibular para esos desenlaces; ninguna intervención mejoró la depresión [11]. Matiz decisivo: el 81,8 % de los estudios tenía alto riesgo de sesgo y la calidad global se calificó baja-moderada, así que orienta hacia abordajes multimodales pero no cierra el debate.
- [Lee aquí el artículo completo →](#)
- **VPPB: morbilidad a largo plazo mayor de lo asumido.** Cohorte ambispectiva de 361 pacientes con seguimiento a 7 años: **recurrencia del 47,1 %**, mareo residual que sube del 29,6 % al mes al 37,6 % a largo plazo, y caídas en el 18,9 % [12]. Necesitar múltiples maniobras (OR 3,89) o rehabilitación (OR 2,41) predijo recurrencia, y el mareo residual se asoció a mayor riesgo de caídas (OR 5,7). Refuerza que un VPPB "resuelto" no equivale a un alta definitiva, sobre todo en el anciano: conviene mantener el seguimiento y valorar la prevención de caídas.
- [Lee aquí el artículo completo →](#)
- **Migraña vestibular: la nimodipina, alternativa razonable al topiramato.** Estudio multicéntrico prospectivo abierto coreano (850 pacientes con migraña, 255 con migraña vestibular): nimodipina, topiramato y la combinación redujeron por igual los días de cefalea y, en el subgrupo de migraña vestibular, mejoraron los desenlaces de mareo sin diferencias entre grupos; el topiramato fue algo mejor en discapacidad (MIDAS, HIT-6) [13]. Útil cuando el topiramato no se tolera, aunque el diseño abierto limita la fuerza de la conclusión.

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Ménière: la imagen 3D-FLAIR del ducto endolinfático, hacia biomarcador.** En 84 pacientes con Ménière unilateral, el **hidrops** estaba presente en ~86 % de oídos sintomáticos frente a <11 % de asintomáticos, y la **no visualización del ducto endolinfático** se correlacionó con la gravedad del hidrops ($p < 0,0001$) y con los hallazgos audiológicos [14]. La RM avanzada del espacio endolinfático ofrece así marcadores de imagen para distinguir el oído sintomático y seguir la evolución, un papel que va ganando peso en el seguimiento de estos pacientes.

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Apoyo diagnóstico (VPPB):** una revisión 2026 en *Journal of Vestibular Research* actualiza, sobre los criterios Bárány de 2015, las nuevas variantes y mecanismos del VPPB (canalolitiasis del brazo corto, bloqueo del canal por el propio otoconio o *canalith jam*, cúpula ligera, VPPB tipo 2, maniobra de medio Dix-Hallpike), útiles para localizar el canal afectado y dirigir la maniobra [15].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

Huecos detectados (transparencia): en las búsquedas Q1 de 2026 (Consensus `sjr_max=1 + year_min=2026` y PubMed `date_from=2026`) no apareció evidencia Q1 nueva de 2026 sobre gentamicina vs corticoide intratimpánico en Ménière, ni sobre betahistina, ni ECA de rehabilitación vestibular como intervención aislada, ni novedades 2026 sobre vHIT/VEMP que cambien la práctica. Lo vigente en esos subtemas sigue siendo la guía AAO-HNS 2020 [5] y la evidencia previa. Se actualizará en la próxima refrescada.

SECCIÓN 03 Rinología

ACTUALIZADO A 2026



Guía y consensos

Lo que dicen las últimas guías/consensos vigentes.

- **Rinosinusitis crónica: diagnóstico por síntomas + endoscopia o TC, y clasificación por fenotipo polipoideo (CRSwNP) vs. no polipoideo (CRSSNP).** El EPOS 2020 (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps) mantiene la definición clínica vigente: ≥ 2 síntomas (uno obligado: obstrucción nasal o rinorrea) durante ≥ 12 semanas, **confirmados con un signo objetivo** (endoscopia nasal o TC), y separa la CRS primaria de la secundaria y la difusa de la localizada. Es el marco de referencia para estructurar el manejo escalonado [1].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Rinosinusitis crónica: corticoide tópico nasal como base del tratamiento; antibiótico solo en exacerbaciones, no de forma crónica.** EPOS 2020 sitúa el **corticoide intranasal como tratamiento de primera línea** en CRS con y sin pólipos, reserva los ciclos cortos de corticoide oral para la CRSwNP sintomática, y **no recomienda la antibioterapia prolongada de rutina**. La cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) y, en casos seleccionados de CRSwNP grave tipo 2, los biológicos se integran cuando falla el tratamiento médico apropiado [1].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Rinosinusitis crónica: las recomendaciones del consenso americano refuerzan el corticoide tópico y el lavado salino, y gradúan la evidencia de cada técnica quirúrgica.** El ICAR-RS 2021 (International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis), que revisa sistemáticamente varios centenares de temas, respalda con evidencia fuerte la **irrigación salina y el corticoide intranasal**, y ofrece una graduación pormenorizada de las opciones médicas y quirúrgicas para decidir caso a caso [2].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Rinitis alérgica: corticoide intranasal de primera línea; antihistamínicos orales/intranasales según el perfil de síntomas; combinación fija si no se controla.** El ICAR-AR 2023 (ICAR: Allergic Rhinitis) y las guías ARIA confirman el **corticoide intranasal como la opción más eficaz** en rinitis alérgica moderada-grave, con antihistamínicos de 2.ª generación (orales o intranasales) según síntomas, y la **combinación corticoide + antihistamínico intranasal** cuando la monoterapia no basta. Los antihistamínicos sedantes de 1.ª generación quedan desaconsejados [3,4].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Rinitis alérgica: la inmunoterapia con alérgenos es el único tratamiento que modifica el curso de la enfermedad.** ARIA e ICAR-AR posicionan la **inmunoterapia (subcutánea o sublingual) como tratamiento de fondo** en pacientes con rinitis alérgica mediada por IgE bien caracterizada e insuficientemente controlada con farmacoterapia, por su capacidad de inducir tolerancia sostenida más allá del periodo de tratamiento [3,4].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

✦ Actualización 2026 SOLO Q1

- **Novedad del año:** la rinología vive su "era de los biológicos" en la **poliposis tipo 2 (CRSwNP)**: en 2026 maduran las comparaciones entre fármacos (meta-análisis en red, primer ensayo cara a cara) y el debate ya no es *si* usar biológico, sino *cuál* y *cuándo* respecto a la cirugía.

- **Biológicos en CRSwNP: dupilumab, stapokibart y tezepelumab despuntan como los más eficaces, pero aún faltan comparaciones directas para elegir entre ellos.** Un meta-análisis en red de 13 ensayos con 7 biológicos sitúa a **dupilumab, stapokibart y tezepelumab** como el grupo de mayor eficacia sobre el tamaño de los pólipos (NPS), la congestión y el olfato, por delante de omalizumab, mepolizumab, depemokimab y benralizumab, sin que la respuesta variara según asma comórbido o cirugía previa. Aun así, los propios autores subrayan que **hacen falta ensayos cara a cara y estudios en vida real** para validar estos hallazgos y orientar la elección del biológico: por ahora encabezan la eficacia como grupo, sin que pueda establecerse un orden entre ellos [5]. *(Como referencia del primer cara a cara directo, el ensayo fase 4 EVEREST mostró superioridad de dupilumab sobre omalizumab en CRSwNP grave con asma —NPS y olfato a 24 semanas—, aunque se publicó en 2025 en Lancet Respir Med [9].)*

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Biológicos en asma + CRSwNP comórbidos: beneficio cuantificado en las dos vías aéreas a la vez.** Meta-análisis de 16 ECA (3.598 pacientes) en pacientes con **asma y CRSwNP coexistentes**: los biológicos redujeron las exacerbaciones asmáticas un 73% (RR 0,27), mejoraron el FEV1 en 0,21 L y, en la esfera nasosinusal, bajaron el SNOT-22 en 15,2 puntos, el NPS en 1,4 y el Lund-Mackay en 6,6 puntos, con perfil de seguridad favorable. Es la traducción en cifras del concepto de "vía aérea única": al tratar la inflamación tipo 2, nariz y bronquios mejoran a la vez [6].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **CRS + asma: el informe de la EAACI 2026 ordena el abordaje del fenotipo tipo 2 y del N-ERD.** Documento de la EAACI Task Force sobre CRS y asma comórbidos: confirma los biológicos (dupilumab, mepolizumab, depemokimab, omalizumab; tezepelumab eficaz en tipo 2-alto y bajo) como terapias transformadoras del fenotipo tipo 2, sitúa la **desensibilización con aspirina (ATAD)** como opción modificadora en la enfermedad respiratoria exacerbada por AINE (N-ERD), y recuerda que la CENS mejora el control del asma pero suele requerir reintervenciones. Señala como laguna la **ausencia de ensayos cara a cara** entre biológicos, cirugía y ATAD [7].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Cirugía endoscópica nasosinusal: retrasar la cirugía en la CRSwNP se asocia a mayor uso posterior de biológicos.** Estudio de cohorte sobre base de datos (TriNetX) con emparejamiento por puntuación de propensión: los pacientes operados de forma tardía (CENS >5 años tras el diagnóstico) tuvieron un 83-96% más de probabilidad de iniciar un biológico tipo 2 después, **sin diferencia en la tasa de cirugía de revisión**. Sugiere replantear el momento de la cirugía en la era de los biológicos, aunque el diseño retrospectivo no permite afirmar causalidad [8].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Rinitis alérgica / inmunoterapia: la inmunoterapia es coste-efectiva, sobre todo con asma comórbido.** Revisión sistemática de 35 evaluaciones económicas: el **91% concluyó que la inmunoterapia (subcutánea o sublingual) es coste-efectiva** frente a la farmacoterapia sintomática, con ratios coste-efectividad por debajo de los umbrales de disposición a pagar, y mayor valor en pacientes con asma asociado y cuando se modela el beneficio sostenido tras finalizar el tratamiento. Argumento de salud pública para no demorar la indicación cuando está justificada [10].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

Subtemas sin novedad Q1 2026 de impacto: epistaxis no aportó en 2026 datos primarios Q1 que cambien la conducta (lo localizado fueron unas recomendaciones de imagen de la European Society of Head and Neck Radiology y series sobre epistaxis asociada a sotatercept, nada que altere el manejo del sangrado nasal común). **Rinosinusitis fúngica** no generó en 2026 evidencia primaria Q1 relevante. En **endotipos de CRS** la producción del año fue sobre todo traslacional o de revisión (por ejemplo, el remodelado de la mucosa bajo bloqueo de IL-4Ra), sin ningún estudio que reordene la clasificación con la que se trabaja en la consulta.

SECCIÓN 04

Laringología y voz

ACTUALIZADO A 2026



Guía y consensos

Lo que dicen las últimas guías/consensos vigentes.

- **Disfonía: ver la laringe antes de tratar. No CT/RM, ni IBP, ni corticoides, ni antibióticos a ciegas.** La guía AAO-HNS de disfonía (ronquera), actualización vigente, recomienda **en contra** de pedir TC o RM por una queja vocal primaria *antes* de visualizar la laringe, y **en contra** de prescribir antirreflujo, corticoides o antibióticos de rutina basándose solo en síntomas sin laringoscopia. Su regla práctica de derivación: hacer (o derivar para) laringoscopia si la disfonía **no mejora en 4 semanas**, o **en cualquier momento** si se sospecha una causa grave (cirugía reciente de cabeza/cuello/tórax, intubación reciente, masa cervical, estridor, tabaquismo, profesional de la voz) [1].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Disfonía: terapia vocal y, cuando proceda, cirugía o toxina botulínica.** La misma guía hace recomendación **fuerte** a favor de la terapia vocal (logopedia) cuando la causa es susceptible de ella, y de plantear cirugía ante malignidad sospechada, lesiones benignas que no responden o insuficiencia glótica. Para la **disfonía espasmódica** y otras distonías laringeas, ofrecer (o derivar para) **infiltración de toxina botulínica** como tratamiento de elección [1].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Reflujo laringofaríngeo (RLF): el síntoma laríngeo no es diagnóstico de reflujo.** El consenso interdisciplinar **San Diego** (otorrino + gastro, método RAND) separa "**síntomas laringofaríngeos**" (tos, cambio de voz, carraspeo, moco faríngeo, dolor de garganta — potencialmente atribuibles a reflujo) de "**enfermedad por reflujo laringofaríngeo**" (esos síntomas **más prueba objetiva de reflujo**). Los hallazgos laringoscópicos por sí solos **no** diagnostican RLF [2].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **RLF: ensayo empírico solo si hay síntomas esofágicos; si el síntoma es aislado o persiste, monitorización objetiva.** San Diego acepta modificación del estilo de vida y prueba empírica de **supresión ácida ± alginato** cuando coexisten síntomas esofágicos de reflujo; pero exige **endoscopia alta y monitorización ambulatoria de reflujo** (pH-impedancia 24 h o pH inalámbrico 96 h) cuando el síntoma laringofaríngeo es aislado, persiste o se va a escalar a tratamiento antirreflujo invasivo. Subraya además el papel de la **hiperreactividad/hipervigilancia laríngea**, que responde a recalibración laríngea y neuromoduladores, no a más IBP [2].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **RLF: definición global compartida (Dubái/IFOS) para no sobrediagnosticar.** El consenso **Dubái** de la IFOS aporta la definición internacional de RLF como enfermedad de la vía aerodigestiva alta por efecto directo/indirecto del contenido gastroduodenal, evaluable con cuestionarios e instrumentos validados, y sitúa la **impedancia-pH hipofaríngea-esofágica** como la prueba que puede confirmarlo (más de un episodio de reflujo hipofaríngeo en 24 h). Útil para homogeneizar criterios y frenar el diagnóstico "por impresión laringoscópica" [3].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Parálisis de cuerda vocal unilateral (PCVU): a falta de guía propia, sigue rigiendo la de disfonía.** No hay (a 2026) una guía de práctica clínica monográfica de PCVU de una sociedad mayor; la conducta vigente se ancla en la guía AAO-HNS de disfonía: laringoscopia para el diagnóstico, terapia vocal cuando aporta, e indicación quirúrgica (medialización por inyección o tiroplastia tipo I, ± reinervación) ante insuficiencia glótica sintomática que no responde a tratamiento conservador [1].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

✦ Actualización 2026 SOLO Q1

- **Novedad del año:** un *position statement* de la *RRP Foundation* propone un nuevo algoritmo para la papilomatosis respiratoria recurrente (PRR) del adulto que sitúa la **inmunoterapia VPH-específica como primera línea médica recomendada en los pacientes que prefieren evitar cirugías repetidas**, con el **bevacizumab sistémico como segunda línea**; la elección entre manejo médico y desbridamiento quirúrgico se decide caso por caso [4].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **PRR adulto: nuevo algoritmo de manejo (RRP Foundation).** El documento de posicionamiento de la *Recurrent Respiratory Papillomatosis Foundation* propone, para el adulto, **vacunación VPH preventiva en todos**, tipado de VPH e imagen pulmonar para decisiones, e introduce un escalón médico: **inmunoterapia VPH-específica como primera línea** (respuesta T frente a la infección causal, control duradero tras un ciclo corto), **bevacizumab sistémico como segunda línea** (eficaz pero debe mantenerse para conservar el beneficio) y, si se opta por desbridamientos, **adyuvante intralesional**. Refleja la tendencia de 2026 a sumar un escalón médico (tratar la causa viral) junto a la cirugía —sin sustituirla— en pacientes seleccionados [4].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **PRR juvenil: la vacuna VPH se asocia a menos enfermedad poblacional.** Cohorte retrospectiva de 19 años (red TriNetX, 1.854 niños): la incidencia de PRR de inicio juvenil **cayó un 65,2%** (3,1 → 1,1 casos/100.000 de 2006 a 2024) mientras la vacunación VPH subía ~1.448%, con **correlación inversa fuerte** ($r = -0,892$; $p < 0,001$). La extirpación quirúrgica sigue siendo el tratamiento predominante; el uso de bevacizumab y cidofovir aumentó, aunque partía de cifras muy bajas. Refuerza el argumento de salud pública a favor de vacunar [5].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Cáncer glótico precoz: irradiar solo la cuerda enferma protege la voz sin perder control (ensayo aleatorizado).** Ensayo fase 2 aleatorizado ($n = 57$) en T1aN0: la **irradiación de cuerda vocal única (SVCI)** frente a radioterapia de laringe completa logró **control local a 2 años del 100% vs 96%** (sin diferencia) y **mejor voz** (VHI a 1 año mediana 0 vs 21), con menor dosis a órganos de riesgo y sin toxicidad grado 3-4. Es un ensayo pequeño, pero abre una vía para preservar la voz en el glótico precoz por el lado de la radioterapia, en paralelo a lo que ya ofrece la cirugía láser transoral [6].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Cáncer glótico precoz: tras cirugía láser transoral (TLM), la voz suele ser de buena a "leve-moderadamente" disfónica, y el paciente la infravalora.** Serie de 102 pacientes (seguimiento mediano 5,2 años): VHI-10 mediano 7,5 (rango normal), pero los evaluadores objetivos/perceptivos puntuaban disfonía leve-moderada (GRBAS medio G1,5); la cordectomía tipo I dio mejor voz que el resto de tipos. Al informar al paciente sobre la TLM conviene no quedarse en lo que él refiere: haber superado un cáncer hace que se puntúe la propia voz mejor de lo que la miden los evaluadores [7].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **PCVU: lo que predice la recuperación es la gravedad del daño nervioso, no dónde está la lesión.** Estudio retrospectivo de 1.425 pacientes (736 con recuperación de movilidad): la PCVU **inducida por cirugía** sigue un patrón bimodal de recuperación; la **idiopática** y la **post-intubación**, unimodal. Y, en contra de lo que se venía asumiendo, en la PCVU quirúrgica el tiempo hasta la recuperación **no se correlacionó con la distancia de la lesión a la laringe** (curvas casi idénticas entre la cirugía tiroidea o paratiroidea y la cardiotorácica). Ayuda a afinar el pronóstico y a decidir cuándo pasar de inyección temporal a medialización/reinervación definitiva [8].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Análisis de voz con IA: biomarcador no invasivo de gravedad en estenosis subglótica idiopática (iSGS).** Estudio caso-control con análisis acústico automatizado (VoiceLab) y aprendizaje automático no supervisado (PCA) sobre la lectura del *Rainbow Passage*: los iSGS graves mostraban mayor duración de lectura, menor velocidad de habla y patrones respiratorios alterados, y el **componente principal 1 se correlacionó fuertemente con el calibre real de la vía aérea** (área luminal en TC), separando completamente sanos de iSGS graves, con los post-dilatación en medio. De confirmarse, sería una forma barata y objetiva de estimar la gravedad por la voz antes de indicar la cirugía [9].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

Subtemas sin novedad Q1 2026 de impacto que cambie la conducta: la medialización por inyección, la tiroplastia tipo I y la reinervación laríngea no aportaron en 2026 un ensayo Q1 que reordene la elección entre técnicas (la producción fue mayoritariamente de series y predictores, como [8]); el material primario más relevante de PCVU queda recogido arriba. En bevacizumab intralesional para PRR hubo producción 2026 (p. ej., comparación prospectiva de protocolos de dosis), pero en revistas fuera del filtro Q1 estricto, por lo que no se incluye como hallazgo independiente; su lugar terapéutico queda cubierto por el algoritmo de la RRP Foundation [4]. La disfonía funcional/musculotensional y la disfonía espasmódica no presentaron en 2026 un dato Q1 que modifique el estándar (terapia vocal y toxina botulínica de la guía [1]).



Guía y consensos

Lo que dicen las últimas guías/consensos vigentes.

- **Estadificar con AJCC/TNM 8.^a edición, y separar siempre el orofaríngeo p16+ del p16–.** La 8.^a edición del *AJCC Cancer Staging Manual* (vigente para casos diagnosticados desde 2018) introdujo un sistema TNM propio para el carcinoma orofaríngeo asociado a VPH (p16+), con una estadificación clínica y patológica distinta de la del orofaríngeo VPH-negativo. La consecuencia práctica: un mismo volumen tumoral y ganglionar "baja" de estadio en el tumor p16+, reflejando su mejor pronóstico, por lo que **determinar p16/VPH por inmunohistoquímica es obligatorio** antes de hablar de estadio o de tratamiento [1].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Orofaringeo: una sola modalidad cuando se pueda; cirugía transoral (TORS) o (quimio)radioterapia, no las dos.** Las guías NCCN de *Head and Neck Cancers* mantienen como principio la elección de un único tratamiento curativo de base (cirugía transoral + vaciamiento cervical, o radioterapia/quimiorradioterapia definitiva) para evitar la triple modalidad, que multiplica la toxicidad. La adyuvancia tras cirugía se reserva para factores de riesgo patológicos (márgenes afectos, extensión extranodal) [2].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Radioterapia en orofaríngeo p16+: fuera de ensayo, no bajar la dosis de forma rutinaria.** La guía de práctica clínica de la ASTRO sobre radioterapia del carcinoma orofaríngeo VPH-positivo recomienda **70 Gy** como dosis estándar en el tratamiento definitivo y desaconseja la desescalada de dosis fuera de ensayo clínico, dado que los intentos de reducción sistemática han mostrado señales de peor control en algunos subgrupos. Sí avala adaptar volúmenes e indicación de quimioterapia concomitante al riesgo [3].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Desescalada de la adyuvancia tras cirugía transoral: posible en pacientes seleccionados, pero todavía dentro de marcos de ensayo y con seguimiento estrecho.** El ensayo de fase 3 MC1675 demostró que reducir la radioterapia adyuvante (30–36 Gy en casos favorables) en orofaríngeo p16+ resecaado es menos tóxico que el esquema estándar (toxicidad crónica grado ≥ 3 : 3% vs 11%, su objetivo primario), con un control oncológico aparentemente bueno que los propios autores piden seguir validando; el ensayo de fase 2 E3311 (ECOG-ACRIN) confirmó supervivencias a 54 meses excelentes (SLP 90,6%, SG 95,3%) con manejo postoperatorio desintensificado guiado por patología, alertando de que **los N1 siguen en riesgo de recaída tardía si se omite la radioterapia** [4,5].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Inmunoterapia perioperatoria: el KEYNOTE-689 mueve el estándar en el escamoso reseccable localmente avanzado.** En este ensayo de fase 3 abierto (714 pacientes), añadir pembrolizumab neoadyuvante y adyuvante al tratamiento estándar —cirugía más radioterapia adyuvante con o sin cisplatino— mejoró la **supervivencia libre de eventos**, su objetivo primario: a 36 meses, 59,8% frente a 45,9% en los tumores con PD-L1 CPS ≥ 10 (HR 0,66; IC 95% 0,49-0,88) y 58,2% frente a 44,9% con CPS ≥ 1 (HR 0,70; IC 95% 0,55-0,89). La neoadyuvancia no redujo la proporción de pacientes que llegaron a operarse ($\approx 88\%$ en ambos grupos) y no aparecieron señales de seguridad nuevas, con efectos adversos grado ≥ 3 similares (44,6% vs 42,9%) [6]. Sobre estos resultados llegaron la aprobación de la FDA (junio 2025) y de la Comisión Europea (octubre 2025) para el escamoso reseccable con CPS ≥ 1 . Conviene retener que el beneficio demostrado es en supervivencia libre de eventos: los datos de supervivencia global no estaban maduros en este primer análisis intermedio [6].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

✦ Actualización 2026 SOLO Q1

- **Novedad del año:** la inmunoterapia con anti-PD-1 entra de lleno en el tratamiento **curativo** del escamoso de cabeza y cuello —no solo en enfermedad recurrente/metastásica—, con dos ensayos de fase 3 (KEYNOTE-689 perioperatorio y NIVOPOSTOP adyuvante) que pasan a redefinir el estándar perioperatorio.
- **NIVOPOSTOP: añadir nivolumab a la quimiorradioterapia adyuvante mejora la supervivencia libre de enfermedad en el reseccado de alto riesgo.** Ensayo de fase 3 abierto (680 pacientes, 6 países) en escamoso localmente avanzado reseccado con factores de alto riesgo (extensión extranodal, márgenes positivos, etc.): el nivolumab sumado a cisplatino + radioterapia mejoró la supervivencia libre de enfermedad frente a cisplatino + radioterapia sola (HR 0,76; IC 95% 0,60–0,98; $p=0,034$), **con independencia de la expresión de PD-L1**, a costa de un aumento moderado de toxicidad grave (grado 4 relacionado: 10% vs 5%). Es el segundo ensayo de fase 3 positivo de inmunoterapia perioperatoria y refuerza el cambio de estándar en el paciente operado de alto riesgo [7].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **La inmunoterapia neoadyuvante permite plantear una desescalada guiada por la respuesta, pero la imagen no basta para elegir a quién.** Revisión de 2026 que integra los datos perioperatorios y los de desescalada adaptada a la respuesta: tras el KEYNOTE-689, esquemas como DEPEND y OPTIMA II consiguieron reducir la intensidad del tratamiento —evitar la irradiación ganglionar electiva en quienes respondían de forma marcada, o bajar la necesidad de sonda de alimentación del 75% al 7,1% en el orofaríngeo p16+— sin perder control de la enfermedad. El mensaje de cautela: existe una **discordancia marcada entre respuesta completa radiológica ($\sim 5\%$) y patológica ($\sim 42\%$)**, de modo que hoy no se puede seleccionar de forma fiable al candidato a desescalar solo con la imagen; harán falta biomarcadores (CPS, ADN tumoral circulante, multi-ómica) [8].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **TORS frente a (quimio)radioterapia definitiva en orofaríngeo p16+ inicial: sin diferencias significativas en supervivencia.** Metaanálisis de 2026 (7 estudios, solo 2 aleatorizados) que no detectó diferencias significativas en supervivencia global ni libre de enfermedad entre la cirugía robótica transoral y la (quimio)radioterapia definitiva en orofaríngeo VPH+ precoz, aunque con muestras pequeñas e intervalos de confianza muy amplios (supervivencia libre de enfermedad: HR 3,11; IC95% 0,85–11,29) que **impiden concluir equivalencia**. La decisión debe individualizarse según la morbilidad esperada, la función y las preferencias del paciente; además, el frecuente uso de adyuvancia tras la cirugía puede limitar la desescalada real [9].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Tras la cirugía transoral, un modelo predictivo apunta a afinar la indicación de adyuvancia.** Estudio de 2026 que entrena un modelo de aprendizaje automático para seleccionar el tratamiento adyuvante después de cirugía transoral en orofaríngeo VPH+: el modelo mejora la indicación de radioterapia o quimiorradioterapia posoperatoria frente a los criterios clásicos, y aborda el problema que dejó abierto el E3311 (a qué N1 favorable se le puede omitir la radioterapia sin asumir riesgo de recaída tardía). Es un desarrollo sin validación prospectiva ni uso clínico todavía: señala una dirección —indicar la adyuvancia de forma individualizada y no solo por factores patológicos aislados—, no una herramienta lista para la consulta [10].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **La inteligencia artificial sobre la TC mejora la estratificación de riesgo del AJCC-8 al "contar" la extensión extranodal.** Estudio multicéntrico (1.733 pacientes) que aplica una plataforma de IA para autosegmentar adenopatías y predecir extensión extranodal en imagen (AI-ENE): el número de ganglios con extensión extranodal predicha por IA se asoció de forma independiente con peor control a distancia (HR 1,44) y peor supervivencia (HR 1,30), y **mejoró los índices de discriminación del estadio AJCC-8 y de los grupos de riesgo RTOG-0129**, sobre todo en VPH-negativos. Lleva al pretratamiento (con TC) un dato que antes solo daba la patología quirúrgica [11].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

Subtemas sin novedad Q1 2026 de impacto consolidado: el ADN tumoral circulante / HPV ctDNA para vigilancia vivió un 2026 muy activo, pero la mayor parte de lo publicado en cabeza y cuello fueron **abstracts de congreso (AACR/ASCO 2026)** —no artículos completos en revista Q1— y, además, varias series prospectivas pusieron en duda la utilidad de la vigilancia ctHPV-DNA posdefinitiva para anticipar la recaída en ausencia de hallazgos radiológicos. Por el filtro Q1 estricto (artículo completo en revista de primer cuartil) no se incluye aquí ningún hallazgo de ctDNA de 2026 específico de orofaríngeo como práctica que cambie ya la conducta; queda como tendencia a vigilar. Tampoco entró producción Q1 2026 que modifique la práctica en **radioterapia adaptativa** (la evidencia 2026 fue mayoritariamente técnica/dosimétrica) ni en **cáncer de glándulas salivales** u otras localizaciones menores.

SECCIÓN 06

Glándulas salivales

ACTUALIZADO A 2026



Guía y consensos

Lo que dicen las últimas guías/consensos vigentes.

- **Cuantificar la carga de síntomas antes y después de tratar: el cuestionario MSGS.** El consenso internacional de la Multidisciplinary Salivary Gland Society aporta una herramienta concreta y validada —20 preguntas con escala visual analógica 0-10— para medir los síntomas de sialadenitis y xerostomía y su repercusión en la calidad de vida. Se validó en 199 pacientes con patología salival variada (litiasis, estenosis, Sjögren, posradioyodo, IgG4, parotiditis juvenil recurrente) frente a 66 voluntarios sanos, con buena consistencia interna, y los autores recomiendan la versión de escala 0-10. Su utilidad es medir de forma reproducible lo que antes se describía "a ojo", no establecer indicaciones terapéuticas: el documento **no es una guía de tratamiento** [6].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Enfermedad obstructiva (litiasis y estenosis): la práctica actual busca conservar la glándula, pero sin guía formal que la respalde.** No existe a 2026 una guía de práctica clínica de una sociedad mayor sobre el manejo de la patología obstructiva salival. Lo que hay es una práctica consolidada en las unidades de referencia: el cálculo distal o intraductal se aborda por vía endoscópica o transoral; el grande, proximal o hiliar suele exigir un abordaje transoral combinado con endoscopia; y la fragmentación (sialolitotricia) junto con los abordajes combinados permite conservar glándulas que antes se extirpaban. Conviene decirlo con esa cautela —es práctica asentada y evidencia observacional, no recomendación graduada—, y la evidencia de 2026 que la apoya se detalla en el bloque siguiente.

- **Tumores de glándula salival: la PAAF se informa con el sistema Milan (6 categorías con riesgo de malignidad), no con descripciones libres.** El Sistema Milan para Citopatología de Glándula Salival (MSRSGC, atlas de 2018; actualización de 2024) clasifica la punción-aspiración en 6 categorías —no diagnóstica, no neoplásica, atipia de significado incierto, neoplasia benigna, neoplasia de potencial maligno incierto (SUMP), sospechosa de malignidad y maligna—, cada una con su riesgo de malignidad estimado y su recomendación de manejo, lo que homogeneiza la comunicación entre patólogo y clínico y orienta la decisión quirúrgica. La guía de la ASCO para el cáncer de glándula salival lo respalda [9,10,11].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Cáncer de glándula salival: cirugía como pilar, conservación del facial salvo infiltración, vaciamiento electivo del cuello en alto grado y radioterapia adyuvante guiada por factores de riesgo.** La guía de la ASCO (2021) recomienda, para el carcinoma resecable, resección quirúrgica con preservación del nervio facial cuando no está infiltrado (no sacrificar un facial funcionante sin invasión demostrada), vaciamiento cervical electivo en tumores de alto grado o T3-T4 con cuello clínicamente negativo, y radioterapia adyuvante ante márgenes positivos, alto grado, enfermedad pT3-T4, invasión perineural/linfovascular o afectación ganglionar; la quimioterapia sistemática no se recomienda de rutina por falta de beneficio en supervivencia [11].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Sjögren primario: criterios de clasificación ACR/EULAR 2016, con la biopsia de glándula salival menor y los anti-Ro/SSA como ítems de mayor peso.** Los criterios ponderan cinco ítems —anti-SSA/Ro positivo y sialadenitis linfocítica focal con focus score ≥ 1 (3 puntos cada uno), y tinción ocular ≥ 5 , Schirmer ≤ 5 mm/5 min y flujo salival no estimulado $\leq 0,1$ mL/min (1 punto cada uno)—; una suma ≥ 4 en un paciente con síntomas sugestivos clasifica como Sjögren primario, con sensibilidad y especificidad del 96% y 95%. Es el marco de referencia para diagnóstico de investigación y orienta la práctica clínica [7].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Xerostomía e hipofunción salival por tratamiento oncológico: prevenir con técnicas de radioterapia que preservan tejido y tratar con lubricantes, sustitutos salivales y sialogogos.** La guía conjunta ISOO/MASCC/ASCO (2021) recomienda, en cáncer de cabeza y cuello, modalidades de radioterapia que respeten las glándulas para reducir el riesgo, y para la xerostomía ya establecida, lubricantes y sustitutos salivales tópicos, chicles/caramelos sin azúcar y, tras la radioterapia, pilocarpina o cevimelina orales, acupuntura o electroestimulación transcutánea [8].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

✦ Actualización 2026 SOLO Q1

- **Novedad del año: tendencia hacia las técnicas que preservan tejido —disección extracapsular y, en casos seleccionados, enucleación—** en el tumor parotídeo benigno superficial, por asociarse a menos debilidad facial transitoria en series retrospectivas (aún pendientes de validación prospectiva multicéntrica); en paralelo, irrupción de la **inteligencia artificial / machine learning** para planificar el tratamiento de la litiasis a partir de la imagen.

- **Parótida benigna: en una serie retrospectiva, la disección extracapsular se asoció a menos paresia facial transitoria que el abordaje anterógrado.** Serie de 740 tumores (353 benignos, 387 malignos) comparando abordaje anterógrado, retrógrado y disección extracapsular: tras ajuste, la disección extracapsular redujo la debilidad facial transitoria respecto al anterógrado (OR 0,2; IC95% 0,1-0,7; $p=0,006$), y el retrógrado mostró tendencia a menos paresia; en tumores malignos los resultados fueron similares entre abordajes y la disección extracapsular se reservó para casos seleccionados. El anterógrado tuvo tiempos quirúrgicos más largos. Apoya elegir la técnica caso por caso para proteger el facial sin comprometer el resultado oncológico [1].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Warthin: en tumores unifocales y anatómicamente favorables, las técnicas más conservadoras tienen menos morbilidad.** Estudio de cohortes emparejadas (360 pacientes, 120 tríos enucleación/parotidectomía superficial parcial/disección extracapsular, excluyendo roturas capsulares): la enucleación extracapsular tuvo menor tasa global de complicaciones (8,3%) que la disección extracapsular (29,2%) y la parotidectomía superficial parcial (32,5%) ($p<0,001$; NNT $\approx$ 4-5). Los autores advierten que el resultado es dependiente del contexto y no extrapolable a lesiones complejas, inflamadas o de diagnóstico incierto; aun así, apoya graduar la extensión de la cirugía según la lesión [2].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Litiasis submandibular proximal/hiliar: la imagen prequirúrgica predice qué cálculo se podrá sacar preservando la glándula.** Cohorte de 76 pacientes: los cálculos situados por encima o a la altura del plano milohioideo, de mayor tamaño y más próximos al borde inferior de la mandíbula, y los visibles en sialendoscopia, se extrajeron con más éxito (tasa global 82,9%; 100% si superiores al milohioideo frente a 60% si inferiores; $p=0,038$). El 85,5% precisó incisión transoral proximal combinada. La TC permite planificar el abordaje conservador de glándula en el cálculo hiliar, el escenario clásicamente más difícil [3].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **IA en patología salival: modelos de machine learning para elegir el tratamiento de la litiasis submandibular a partir de la imagen.** Marco de aprendizaje débilmente supervisado ("credal") entrenado con datos reales que, partiendo de las características radiológicas del cálculo, ofrece recomendaciones personalizadas de tratamiento (endoscópico, transoral, combinado) gestionando explícitamente la incertidumbre del resultado. Es prueba de concepto —no validación clínica prospectiva—, pero señala hacia dónde va el apoyo a la decisión en patología obstructiva salival [4].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Cáncer de parótida: lo que debe decidir la adyuvancia es el grado tumoral, no la costumbre de irradiar a todos.** Revisión de puesta al día (1.614 artículos cribados, 137 incluidos): en el carcinoma de bajo grado la cirugía sola no mostró peor control local que la cirugía con radioterapia, y el vaciamiento cervical electivo se asoció a mejor supervivencia solo en el alto grado; la quimioterapia adyuvante sistemática aporta un beneficio limitado y empeora la calidad de vida. Como línea emergente, las terapias dirigidas y la inmunoterapia frente a HER-2, TRK y receptor de andrógenos dan resultados prometedores en enfermedad avanzada. Al tratarse de una síntesis narrativa de estudios observacionales, sostiene la desescalada en el bajo grado como conducta razonable y coherente con la guía ASCO, no como equivalencia demostrada [5].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

Subtemas sin novedad Q1 2026 de impacto que cambie la conducta: sialorrea / toxina botulínica (la producción 2026 de botox en Q1 es de otras áreas —espasticidad, distonía laríngea, estética, migraña—, no hubo ningún ensayo de sialorrea de glándula salival). Sialendoscopia con sialolitotricia o litotricia intracorpórea y sialoadenitis —incluidas la posradionyodo y la crónica recurrente juvenil— tuvieron actividad en 2026, pero casi toda en series cortas o fuera del primer cuartil estricto, sin que ninguna demuestre un cambio de conducta. Sjögren generó literatura 2026 sobre biomarcadores y terapias, pero sin un hito Q1 que altere el manejo ORL inmediato (la cita de Sjögren del bloque de guías sigue siendo el marco vigente). Glándulas salivales es, en conjunto, un área de baja producción Q1: estos huecos son reales, no por falta de búsqueda.

SECCIÓN 07

ACTUALIZADO A 2026

Trastornos del sueño / apnea



Guía y consensos

Lo que dicen las últimas guías/consensos vigentes.

- **El diagnóstico de SAHS del adulto se confirma con prueba de sueño objetiva, no con cuestionarios.** La guía de diagnóstico de la American Academy of Sleep Medicine (AASM) recomienda **de forma fuerte** la polisomnografía o la poligrafía respiratoria domiciliaria (con dispositivo técnicamente adecuado) en el adulto no complicado con sospecha de SAHS moderado-grave, y desaconseja usar cuestionarios o algoritmos de predicción como sustituto. Si la poligrafía domiciliaria es negativa, no concluyente o técnicamente inadecuada, debe realizarse polisomnografía. En pacientes con enfermedad cardiorrespiratoria significativa, enfermedad neuromuscular, hipoventilación, uso crónico de opioides o ictus previo, se recomienda polisomnografía en laboratorio en lugar de domiciliaria [1].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **La guía de presión positiva compara el CPAP con no tratar, no con la cirugía: no establece una jerarquía entre ambas.** La guía AASM de tratamiento con presión positiva recomienda **(fuerte)** el CPAP frente a **no tratar** en el adulto con SAHS y somnolencia excesiva, y lo sugiere (condicional) cuando hay deterioro de la calidad de vida relacionada con el sueño o hipertensión asociada. Para el tratamiento de mantenimiento recomienda **(fuerte)** usar indistintamente CPAP fijo o autoajustable, y acompañar el inicio con intervención educativa **(fuerte)** y con apoyo conductual y resolución de problemas (condicional). Conviene precisar qué **no** dice: su alcance es la presión positiva, de modo que no la compara con las alternativas quirúrgicas ni fija en qué momento interviene el ORL. Esa decisión no la resuelve esta guía, sino la valoración individual por fenotipo, gravedad y nivel de colapso que recogen los puntos siguientes [2].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Las alternativas al CPAP están graduadas una a una, no ordenadas en una escalera única.** La guía de la European Respiratory Society sobre terapias no-CPAP, elaborada con metodología GRADE por un grupo que incluye neumología, cirugía, odontología y ORL, formula recomendaciones separadas para el bypass gástrico, el dispositivo de avance mandibular a medida de doble bloque, la estimulación del nervio hipogloso, la terapia miofuncional, la **osteotomía maxilo-mandibular**, los inhibidores de la anhidrasa carbónica y la terapia posicional. Cada una se valora por sí misma, con su calidad de evidencia y su fuerza de recomendación; el documento no las jerarquiza entre sí ni las declara de segunda línea respecto al CPAP [3].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **La DISE (endoscopia del sueño inducido por fármacos) es el estándar para localizar el nivel de colapso antes de operar; se describe con la clasificación VOTE.** El European Position Paper sobre DISE (actualización 2017) consensúa indicaciones, exámenes previos, sedación, posicionamiento y maniobras, y recomienda describir el colapso por **niveles (velo, orofaringe, base de lengua, epiglotis) y patrón** mediante la clasificación VOTE. Es la herramienta que permite seleccionar candidato y técnica (incluida la estimulación del hipogloso, donde el patrón de colapso de la pared lateral orofaríngea anticipa peor respuesta) [4].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **La selección quirúrgica y la estimulación del hipogloso deben individualizarse según gravedad, IMC y nivel de colapso.** El International Consensus Statement on Obstructive Sleep Apnea (ICS:OSA), consenso multidisciplinar amplio, consolida que ninguna técnica única sirve para todos: la uvulopalatofaringoplastia mejora a pacientes seleccionados pero con durabilidad limitada, la estimulación del nervio hipogloso es eficaz en candidatos bien escogidos (típicamente $IMC \leq 32-35 \text{ kg/m}^2$, SAHS moderado-grave, sin colapso concéntrico completo del velo) y la cirugía esquelética es la de mayor impacto. Recomienda el abordaje multinivel guiado por exploración y DISE [5].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

✦ Actualización 2026 SOLO Q1

- **Novedad del año: la tirzepatida** (agonista dual GIP/GLP-1) afianza en 2026 su papel como **opción farmacológica en la apnea asociada a obesidad**, con datos que sugieren que tratar a la vez el sobrepeso y la apnea es lo que optimiza el beneficio cardiometabólico; en paralelo, la **estimulación del nervio hipogloso de tercera generación** (proximal y multinivel) suma evidencia de ensayo aleatorizado y de durabilidad a 3 años.
- **Tirzepatida en SAHS + obesidad: el beneficio cardiometabólico exige tratar también la apnea, no solo adelgazar.** El análisis de resultados secundarios del ensayo de fase 3 SURMOUNT-OSA (Nature Medicine 2026) muestra que la tirzepatida reduce más que placebo los factores de riesgo cardiometabólico (PCR de alta sensibilidad, HOMA-IR, triglicéridos, presión arterial sistólica) a 52 semanas. El análisis de mediación concluye que parte del efecto sobre PCR, resistencia a la insulina y triglicéridos es **independiente del peso** y está mediado por la mejoría de las métricas de apnea (IAH y carga hipóxica). Dicho de otro modo: en el SAHS moderado-grave con obesidad, adelgazar no basta para llevarse todo el beneficio cardiometabólico; hay que tratar también la respiración durante el sueño [6].
- **CPAP frente a agonistas GLP-1: no compiten, se complementan.** Meta-análisis en red de 34 ensayos y 3.964 pacientes (Diabetes, Obesity and Metabolism 2026): el **CPAP produce la mayor reducción del IAH** (diferencia media $-22,2$ eventos/h frente a no tratar) y de la somnolencia, mientras que los GLP-1/agonistas (liraglutida, tirzepatida) aportan sobre todo pérdida de peso y mejoría metabólica (HbA1c, IMC), con efecto respiratorio menor que el CPAP. La combinación logró la mayor reducción de IMC. La lectura razonable es tratar a la vez la vía aérea y el metabolismo, no cambiar el CPAP por el fármaco [7].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Estimulación proximal del hipogloso: primer ensayo aleatorizado y controlado (OSPNEY).** El estudio OSPNEY (Annals of Internal Medicine 2026), un RCT con 104 pacientes con SAHS moderado-grave, demostró que la estimulación **proximal** del nervio hipogloso (multicontacto, de implantación más sencilla que la distal) alcanzó el objetivo primario en el **58,2% del grupo tratado frente al 13,5% del control** a los 7 meses, con reducción del índice de desaturación de oxígeno y mejoría de la somnolencia (Epworth), sin acontecimientos adversos graves relacionados con el procedimiento. Es la primera evidencia aleatorizada y controlada que respalda esta variante frente a la mayoría de cohortes de un solo brazo previas [8].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **La estimulación del hipogloso mantiene el beneficio a 3 años.** Seguimiento a 36 meses del ensayo THN3 de estimulación proximal (Chest 2026): de 138 pacientes, el 75% completó los 3 años, con reducciones medianas del IAH de -15,1 y -17,7 eventos/h sostenidas respecto al basal y comparables a las del año 1, con pocos efectos adversos y resultados análogos a los de la estimulación distal a 3 años. Faltaba precisamente el dato de **durabilidad** para asentar la indicación en el paciente que no tolera el CPAP, y este seguimiento lo aporta [9].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Cirugía/estimulación multinivel: combinar estímulos podría reducir más el colapso faríngeo.** Estudio fisiológico de 2026 (Sleep Medicine) en el que, durante endoscopia del sueño inducido por fármacos, la **estimulación combinada del nervio hipogloso y de la rama del asa cervical** (que actúa sobre los músculos infrahioides para estabilizar la vía aérea) redujo la colapsabilidad faríngea más que la estimulación del hipogloso aislada —de forma significativa en la presión de apertura, no en la de cierre—. Es una prueba de concepto mecánica (aún sin datos de IAH ni de sueño nocturno) que apunta a la siguiente generación de neuroestimulación —no solo proyectar la lengua hacia delante, sino estabilizar el hioides— como posible vía para rescatar a los no respondedores de la estimulación clásica [10].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Diagnóstico simplificado: la oximetría tiene alta sensibilidad pero baja especificidad.** Revisión sistemática y meta-análisis de 18 estudios (Sleep Medicine Reviews 2025) sobre dispositivos basados en oximetría: sensibilidad global del 97% pero especificidad del 63% para el diagnóstico de SAHS en adultos de alto riesgo. Sirve como **cribado** —un resultado negativo tiene valor para descartar— pero no sustituye a la prueba de sueño completa, sobre todo si el riesgo es bajo o hay comorbilidad. Conviene tenerlo presente ante el entusiasmo por los relojes y oxímetros de consumo [11].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

Subtemas sin novedad Q1 2026 de impacto independiente: la DISE generó abundante literatura 2026, pero mayoritariamente correspondencia (cartas de réplica) o series sin diseño que cambie la conducta; el dato con utilidad práctica —que el colapso de la pared lateral orofaríngea predice peor respuesta a la estimulación del hipogloso— procede de un estudio Q1 de 2025 (Vena et al., Eur Respir J), por lo que queda fuera del filtro estricto Q1-2026 y se recoge en el bloque de guías. La **terapia miofuncional** tuvo producción en 2026 (incluida una serie con telemedicina y remodelado de la vía aérea por ecografía submentoniana), pero en revistas justo fuera del primer cuartil o sin aleatorización sólida, y ningún ensayo modifica por ahora la recomendación.



Guía y consensos

Lo que dicen las últimas guías/consensos vigentes.

- **Amigdalectomía por infección de garganta: esperar antes de operar, y operar solo con frecuencia documentada.** La guía AAO-HNS de amigdalectomía en niños (actualización 2019) recomienda **conducta expectante** si hay <7 episodios en el último año, <5/año en 2 años o <3/año en 3 años, y reserva la indicación por infección recurrente para quien cumpla el umbral de **7/5/3 con cada episodio documentado** (fiebre >38,3 °C, adenopatía cervical, exudado amigdalor o test positivo para estreptococo del grupo A) [1].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Apnea pediátrica: polisomnografía antes de operar en los casos de riesgo, y siempre dexametasona intraoperatoria + analgesia sin codeína.** La misma guía exige **polisomnografía previa** a la cirugía en menores de 2 años o con obesidad, síndrome de Down, anomalías craneofaciales, enfermedad neuromuscular, drepanocitosis o mucopolisacaridosis (y cuando hay discordancia clínica). Como recomendaciones **fuertes**: una dosis única intraoperatoria de **dexametasona intravenosa, ibuprofeno/paracetamol** para el dolor, **no** antibióticos perioperatorios y **prohibición** de la codeína en menores de 12 años. Ingreso para vigilancia nocturna si el niño tiene <3 años o SAHS grave (IAH ≥10, nadir de SpO₂ <80 %) [1].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Tubos de timpanostomía: no operar la otitis media con derrame "joven" ni la otitis recurrente sin derrame presente.** La guía AAO-HNS de tubos de timpanostomía (actualización 2022) recomienda **no** poner tubos ante un episodio único de OMD de <3 meses, y **no** ponerlos en otitis media aguda recurrente cuando **no hay derrame** en ninguno de los oídos en el momento de la valoración. Sí ofrece tubos bilaterales en OMD bilateral ≥3 meses **con dificultad auditiva documentada**, y obliga a una **evaluación auditiva** si la OMD persiste ≥3 meses o antes de la cirugía [2].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Tubos de timpanostomía: menos antibióticos y menos restricciones.** La misma guía indica **gotas tópicas, sin antibiótico oral**, en la otorrea aguda no complicada por tubo; **no** prescribir gotas antibióticas profilácticas de rutina tras la colocación; y **no** recomendar precauciones de agua rutinarias (tapones, diademas, evitar baño o natación) en niños con tubos [2].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Otitis media con derrame: vigilar 3 meses y no medicar.** La guía AAO-HNS/AAP/AAFP de OMD (actualización 2016) recomienda **conducta expectante 3 meses** desde el inicio (o el diagnóstico) en el niño no de riesgo, confirmar el derrame con **otoscopia neumática** (timpanometría si la duda persiste), y **recomendar en contra** de corticoides nasales o sistémicos, antibióticos sistémicos y antihistamínicos/descongestionantes para tratar la OMD [3].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **SAHS pediátrico (marco AAP): cribar el ronquido, polisomnografía y adenoamigdalectomía de primera línea.** La guía de la Academia Americana de Pediatría (Marcus 2012, vigente como marco pediátrico de cuidado primario) recomienda **cribar el ronquido a todos los niños**, confirmar el SAHS con polisomnografía, ofrecer **adenoamigdalectomía como primer tratamiento** en la hipertrofia adenoamigdalar, **reevaluar tras la cirugía** (con prueba objetiva si hay riesgo o síntomas persistentes), y usar **CPAP** si no se opera o si el SAHS persiste; corticoide nasal como opción en el SAHS leve [4].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

✦ Actualización 2026 SOLO Q1

- **Novedad del año:** el manejo del SAHS pediátrico se **desinfla quirúrgicamente** y se vuelve escalonado — primero suero salino nasal, criterios objetivos de SpO_2 para decidir el ingreso, y técnica intracapsular cuando se opera; menos quirófano por defecto, más estratificación del riesgo.
 - **Amigdalectomía intracapsular: buenos resultados a largo plazo en una serie con seguimiento parcial.** Seguimiento a largo plazo (mediana 8,7 años) mediante encuesta: de los niños operados con técnica **intracapsular** solo se localizó a una parte (181 familias respondieron), y entre ellas el control **referido por el propio paciente** del ronquido y la obstrucción de la vía aérea fue del **91,3 %**, el de la faringitis recurrente grave del **93,5 %** y la resolución sintomática global del **92,3 %**; el **5,5 %** refirió sangrado postoperatorio y el **3,3 %** necesitó una segunda amigdalectomía. Es un **refuerzo modesto** (en palabras de los propios autores) de la intracapsular como opción de menor morbilidad, con baja reintervención; cifras condicionadas por el alto porcentaje de pacientes no localizados [5].
- [Lee aquí el artículo completo →](#)
- **SAHS/trastorno respiratorio del sueño leve: el suero salino nasal es buen primer paso; el corticoide nasal no añade nada.** Ensayo clínico aleatorizado doble ciego (MIST+, 150 niños de 3-12 años): tras 6 semanas de **suero salino** intranasal de rodaje, casi un tercio (29,5 %) resolvió síntomas; al aleatorizar a los persistentes a **mometasona** o seguir con salino, la resolución fue **35,6 % vs 36,4 %** (sin diferencia: diferencia de riesgo -0,9 %). En la práctica: **salino nasal unos 3 meses** antes de plantear polisomnografía o cirugía, y sin añadir corticoide nasal, que no aporta nada sobre el salino [6].
- [Lee aquí el artículo completo →](#)
- **Hemorragia postamigdalectomía: el ácido tranexámico se asocia a menos reintervenciones (evidencia aún limitada).** Revisión sistemática y metaanálisis (8 estudios, 801 niños): el **ácido tranexámico (TXA)** se asoció a una reducción significativa de la reoperación por hemostasia (RR agrupado **0,62**; IC95% 0,49-0,78), sin diferencia entre vía intravenosa y nebulizada y sin efectos adversos atribuibles. La vía **nebulizada** ofrece ventajas prácticas en niños. Evidencia limitada (estudios retrospectivos, muestras pequeñas), pero apunta a incorporar el TXA al manejo de la hemorragia [7].
- [Lee aquí el artículo completo →](#)
- **Apnea pediátrica perioperatoria: criterios objetivos de SpO_2 para individualizar el ingreso.** Cohorte de 304 niños **obesos con SAHS grave** sometidos a amigdalectomía: solo el **11,8 %** tuvo una complicación perioperatoria grave; el **nadir de SpO_2** fue el predictor más potente, y una regla simple (**IAH <25 y nadir de SpO_2 >85 %**) identificó a los de muy bajo riesgo con valor predictivo negativo del **99,5 %**. Matiza el ingreso nocturno "por defecto" de las guías: una fracción amplia de estos niños de alto riesgo podría ser candidata a alta el mismo día (pendiente validación prospectiva) [8].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Hipoacusia infantil: nueva regla de derivación a implante coclear (CI 3-60).** A partir de 1.179 niños, tres centros proponen la regla **CI 3-60** para derivar a evaluación de candidatura: **PTA de 4 frecuencias sin audífono ≥ 60 dB HL**, índice de inteligibilidad del habla con audífono $\leq 0,60$, o reconocimiento de palabras ≤ 60 %. Busca corregir la infrautilización (solo ~50 % de los niños candidatos reciben implante) y se apoya en medidas objetivas porque solo el 23 % de los niños completan la logaudiometría en campo abierto. Herramienta concreta para no retrasar la derivación [9]. *(En la misma línea, un estudio en Pediatrics muestra que la implantación bilateral simultánea mejora la localización espacial del sonido en la adolescencia frente a la secuencial [10].)*

[Lee aquí el artículo completo →](#)

Subtemas sin novedad Q1 2026 de impacto: cuerpos extraños (vía aérea/digestiva) e infecciones cervicales profundas pediátricas no aportaron en 2026 datos primarios en revistas Q1 que cambien la conducta en las búsquedas realizadas (Consensus con `sjr_max=1` + PubMed `date_from=2026`). El **SAHS residual** tras adenoamigdalectomía sigue siendo un campo activo (cirugía multinivel, DISE, terapia miofuncional), pero lo publicado en 2026 son sobre todo series, metaanálisis de estudios heterogéneos con alto riesgo de sesgo y resúmenes de congreso: nada con la solidez necesaria para desplazar el estándar actual.

SECCIÓN 09

Cirugía plástica facial

ACTUALIZADO A 2026



Guía y consensos

Lo que dicen las últimas guías/consensos vigentes.

- **Parálisis facial periférica / Bell: corticoide oral en las primeras 72 h, protección ocular y nada de antiviral en solitario.** La guía de práctica clínica de la AAO-HNS sobre parálisis de Bell recomienda de forma **fuerte** descartar primero causas identificables por historia y exploración, prescribir corticoides orales dentro de las 72 h del inicio en pacientes ≥ 16 años, **no** dar antiviral oral como monoterapia, y proteger el ojo cuando hay déficit de cierre palpebral. Desaconseja la analítica y la imagen de rutina y los potenciales/electrodiagnóstico en la paresia incompleta; recomienda reevaluar o derivar al especialista de nervio facial si aparecen síntomas oculares, hay empeoramiento neurológico o la recuperación es incompleta a los 3 meses [1].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Parálisis facial: la guía 2026 confirma el corticoide precoz, individualiza el antiviral y reconoce la toxina botulínica para la sincinesia.** La guía coreana de evaluación y manejo de la parálisis facial periférica (2026, metodología GRADE) mantiene la escala **House-Brackmann** como herramienta de gradación estándar (Grado A) y los corticoides orales en las primeras 72 h como recomendación fuerte (Grado A). Añade el antiviral según juicio clínico y preferencias del paciente (Grado B), reserva el electrodiagnóstico para casos graves con valor pronóstico, y recomienda de forma condicional la rehabilitación, la cirugía de la parálisis crónica, la **toxina botulínica para la sincinesia** y el manejo multidisciplinar (Grado B) [2].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Rinoplastia de preservación: clasificarla para comparar técnicas, no para sustituir a la estructural.** La preservación dorsal se ha sistematizado en una clasificación práctica (familias *let-down* y *push-down* de impactación frente a técnicas de modulación de superficie) que pone orden en la maraña de nombres con que se ha ido bautizando cada variante y permite comparar indicaciones y resultados entre procedimientos equivalentes. Es el marco de referencia para situar cada técnica de preservación frente a la rinoplastia estructural, no una recomendación de elegir una sobre otra [3].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Rellenos de ácido hialurónico: la mayoría de complicaciones se previenen con anatomía, técnica y producto adecuados; tener la hialuronidasa siempre a mano.** El Global Aesthetics Consensus sobre complicaciones de los rellenos de ácido hialurónico distingue las complicaciones precoces (infarto o compromiso vascular, reacciones inflamatorias, colocación inadecuada del material) de las tardías (nódulos, granulomas, cambios de coloración de la piel), insiste en que la mayoría se evitan conociendo bien la anatomía facial, eligiendo con criterio paciente y producto y depurando la técnica, y exige tener en la consulta protocolos de emergencia y con qué tratarlas [4].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Complicaciones vasculares por relleno: clasificar por tiempo de inicio y actuar de inmediato ante la oclusión.** El consenso de expertos sobre el tratamiento de las complicaciones de los rellenos las clasifica según el momento en que aparecen y pauta qué hacer en cada caso: dosis bajas-moderadas de hialuronidasa para complicaciones no emergentes (efecto Tyndall, nódulos no inflamados, hipersensibilidad), antibiótico oral asociado en nódulos inflamatorios, y **hialuronidasa a dosis alta de forma inmediata** ante oclusión vascular o amenaza de ceguera. Establecer protocolos de emergencia reduce la gravedad de los desenlaces [5].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Pérdida visual por relleno: emergencia con vía de derivación oftalmológica definida.** El consenso multidisciplinar del Reino Unido sobre pérdida visual inducida por rellenos (2026) ofrece pasos concretos para quien atiende el caso en primer lugar: qué hacer de inmediato, por dónde derivar sin demora al oftalmólogo, cómo mejorar el consentimiento informado y la necesidad de conocer mejor esta complicación, rara pero catastrófica [6].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

✦ Actualización 2026 SOLO Q1

- **Novedad del año: la objetivación digital de la función facial** entra en la clínica del nervio facial: aplicaciones de inteligencia artificial sobre vídeo (p. ej. DynaFace) cuantifican la dinámica de la sonrisa y el cierre palpebral y la correlacionan con lo que el propio paciente percibe, complementando a la escala House-Brackmann [7].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Reanimación facial: la transposición del temporal mejora sonrisa y cierre palpebral en un solo tiempo.** Metaanálisis de 53 estudios (n = 1.354) sobre transferencia del músculo temporal en la parálisis facial: reduce la asimetría de la sonrisa (diferencia media 9,61 mm; IC 95% 7,16-12,06), mejora el desplazamiento de la comisura oral (7,30 mm) y disminuye el lagofthalmos (5,62 mm), con sonrisa equilibrada en el 71% y cierre palpebral completo en el 56% de los casos en un único procedimiento. La técnica ortodrómica con fijación multipunto fue la más empleada, con tendencia hacia abordajes intraorales mínimamente invasivos. Apoya la transposición del temporal como opción de reanimación dinámica que mejora a la vez sonrisa y cierre palpebral en un solo tiempo, si bien la evidencia procede de estudios observacionales (53 estudios, sin grupo comparador) y los autores piden estandarizar las medidas de resultado y evaluar el largo plazo [8].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Inteligencia artificial: las métricas faciales dinámicas se alinean con la vivencia del paciente.** Estudio que aplicó la herramienta de IA sobre vídeo DynaFace a parálisis facial idiopática: mayor asimetría (índice de asimetría facial) durante la sonrisa y la risa se asoció con peor apariencia percibida y menor autoestima, mientras que un mayor ratio de excursión de la comisura oral predijo mejor apariencia, función social y autoestima. Da un argumento para **medir la cara en movimiento** y no solo en la foto fija, y para enlazar esa medida con lo que de verdad le importa al paciente (FACE-Q) [7].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Secuelas de la parálisis facial: la sincinesia se maneja por niveles, con quimiodenervación y neurectomía/miectomy selectivas.** Revisión narrativa contemporánea del manejo de las secuelas crónicas de la parálisis de Bell (sincinesias, contractura): plantea un abordaje multidisciplinar liderado por el especialista de nervio facial, con la **toxina botulínica** como base de la quimiodenervación y la **neurectomía y la miectomy selectivas** para la sincinesia que no responde, e insiste en derivar pronto al paciente cuya recuperación queda incompleta. Ordena las opciones disponibles en la fase tardía y recuerda que un paciente con secuelas no es un paciente sin tratamiento posible [9].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Rinoplastia funcional: los dilatadores nasales internos postoperatorios mejoran la simetría de las narinas.** Ensayo aleatorizado (n = 128) tras septorrinoplastia primaria: el uso de dilatadores nasales internos mejoró la simetría de las narinas referida por el paciente a los 3 meses (0,78 vs 1,42) y a los 12 meses (0,46 vs 1,40; p < 0,001) y aportó una ganancia funcional algo mayor (SCHNOS funcional +10,2 vs +7,9 a 12 meses; p = 0,048), sin complicaciones del dispositivo. Un adyuvante sencillo y bien tolerado para optimizar el resultado funcional y la simetría en el postoperatorio [10].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

- **Toxina botulínica de tercio superior: atenúa la expresión de enfado/sorpresa sin "cara congelada".** Estudio con 118 evaluadores sobre imágenes de pacientes tratados con toxina botulínica de tercio superior: en el pico de efecto disminuyó la atribución de **enfado y sorpresa**, mientras que la alegría y la expresión neutra se mantuvieron estables, sin que apareciera el aspecto global "congelado". El temor a perder expresividad queda así acotado, y el resultado apoya una **neuromodulación regional precisa**: atenuar lo que el paciente quiere atenuar sin tocar el resto de su gesto [11].

[Lee aquí el artículo completo →](#)

Subtemas sin novedad Q1 2026 de impacto que cambie la conducta: en ritidectomía (lifting) y cicatrización, lo publicado en 2026 fueron series y descripciones de técnica, sin ensayos que respalden un cambio, de modo que no se recoge ningún hallazgo. En rinoplastia de preservación vs ultrasónica y en rellenos faciales hubo producción 2026 Q1 (estudios de preservación vs estructural, instrumentación motorizada, nuevos rellenos de HA/PLLA), pero se trata de comparaciones de satisfacción a corto plazo o ensayos de registro de producto, sin un cambio de paradigma; se citan los pilares de guía en el bloque A. Las **transferencias nerviosas (masseteric-to-facial)** y el **gracilis libre** siguen siendo el estándar de reanimación, pero en 2026 lo Q1 localizado fueron síntesis anatómicas/narrativas, no ensayos comparativos que modifiquen la indicación.

01 · Otorología y audiología

1. Chandrasekhar SS, Tsai Do BS, Schwartz SR, Bontempo LJ, Faucett EA, Finestone SA, et al. Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;161(1_suppl):S1-S45. <https://doi.org/10.1177/0194599819859885>
2. Schwartz SR, Magit AE, Rosenfeld RM, Ballachanda BB, Hackell JM, Krouse HJ, et al. Clinical Practice Guideline (Update): Earwax (Cerumen Impaction). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;156(1_suppl):S1-S29. <https://doi.org/10.1177/0194599816671491>
3. Tsai Do BS, Bush ML, Weinreich HM, Schwartz SR, Anne S, Adunka OF, et al. Clinical Practice Guideline: Age-Related Hearing Loss. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2024;170(Suppl 2):S1-S54. <https://doi.org/10.1002/ohn.750>
4. Sherlock LP, Ballard-Hernandez J, Boudin-George A, Clark K, Colandrea M, Edmonds C, et al. Clinical Practice Guideline for Management of Tinnitus: Recommendations From the US VA/DOD Clinical Practice Guideline Work Group. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2025;151(5):513-520. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2025.0052>
5. Cima RFF, Mazurek B, Haider H, Kikidis D, Lapira A, Noreña A, et al. A multidisciplinary European guideline for tinnitus: diagnostics, assessment, and treatment. *HNO.* 2019;67(Suppl 1):10-42. <https://doi.org/10.1007/s00106-019-0633-7>
6. Boudra R, Olivier G, Tran Van Ba C, Barrot L, Rambeau P, Vaux C, et al. Efficacy and safety of SENS-501, a dual-AAV otoferlin gene therapy, for DFNB9 congenital deafness. *Mol Ther Adv.* 2026;34(3):201762. <https://doi.org/10.1016/j.omta.2026.201762>
7. Valayannopoulos V, Bance M, Carvalho DS, Greinwald JH, Harvey SA, Ishiyama A, et al. DB-OTO Gene Therapy for Inherited Deafness. *N Engl J Med.* 2026;394(11):1074-1083. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2400521>
8. Shan C, Zhang J, Zhou X, Wu X, Chen G, Liu C, et al. Comparable Outcomes in Pediatric and Adult Patients With Sudden Sensorineural Hearing Loss. *Laryngoscope.* 2026;136(6):2735-2744. <https://doi.org/10.1002/lary.70371>
9. Khan UA, Scheperle RA, Podhajsky G, Lind MJ, Dunn CC, Claussen AD, et al. Robotic-Assisted Electrode Array Insertion Improves Stability of Acoustic Hearing Thresholds. *Laryngoscope.* 2026;136(7):3146-3154. <https://doi.org/10.1002/lary.70380>
10. Thompson NJ, Brown KD, Buss E, Nix EP, Overton AB, Selleck AM, et al. Cochlear Implant Recipients With Electrodes in the Acoustic Region: Long-Term Hearing Preservation. *Laryngoscope.* 2026;136(7):3203-3210. <https://doi.org/10.1002/lary.70472>

02 · Otoneurología (vértigo)

1. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, et al. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;156(3_suppl):S1-S47. <https://doi.org/10.1177/0194599816689667>
2. Pérez-Vázquez P, Franco-Gutiérrez V, Soto-Varela A, Amor-Dorado JC, Martín-Sanz E, Oliva-Domínguez M, et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *Otology Committee of Spanish Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery Consensus Document. Acta Otorinolaringol Esp.* 2017;69(6):345-366. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2017.05.001>
3. von Brevern M, Bertholon P, Brandt T, Fife T, Imai T, Nuti D, et al. Benign paroxysmal positional vertigo: Diagnostic criteria. *J Vestib Res.* 2015;25(3-4):105-117. <https://doi.org/10.3233/VES-150553>
4. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH, Goebel JA, Magnusson M, Mandalà M, et al. Diagnostic criteria for Menière's disease. *J Vestib Res.* 2015;25(1):1-7. <https://doi.org/10.3233/VES-150549>
5. Basura GJ, Adams ME, Monfared A, Schwartz SR, Antonelli PJ, Burkard R, et al. Clinical Practice Guideline: Ménière's Disease Executive Summary. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;162(4):415-434. <https://doi.org/10.1177/0194599820909439>
6. Lempert T, Olesen J, Furman J, Waterston J, Seemungal B, Carey J, et al. Vestibular migraine: Diagnostic criteria. *J Vestib Res.* 2012;22(4):167-172. <https://doi.org/10.3233/VES-2012-0453>
7. Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, Jacob R, Strupp M, Brandt T, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the Classification of Vestibular Disorders of the Bárány Society. *J Vestib Res.* 2017;27(4):191-208. <https://doi.org/10.3233/VES-170622>
8. Strupp M, Kim JS, Murofushi T, Straumann D, Jen JC, Rosengren SM, et al. Bilateral vestibulopathy: Diagnostic criteria Consensus document of the Classification Committee of the Bárány Society. *J Vestib Res.* 2017;27(4):177-189. <https://doi.org/10.3233/VES-170619>
9. Strupp M, Lopez-Escamez JA, Kim JS, Straumann D, Jen JC, Carey J, et al. Vestibular paroxysmia: Diagnostic criteria. *J Vestib Res.* 2016;26(5-6):409-415. <https://doi.org/10.3233/VES-160589>
10. Patel EJ, Koziol K, Sharon JD. Early Experience Treating Vestibular Migraine With Small Molecule CGRP Antagonists. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2026;174(6):1579-1582. <https://doi.org/10.1002/ohn.70196>
11. Shen J, Zhao X, Huo Y, Chen S, Deng W, Zheng W, et al. Comparative efficacy of non-pharmacological interventions for persistent postural-perceptual dizziness: a systematic review and network meta-analysis of balance, anxiety, and depression outcomes. *J Neurol.* 2026;273(6):448. <https://doi.org/10.1007/s00415-026-13891-1>
12. Martín-Sanz E, Chaure-Cordero M, Fernández-Navarro C, Solís-Fesser A, Riestra-Ayora J. Long-Term Benign Paroxysmal Positional Vertigo: Recurrence, Residual Symptoms and Risk of Falls. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2026. <https://doi.org/10.1002/ohn.70257>
13. Choi SY, Oh SY, Kim HA, Park JY, Choi JH, Oh EH, et al. Therapeutic efficacy of nimodipine and topiramate on migraine and vestibular migraine: A prospective multicenter open-label study. *PLoS One.* 2026;21(3):e0344948. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0344948>
14. Wnuk E, Jasińska-Nowacka A, Franke J, Maj E, Niemczyk K. Magnetic Resonance Imaging of the Endolymphatic Duct in Patients With Meniere's Disease: Correlation With Endolymphatic Hydrops Severity and Clinical Findings. *Otol Neurotol.* 2026;47(6):e847-e855. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000004931>
15. Kim HJ, Kim JS, Büki B. New developments in the diagnosis of benign paroxysmal positional vertigo. *J Vestib Res.* 2026. <https://doi.org/10.1177/09574271261454144>

03 • Rinología

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, Kern R, Reitsma S, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020;58(Suppl S29):1-464. <https://doi.org/10.4193/Rhin20.600>
2. Orlandi RR, Kingdom TT, Smith TL, Bleier B, DeConde A, Luong AU, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: rhinosinusitis 2021. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2021;11(3):213-739. <https://doi.org/10.1002/alr.22741>
3. Wise SK, Damask C, Roland LT, Ebert C, Levy JM, Lin S, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis - 2023. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2023;13(4):293-859. <https://doi.org/10.1002/alr.23090>
4. Brożek JL, Bousquet J, Agache I, Agarwal A, Bachert C, Bosnic-Anticevich S, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;140(4):950-958. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.03.050>
5. Xu S, Cai S, Zhao Y, Zhang L. Comparative Efficacy of Seven Biologics for Chronic Rhinosinusitis With Nasal Polyps: A Network Meta-Analysis. *Allergy*. 2026;81(5):1605-1616. <https://doi.org/10.1111/all.70352>
6. Kyriakopoulos C, Ntritsos G, Gogali A, Papanikolaou A, Angelopoulos V, Oikonomou ED, et al. Efficacy of biologic agents in patients with comorbid asthma and chronic rhinosinusitis with nasal polyps: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur Respir Rev*. 2026;35(179):250186. <https://doi.org/10.1183/16000617.0186-2025>
7. Toppila-Salmi S, Reitsma S, Hox V, Gane S, Gevaert P, Maza-Solano J, et al. Comorbid Chronic Rhinosinusitis and Asthma: Shared Risk Factors and Treatment Implications-An EAACI Task Force Report. *Allergy*. 2026;81(4):1000-1023. <https://doi.org/10.1111/all.70237>
8. Duggal R, Shang T, Hoying DR, Kaelber D, Chaaban MR. Impact of Early Versus Delayed Functional Endoscopic Sinus Surgery for Chronic Rhinosinusitis With Nasal Polyps. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2026;174(3):671-677. <https://doi.org/10.1002/ohn.70131>
9. De Corso E, Canonica GW, Heffler E, Springer M, Grzegorzek T, Viana M, et al. Dupilumab versus omalizumab in patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps and coexisting asthma (EVEREST): a multicentre, randomised, double-blind, head-to-head phase 4 trial. *Lancet Respir Med*. 2025;13(12):1067-1077. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(25\)00287-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(25)00287-5)
10. Jacob J, Fong A, Joyce C, Lloyd M, Lowe A, Katelaris C. Cost-Effectiveness of Allergen Immunotherapy for Allergic Rhinitis: A Systematic Review. *Allergy*. 2026;81(6):2014-2035. <https://doi.org/10.1111/all.70382>

04 • Laringología y voz

1. Stachler RJ, Francis DO, Schwartz SR, Damask CC, Digoy GP, Krouse HJ, et al. Clinical Practice Guideline: Hoarseness (Dysphonia) (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018;158(1_suppl):S1-S42. <https://doi.org/10.1177/0194599817751030>
2. Yadlapati R, Weissbrod P, Walsh E, Carroll TL, Chan WW, Gartner-Schmidt J, et al. The San Diego Consensus for Laryngopharyngeal Symptoms and Laryngopharyngeal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol*. 2026;121(2):322-336. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000003482>
3. Lechien JR, Vaezi MF, Chan WW, Allen JE, Karkos PD, Saussez S, et al. The Dubai Definition and Diagnostic Criteria of Laryngopharyngeal Reflux: The IFOS Consensus. *Laryngoscope*. 2024;134(4):1614-1624. <https://doi.org/10.1002/lary.31134>
4. Best SR, Friedman AD, Rosen CA, Sataloff RT, Matrk LA, Sims HS, et al. Recurrent Respiratory Papillomatosis Foundation Position Statement on the Management of Adults With RRP. *Laryngoscope*. 2026. <https://doi.org/10.1002/lary.70379>
5. Corbin AF, Sahlollbey N, Varavenkataraman G, de Santana Hager M, Bacon BR, Carr MM. Juvenile-Onset Recurrent Respiratory Papillomatosis and Human Papillomavirus Vaccine Uptake: A 19-Year Retrospective Cohort Study. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2026;174(3):852-860. <https://doi.org/10.1002/ohn.70141>
6. Elsharief MM, Hassouna AH, Shouman T, Mosallam A, El-Badrawy A, Shawky A, et al. Single vocal cord irradiation (SVCI) vs whole laryngeal radiotherapy in the treatment of T1aN0 glottic cancer: A prospective randomized trial. *Radiother Oncol*. 2026;216:111376. <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2026.111376>
7. Woo P, Nourmahnad A, Laitman BM. Long-Term Voice Outcomes After Trans-Oral Resection of Early Glottis Carcinoma. *Laryngoscope*. 2026. <https://doi.org/10.1002/lary.70561>
8. Suresh R, Mau T. The Impact of Etiology on Time to Vocal Fold Motion Recovery in Unilateral Vocal Fold Paralysis. *Laryngoscope*. 2026. <https://doi.org/10.1002/lary.70586>
9. Lina IA, So RJ, Motz KM, Collins S, Law A, Hillel AT. Machine Learning of Acoustic Voice Outcomes in Idiopathic Subglottic Stenosis. *Laryngoscope*. 2026;136(7):2931-2937. <https://doi.org/10.1002/lary.70459>

05 · Cabeza y cuello (oncología)

1. Lydiatt WM, Patel SG, O'Sullivan B, Brandwein MS, Ridge JA, Migliacci JC, et al. Head and Neck cancers-major changes in the American Joint Committee on cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(2):122-137. <https://doi.org/10.3322/caac.21389>
2. Pfister DG, Spencer S, Adelstein D, Adkins D, Anzai Y, Brizel DM, et al. Head and Neck Cancers, Version 2.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2020;18(7):873-898. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2020.0031>
3. Margalit DN, Anker CJ, Aristophanous M, Awan M, Bajaj GK, Bradfield L, et al. Radiation Therapy for HPV-Positive Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma: An ASTRO Clinical Practice Guideline. *Pract Radiat Oncol.* 2024;14(5):398-425. <https://doi.org/10.1016/j.prro.2024.05.007>
4. Ma DJ, Price K, Moore EJ, Patel SH, Hinni ML, Routman DM, et al. De-escalated adjuvant radiotherapy versus standard adjuvant treatment for human papillomavirus-associated oropharyngeal squamous cell carcinoma (MC1675): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2025;26(9):1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(25\)00324-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(25)00324-9)
5. Burtneß B, Flamand Y, Quon H, Weinstein GS, Mehra R, Garcia JJ, et al. Long-Term Follow-Up of E3311, an ECOG-ACRIN Cancer Research Group Phase II Trial of Transoral Surgery and Risk-Based Adjuvant Treatment in Human Papillomavirus-Initiated Oropharynx Cancer. *J Clin Oncol.* 2025;43(23):2559-2565. <https://doi.org/10.1200/JCO-24-02550>
6. Uppaluri R, Haddad RI, Tao Y, Le Tourneau C, Lee NY, Westra W, et al. Neoadjuvant and Adjuvant Pembrolizumab in Locally Advanced Head and Neck Cancer. *N Engl J Med.* 2025;393(1):37-50. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2415434>
7. Bourhis J, Aupérin A, Borel C, Lefebvre G, Racadot S, Geoffrois L, et al. Nivolumab added to cisplatin and radiotherapy versus cisplatin and radiotherapy alone after surgery for people with squamous cell carcinoma of the head and neck at a high risk of relapse (GORTEC 2018-01 NIVOPOST-OP): a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet.* 2026;407(10526):363-374. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01850-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01850-1)
8. You X, Jiang Q, Xue W, Zhang Z, Gong M, Zhuang Y. Neoadjuvant immunotherapy in locally advanced head and neck squamous cell carcinoma: From oncologic outcomes to response-adaptive treatment de-escalation. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2026;225:105410. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2026.105410>
9. Carvalho B, Vieira A, Ferreira J. Transoral robotic surgery versus definitive (Chemo)radiotherapy in early HPV-positive oropharyngeal cancer: A systematic review and meta-analysis of oncologic outcomes. *Oral Oncol.* 2026;176:107930. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2026.107930>
10. Costantino A, Canali L, Festa BM, Spriano G, Mercante G, De Virgilio A, et al. Optimizing adjuvant therapy selection with machine learning after transoral surgery in HPV-related oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* 2026;179:108024. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2026.108024>
11. Ye Z, Mojahed-Yazdi R, Zapaishchykova A, Tak D, Mahootiha M, Climent Pardo JC, et al. Automated Lymph Node and Extranodal Extension Assessment Improves Risk Stratification in Oropharyngeal Carcinoma. *J Clin Oncol.* 2026;44(5):386-399. <https://doi.org/10.1200/JCO-24-02679>

06 · Glándulas salivales

1. Prince ADP, Schaaff C, Forner D, Oslin K, Smith J, Alevato MM, et al. Perioperative Outcomes in Antegrade, Retrograde, and Extracapsular Approaches to Parotidectomy in Benign and Malignant Neoplasms. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2026;174(2):438-449. <https://doi.org/10.1002/ohn.70112>
2. Kostares M, Kostares E, Kakazani M, Karaïskou M, Chatzipanagiotou M, Kantzanou M, et al. Extracapsular Enucleation Versus Partial Superficial Parotidectomy and Extracapsular Dissection in Warthin's Tumor: A Retrospective Matched Cohort Study. *J Clin Med.* 2026;15(8):3026. <https://doi.org/10.3390/jcm15083026>
3. Husman T, Stone A, Chang JL. Location Matters for Proximal Hilar Submandibular Stone Removal: Position Relative to the Mylohyoid. *Laryngoscope.* 2026. <https://doi.org/10.1002/lary.70599>
4. Campagner A, Lazzaroni M, Pizzi C, Sattin C, Buccichini G, Del Fabbro M, et al. Weakly supervised treatment selection: Machine learning models for appropriate surgical planning of submandibular stones. *Comput Biol Med.* 2026;202:111416. <https://doi.org/10.1016/j.combiomed.2025.111416>
5. Tang A, Helou V, Sridharan SS, Ferrarotto R, Geiger JL, Zandberg DP, et al. Contemporary Management of Malignancies of the Parotid Gland: A State-of-the-Art Review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2026;174(4):916-932. <https://doi.org/10.1002/ohn.70170>
6. Buchholzer S, Faure F, Tcheremissinoff L, Herrmann FR, Lombardi T, Ng SK, et al. Novel Multidisciplinary Salivary Gland Society (MSGs) Questionnaire: An International Consensus. *Laryngoscope.* 2022;132(2):322-331. <https://doi.org/10.1002/lary.29731>
7. Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, Criswell LA, Labetoulle M, Lietman TM, et al. 2016 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for Primary Sjögren's Syndrome: A Consensus and Data-Driven Methodology Involving Three International Patient Cohorts. *Arthritis Rheumatol.* 2017;69(1):35-45. <https://doi.org/10.1002/art.39859>
8. Mercadante V, Jensen SB, Smith DK, Bohlke K, Bauman J, Brennan MT, et al. Salivary Gland Hypofunction and/or Xerostomia Induced by Nonsurgical Cancer Therapies: ISOO/MASCC/ASCO Guideline. *J Clin Oncol.* 2021;39(25):2825-2843. <https://doi.org/10.1200/JCO.21.01208>
9. Pusztaszeri M, Rossi ED, Baloch ZW, Faquin WC. Salivary Gland Fine Needle Aspiration and Introduction of the Milan Reporting System. *Adv Anat Pathol.* 2019;26(2):84-92. <https://doi.org/10.1097/PAP.0000000000000224>
10. Pusztaszeri M, Rossi ED, Faquin WC. Update on Salivary Gland Fine-Needle Aspiration and the Milan System for Reporting Salivary Gland Cytopathology. *Arch Pathol Lab Med.* 2024;148(10):1092-1104. <https://doi.org/10.5858/arpa.2022-0529-RA>
11. Geiger JL, Ismaila N, Beadle B, Caudell JJ, Chau N, Deschler D, et al. Management of Salivary Gland Malignancy: ASCO Guideline. *J Clin Oncol.* 2021;39(17):1909-1941. <https://doi.org/10.1200/JCO.21.00449>

07 · Trastornos del sueño / apnea

1. Kapur VK, Auckley DH, Chowdhuri S, Kuhlmann DC, Mehra R, Ramar K, et al. Clinical Practice Guideline for Diagnostic Testing for Adult Obstructive Sleep Apnea: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med*. 2017;13(3):479-504. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6506>
2. Patil SP, Ayappa IA, Caples SM, Kimoff RJ, Patel SR, Harrod CG. Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea with Positive Airway Pressure: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med*. 2019;15(2):335-343. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7640>
3. Randerath W, Verbraecken J, de Raaff CAL, Hedner J, Herkenrath S, Hohenhorst W, et al. European Respiratory Society guideline on non-CPAP therapies for obstructive sleep apnoea. *Eur Respir Rev*. 2021;30(162):210200. <https://doi.org/10.1183/16000617.0200-2021>
4. De Vito A, Carrasco Llatas M, Ravesloot MJ, Kotecha B, De Vries N, Hamans E, et al. European position paper on drug-induced sleep endoscopy: 2017 Update. *Clin Otolaryngol*. 2018;43(6):1541-1552. <https://doi.org/10.1111/coa.13213>
5. Chang JL, Goldberg AN, Alt JA, Mohammed A, Ashbrook L, Auckley D, et al. International Consensus Statement on Obstructive Sleep Apnea. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2023;13(7):1061-1482. <https://doi.org/10.1002/alr.23079>
6. Malhotra A, Bunck MC, Bednarik J, Bhattacharyya N, Chmel, et al. Tirzepatide on obstructive sleep apnea-related cardiometabolic risk: secondary outcomes of the SURMOUNT-OSA randomized trial. *Nat Med*. 2026;32(2):653-659. <https://doi.org/10.1038/s41591-025-04071-1>
7. Chiappa GR, Vieira PJC, Umpierre D, Corrêa HL, Neto LB, et al. Comparative effectiveness of continuous positive airway pressure and glucagon-like peptide-1 receptor agonists in obstructive sleep apnea: A network meta-analysis of randomised trials. *Diabetes Obes Metab*. 2026. <https://doi.org/10.1111/dom.70572>
8. Malhotra A, Schwartz AR, Lovett E, Juran N, Nguyen SA, Barrera JE, et al. Proximal Hypoglossal Nerve Stimulation for Obstructive Sleep Apnea in the OSPREY Study: A Randomized Controlled Trial. *Ann Intern Med*. 2026;179(6):812-822. <https://doi.org/10.7326/ANNALS-25-04414>
9. Schwartz AR, Jacobowitz O, Mickelson SA, Miller MB, Oliven A, Certal V, et al. Three-Year Outcomes of Proximal Hypoglossal Nerve Stimulation in OSA. *Chest*. 2026;169(5):1357-1370. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2025.11.057>
10. Li Y, et al. Combined Hypoglossal Nerve and Ansa Cervicalis Stimulation Outperforms Single Interventions in Maintaining Airway Patency in Patients with Obstructive Sleep Apnea. *Sleep Med*. 2026. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2025.107987>
11. da Silva Dantas EL, Stelzer FG, Bernardo WM, Eckeli AL. Oximetry-based devices in the diagnosis of obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2025;83:102139. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2025.102139>

08 · ORL pediátrica

1. Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, Rosenfeld RM, Coles S, Finestone SA, et al. Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;160(1_suppl):S1-S42. <https://doi.org/10.1177/0194599818801757>
2. Rosenfeld RM, Tunkel DE, Schwartz SR, Anne S, Bishop CE, Chelius DC, et al. Clinical Practice Guideline: Tympanostomy Tubes in Children (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022;166(1_suppl):S1-S55. <https://doi.org/10.1177/01945998211065662>
3. Rosenfeld RM, Shin JJ, Schwartz SR, Coggins R, Gagnon L, Hackell JM, et al. Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016;154(1 Suppl):S1-S41. <https://doi.org/10.1177/0194599815623467>
4. Marcus CL, Brooks LJ, Draper KA, Gozal D, Halbower AC, Jones J, et al. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics*. 2012;130(3):576-584. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1671>
5. Jalali S, Isaacson G. Long-Term Outcomes After Intracapsular Tonsillectomy. *Laryngoscope*. 2026. <https://doi.org/10.1002/lary.70468>
6. Nixon GM, Anderson D, Baker A, Davidson A, Griffiths A, Grobler AC, et al. Intranasal Treatments for Children With Sleep-Disordered Breathing: The MIST+ Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. 2026;180(3):240-249. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2025.5717>
7. Ahmad MS, Alosamey F, Luu K. The Effectiveness of Tranexamic Acid in Pediatric Posttonsillectomy Hemorrhage (A Systematic Review and Meta-Analysis). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2026. <https://doi.org/10.1002/ohn.70280>
8. Ho A, Kou YF, Liu C, Wang CS, Lenes-Voit F, Chorney SR, et al. Identifying High-Risk Children Safe for Same-Day Discharge After Tonsillectomy. *Laryngoscope*. 2026. <https://doi.org/10.1002/lary.70629>
9. Holder JT, Warner-Czyz AD, Park LR. Pediatric CI 3-60 Guideline: When to Refer Children for a Cochlear Implant Candidacy Evaluation. *Ear Hear*. 2026. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000001812>
10. Asp F, Eklöf M, Moumén-Denanto F, Kral A, Karltorp E. Outcomes in Adolescents From Sequential vs Bilateral Cochlear Implantation in Young Children. *Pediatrics*. 2026;157(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2025-074086>

09 · Cirugía plástica facial

1. Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, Schwartz SR, Drumheller CM, Burkholder R, et al. Clinical Practice Guideline: Bell's Palsy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;149(3 Suppl):S1-S27. <https://doi.org/10.1177/0194599813505967>
2. Lee SA, Lee HY, Kwak MY, Kim J, Yoo MC, Cho YS, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Facial Nerve Palsy. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2026. <https://doi.org/10.21053/ceo.2026-00096>
3. Gonçalves Ferreira M, Toriumi DM. A Practical Classification System for Dorsal Preservation Rhinoplasty Techniques. *Facial Plast Surg Aesthet Med.* 2021;23(3):153-155. <https://doi.org/10.1089/fpsam.2021.0030>
4. Signorini M, Liew S, Sundaram H, De Boulle KL, Goodman GJ, Monheit G, et al. Global Aesthetics Consensus: Avoidance and Management of Complications from Hyaluronic Acid Fillers—Evidence- and Opinion-Based Review and Consensus Recommendations. *Plast Reconstr Surg.* 2016;137(6):961e-971e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002184>
5. Urdiales-Gálvez F, Delgado NE, Figueiredo V, Lajo-Plaza JV, Mira M, Moreno A, et al. Treatment of Soft Tissue Filler Complications: Expert Consensus Recommendations. *Aesthetic Plast Surg.* 2018;42(2):498-510. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-1063-0>
6. Sansome S, et al. Consensus Guidelines for the Management of Tissue Filler-Induced Vision Loss in the United Kingdom. *Aesthet Surg J.* 2026;46(5):563-568. <https://doi.org/10.1093/asj/sjag002>
7. Renne A, Heaton J, Boahene KDO. Associations of AI-Based Facial Metrics With Patient-Reported Outcomes in Idiopathic Facial Paralysis. *Laryngoscope.* 2026;136(7):2991-3001. <https://doi.org/10.1002/lary.70417>
8. Namavarian A, Chung JM, Sunba S, Ziai H, Bagit A, Khan E, et al. Smile Asymmetry and Eyelid Closure Following Temporalis Muscle Transfer for Facial Reanimation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Laryngoscope.* 2026. <https://doi.org/10.1002/lary.70527>
9. Frederick RM, Kerr R, Dobratz E, Dougherty W. Procedural-Based Contemporary Management of Bell's Palsy Long-Term Sequelae: A Narrative Review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2026;174(5):1177-1187. <https://doi.org/10.1002/ohn.70175>
10. Chowdhury R, Al-Musaileem N, Alzayadneh I, Doubi A, Raman KS, Solomon P, et al. Internal Nasal Dilators After Septorhinoplasty: A Randomized Controlled Trial of Functional and Aesthetic Outcomes. *Aesthet Surg J.* 2026. <https://doi.org/10.1093/asj/sjag007>
11. Eilert DW, Hopf AGM, Alfertshofer M, Prinz V, Friedrich M, Cajkovsky M. Botulinum Toxin and Social Perception: Effects of Upper-Face Treatment on Facial Emotion Attribution. *Aesthet Surg J.* 2026;45(sjag037). <https://doi.org/10.1093/asj/sjag037>

Material divulgativo-formativo de Escuela ORL (@escuela.orl) · Servicio ORL FJD-HIE-HGV (Fundación Jiménez Díaz · Hospital Infanta Elena · Hospital General de Villalba), para residentes y especialistas. Resume evidencia publicada; no constituye una recomendación clínica individualizada. Edición 2026 — sujeta a actualización.