

# ANALES

Vol. X, Nº 2 Marzo-Abril, 1967  
PUBLICACION BIMESTRAL

## DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

---

MESA DIRECTIVA:  
(1966-1967)

Presidente: CARLOS VALENZUELA EZQUERRO  
Vicepresidente: OSCAR FARIAS ALVAREZ  
Secretario: FRANCISCO HERNÁNDEZ OROZCO  
Tesorero: MARIO BARRÓN

CONSEJO EDITORIAL:

Editor: FRANCISCO HERNÁNDEZ OROZCO  
Consejeros: MIGUEL ARROYO G.  
ISAÍAS BALANZARIO R.  
ANDRÉS BUSTAMANTE BALCÁRCEL  
RAMÓN DEL VILLAR  
MÁXIMO GARCÍA CASTAÑEDA  
BENJAMÍN MACÍAS  
EDUARDO MONTES DE OCA

### CONTENIDO

#### ARTICULOS ORIGINALES

Observaciones sobre la migración de tejidos en la membrana timpánica ...	41
Neumo-Rinometría .....	49
Amigdalitis lingual. Su evolución y una nueva técnica operatoria .....	57
La adenoidectomía bajo visión directa .....	65

#### CASOS CLINICOS

Neurofibromatosis múltiple (enfermedad de Von Recklinghausen) con localización laríngea .....	75
---	----

#### INFORMACION GENERAL

IX Congreso Mundial de O.R.L. ....	81
IV Symposium Internacional de Radiología en O.R.L. ....	86
Symposium sobre neurinomas del acústico .....	85

---

(An. Soc. Mex. Otorrinolar.)

Autorizada como correspondencia de segunda clase en la Administración de Correos número uno de México 1, D. F., el 10 de octubre de 1962.

*Se solicita cange. On demande l'échange. Exchange requested. Austausch erwünscht*

SUSCRIPCIÓN. México: Un año, \$ 100.00 m.n. Países extranjeros: \$ 10.00 Dls.  
Números atrasados: \$ 20.00 m.n.

Toda correspondencia debe dirigirse al Dr. Francisco Hernández Orozco.  
Av. Cuauhtémoc 118, Mezzanine B, México 7, D. F.

---

Impreso en los talleres de IMPRESIONES MODERNAS, S. A. Sevilla 702-Bis (Col. Portales), México

1910

# ANALES

DE LA SOCIEDAD MEXICANA  
DE OTORRINOLARINGOLOGIA

---

Publicado por la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

En el número 1 del tomo 1, el día 15 de mayo de 1910

En el número 2 del tomo 1, el día 15 de junio de 1910

En el número 3 del tomo 1, el día 15 de julio de 1910

En el número 4 del tomo 1, el día 15 de agosto de 1910

En el número 5 del tomo 1, el día 15 de septiembre de 1910

En el número 6 del tomo 1, el día 15 de octubre de 1910

En el número 7 del tomo 1, el día 15 de noviembre de 1910

En el número 8 del tomo 1, el día 15 de diciembre de 1910

En el número 9 del tomo 1, el día 15 de enero de 1911

En el número 10 del tomo 1, el día 15 de febrero de 1911

En el número 11 del tomo 1, el día 15 de marzo de 1911

En el número 12 del tomo 1, el día 15 de abril de 1911

En el número 13 del tomo 1, el día 15 de mayo de 1911

En el número 14 del tomo 1, el día 15 de junio de 1911

En el número 15 del tomo 1, el día 15 de julio de 1911

En el número 16 del tomo 1, el día 15 de agosto de 1911

En el número 17 del tomo 1, el día 15 de septiembre de 1911

En el número 18 del tomo 1, el día 15 de octubre de 1911

En el número 19 del tomo 1, el día 15 de noviembre de 1911

En el número 20 del tomo 1, el día 15 de diciembre de 1911

## OBSERVACIONES SOBRE LA MIGRACION DE TEJIDOS EN LA MEMBRANA TIMPANICA\*

EDUARDO MONTES DE OCA\*\*

ARTURO VARGAS S.

MARÍA DE LOURDES CONTRERAS\*\*.

### RESUMEN

Se utilizaron seis gatos con membranas timpánicas normales y dos con membranas regeneradas para teñir los diferentes cuadrantes de la piel del conducto auditivo externo con tinta china. Se observó la difusión del pigmento de la piel del conducto auditivo externo hacia la membrana timpánica únicamente en los animales con membranas timpánicas normales y a partir del cuadrante superior del conducto auditivo externo. La distribución final del pigmento en la membrana tarda un promedio de treinta días. En el estudio histológico se encontró que el pigmento estaba situado en la capa intermedia o conectiva de la membrana timpánica.

SE LE HA DADO gran importancia a la capa epitelial externa que cubre la membrana timpánica, en la patología del oído medio. Se supone que esta capa tome la primacía en sus procesos regenerativos y sea la causa de las perforaciones permanentes de la membrana timpánica al invadir el epitelio los bordes de la perforación.<sup>1</sup>

Se invoca frecuentemente al movimiento de la piel del conducto auditivo externo en sentido horizontal como factor etiológico en el colesteatoma primario adquirido.<sup>2</sup>

House,<sup>3</sup> encuentra mejores resultados al usar piel del conducto auditivo externo para el injerto timpánico. Señala que hay menor acumulación de la descamación cuando la emplea.

Según Guilford,<sup>4</sup> la invasión del epitelio escamoso en el oído medio puede ser una contraindicación para la timpanoplastia.

Stinson<sup>5</sup> encontró que los cuerpos extraños colocados en el oído externo aparentemente emigran con el epitelio de la membrana timpánica. Después progresan a lo largo del conducto auditivo externo. Basado en estas observa-

\* Leído en la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

\*\* Del Instituto Nacional de Audiología, S.S.A.

ciones colocó varias marcas de tinta china sobre la superficie de la membrana timpánica humana y señaló su difusión. Deduce de estas experiencias que existe un constante movimiento del tejido epitelial desde la porción anterior de la membrana timpánica, hacia la porción posterior del conducto auditivo externo. A este fenómeno le dio el nombre de escalación epidérmica. No especifica el tiempo que duró cada observación ni midió el avance del tejido epitelial.

Simmons<sup>6</sup> consideró que las manchas de tinta coolcadas sobre la membrana timpánica humana perforada son índice del movimiento lateral de su epitelio externo. Propone este autor el uso diagnóstico de manchas de tinta en enfermos con perforaciones centrales de la membrana timpánica. Este método detectaría la invasión epitelial hacia el oído medio.

Litton,<sup>7</sup> concluye que la migración del epitelio externo de la membrana timpánica es centrífuga a partir del umbo. El movimiento del tejido epitelial lo estima en 0.5 mm. por día. En dos enfermos con otitis externa recurrente la velocidad de las manchas de tinta en la membrana timpánica fue de 0.1 mm. por día. Concluye de estas observaciones que uno de los caracteres de la piel conducto auditivo externo es la autolimpieza, que es realizada por el movimiento epitelial. La disminución en la velocidad de progresión del epitelio es efecto de las otitis externas.

El objeto del presente trabajo es comprobar en forma experimental en la membrana timpánica del gato el fenómeno llamado por Stinson "escalación epidérmica". Se escogió al gato por la semejanza histológica entre la membrana timpánica humana y la del gato.<sup>8</sup>

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizaron ocho gatos adultos sanos. Se les practicó auriclectomía mediante la técnica habitual.

El conducto auditivo externo se lavó con éter y alcohol secándolo con aire para evitar el escurrimiento de la tinta hacia la membrana timpánica. Para los fines del presente trabajo se dividió la membrana timpánica en cuatro cuadrantes formados por la intersección de dos líneas, una constituida por el mango del martillo y la otra perpendicular a la anterior a la altura del umbo.

Utilizando un gancho quirúrgico se tiñó la porción de piel del conducto auditivo externo correspondiente a un determinado cuadrante, la tinción abarcó todo lo largo de la piel del cuadrante elegido, sin la membrana timpánica. Los ocho animales utilizados se dividieron en dos grupos:

a) Seis animales con membranas timpánicas normales, en los que se tiñeron ambos conductos en los diferentes cuadrantes con intervalos de una semana, en tres ocasiones.

b) Dos animales con perforación total de la membrana timpánica en los que una vez regenerada se practicó tinción de la piel del conducto auditivo externo con la misma técnica.

Se efectuó perfusión intravital de los animales con Formol al 10% a un determinado tiempo de observación. La declacificación de los temporales se hizo con ácido nítrico al 5%. La tinción de las piezas por las técnicas de Hematoxilina eosina, Masson, Weigert y Tricrómico de Gallego.

#### RESULTADOS MACROSCÓPICOS

##### A. Membranas timpánicas normales

En este grupo de animales el único cuadrante en el que se observó descenso de la tinta china fue el postero superior. Su progresión fue la siguiente: A los ocho días de efectuada la tinción se observó en el conducto auditivo externo que parte de ésta se desprende y parte queda impregnada en la piel a manera de tatuaje. A partir de estas manchas se inició el descenso progresivo del pigmento hacia la membrana timpánica que formó grumos en su cuadrante postero superior. Después el pigmento sigue la misma dirección del mango del martillo y se disgrega hacia abajo hasta alcanzar el umbo.

De los veinticuatro a los treinta y cinco días se encontró la tinta china esparcida en los cuatro cuadrantes de la membrana timpánica con predominio de la mitad superior. Durante treinta días más se observó sin variación la localización del pigmento sobre la membrana timpánica. El tiempo que tardó la difusión del pigmento fue muy irregular en los seis animales estudiados (Cuadro 1).

##### B. Membranas timpánicas regeneradas.

En estos animales se tiñeron los cuadrantes de los conductos en cuatro ocasiones. No se observó progresión del pigmento hacia la membrana timpánica.

No. GATO	MARGEN DE LA MEMBRANA	MANGO DEL MARTILLO	MITAD INFERIOR	DIFUSION COMPLETA
1	8	15	28	35
2	8	8	15	24
3	8	14		
4	5	20	28	33
5	15	15	15	
6	14			

CUADRO 1. Indica el número de animales y el tiempo en días que tardó el pigmento para alcanzar diferentes localizaciones y su difusión completa comenzando desde el borde posterior de la membrana timpánica.

RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS

Los cortes estudiados demostraron que la tinta china en todos los casos estaba exclusivamente en el corion subepitelial de la membrana timpánica del conducto auditivo externo (Fig. 1). Los gránulos de tinta china se encontraron aislados o confluentes (Fig. 2). Formaban grandes grumos en los macrófagos o fuera de ellos, y en el interior o alrededor de los vasos linfáticos



FIG. 1. Sección del conducto auditivo externo en la inmediata vecindad de la base de implantación de la membrana timpánica. Nótese la tinta china en el corion subepitelial, formando conglomerados de disposición intersticial.

por medio de conglomerado de macrófagos (Fig. 3). En ninguno de los cortes estudiados se pudo demostrar la existencia de pigmento en la capa epitelial de la membrana o del conducto auditivo externo.

COMENTARIO

El transporte de la tinta china en los tejidos, se logra adentro de los vasos o en las células.<sup>9</sup> El epitelio poliestratificado plano que recubre la superficie externa de la membrana timpánica carece de vasos como todos los epitelios.<sup>10, 11</sup> Por lo tanto la única posibilidad de que el pigmento fuere transportado sería dentro de la célula. Pero los epitelios poliestratificados planos queratinizados carecen de función fagocitaria. Por lo que no pueden englobar los grumos de pigmento.

La tinta china que no es un colorante supravital puede difundirse entre las células del epitelio por los espacios intercelulares. Al llegar a la lámina propia la tinta china es fagocitada por las células amiboideas. Los macrófagos emigran siguiendo la dirección de los vasos linfáticos a los que penetran;<sup>9</sup> o en los que vierten su contenido pigmentario dando lugar a la formación de un linfograma. En ocasiones el macrófago se fija durante algún tiempo antes de proseguir la migración.

La apariencia macroscópica del fenómeno pigmentario es de movimiento del epitelio externo tal como la observó Stinson. El hecho de que se trate de una corriente linfática, está de acuerdo con que el desplazamiento sea



FIG. 2. Corte de la membrana timpánica de gato en donde se muestra la tinta china situada en el tejido conjuntivo.

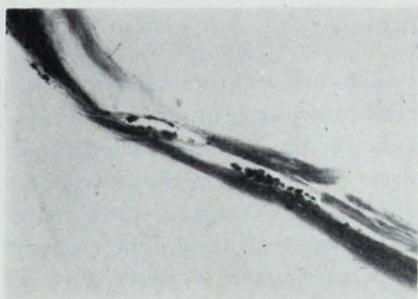


FIG. 3. Corte de la membrana timpánica de gato en que se muestra la tinta china dispuesta en grumos, situada en el tejido conjuntivo y en el interior de los vasos.

paralelo a la zona de vascularización de la membrana timpánica del gato<sup>12</sup> ya que las grietas linfáticas acompañan a los vasos sanguíneos en forma de espacios perivasculares.

La falta de pigmentación en membranas regeneradas se debe a que la membrana timpánica una vez cicatrizada presenta distorsión total de la red linfática.

Simmons y Litton al dar por comprobado el llamado fenómeno de migración epitelial descrito por Stinson, interpretan sus investigaciones de manera equívoca. Con los presentes hallazgos se interpreta el hecho observado por Litton de la siguiente manera: en otitis externas humanas hay disminución en la velocidad de la corriente linfática de la membrana timpánica que está condicionada por la infección.

Los hallazgos de Simmons se pueden interpretar en la siguiente forma: en perforaciones centrales de la membrana timpánica puede establecerse una corriente linfática de la superficie de la membrana timpánica hacia el interior de la caja timpánica.

CONCLUSIONES

1. La tinta china es un pigmento inapropiado para estudiar migración epitelial, ya que no es fagocitada por estas células.
2. El pigmento se difunde del epitelio al corion conjuntivo subyacente.
3. Los gránulos pigmentarios son fagocitados por macrófagos del corion subepitelial que la transportan individualmente o por corrientes linfáticas vasculares.
4. El método preconizado por Stinson nos sirve para estudiar el sistema linfático de la membrana timpánica y no para demostrar su migración epitelial.

SUMMARY

Six cats with normal tympanic membranes and two with regenerated membranes were utilized. Different quadrants of the skin in the external auditory canal were dyed with India ink marks. The diffusion of the pigment, on the skin of the external auditory canal, was observed only in cats with normal tympanic membranes and in the upper posterior quadrant of the external canal. The pigment's final distribution on the membrane takes an average of thirty days. The histological results showed the pigment's location in the tympanic membrane intermediate or connective layer.

RÉSUMÉ

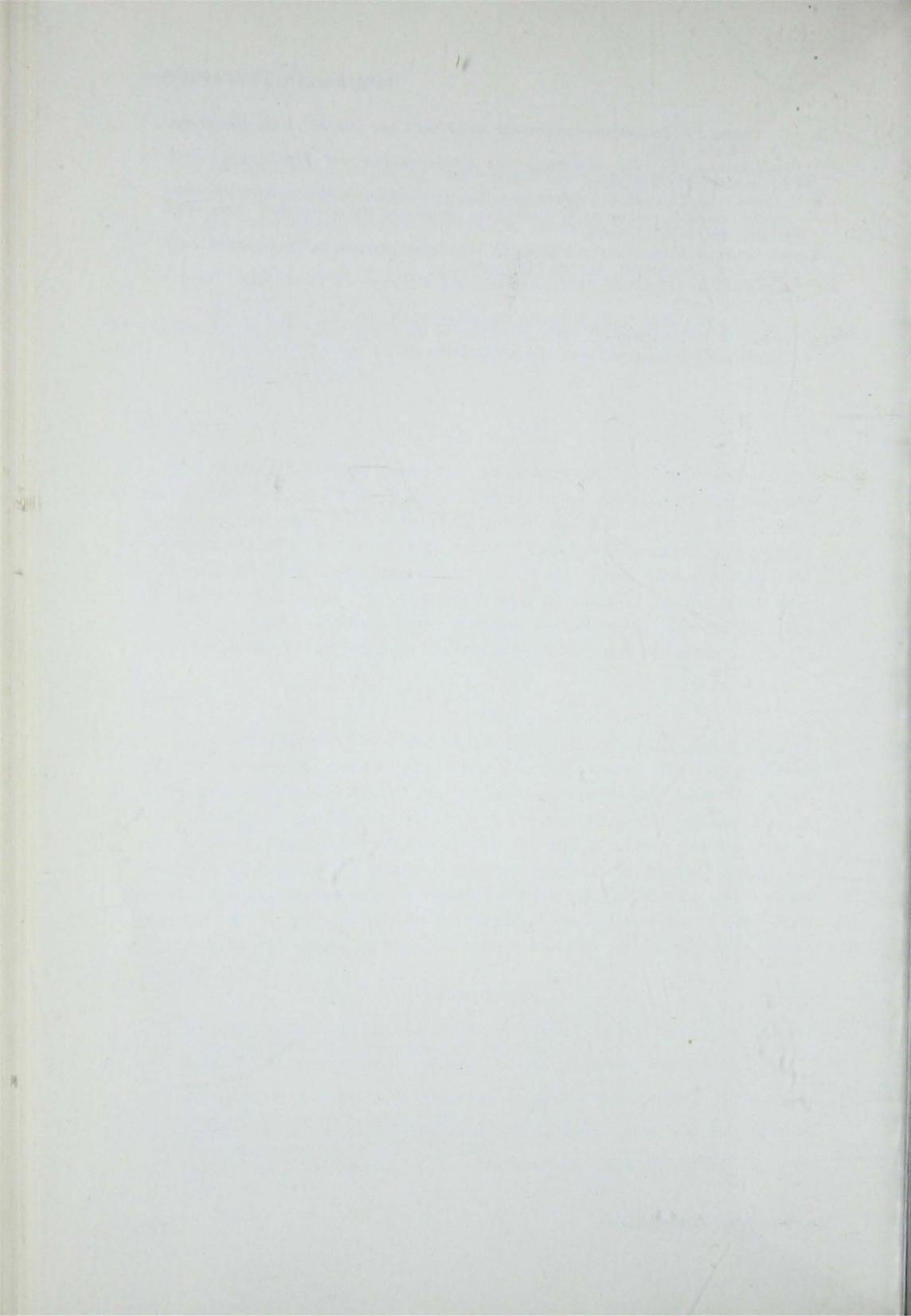
On a utilisé six chats aux membranes tympaniques normales et deux avec des membranes régénérées pour faire la teinture des différents quadrans de la peau du conduit auditif externe avec de l'encre de Chine. On a observé la diffusion du pigment de la peau du conduit auditif externe vers la membrane tympanique uniquement chez les animaux avec des membranes normales et à partir du quadrat postéro-supérieur du conduit auditif externe. La distribution finale du pigment dans la membrane dure une période moyenne de 30 jours, à l'étude histologique on a trouvé que l'entre était placée dans la couche intermédiaire ou connective de la membrane tympanique.

REFERENCIAS

1. DUNLAP, A. M. y SCHUKNECHT, M. F.: Closure of perforations of the tympanic membrane. *Laryngoscope*, 57: 749-486, 1947.
2. STINSON, W. D.: Reparative processes in the membrana tympani. *Ach. Otol.*, 24: 600, 1936.
3. SIMMONS, F. B.: Epithelial Migration in central type tympanic perforations. *Arch. Otolaryng.*, 30: 1164, 1958.
4. LITTON, W. B.: Epithelial Migration over tympanic membrane and external canal. *Arch. Otolaryng.*, 77: 254, 1964.
5. HOUSE, W. F. y SHEEHY, V. L.: Myringoplasty. *Arch. Otolaryng.*, 73: 407, 1961.

## MEMBRANA TIMPANICA

6. GUILFORD, F.: Preoperative evaluation in Chronic ear disease. *Arch. Otolaryng.*, 78: 271-276, 1963.
7. HABERMANN, J.: Zur entstehung des Cholesteatoms des Mittloohrs. *Arch. Ohrenheik.*, 27: 42, 1888.
8. MONTES DE OCA, E. y VARGAS, A.: Estudios hispatológicos seriados en regeneraciones subsecuentes de la membrana timpánica del gato. *Ann. Soc. Mex. Otorrinolar.* 9: 1-10, 1966.
9. MONTES DE OCA, E.: Estudio de la circulación timpánica en el gato. *Ann. Soc. Mex. Otorrinolar.* 9: 203-212, 1966.
10. *Seminario de Anatomía Patológica.* Instituto Nacional de Cardiología, México 3: 1-184, 1957.
11. HAM, A. W.: *Histología.* Editorial Interamericana. 4a. Ed. 206-233, 1963.
12. BLOM, W. y FAWCETT, D. W.: *Text book of Histology.* Edit. W. B. Saunders Co. Filadelfia, Londres. 8ava. Ed. 372: 391, 1962.



## NEUMO-RINOMETRIA\*

JUAN OBERHAUSER

El autor presenta la técnica y resultado de una neurinomanometría sencilla en su método y fácil de interpretar.

PROCESO FUNDAMENTAL de la respiración humana, es la entrada del aire atmosférico a los pulmones a través de su comunicación y vía natural: las fosas nasales. Esta es la función ventilatoria que requiere un esfuerzo, una energía muscular coordinada de los músculos inspiratorios, para agrandar la caja torácica y originar una presión negativa que haga pasar un volumen de aire determinado a los campos pulmonares. Esta energía debe ser suficiente para vencer una serie de resistencias que se oponen a la entrada directa del aire a los alveolos. Resistencia tubular semielástica que le ofrece las fosas nasales, resistencia de la fricción al pasar el aire por el llamado espacio muerto respiratorio, resistencia elástica de las paredes y de los tejidos que se mueven, etc. La resistencia de unas fosas nasales normales, está calculada por Rohrer cerca de un 50% del total de resistencia del aparato respiratorio. Si la resistencia nasal aumenta por causas fisiológicas o patológicas, el sujeto experimentará obstrucción nasal, síntoma que debe ser comprobado frecuentemente por el otorrinolaringólogo. Interrogatorio intencionado, rinoscopias, palpación y rinometría son los elementos exploratorios que le permiten hacer la semiología de la disnea nasal.

Frecuentemente encontramos los dos tipos de pacientes opuestos, uno: el que subjetivamente refiere obstrucción nasal y la exploración rinológica va acompañada de una aparente armonía anatomofisiológica y el otro, el sujeto obstruido a la exploración rinoscópica que no refiere síntomas de obstrucción nasal. La explicación de estos hechos quizá se deba encontrar en que fosas con una mecánica normal, respecto a velocidad, presión, trayecto, filtrado, humedecimiento y calentamiento del aire, pero que no permite dejar pasar un volumen de aire circulante en unidad de tiempo, adecuado a las ne-

\* Leído en la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

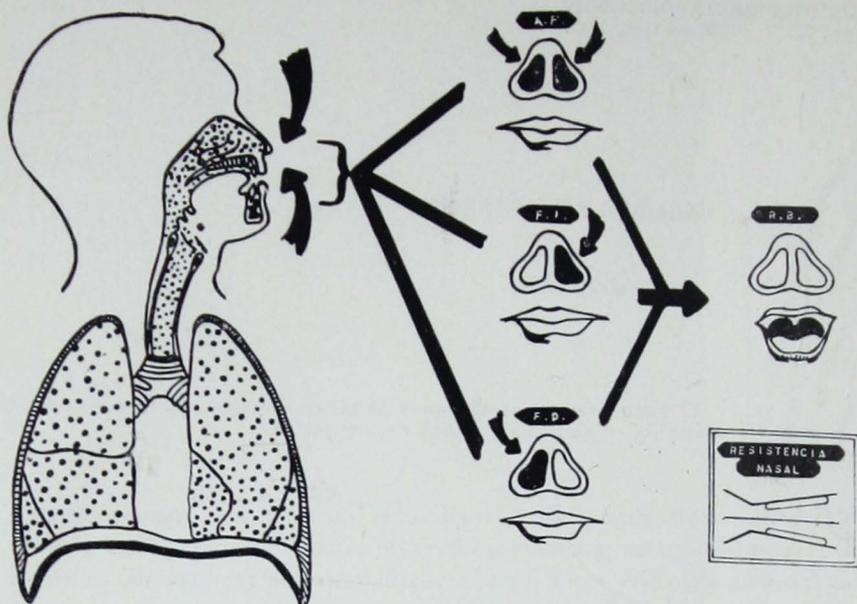


FIGURA 1

ESQUEMA SIMPLIFICADO DEL METODO NEUMO-RINOMETRICO

- A. F.: Respiración a través de ambas fosas nasales.
- F. I.: Respiración a través de fosa nasal izquierda.
- F. D.: Respiración a través de fosa nasal derecha.
- R. B.: Respiración a través de la boca.

El gasto aéreo del organismo debe ser llenado a satisfacción a través de la comunicación y vía natural de los campos pulmonares: las fosas nasales.

Nariz normal ofrece una resistencia fisiológica y necesaria, que se aumenta al respirar por una sola fosa y se abate en su totalidad al hacerlo por la boca.

cesidades de unos campos pulmonares determinados. El volumen minuto que requiere un pulmón de capacidad grande no es igual al requerido a un pulmón pequeño, ni eficiente una misma nariz para ambos. Las necesidades ventilatorias y las capacidades pulmonares son muy individuales, determinadas por amplitud y distensibilidad toracopulmonar, condicionadas por la edad, raza, sexo y en general por las características biométricas, fisiológicas y patológicas. Cada capacidad pulmonar necesita una nariz adecuada a sus necesidades, valorándolas en suficientes o insuficientes y haciéndonos volver al viejo apotegma de que en la medicina clínica no hay enfermedades sino enfermos.

Para valorar clínicamente la suficiencia nasal usamos la rinometría, método que la mayoría de nosotros no efectuamos en forma rutinaria y mucho menos que sea un método estandarizado, que nos proporcione cifras y medi-

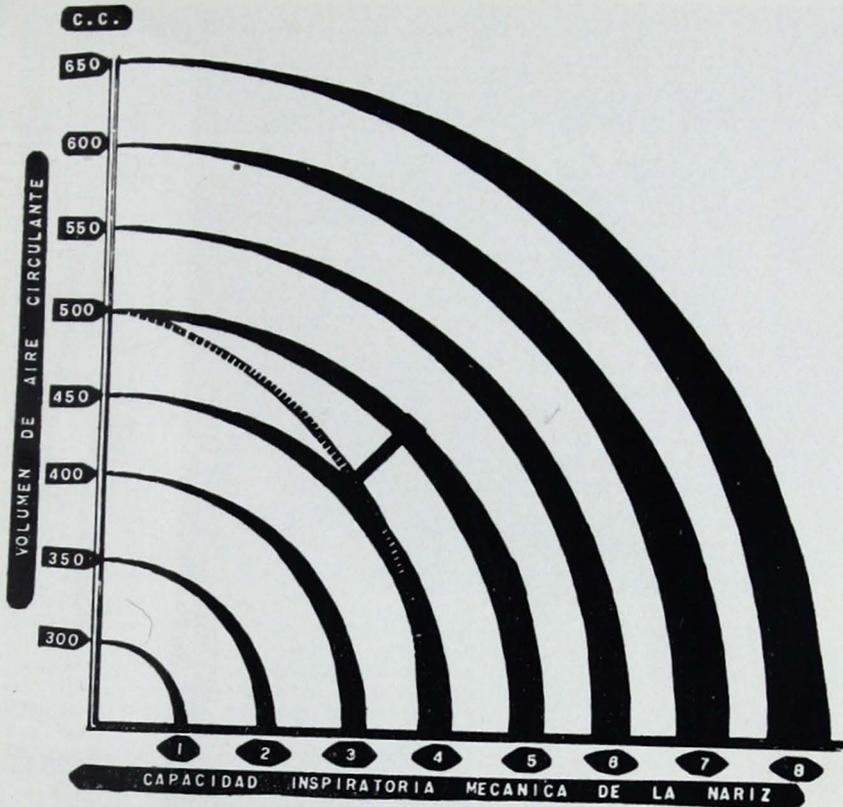


FIGURA 2

#### RELACION ENTRE VOLUMENES Y CAPACIDADES PULMONARES Y LA DIMENSION DEL AREA SECCIONAL DE LAS FOSAS NASALES

Las curvas muestran la relación directa que existe entre un volumen pulmonar (V) y la capacidad ventilatoria de sus fosas nasales.

Siendo V directamente proporcional al área seccional nasal (L) y la resistencia nasal inversamente proporcional a L.

El volumen marcado en la ordenada, señala una necesidad de los campos pulmonares menor en un 20-25% en la mujer, mayor en el atlético que en el asténico.

En el esquema se marcó con una línea escalonada, una capacidad pulmonar que no corresponde a su capacidad nasal. Origina un débito de O<sub>2</sub> que deberá ser pagado con ayuda extra: respiración bucal. (Creando un síndrome de adaptación del obstruido nasal crónico).

ciones similares a cada uno de los especialistas, como sucede por ejemplo en las exploraciones funcionales del oído, en que bien o mal, ya todos hablamos un mismo lenguaje. En las pruebas rinométricas hemos adoptado una actitud esencialmente individualista.

Entre los rinómetros más conocidos figura el espejo de Glatzel, propor-

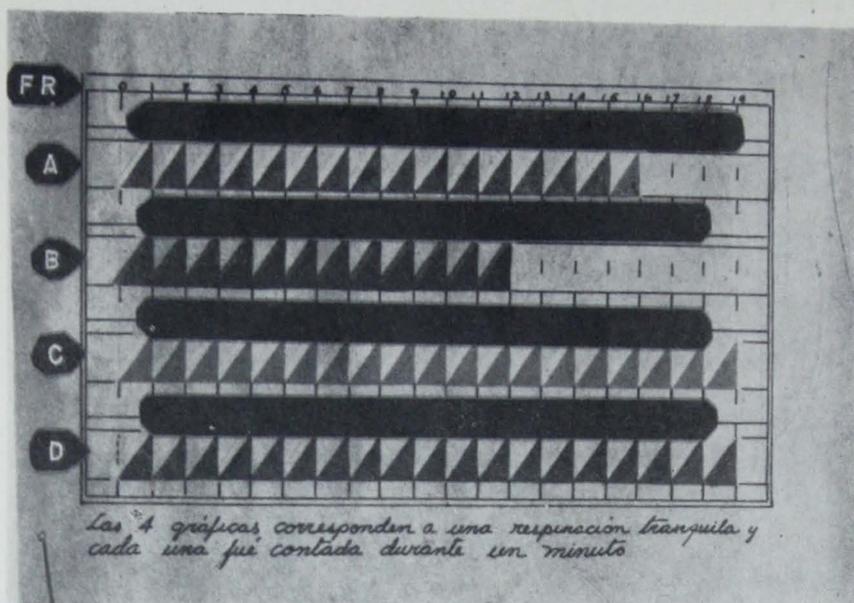


FIG. 3. Resultados en sujeto normal. FR: corresponde a la frecuencia respiratoria cronometrada, A: frecuencia respiratoria obtenida respirando por ambas fosas nasales. Señala la resistencia total del aparato respiratorio. B: representa la frecuencia obtenida al respirar por la boca. En ella la resistencia nasal queda abolida. La diferencial entre la columna A y B representa la resistencia nasal. La respiración nasal puede constituir una constante. C y D: nos señalan la frecuencia al respirar por cada una de las fosas nasales. En ellas al disminuirse el área seccional nasal, la resistencia de las fosas aumenta arriba de lo normal y directamente proporcional

$$R = \frac{V \times F}{P}$$

aumenta la frecuencia respiratoria. R =  $\frac{V \times F}{P}$  Resistencia en relación directa con frecuencia y en relación inversa al área seccional.

ción datos que pueden ser útiles a las necesidades de la clínica, pero estudia solamente la espiración, sin duda el acto respiratorio menos importante a valorar y de valerse como intermediario para la obtención de sus respuestas del grado de humedad nasal, al igual que los dispositivos similares de Escat, Foy y otros rinohigrómetros, nos pueden dar una mancha más pequeña, en el espejo, unas fosas permeables secas que unas obstruidas húmedas.

Se han ideado innumerables rinómetros, directos e indirectos, anteriores y posteriores, los más conocidos son la máscara de Pech, de Belote, el rinómetro posterior de Spiess, el rinomanómetro de Beyle, el cuadrante de Escat y más recientemente el esfignomanómetro de Cottle y el manómetro electromecánico de Stoksted. Ninguno de estos aparatos y métodos se han generalizado en nuestro medio, unos por ser poco conocidos, otros costosos o complicados y en general por estar destinados todos ellos, más al investigador

que al clínico. La importancia de una rinometría o método rinométrico clínicamente práctico, creo que es evidente.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Para desarrollar los ejemplos que puedan ilustrar estas notas:

1. Se escogieron sujetos con fosas clínicamente normales y otros con obstrucción nasal crónica en grados diferentes.

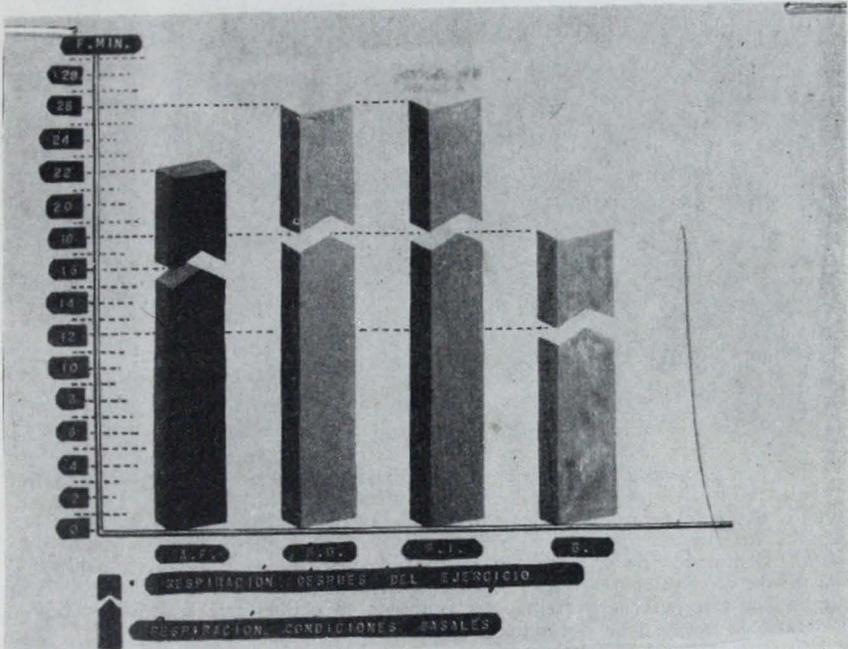


FIG. 4. *Efecto del ejercicio en la frecuencia respiratoria.* En el esquema se trató de representar las modificaciones de la frecuencia respiratoria al originar una condición disneizante, como puede ser el ejercicio y no por aumento de resistencia nasal. Comparando en las columnas, la respiración después de efectuar la prueba de Harvard con la respiración tranquila. Hay disminución del volumen de respiración, por acortarse los períodos tanto inspiratorios como espiratorios, inhibiéndose conforme al reflejo de Hering-Breuer, la amplitud respiratoria, que evita una distensión pulmonar excesiva y compensando las necesidades de  $O_2$  aumentadas, modificando la frecuencia, que representa un aumento compensador que permite mantener la respiración alveolar sin modificación.

2. Se les hace respirar a cada sujeto de experimentación por ambas fosas nasales, en posición de cabeza erecta, estando el paciente sentado, se cuenta la respiración tranquila durante un minuto; después de varias cuentas se anota la cifra promedio.

3. Se obstruyen ambas fosas nasales, obligando al paciente a respirar únicamente por la boca, en las mismas condiciones convencionales de posición y reposo, anotando la frecuencia por minuto que se obtiene.
4. Se obstruye una fosal (derecha, por ejemplo), en las mismas condiciones y se anota la frecuencia.
5. A continuación, se le hace respirar por la fosa contraria, anotando el mismo dato.

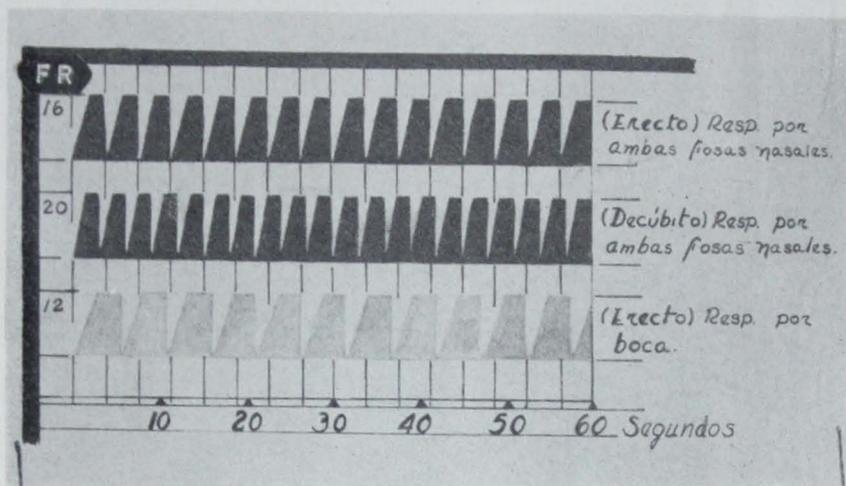


Fig. 5. Respuesta de la nariz al decúbito en rinitis. FR: representa la frecuencia respiratoria cronometrada. En la gráfica se señala el resultado neumorrinométrico obtenido en un sujeto con desviación no obstructiva del septum nasal, que al decúbito experimenta obstrucción nasal de su fosa inferior, por efecto valvular septal. El aumento de la frecuencia respiratoria marcada en la columna intermedia, nos señala objetivamente el aumento de la resistencia de las fosas, en relación a la respiración con la cabeza erecta. La respuesta se obtuvo casi inmediatamente de adoptarse la posición de decúbito.

El sujeto normal, al decúbito, disminuye la frecuencia respiratoria, por aumento del volumen sanguíneo, disminución del espacio muerto y encontrarse en condiciones basales respiratorias.

Para facilitar mecánicamente la cuenta de respiraciones se usa un podómetro, aparato que usamos en algunas pruebas. Fijado a un hemitórax, está unido a un cordel cuyo extremo distal se fija en el hemitórax opuesto. A cada movimiento inspiratorio la manecilla indicadora marca un paso. Permite cronometrar la frecuencia con mayor facilidad, no siendo esencial para la prueba.

## RESULTADOS

Son los mostrados por las Figuras 1 a 6.

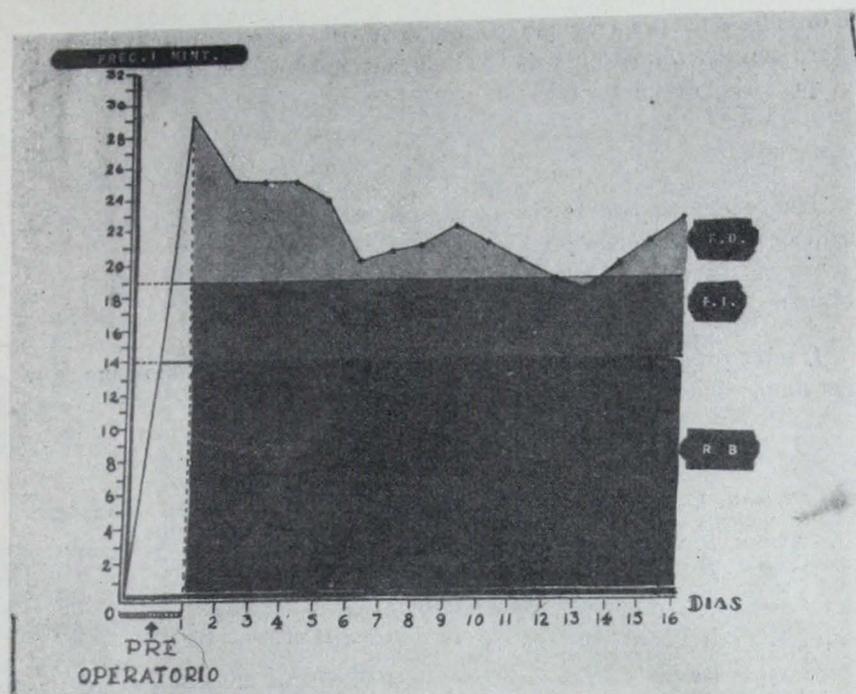


FIG. 6. Evolución gráfica de un tratamiento quirúrgico. Ordenada: frecuencia respiratoria cronometrada durante un minuto. Abscisa: días transcurridos desde el preoperatorio hasta el día 16. FD: representa la fosa derecha (obstruida). FI: representa la frecuencia respiratoria de fosa izquierda (desobstruida). RB: el número de respiraciones en un minuto, respirando por la boca. Se señala un ejemplo gráfico neumorrinométrico, en un sujeto con poliposis en fosa derecha, que provocaba una resistencia total de la fosa (cero respiraciones), los pólipos fueron extraídos en 3 sesiones quirúrgicas del 1o. al 6o. día, en que la desobstrucción fue completa. Por medio de la frecuencia respiratoria obtenida, se logró hacer una gráfica de la evolución postoperatoria por demás objetiva.

#### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Por el número de variables que intervienen en la mecánica ventilatoria nasopulmonar, la exploración funcional respiratoria nasal, para que fuera completa requeriría muy diversos métodos de exploración, todos con distintos enfoques funcionales.

Es difícil seleccionar una prueba rinométrica que sea clínicamente práctica al otorrinolaringólogo y que elimine en lo posible el factor personal de interpretación.

La neumo-rinometría que presentamos es una prueba sencilla en su método, útil y práctico por permitirnos valorar y objetivar los estados pre y posttratamientos médicos o quirúrgicos. Sus resultados son de muy fácil interpretación y si los aceptamos como válidos para juzgar la suficiencia

de unas fosas nasales, creo que sus respuestas deberán ser comprobadas en el futuro con determinaciones de  $\text{CO}_2$  además de lograr una constante mejoría que sería la respiración bucal.

## SUMMARY

The technique and results of a pneumorhynomanometry simple in its method and easy to interpret, is presented by the author.

## RÉSUMÉ

L'auteur présente la technique et les résultats d'une neurinomanometrie très simple dans sa méthode et facile à interpréter.

## REFERENCIAS

1. ASCHAN, G., Y DRETTNER, B.: Nasal obstruction at provocation experiments in patients with Hay-Fever. *Acta Oto-Laryng., Suppl.*, 140: 91, 1957.
2. ATMAN, P. Y COL.: *Handbook of Respiration*. W.B. Saunders Co., 1958.
3. CORRAL, R.: *Semiología Cardiovascular*. 3, 1947.
4. COSIO, VILLEGAS, I.: *Patología del Aparato Respiratorio*. 4a. edición, 1945.
5. COTTLE, M.: *Corrective surgery, nasal septum and external pyramid*. 1960.
6. ENRÍQUEZ, A.: *Tratado de Patología Interna*. III: 36, 1940.
7. FOMON, S.: *Cosmetic surgery*. 366, 1960.
8. GARCIA, RAMOS, J.: Las variaciones fisiológicas de la distensibilidad pulmonar. *Bol. Inst. Nac. Neumol.* 6: 19, 1961.
9. GARCIA, RAMOS, J.: La exploración de la función pulmonar. *Bol. Inst. Nac. Neumol.* 3: 85, 1961.
10. GUYTON, A.: *Fisiología Médica*. 2a. edición.
11. STOKSTED, P. Y ZEILER, J.: Rhinomanometric measurements of the nasal passage. *Acta Oto-Laryng., Suppl.* 140: 936, 1957.

## AMIGDALITIS LINGUAL. SU EVOLUCION Y UNA NUEVA TECNICA OPERATORIA\*

EDUARDO LÓPEZ LIZÁRRAGA\*\*

Se hace una evaluación del problema de la amigdalitis lingual. Se describe una técnica operatoria que disminuye el sangrado y se señalan los resultados obtenidos con ella.

VESALIUS<sup>2</sup> en 1543 fue el primero en señalar la amígdala lingual, y una completa descripción anatómica fue hecha por Kolliker<sup>2</sup> en 1852. En 1886, Swain<sup>13</sup> presentó uno de los primeros reportes de la anatomía y patología de la amígdala lingual y las enfermedades de la base de la lengua. Baron<sup>1</sup> en 1890 reconoció su estructura homóloga a la de los elementos linfáticos del anillo de Waldeyer. El describió los síntomas comunes asociados a la amigdalitis lingual, discutió la técnica de examen indirecto y se inclinó por la destrucción del tejido linfático lingual por medio del galvanocauterío a su máximo calor. Hollender<sup>7</sup> en 1932 recomendó la electrocoagulación. Putschkowsky<sup>10</sup> en 1935 revisó los trabajos sobre el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia crónica de la amígdala lingual, y su criterio es similar al de los anteriores. Liggett<sup>9</sup> en 1938 enfatiza que la amigdalitis lingual, es el verdadero diagnóstico en muchos pacientes con "neurosis de faringe".

Elfman, L.<sup>4</sup> en 1949 señala una técnica para amigdalectomía lingual bajo anestesia local, al igual que Cracover,<sup>3</sup> en 1952 y Jesberg,<sup>8</sup> en 1956. Todos ellos hablan sobre técnicas para amigdalectomía lingual bajo anestesia local y señalan que por lo menos en algunos de sus casos han tenido el problema de hemorragia postoperatoria.

Basado en estos trabajos y considerando la necesidad de eliminar la amígdala lingual en algunos casos, se optó por practicar la ablación de ella bajo anestesia general y con la técnica que más adelante se describirá.

La amígdala lingual está compuesta de un variable número de peque-

\* Leído en la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

\*\* Del Hospital 20 de noviembre, ISSSTE.

ños nódulos submucosos de tejido linfoideo que están situados en la base de la lengua, enfrente de la epiglotis y detrás de la V lingual que forman las papilas caliciformes. Está vascularizada por la arteria dorsal de la lengua, rama de la arteria lingual y a su vez rama de la carótida externa, y drena por una colateral a la vena lingual que desemboca en la yugular interna.<sup>14</sup> Los tejidos linfáticos que forman la cadena de Waldeyer difieren de los nódulos linfáticos en que no reciben vasos aferentes y no poseen senos perilinfáticos.

Tienen sin embargo vasos linfáticos eferentes que llevan la linfa a los nódulos linfáticos regionales; la amígdala lingual drena en los nódulos submentonianos.<sup>12</sup> Tiene además glándulas mucosas.

El tejido linfoideo de la faringe está influenciado por factores endocrinos y dietéticos y por estímulos exógenos. Entre estos se cuentan las infecciones, las que afectan el tamaño causando una hiperplasia linfoidea; esta última se puede producir como el resultado de repetidas infecciones agudas o como una hipertrofia compensatoria posterior a la adenoamigdalectomía.

La hipertrofia puede ser tan severa que no es posible practicar una laringoscopia indirecta, en estos casos las criptas son mucho más grandes de lo normal y pueden presentar el cuadro típico de la inflamación aguda folicular; también puede ocurrir la oclusión de una cripta debido a la combinación de una hiperplasia irregular de nódulos secundarios; la obstrucción por caseum también puede conducir a la oclusión de una cripta y como consecuencia formar un quiste o un absceso intratonsilar.

La hipertrofia linfática puede también obstruir los conductos de las glándulas mucosas y el resultado es un quiste de retención mucosa, el cual puede ser secundariamente infectado.

Histopatológicamente es usual encontrar una hiperplasia celular y en su citología típica y humoral cambios asociados con la inflamación ya sea ésta aguda o crónica. Existe un aumento en el tamaño y número de los nódulos secundarios, el centro de los cuales puede mostrar hiperplasia reticular, mitosis y desorganización celular. Alrededor de los pálidos centros de los nódulos secundarios encontramos hiperplasia linfocítica; numerosas células plasmáticas y células fagocíticas. En general, la hiperplasia especificada es perfectamente uniforme y regular a través de toda la amígdala. Las criptas epitelizadas pueden ser vistas profundamente y pueden mostrar queratosis hiperplásica. El material caseoso puede ser visto en las criptas. Ocasionalmente, hay exudado conteniendo leucocitos polimorfonucleares, en las inflamaciones agudas.<sup>12</sup>

En un gran número de ocasiones el diagnóstico de amigdalitis lingual es un hallazgo efectuado durante el examen de una de las regiones cercanas a las amígdalas (laringe) y en otras ocasiones se señalan los siguientes

tes signos y síntomas: sensación de cuerpo extraño y tos quintosa; estos signos y síntomas sólo son valederos si se acompañan de la exploración del paciente y comprobación de que la amígdala lingual está hipertrofiada. (Se deberá siempre pensar en ella cuando al paciente ya se le hayan extirpado las amígdalas palatinas). Hill F.<sup>6</sup> señala el significado clínico de la valécula para el diagnóstico de la hipertrofia de la amígdala lingual y observa que en el examen con el espejo laríngeo en estos casos se aprecia la valécula llena de tejido linfoideo, el cual puede cubrir parcialmente a la epiglotis.

Estos mismos signos y síntomas se presentan en la neurosis faríngea, sin embargo a la exploración no se encuentra la hipertrofia de las amígdalas linguales, lo mismo se puede decir para los casos de cuerpos extraños en la amígdala lingual, abscesos de la amígdala lingual, queratosis de la amígdala lingual y alguna variedad de quistes que pueden ser encontrados en la valécula.

El tratamiento puede ser de 2 tipos, según sea el padecimiento: agudo o crónico; el primero se trata como todos los procesos inflamatorios del tejido linfoideo de la orofaringe, es decir teniendo como base los antibióticos. El segundo, es precisamente uno de los más discutidos desde que nació la otorrinolaringología, ya que por las dificultades técnicas que representa la situación de las amígdalas linguales principalmente por el sangrado quirúrgico, es por lo que la mayoría de los médicos prefieren tratamientos más conservadores. Podríamos enumerar como tratamientos: a) la quimocoagulación con nitrato de plata, b) la destrucción del tejido linfático de la amígdala lingual por medio del galvanocauterio, c) la destrucción por medio de la electrocoagulación, d) la extirpación de la amígdala lingual quirúrgicamente con grandes cantidades de anestésicos locales más vasopresores con el objeto de cohibir la hemorragia, e) y por último la amigdalotomía lingual bajo anestesia general y con la exclusiva ligadura de la arteria dorsal de la lengua con la técnica que enseguida se describe.

#### MATERIAL Y MÉTODO

El paciente se coloca en posición de decúbito dorsal y una vez dormido e intubado, en posición de Ross, el cirujano se sienta a la cabecera del paciente. El ayudante detrás y a uno u otro lado del cirujano según el tiempo operatorio, el anestesista a la izquierda del paciente. La mesa de Mayo la cual contiene el instrumental y al mismo tiempo es el medio de sostén del abre boca queda enfrente del cirujano; y por último la instrumentista queda a la derecha del paciente.

Considero importante para describir la técnica, por razones de exposición dividida en 4 tiempos.

*Primero.* Con la pinza de Allis se toma la amígdala lingual, en seguida con la tijera de Lakeside se hace un corte alrededor de dicha amígdala sin llegar hasta lo que se considera de una manera imaginaria el pedículo (enfrente de la apiglotis), luego se separa el tejido linfoideo lingual de los músculos de la lengua entre los que señalamos el estilogloso, el lingual inferior, el hiogloso y el geniogloso<sup>14</sup> procurando cortar tan sólo la aponeurosis de los músculos ya que es la cápsula de la amígdala.

*Segundo.* Se continúa cortando hasta llegar a una punto situado en la base del pilar anterior del velo del paladar en donde se encuentra la arteria dorsal de la lengua la cual se liga con un punto en X. (Durante este tiempo a pesar de existir sangrado no se liga, ya que este cede en el momento de hacer la ligadura de la arteria).

*Tercero.* Una vez hecho esto se continúa cortando hasta casi llegar enfrente de la epiglotis y en este momento se coloca el asa de Tydings procurando recargarla sobre la lengua y exactamente en el centro de ella, después de lo cual se cierra de una manera lenta para evitar la posibilidad de que no se corte la totalidad del tejido linfoideo lingual.

*Cuarto.* Una vez eliminada la amígdala lingual se coloca un taponamiento con gasa húmeda en suero fisiológico por un tiempo que está determinado por el tiempo de coagulación del paciente. Al retirar el taponamiento en la mayoría de los casos ya no existe sangrado y cuando lo hay es discreto y sólo hay la necesidad de una ligadura más.

Lo mismo se hace con la amígdala del lado opuesto.

Esta técnica ha sido efectuada en 4 casos.

*Caso No. 1.* R.M. de la T., de 35 años de edad. Se presenta a la consulta con los siguientes signos y síntomas: disfonía progresiva de 10 años de evolución que se acentúa con el uso excesivo de la voz, escosor faríngeo, disfagia, odinofagia, tos quintosa de preferencia por las noches y obstrucción nasal en báscula. Fue amigdalectomizada 14 años antes. Tabaquismo positivo tres cruces. Al examen otorrinolaringológico encontramos un nódulo en el tercio anterior de la cuerda vocal izquierda. Amígdalas linguales de gran tamaño y una desviación septal hacia la izquierda no obstructiva. Se le practicó la extirpación del nódulo de la cuerda vocal izquierda con lo cual mejoró la disfonía, pero no desapareció el resto de la sintomatología. Al estudiarse nuevamente se consideró que existía un proceso infeccioso que no permitía la total recuperación de las cuerdas, por lo que se pensó en tratar sus amígdalas linguales hipertróficas con electrocoagulación. Sin embargo los resultados no fueron satisfactorios por lo que se decidió practicarle amigdalectomía lingual, la cual se efectuó con la técnica antes descrita. Tres semanas después toda la sintomatología había desaparecido y su voz había mejorado de una manera franca y notoria. Sólo señala cierta alteración del gusto. Actualmente, 4 meses después de la intervención la paciente continúa asintomática y su voz es buena a pesar de no haber llevado a cabo el tratamiento foniatrico que se le recomendó.

*Caso No. 2.* A.M.J.M. de O., de 35 años de edad. Se presenta a la consulta con los siguientes signos y síntomas: odinofagia, astenia, adinamia, anorexia, artralgias, obstrucción nasal en báscula, rinorrea mucosa posterior, parestia faríngea, hipertermia y en ocasiones tos quintosa, además señala ser alérgica a la penicilina. A la exploración otorrinolaringológica se encuentran como datos positivos; amígdalas palatinas grandes, extravélicas y con reacción periamigdalina grado III por lo que se le propone amigdalectomía palatina, se practica ésta y la paciente se presenta nuevamente a la consulta 2 meses después señalando que no ha desaparecido su sintomatología; al explorarse nuevamente se aprecian amígdalas linguales de gran tamaño por lo que se le practicó terapia con electrocoagulación habiendo sido los resultados negativos. En vista de esto se le propuso la amigdalectomía lingual y un mes después de la intervención la sintomatología había desaparecido, señalando tan sólo cierta alteración del gusto. Actualmente, 6 meses después del acto quirúrgico la paciente continúa asintomática.

*Caso No. 3.* M. del R.E.U., de 40 años de edad. Se presenta a la consulta con los siguientes signos y síntomas: odinofagia, obstrucción nasal en báscula, rinorrea mucosa posterior, parestia faríngea, hipertermia, (cada semana aproximadamente) astenia, adinamia, anorexia, tos quintosa y en ocasiones artralgias. Fue amigdalectomizada a los 13 años de edad. A la exploración otorrinolaringológica se encuentran restos amigdalinos en ambos lóculos y grandes amígdalas linguales. Se trató primero con antibióticos y después con destrucción del tejido linfoideo lingual por medio de la electrocoagulación, pero como ambos tratamientos no dieron resultados positivos; se le propuso la ablación de la amígdala lingual. Un mes después de la intervención quirúrgica, la sintomatología había desaparecido en su totalidad. Actualmente, 45 días después de la intervención, la paciente indica que la sintomatología ha desaparecido.

*Caso No. 4.* H.O.A. de 41 años de edad. Se presenta a la consulta con los siguientes signos y síntomas: parestia faríngea, odinofagia, tos quintosa, ligera obstrucción en báscula, rinorrea mucosa posterior, y ocasionalmente artralgias. Fue amigdalectomizada hace 7 años y un año después se le extirparon restos amigdalinos de ambos lóculos. A la exploración otorrinolaringológica se encuentran: amígdalas linguales de gran tamaño. Se trataron con quimocoagulación con nitrato de plata y electrocoagulación más antibióticos, pero como tales tratamientos no dieron resultados positivos; se le propuso la ablación de la amígdala lingual, la que se hizo con la técnica antes descrita. Tres semanas después la sintomatología había desaparecido casi en su totalidad. Actualmente un mes después de la intervención, la paciente está asintomática.

#### COMENTARIO

La técnica que se presenta hace fácil la completa exposición de la amígdala lingual y la hemorragia se resuelve ligando la arteria dorsal de la lengua.

La observación clínica en numerosos casos y los resultados obtenidos en los pacientes operados, han evidenciado dos aspectos importantes del problema. Por una parte la presencia de síntomas no directamente relacionados con la patología amigdalina y por otra la de que desaparecen solamente al efectuarse la ablación del tejido linfoideo lingual. De esto se concluye que

la extirpación de la amígdala lingual da resultados muy satisfactorios, ya que además de lo antes señalado, la desaparición de los síntomas directamente relacionados con ella es muy rápida. También es importante señalar la existencia del dolor en los 10 días subsecuentes a la intervención el que además es de gran intensidad. La desaparición del sentido del gusto es transitoria, por lo que se consideran de poca importancia.

#### CONCLUSIONES

1. La amigdalitis lingual debe ser considerada en todos aquellos pacientes que señalen patología faríngea y que no tengan amígdalas palatinas.
2. En todo examen otorrinolaringológico debe practicarse de manera rutinaria una laringoscopia ya que el signo de la valécula es de gran valor para el diagnóstico de la amagdalitis lingual.
3. El tratamiento de la amigdalitis requiere la eliminación total del tejido linfoideo.
4. La quimocoagulación con nitrato de plata y la destrucción del tejido linfoideo lingual por medio del galvanocauterio o de la electrocoagulación sólo debe hacerse cuando la hipertrofia es pequeña.
5. La ligadura de la arteria dorsal de la lengua elimina la hemorragia durante el acto quirúrgico.

#### SUMMARY

An evaluation of the problem of lingual tonsil is made a surgical technique that avoids bleeding as well as its results are presented.

#### RÉSUMÉ

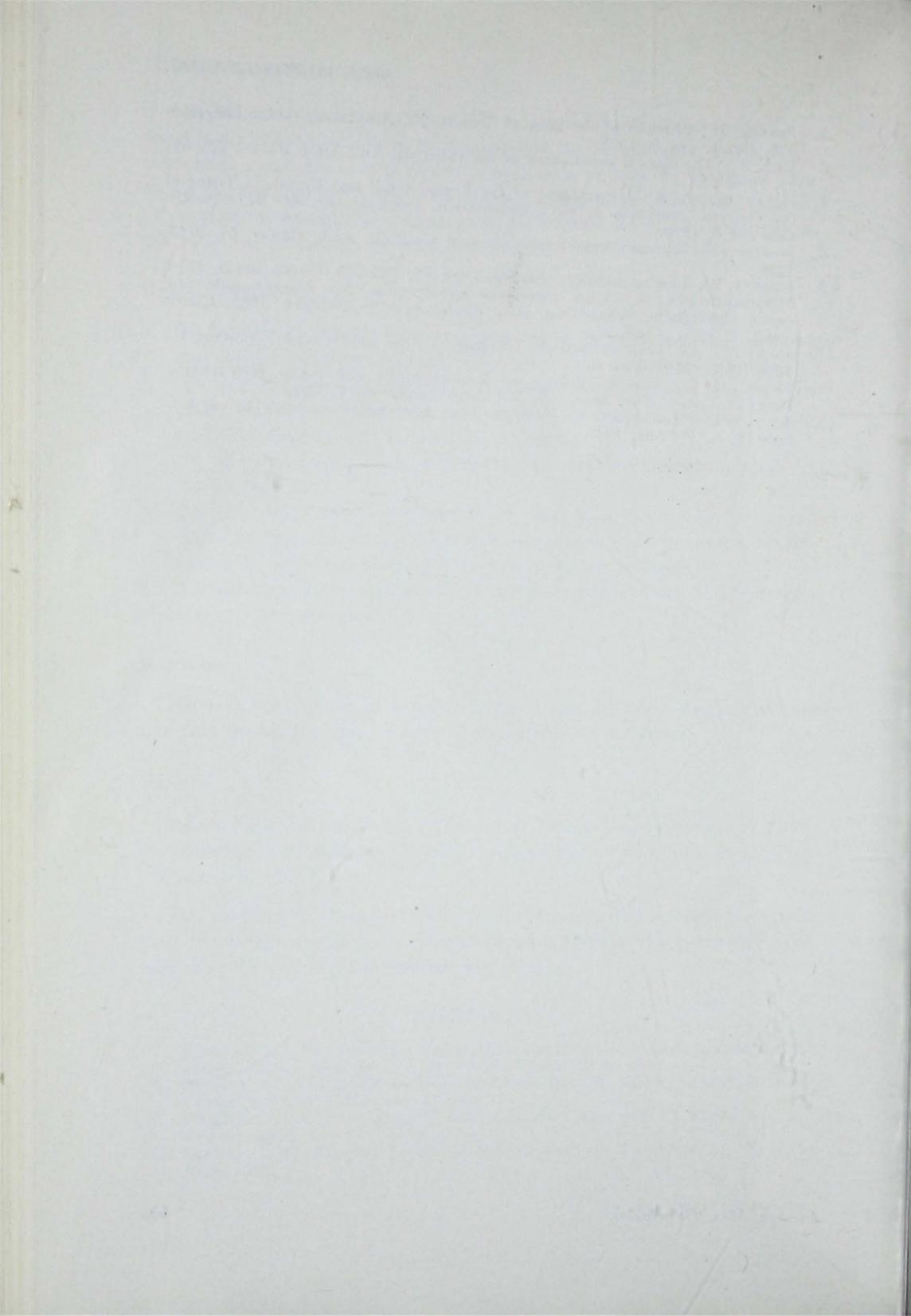
On fait une évaluation du problème de l'amigdalite linguale. On décrit une technique opératoire qui élimine le saignement, et on signale les résultats obtenus avec elle.

Das problem der Zungentonsille wird behandelt. Die operations technik wird bschrieben und auf die geringe Bluntungsgefahr hingewiesen. Ferner wird über die erzielten Endresultate berichtet.

#### REFERENCIAS

1. BARON, B. J.: The symptoms and treatment of outgrowths from the back of the tongue. *Bristol. Med. Chir. J.*, 8: 80-86. Citado por 8, 1890.
2. BROWNE, L.: *The throat and Nose and their Diseases*, Ed. 5. London, Bailliere, Tindall and Cox. Citado por 8, 1899.
3. CRACOVANER, A. J.: Lingual Tonsils. *Eye, Ear, Nose and Throat Month.* 31: 489-491, 1952.
4. ELEMAN, L. K.: Lingual Tonsils (A New Evaluation). *Laryncoscope.* 59: 1016-1025, 1949.

5. FOSTER, H.: Diseases of the Lingual Tonsils. *Tr. Am. Acad. Ophth.* 33: 415-423. Citado por 8, 1928.
6. HILL, F.: The clinical significance of the vallecula. *Ann. Otol. Rhinol.* 65: 68-75, 1956.
7. HOLLENDER, A. R.: Hypertrophy of the lingual tonsil and Lymphoid Tissue of the Pharynx: reduction by electrocoagulation. *Laryngoscope.* 42: 622-626. Citado por 8, 1926.
8. JESBERG, N.: Chronic, hypertrophic, lingual tonsillitis. *Arch. Otolar.* 64: 3-13, 1956.
9. LIGGETT, E.: Lingual tonsilitis. *Laryngoscope,* 48: 822-835. Citado por 8, 1938.
10. PUTSCHKOWSKY, A.: Uber chronische hypertrophie der zungentonsille und deren chirurgische behandlung. *Acta oto-laryng.,* 21: 387-993. 1935. Citado por 8.
11. SAPHIR, O. A.: *Text, on systemic pathology.* Grune and Stratton. Volumen II: 1058-1065, 1959.
12. SWAIN, H. L.: Die Balgdrüsen am Zungengrunde und deren Hypertrophie Deutsches. *Arch. Klin. Med.,* 59: 504, 530. Citado por 8, 1886.
13. TESTUT, L. Y LATARJET, A.: *Compendio de Anatomía Descriptiva.* Salvat Editores, S. A. 574-581, 1949.



## LA ADENOIDECTOMIA BAJO VISION DIRECTA\*

PELAYO VILAR PUIG\*\*

El autor presenta 100 casos de adenoidectomía bajo visión directa y considera esta técnica como la adecuada por la escisión de las adenoides. Insiste en que la adenoidectomía por el método ciego debe abandonarse definitivamente.

DESDE que Meyer publicó su tratado sobre las adenoides, han pasado más de cien años y en la actualidad, la adenoidectomía, sola o asociada a la amigdalectomía, es una de las intervenciones más frecuentemente efectuadas en cirugía pediátrica.

Es un hecho, que atestigua la literatura consultada, que ni entre nosotros, ni en el extranjero, la adenoidectomía es efectuada en forma debida. es decir casi nunca es una adenoidectomía, sino una exéresis parcial, como solía ocurrir en el pasado con la amigdalectomía. Con frecuencia, el cirujano se limita a introducir una o dos veces al adenotomo de la Force en el cavum y extrae una cantidad más o menos grande de tejido adenoideo, que juzga suficiente para dar por terminada la intervención, con lo cual ha efectuado sólo una adenotomía, dejando restos de tejido adenoideo, que más adelante serán responsables de la permanencia o reaparición de la sintomatología que se quiso eliminar en el acto quirúrgico.

Muy lejanos están los tiempos en que la única indicación de la adenoidectomía, era suprimir el obstáculo mecánico que a la respiración oponían las adenoides; hoy todos sabemos que esos tejidos pueden actuar como foco infeccioso o lesionar el oído obstruyendo las trompas de Eustaquio. Es de lógica elemental deducir, que si bien una adenotomía puede resolver el obstáculo mecánico, no eliminará la infección ni suprimirá la obstrucción tubárica. En consecuencia debemos hacer verdadera adenoidectomías, que resultan imposibles con la técnica a "ciegas", y que sólo la visión directa va a permitirnos ejecutar.

\* Leído en la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

\*\* Del Departamento de Otorrinolaringología del Hospital Infantil de Peralvillo.

Sistematizar una técnica bajo visión directa, exponer nuestra experiencia y solicitar la atención a otorrinolaringólogos y pediatras, es el objeto de nuestra comunicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió un grupo de 100 pacientes consecutivos a quienes practicamos las siguientes intervenciones:

Adenoidectomía y amigdalectomía .....	83
Adenoidectomía .....	10
Revisión del cavum en enfermos previamente adenoidectomizados (en todos con excisión de restos)	7

De estos pacientes, 77 fueron operados en el Hospital Infantil Perálvillo, México, D. F., y los 23 restantes corresponden a nuestra clientela privada. De ellos, 53 pertenecían al sexo femenino y 47 al masculino. Sus edades oscilaron desde los 10 meses hasta los 15 años.

Todas las intervenciones se hicieron en posición de Rose, bajo anestesia general crointubada, inducida con barbituratos y un relajante y mantenida con fluctano-oxígeno.

La amigdalectomía se efectuó con la técnica habitual de disección y ligaduras como tiempo posterior a la adenoidectomía.

La adenoidectomía se efectuó colocando el abre bocas de Jennings, utilizando el aspirador como abatelenguas y con el elevador de Love en posición para inspeccionar el cavum bajo visión directa. A continuación comprobábamos con el tacto los datos obtenidos por visión directa y procedíamos a la extirpación de todo el tejido adenoideo de la pared posterior y en aquellos casos en que estaba indicado, procedíamos a la escisión del tejido linfocideo de las paredes laterales. La masa adenoidea central la extirpamos siempre con adenotomos de La Force. Las restantes formaciones que vamos a describir y cuya extirpación constituye la parte fundamental de este trabajo, las escindíamos con cualquiera de las técnicas que más adelante describiremos, (*Meltzer, Guggenheim, Rerves y Brill*).

A las 24 horas los pacientes eran dados de alta y su evolución la seguimos en la Consulta Externa.

DATOS ANATÓMICOS

No vamos a entretenernos en señalar datos anatómicos de la rino y crofaringe, ni tampoco de las adenoides; vamos a centrar nuestra atención en sistematizar la anatomía de la pared lateral de la rino y crofaringe,

región en la que ciertamente no existen adenoides, pero en la que con frecuencia se hipertrofian o infectan ciertas formaciones de tejido linfoide que suelen ser las responsables de los fracasos de la adenoidectomía simple.

En el centro de la pared lateral y a nivel de la cola del cornete inferior, se halla el pabellón tubárico, porción membranosa de la trompa, en forma de rodete semicircular, abierto hacia abajo y rodeando el orificio tubárico. El labio anterior del rodete, el más corto, se prolonga por un delicado repliegue, el salpingopalatino, que constituye el límite entre la faringe y las fosas nasales. El labio posterior, el más largo, se continúa hacia abajo por el repliegue salpingofaríngeo. Por último, como una continuación hacia arriba del repliegue salpingo-palatino, se ha descrito el repliegue salpingonasal, que se desliza por delante del labio anterior de la trompa. (Fig. 1).

La importancia anatómica de estos repliegues, como señala *Guggenheim*<sup>5</sup> consiste en que si bien no son más que un centuamiento de los respectivos músculos recubiertos por mucosa, ésta se halla sembrada por numerosos apilamientos de tejido linfoide, así como por glándulas seromucosas separadas del tejido linfoide que las rodea por una delicada membrana fibroelástica. (Figs. 2, 3 y 4).

El repliegue salpingo-faríngeo, fue descrito por *Tortul* en el siglo pasado, y fue nuevamente descrito en relación con la adenoidectomía bajo visión directa, por *Reeves y Brill*<sup>16</sup> en 1951, si bien *Lyons, Giddal, Bordley y Dudley* ya se habían referido a él con anterioridad, pero no con la extensión y precisión que lo hicieron los autores primeramente citados.

El repliegue-salpingo-faríngeo se origina en el labio posterior de la trompa y se dirige hacia abajo por la cara lateral de la cro y rinofaringe, por detrás del arco palatofaríngeo. Son los "cordones laterales" de *Guggenheim*.<sup>5, 6, 7</sup> *Morris*, citado por *Guggenheim*,<sup>5</sup> lo describió como músculo salpingofaríngeo, lo mismo *Simkies*<sup>18</sup> quien se interesó en su acción sobre la trompa.

Nosotros hemos observado este repliegue recubierto de tejido linfoide, con gran frecuencia durante nuestras intervenciones. Hemos de confesar, que al iniciarnos en esta técnica nos fue difícil identificar estos repliegues así como la trompa, pero a medida que fuimos ganando experiencia, pudimos localizar con facilidad estas estructuras. Esta misma confesión se halla expresada en los escritos de los autores mencionados.

*Reeves y Brill*<sup>16</sup> confieren así mismo gran importancia desde el punto de vista quirúrgico, a los repliegues salpingopalatino y salpingonasal. Señalan que el primero puede verse al retraer suavemente al paladar hacia un lado pues si se pone tenso, el repliegue se oculta detrás del velo. Se origina en el labio anterior del pabellón tubárico y se continúa hacia adelante, hacia adentro y sacia abajo por la cara posterior del paladar blando. Fue

también *Tortual*, quien primero describió ese repliegue. *Reeves y Brill*<sup>17</sup> pudieron identificar al repliegue salpingopalatino en 622 adenoidectomías bajo visión directa. Nosotros no pudimos identificarlo en forma tan apegada a las descripciones hechas por estos autores, sin embargo hemos podido visualizarlo en 35 casos en forma de una banda de tejido linfoide a lo largo del labio anterior de la trompa.

Lo que hemos observado, se apega más a lo hallado por *Meltzer*<sup>11, 12</sup> y *Guggenheim*.<sup>5, 6, 7</sup>

Finalmente *Reeves y Brill*<sup>16</sup> señalan la existencia del repliegue salpingomasal, que es una continuación hacia arriba del salpingo-palatino y que a veces aparece formando un solo cordón.

El grosor de estas formaciones es muy variable, pues depende de la cantidad de tejido linfoide que las recubre, de su estado re infección, edema, infiltración, etc. En ocasiones son de tamaño considerable (de más de 5 mm. de grosor) como los hallamos en 28 de nuestros 100 casos.

#### TÉCNICA QUIRÚRGICA

La exploración quirúrgica de la nasofaringe, constituye el primer tiempo operatorio, ya que con el paciente anestesiado y la faringe completamente relajada, las condiciones de exploración son óptimas.

Esta exploración la iniciamos retrayendo el paladar con un retractor de Love modificado, que hemos construido utilizando un "listón" de 1.5 cm. de ancho por 17 cm. de largo de los utilizados en cirugía de vientre y que por ser maleable permite doblar sus extremos y angularlo en su parte media en la forma más conveniente para cada caso. Primero lo colocamos elevando la úvula suavemente hacia atrás y un poco hacia arriba, con lo cual logramos ver el paquete adenoideo, cuyos repliegues, tamaño, grado de infección, etc., tomamos nota. Deslizándolo el retractor primero hacia un lado y luego hacia otro, podemos ver directamente el repliegue salpingofaríngeo, el pabellón tubárico y la fosa de Rosenmüller. Estas maniobras han sido descritas por *Reeves y Brill*,<sup>16, 17</sup> *Meltzer*<sup>11, 12</sup> y *Guggenheim*.<sup>5, 6, 7</sup> (Figs. 5, 6)

A continuación completamos la exploración con el tacto digital, que confirma o corrige alguno de los datos obtenidos por visión directa. Al hacer

TABLA I  
RELACION CAVUM-ADENOIDES

Paquete ocupando el:	
25% del cavum .....	12 casos
50% " " .....	50 "
75% " " .....	17 "
Más del 75% .....	147 "

el tacto nos daremos cuenta de las relaciones de volumen entre el cavum y las adenoides, relación a la que *Neveu*<sup>13</sup> concede suma importancia. (Tabla I)

El tacto nos informará sobre la dureza, infiltración y la prominencia de las trompas, completando así lo que por visión apreciamos.

En tres de nuestros casos comprobamos adherencias del pabellón tubérico, que en dos de ellos cedieron al hacer el tacto y en el último por tratarse de una brida fibrosa, fue preciso seccionarla con tijera bajo visión directa.

Las coanas y a veces la bóveda son las únicas regiones a las que la visión directa no alcanza y para su exploración recurrimos al tacto. En 5 de nuestros casos identificamos tejido linfoide ocupando la bóveda.

Una vez agotadas las posibilidades exploratorias, iniciamos la adenoidectomía con el adenótomo de la Force, introduciendo el de mayor tamaño que permitan las dimensiones del cavum. Hecha la primera presa comprobamos con visión directa y tacto, la extensión del tejido resecaado y la forma y situación del tejido que queda por resecar, a veces situado en la bóveda y casi siempre en las partes externas de la pared posterior. Procedemos a la escisión de esas porciones por lo general, con un adenotomo de la Force del Mo. 0 ó una pinza de Meltzer.

A continuación, si consideramos que existe tejido anormal sobre los repliegues que hemos descrito o en la fosa de Rosenmüller, procedemos a su extirpación bajo visión directa.

Para la escisión de los repliegues, en unas ocasiones hemos utilizado lo preconizado por *Meltzer*,<sup>11</sup> *Reeves* y *Brill*,<sup>15, 17</sup> que consiste en la simple extirpación con la pinza sacabocados, mientras que en otros casos hemos usado la técnica de *Guggenheim*<sup>6</sup> que disecciona el tejido linfático de estas formaciones, previo pinzamiento, incisión de la mucosa y sección con tijeras. (Fig. 7)

Si es necesario extirpamos el tejido linfoide de la fosa de Rosenmüller con una pinza de Meltzer. Con esto damos por terminada la intervención.

## DISCUSIÓN

Como ya señalamos en la introducción, nuestra comunicación tiende a sistematizar una intervención cuya eficacia es por todos aceptada, sin que por ello dejemos de tener conciencia, de que si bien la adenoidectomía bajo visión directa consigue resolver la hipertrofia del tejido linfoide nasofaríngeo, estamos con *Meltzer*<sup>12</sup> cuando afirma que son las alteraciones de la permeabilidad capilar ocasionadas por la infección y la alergia las alteraciones endócrinas y aun causas genéticas, las que en el futuro nos van a explicar el porqué del comportamiento de estos tejidos y tal vez nos señalen para el tratamiento caminos distintos al quirúrgico. Pese a todo, hasta el momento, el tratamiento operatorio tiene un papel primordial muy superior a cualquiera otro método terapéutico.

Aunque ya hemos asentado que la tendencia de la moderna cirugía del cavum es hacer una adenoidectomía "total", no siempre es necesaria y conveniente la escisión de algunas de estas estructuras. Existen pues indicaciones para la escisión, así como dificultades y peligros.

En el transcurso de nuestras intervenciones nos hemos encontrado con casos en los que el tejido linfoide era muy abundante sobre el pabellón tubárico (repliegue salpingo-palatino), o llenaba la fosa de Rosenmüller o había cordones laterales muy hipertrofiados (Tabla II). ¿Cuál debe ser la conducta a seguir?

TABLA II  
DISTRIBUCION DEL TEJIDO LINFOIDE  
EN LA RINOFARINGE

En el labio anterior de la trompa:	
(repliegue salpingo-palatino) .....	35
Sobre el repliegue salpingo-faríngeo (codones laterales) .....	28
En la fosa de Rosenmüller .....	5

*Guggenheim*,<sup>5, 6, 7</sup> opina que si no hay signos de infección o una historia otológica, ya sea de hipoacusia, ya de obstrucción tubárica, ya de otitis de repetición, basta con extirpar el tejido de la pared posterior. Por el contrario, cuando existan antecedentes otológicos, o se trate de una segunda intervención, deberemos proceder sin discusión a la exéresis de las formaciones linfoideas de la pared lateral. *Reeves* y *Brill*<sup>16, 17</sup> consideran que deben extirparse en estas tres circunstancias: 1º Casos de obstrucción nasal debidos al repliegue salpingopalatino y en raras ocasiones al salpingofaríngeo (uno de nuestros casos) 2º En cualquier circunstancia cuando esos repliegues presenten signos de infección crónica y 3º Cuando exista historia de otitis de repetición, hipoacusia u obstrucción tubárica.

*Meltzer*<sup>11</sup> señala que si después de una adenoidectomía persiste la obstrucción tubárica, reexplorar el cavum, extirpa exhaustivamente el tejido linfoide de la pared lateral y finalmente insufla trompas. Si pese a este proceder, la hipoacusia persiste, aconseja la radioterapia. El mismo autor señala que después de un tratamiento de este tipo cesa la actividad proliferante, pero en ocasiones aquella reaparece. *Jordán*<sup>9</sup> por el contrario, opina que no siempre la cirugía soluciona todos los casos y que inclusive, si es muy agresiva conduce a la formación de cicatrices que sellan la trompa o por lo menos comprometen el funcionamiento de la misma. Cree que la radioterapia es el método de elección en las recidivas. Nosotros si bien carecemos de experiencia con la radioterapia, consideramos que la reoperación es método

rápido y eficaz y no hemos tenido ningún caso en que se haya lesionado la trompa.

Aceptamos que existe la posibilidad de lesionar la trompa, pero esa posibilidad sólo la aceptamos para la operación "a ciegas"; en la técnica que preconizamos, el pabellón siempre es visible. Para los que se inician en esta técnica, recomendamos un pequeño artificio. Usando la sonda de *Guggenheim*, o más sencillamente una sonda de *Itard* con escasa curvatura, se cateteriza el orificio tubárico y se procede a la exéresis del tejido de la pared lateral bajo visión directa, sirviendo de punto de referencia la sonda, ya que lo que queda por arriba es pabellón, lo que queda por delante y abajo es repliegue salpingopalatino y lo que queda por detrás y abajo es repliegue salpingofaríngeo y tejido de la fosa de *Rosenmüller*. Como las presas con la pinza de sacabocados se hacen bajo visión directa, es fácil comprobar que no sean demasiado superficiales para dejar tejido, ni demasiado profundas para lesionar el cartílago o la musculatura subyacente.

Al hablar de la técnica, no mencionamos por lo excepcional la de *Perdersen*<sup>15</sup> y la citamos aquí porque es uno de nuestros casos, nos vimos obligados a utilizarla. Se trata de una reoperación, en la que habíamos diagnosticado restos adenoideos. En el momento de la intervención una vez extirpado todo el tejido de las paredes laterales y posterior bajo visión directa, por tacto localizamos abundante tejido en la bóveda y por tratarse de un cavum muy profundo el adenotomo era incapaz de alcanzarlo, por lo que recurrimos a la citada técnica, consistente en extirparlos por vía intranasal, introduciendo una pinza de *Meltzer* por una fosa nasal y luego por otra, guiándola con el dedo introducido por la boca.

En 6 de los 7 casos operados previamente por otros cirujanos, encontramos crecimientos masivos de tejido linfoide. Reconocemos que es difícil saber cuándo estos hipertrofias de los casos reoperados, corresponden nuevos crecimientos de tejido en un paciente correctamente intervenido y cuando se trata de tejido que debió extirparse y no se extirpó; pero es evidente que cuando menor sea la cantidad de tejido que se deje, menores serán las posibilidades de recidiva y esto es lo que se logra con la adenoidectomía bajo visión directa. Desde que utilizamos esta técnica no hemos tenido ninguna recidiva hasta la fecha.

*Hill*, (citado por *Perdersen*),<sup>15</sup> estudió 914 casos de adenoidectomizados y halló que en el 23.7% la intervención no había sido correcta. *Meltzer*<sup>12</sup> señala que después de una adenoidectomía bajo visión directa, la recidiva es un hecho excepcional.

El uso del *Yanbauer*, el espejo faríngeo, o el rinofaringoscopio; el uso de retractores estáticos del velo; el uso de cucharillas, etc., solamente lo mencionamos para indicar la poca ayuda que proporcionan a la técnica que hemos expuesto y por lo general constituyen un engorro del instrumentarium.

En las adenoidectomías efectuadas, el sangrado ha sido mínimo (menos de 25 ml. en 84% de los casos, entre 25 y 50 ml. en el 62 y entre 50 y 100 ml. en el 32) *Reeves y Brill*<sup>6</sup> no aconsejan el taponamiento del vacum, pues opinan que elonga los músculos tensor y elevador del paladar, con lo cual las venas que los cruzan se comprimen y rechazan la sangre hacia los capilares venosos razón por la cual el sangrado se prolonga. Nosotros en 79 casos taponiamos durante unos minutos, mientras que en los 21 restantes no lo hicimos, sin que halláramos diferencias importantes entre ambos procedimientos. En cuatro de nuestros casos tuvimos que dar un punto de ligadura por transfixión en el rafé medio, por persistencia del sangrado. En ningún caso se presentó hemorragia postoperatoria.

Finalmente señalamos que, en cuanto a la anestesia, ésta debe ser orintubada sobre lo cual no creemos que existan discrepancias, por lo menos en la escuela mexicana pero insistimos en que la relajación de la musculatura faríngea debe ser completa para hacer una correcta exploración y escisión. En cuanto al agente anestésico hemos usado y preferido al Fluotano sobre cualquier otro.

VI. El sentido del gusto se altera por un lapso breve, y en nuestras experiencias en todos los casos se ha recuperado.

VII. La sintomatología desaparece en un corto período de tiempo.

#### SUMMARY

100 cases of adenoidectomies under direct vision are presente. The author suggest that the previous technique is much more adequate, and that adenoidectomy by the blind method should be abandoned by present day surgeons.

#### RÉSUMÉ

L'auteur présente 100 cas de Adénoïdectomie sous visualization directe et il considerè que cette technique est la plus convenable pour l'extirpation des adénoïdes. Il propose a nouveau que l'adénoïdectomie par la méthode aveugle doit etre abandonnée définitivement.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ADIN, L. E. JR., Y SINGLETON, J.D.: Tonsil and adenoids. *Arch. Otolaryng.*, 59: 3, 1954.
2. BIRREL, J.F.: *Diseases of children*. The ear, nose and throat. Cassell & Co. Londres, 1960.
3. COATES, G.M.; SCHENCK, H.P. Y MILLER, M.V.: *Otolaryngology*. Vol. 7 Cap. IV W.F. Prior Co. Inc. Hagerstown, Maryland. 1955.
4. DUNCAN, R.B.: New concept of adenoidectomy hemorrhages *Arch. Otolaryng.* 78: 5, 1963.

## ADENOIDECTOMIA

5. GUGGENHEIM, D., y EDWARDS, L.F.: Direct adenoidectomy. *Arch. Otolaryng.* 64: 3, 1956.
6. GUGGENHEIM, P.: Direct adenoidectomy. *Arch. Otolaryng.* 64: 5, 1956.
7. GUGGENHEIM, P.S Direct adenoidectomy. *Arch. Otolaryng.* 66: 1, 1957.
8. HOULIHAN, C.T.: Adenoidectomy. A different Approach. *Arch. Otolaryng.* 71: 1, enero 1960.
9. JORDÁN, R.E.S Nasopharyngeal lymphoid tissue and its relationship to hearing. *Arch. Otolaryng.* 62: 6, 1955.
10. LEDERER, F.L.: *Diseases of the ear, nose and throat.* F.A. Davis Co. 6a edición. Filadelfia, 1952.
11. MELTZER, P. E.: Technique of removal of adencid tissue of the nasopharyng in children. *JAMA.* 154: 28, 1954.
12. MELTZER, P.E.: A study of lymphoid tissue of the nasopharyng. *Ann. Otol. Ehin. & Laryn.* 63: 607, 1954.
13. NEVEN, M.: Vegetation adéoides. *Encyclopédie Médico-Chirurgicales. Oto-rhino-laryngologie.* 2, 1962.
14. PARKINSON, R.H.: *Tonsiland allied problems.* The McMillan Co. Nueva York. 1951.
15. PEBERSEN, P.H.: Adenoidectomy. *Arch. Otolaryng.* 66: 5, 1957.
16. REEVS, E., BRILL, R.: More complete adenoidectomy to overcome interference with nasal breathing by the salpingonasal and salpingo palatine folds. *Laryngoscope* 61: 146, 1951.
17. REEVES, E., BRILL, R.: Folds around the tubal orifice in 622 visually controlled adenoidectomies. *Ann. Otol. Rsin. & Laryng.* 63: 164, 1954.
18. SIMMINS, C.S.: Functional anatomy of the Eustachian tube. *Arch. Otolaryng.* 38: 479, 1943.
19. STEVENSON, R.S. y GUTHRIED, D.: *A history of Otolaryngology.* B & B. Livingstone Ltd. Edinburgo, 1, 1949.
20. UNGER, M.: Adenoidectomy with hemostasis. *Arch. Otolaryng.* 59: 6, 1954.



## NEUROFIBROMATOSIS MULTIPLE (ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN) CON LOCALIZACION LARINGEA

### PRESENTACION DE UN CASO\*

JOSÉ SMOLER BERKOVSKY\*\*  
GUSTAVO VIVAR MEJÍA\*\*  
SAMUEL LEVY PINTO\*\*

Los autores reportan un caso de Neurofibromatosis múltiple con localización laríngea, en una niña de dos años. Se revisa el cuadro clínico y la patología de esta entidad.

LOS TUMORES LARÍNGEOS de origen nervioso han sido reconocidos recientemente y es el propósito de este trabajo, el hacer hincapié tanto en su importancia clínica como en su diagnóstico temprano de los mismos.

La neurofibromatosis múltiples, descrita por Von Recklinghausen en 1882, presenta un cuadro clínico bien conocido y caracterizado por la presencia de manchas "café con leche" y una o varias tumoraciones localizadas sobre los troncos nerviosos periféricos y viscerales (nervio acústico, vejiga, riñones, mediastino, etc.). Puede haber también deformaciones óseas y deficiencia mental.

Existe gran confusión en relación con la nomenclatura de estos tumores y han sido descritos bajo los siguientes nombres: neurinoma, neurilemoma, neurofibroma, neuroglioma, schwannoma, fibroblastoma perineural, etc.

Crowe y Cols.<sup>4</sup> encontraron que la incidencia de esta enfermedad es uno por cada 2 500 a 3 300 nacimientos. El diagnóstico clínico de neurofibromatosis se establece cuando se observan por lo menos dos de sus características; pero cuando sólo se encuentra una masa tumoral el diagnóstico se hace por biopsia. A pesar de su frecuencia relativamente elevada, la localización laríngea ha sido muy raramente descrita. Suchanek<sup>13</sup> en 1925 fue el

\* Leído en la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

\*\* Del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional. I.M.S.S.

primero en describir un caso de neurofibroma laríngeo y Colledge<sup>3</sup> en 1930 describió el primer caso de neurofibromatosis múltiple con localización laríngea.

Esta presentación sólo se refirá a aquellos casos de neurofibromatosis múltiples con localización laríngea, omitiendo aquellos de neurofibroma único de la laringe en los cuales el diagnóstico es incidental.

#### CUADRO CLÍNICO

El padecimiento puede presentarse en cualquier edad, desde el lactante hasta el adulto, con cierta predominancia en el sexo femenino (6:4). La mayoría de los casos de neurofibromatosis parecen tener un factor hereditario, ya descrito en los primeros trabajos sobre esta entidad.

Uno debe pensar en al posibilidad de localización laríngea, por uno de estos tumores, cuando un paciente con neurofibromatosis desarrolla síntomas de disfunción laríngea. La sintomatología varía de acuerdo con la edad del paciente, el tamaño y evolución de la masa tumoral, su localización, etc. En una primera etapa el paciente se queja de engrosamiento de la voz debido a la presencia de la tumoración. Conforme ésta, aumenta de tamaño, aparece el estridor y la ronquera, puede haber disnea y a veces disfagia. La laringoscopia indirecta mostrará una tumoración lisa, redonda y de color rosado, en cualquier lugar de la laringe.

La radiografía lateral del cuello, los laringogramas y el estudio estereoscópico son útiles para localizar el tumor y determinar su extensión. Estos hallazgos deben ser relacionados con la laringoscopia directa y la biopsia. En aquellos casos sin lesiones cutáneos, el hallazgos de la masa tumoral de laringe debe indicar los estudios mencionados, así como el estudio radiográficos de huesos largos.

#### PATOLOGÍA

Los neurofibromas fueron descritos desde el punto de vista patológico en 1910 por Verocay<sup>14, 15</sup> quien los denominó neurinomas. Estos son tumores del neurilema o vaina nerviosa de Schwann y no de los cilindroejes. La lesión características es una tumoración benigna, encapsulada, sobre un tronco nervioso, que al crecer separa y empuja las fibras. Esto explica la razón por la cual la función del nervio se encuentra alterada solamente cuando la tumoración alcanza gran tamaño y comprime al nervio.

Al corte la tumoración muestra un estroma sólido, a veces con apariencia quística, de color gris blanquecinos, amarillento o café claro. Microscópicamente la imagen puede presentar dos aspectos distintos: una de células finas, en huso (células de Schwann) formando la porción sólida del tumor y agrupadas en bandas o cordones torcidos, rodeados por fibras delga-

das de tejido conectivo. Sus núcleos tienden a alinearse en hileras bien ordenadas formando "palizadas" que alternan con espacios sin núcleos (cuerpos de Verocay). El segundo tipo corresponde a una imagen de células de Schwann desordenadas, en una masa compuesta de microquistes y fibras reticulares. La unión de varios microquistes resulta en cavidades fácilmente visibles.<sup>11</sup> El primer aspecto se encuentra descrito con más frecuencia y se conoce como tumor tipo I (A) de Antoni y el segundo con tipo II (B) de Antoni. Esta nomenclatura es de interés académico únicamente, ya que en casi todos los tumores se encuentran porciones variables de estos dos tipos.<sup>1</sup>

Los pacientes afectados por esta enfermedad pueden presentar un gran número de alteraciones congénitas de otro tipo, la mayoría en los huesos largos existiendo también tendencia al desarrollo del feocromocitoma. Estos tumores benignos en principio, sufren a veces malignización. Harrison<sup>7</sup> señala que del 5 al 10% de los neurofibromas pueden malignizarse y Burgdorf<sup>2</sup> opina que la extirpación incompleta o el trauma quirúrgico actúan precipitando la degeneración maligna. Helg,<sup>8</sup> sin embargo, duda de esta posibilidad y de que recurran después de que han sido extirpados completamente.

#### CASO CLINICO

Se trata de una niña de dos años de edad referida al servicio de Otorrinolaringología con historia de disnea inspiratoria y estridor laríngeo desde los cinco meses de edad. Había presentado tos ferina recientemente, después de la cual aumentó su sintomatología. La madre de la paciente presentaba una mancha "café con leche" de un centímetro de diámetro sobre el antebrazo izquierdo. Su abuelo materno con lesión idéntica y con una masa tumoral en tubo digestivo, de larga evolución, sin otros datos adicionales. Una hermana del abuelo presentaba también mancha "café con leche" en un antebrazo.

La exploración física mostró pre-escolar en buen estado general, con estridor laríngeo y ligero tiro intercostal. El tórax deformado con marcada depresión de la parrilla costal derecha y prominencia del esternón. Había además varias manchas "café con leche" de más de un centímetro de diámetro, sobre la pared torácica y abdominal superior. La laringoscopia directa mostró una tumoración redonda, de aspecto quístico sobre el lado izquierdo de la laringe que medía 2.5 centímetros de diámetro. Toda la laringe se encontraba desviada a la derecha y era imposible visualizar las cuerdas vocales. Con estos hallazgos se hizo el diagnóstico presuncional de laringocele. Se tomó una biopsia y se ordenaron los estudios radiográficos, los que mostraron una tumoración en la cuerda vocal falsa izquierda. La radiografía de huesos largos no mostró lesión alguna.

La biopsia reportó un neurinoma plexiforme y se estableció el diagnóstico de Neurofibromatosis múltiple.

En ausencia de signos severos de insuficiencia respiratoria y con la paciente bajo control constante, se decidió esperar a que la laringe creciera más para facilitar la extirpación quirúrgica de la tumoración. A los seis meses de establecido el diagnóstico se apreció aumento de la sintomatología laríngea, por lo que ya no fue posible esperar más tiempo. La paciente fue intervenida y previa traqueotomía, bajo anestesia gene-

ral, se extirpó la tumoración a través de una laringofaringotomía lateral izquierda. Después de haber disecado y extirpado la tumoración, se observó un pequeño resto sobre la apófisis vocal del aritenoides por lo que se practicó la aritenoidectomía. La evolución postoperatoria fue excelente retirándose la cánula traqueal una semana después, sin dificultad. La paciente continúa a la fecha con ligero estridor como síntoma único sin que se hayan presentado otros neurofibromas.

El estudio genético y el árbol genealógico mostraron una tendencia familiar a la neurofibromatosis, con gene de expresividad variable. (Fig. 1).

### NEUROFIBROMATOSIS LARÍNGEA

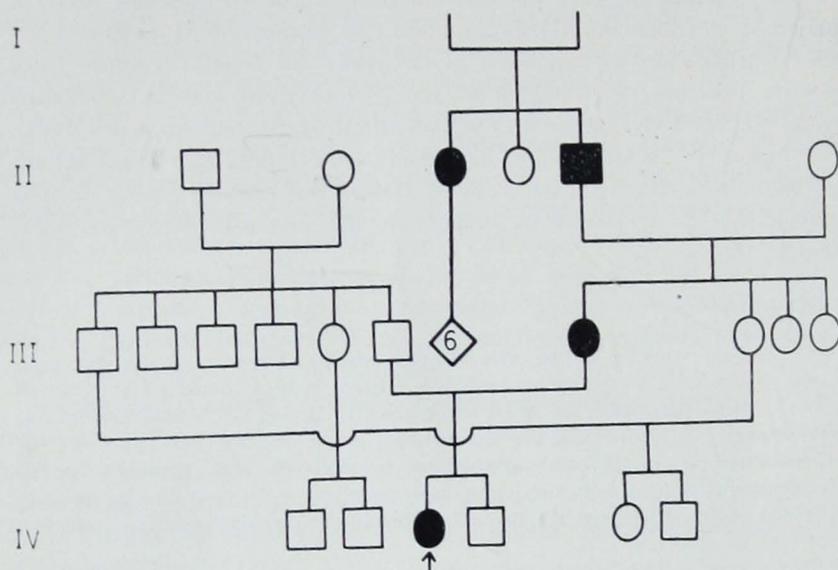


FIGURA 1

### DISCUSIÓN

Este caso es el décimo reportado en la literatura mundial de neurofibromatosis múltiple con localización laríngea. Yurich y Beekhuis<sup>14</sup> después de una revisión exhaustiva de la literatura mundial encontraron solamente ocho casos y agregaron uno de ellos. La siguiente Tabla resume todos los casos reportados, incluyendo el nuestro. (Tabla 1). Todos ellos, menos uno, descrito por Hoover<sup>10</sup> presentaron manifestaciones cutáneas, Pung y cols.<sup>12</sup> demostraron la posibilidad de hacer un diagnóstico de neurofibromatosis en ausencia de las manchas "café con leche" y tumores subcutáneos.

Nuestra paciente tiene manchas "café con leche", deformaciones óseas, neurofibroma laríngeo e historia familiar de neurofibromatosis. El tiempo que transcurrió entre el diagnóstico y el tratamiento obedeció a nuestra

AUTOR	EDAD	SEXO	SITIO	TRATAMIENTO	COMENTARIO
Colladje (3) 1930	44	Fem	Repliegue aritenoepiglótico seno piriforme derecho.	Tirotomía lateral	Ronquera y disfagia
Hoover (10) 1940	2a. década	Fem	Cuerda vocal falsa y repliegue aritenoepiglótico derecho.	Tirotomía	Lesiones de faringe, área retrotraqueal y mediastino. Sin lesiones cutáneas.*
Helg (8) 1950	7	Fem	Cuerda vocal falsa y repliegue aritenoepiglótico.	Traqueotomía y Tirotomía	
Hollinger y Cohen (9) 1950	27	Masc	Seno piriforme izquierdo.	Extirpado con asa laríngea	Pedunculado, muy vascularizado. Disnea y disfagia.
Figl y Stark (5) 1953	41	Masc	Ambos aritenoides, repliegues aritenoepiglóticos y área retrocricoidea.	Biopsia.	Ronquera.
Figl y Stark (5) 1953	50	Fem	Aritenoide izquierdo y área retrocricoidea.	Cuchillo eléctrico con laringoscopia susp.	Ronquera.
Burgdorf (2) 1954	17	Fem	Área retrocricoidea.	Biopsia	Disfagia.
Gibbs, Taylor y Young (6) 1957	3 meses	Masc	Área retrocricoidea.	Traqueotomía	Estridor progresivo. Murió a los 16 meses de edad.
Yurich y Beekhuis (16) 1960	19	Masc	Aritenoide, repliegue aritenoepiglótico y seno piriforme izquierdo.	Traqueotomía y laringofaringotomía lateral.	Ronquera, estridor, hipopituitarismo, hipoadrenalismo, retraso mental, y deformidades óseas.
Smoler, Vivar y Levy Pinto	2	Fem	Cuerda vocal falsa izquierda.	Traqueotomía y laringofaringotomía lateral.	Ronquera, estridor, deformidades óseas, manchas café con leche.

\* Este es el único caso sin manchas "café con leche".

TABLA 1

esperanza de que el desarrollo normal de la laringe permitiera una intervención quirúrgica más fácil. La laringofaringotomía lateral permitió una extirpación completa, con buena exposición de la masa tumoral y de las estructuras vecinas. Nuestra paciente ha permanecido con estridor debido a la parálisis vocal producida por la aritenoidectomía izquierda, como única secuela. Según Harrison<sup>7</sup> y Burgdorf<sup>2</sup> está justificado el haberlo reseado ya que así se evita la malignización o la recurrencia. El caso se encuentra en observación continua que asegure una buena evolución y la posibilidad de diagnosticar una recurrencia o la aparición de neurofibromas extralaringeos lo más temprano posible.

#### SUMMARY

The authors report a case of multiple neurofibromatosis of the larynx in a two year old child. The pathology and clinical picture of the disease is reviewed.

#### RÉSUMÉ

Les auteurs reportent un cas de Neurofibromatose multiple à localisation laryngée chez une fille de deux ans.

Le tableau clinique et la pathologie de cette maladie sont révisés.

## REFERENCIAS

1. APONTE, G. E. y VICENS, E. A.: Neurogenic tumors of the larynx. *Ann. Otol-rhinol and laryngol.*, 64: 319-325, 1955.
2. BURGDORF, K.: Neurofibromatosis mit Befall des cesophagus und Kehlkopf. *Arch. fur Ohren, Nasen und Kehlkopf Heilkunde*, 166: 55, 1954-1955.
3. COLLEDGE, L.: Two tumors of the peripheral nerves. *J. Laryngol. and Otol.*, 45: 409, 1930.
4. CROWE, F.; SCHUL, W. y NEEL, J.: *Multiple Neurofibromatosis*. Charles C. Thomas Publisher. Springfield III, 1956.
5. FIGI, F. A. y STARK, D. B.: Neurofibroma of the larynx: Presentation of five cases. *The laryngoscope*, 63: 625, 1953.
6. GIBBS, N. M.; TAYLOR, M. y JOUNG, A.: Von Recklinghausen's disease in the larynx and trachea of an infant. *J. Laryngol. and Otol.*, 71: 626-630, 1957.
7. HARRISON, T. R. y col.: *Principles of Internal Medicine*. Third edition. McGraw-Hill Co., 1958.
8. HELG, J. R.: Neurinomas of the larynx and the neurofibromatosis of Recklinghausen. *Pract. Oto-Rhino-Laryngol.*, 12: 165, 1950.
9. HOLINGER, E. H. y COHEN, L. L.: Neurofibromatosis (Von Recklinghausen's disease) with involvement of the larynx: Report of a case. *The laryngoscope*, 60: 193-196, 1950.
10. HOOVER, W. B.: Benign tumors of the larynx, their diganosis and treatment. *Surg. Clin. No. Amer.*, 20: 697-719, 1940.
11. KRAGH, L. V.; SOULE, E. H. y MASSON, J. K.: Benign and malignant neurilemmomas of the head and neck. *S.G.O.*, 111: 211-218, 1960.
12. PUNG, S. y HIRSCH, E. F.: Plexiform neurofibromatosis of the heart and neck. *Arch. Path.*, 59: 341, 1955.
13. SUCHANEK, E.: Neurinomen des Kehlkopfeinganges. *M Schr. Ohrenheilk.*, 59: 613, 1925.
14. VEROCAY, J.: Múltiple Geschwulste als systemerkrankung am nervosen apparatus. *Festschrift fr Chiari, wien u Leipzig*, p. 378, 1910.
15. VEROCAY, J.: Zur Kenntnis der "Neurofibroma". *Beitr. path. anat.*, 48: 1, 1910.
16. YURICH, E. L. y BEKHUIS, G. J.: Múltiple neurofibromatosis involving the larynx. *The laryngoscope*, 70: 46-54, 1960.

## INFORMACION GENERAL

### IX CONGRESO INTERNACIONAL (MUNDIAL) DE OTORRINOLARINGOLOGIA

El IX Congreso Internacional (Mundial) de Otorrinolaringología, tendrá lugar en la ciudad de México, del 10 al 14 de agosto de 1969.

Los trabajos para el Congreso —en todos sus aspectos— ya se encuentran en marcha.

El Congreso se llevará a cabo en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional. Esta Unidad, que fue construida expresamente para la celebración de este tipo de reuniones, cuenta con un auditorio con capacidad para tres mil personas y con siete auditorios más, de menor tamaño. Las instalaciones para proyecciones e interpretación simultánea son magníficas, lo que nos permitirá tener la oportunidad de ver un gran número de películas, así como captar íntegramente las diferentes disertaciones en los idiomas oficiales del Congreso. Además, están a nuestra disposición, amplios espacios para exposiciones científicas y comerciales, que estamos seguros constituirán un gran atractivo.

Podemos disponer, al mismo tiempo de un número ilimitado de auditorios (de acuerdo con las necesidades del Congreso), muy cercanos a la Unidad de Congresos.

La Unidad de Congresos no está lejos de los hoteles, si tomamos en cuenta la gran magnitud de la ciudad (que cuenta actualmente con cerca de siete millones de habitantes, pero, de todas maneras, estamos viendo la forma de que los asistentes cuenten con medios de transportes fáciles y económicos.

Los precios de los hoteles en la ciudad de México fluctúan entre:

Dls.\$ 8.00 y Dls.\$ 13.00 (Cuarto sencillo, sin alimentos).  
Dls.\$ 16.00 y Dls.\$ 20.00 (Cuarto doble, sin alimentos).

## INFORMACION GENERAL

El programa para los acompañantes será sumamente atractivo y constituirá una grata e inolvidable experiencia. México, país lleno de encantos turísticos de fama mundial, está perfectamente preparado para recibir a miles de visitantes. El Estado cuenta con dos organizaciones para beneficio del turismo: el Consejo Nacional de Turismo y el Departamento de Turismo; ambos organismos están trabajando con nosotros para que el IX Congreso Internacional (Mundial) de Otorrinolaringología tenga un éxito feliz.

Desde ahora anticipamos a usted que, para poder comprometernos a darle lugar en el Congreso, es necesario que, tan pronto como le sea posible, se inscriba y esté en contacto con nuestras oficinas.

Le suplicamos que comente este evento con sus colegas en la especialidad, con objeto de que quienes no estén enterados, se pongan en contacto con nosotros y podamos enviarles la información respectiva.

Tentativamente, porque no sabemos si pudiera existir alguna razón para modificar nuestro presupuesto, la cuota de inscripción para los participantes será de 100 dólares, a la cual habrá que agregar el costo del transporte urbano y el costo de las Memorias del Congreso. El monto de la inscripción para cada acompañante, estará de acuerdo con el programa que enviaremos a Ud. en un futuro próximo. Quienes se inscriban en 1967 gozarán de un descuento del 20%.

Le suplicamos girar su cheque a favor de "Crédito Bursátil, S. A." (Congreso de Otorrinolaringología) y enviarlo directamente al Comité Organizador del IX Congreso Internacional (Mundial) de Otorrinolaringología. Apartado 19-136, México, D. F.

A las personas que se inscriban con una anticipación menor de un mes, no podremos asegurarles cupo en las festividades oficiales. A las que envíen su inscripción, pero que por cualquier motivo no puedan asistir al Congreso, se les devolverá su cuota íntegra si hacen la cancelación antes del 13 de mayo de 1969; después de esta fecha, pero antes del 13 de julio, se les devolverá sólo el 50%; después, no obtendrán ninguna devolución.

Es obvio que las condiciones anteriores son indispensables para que podamos tener una buena organización.

Nuestro deseo es que este Congreso sea muy grato para todos y por eso le pedimos su ayuda.

El programa científico será desarrollado de lunes a jueves (1 al 14 de agosto), de las 8 a las 17 horas. Después de las 17 horas, habrá reuniones de orden administrativo.

El anteproyecto de programa científico, así como los datos que proporcionamos a continuación, constituyen información preliminar. Le rogamos, por tanto, hacernos sus comentarios y sugerencias al respecto a la mayor brevedad posible, para poder realizar las modificaciones necesarias.

*Sesiones plenarias.* Tendremos diariamente, dos sesiones plenarias (que se efectuarán entre las 9 y las 11.50 hs.) con duración aproximada de 1 hora 20 minutos cada una. En estas sesiones se tratarían temas de interés general, se presentarían, por lo tanto, ocho temas en total (dos cada día) y se designaría un presidente y un secretario para dirigir cada sesión. El presidente y el secretario de cada sesión plenaria obtendrían, a su vez, la colaboración del número de colegas que estimaran necesario para redondear el tema y presentarlo en la forma más atractiva posible.

Suplicamos a usted nos haga proposiciones respecto a las personas que, en su opinión, sean las más adecuadas para dirigir estas sesiones.

Los tópicos a que nos referimos serán seleccionados por un Comité Internacional, de entre las proposiciones recibidas de todos los participantes; le suplicamos, por tanto, proponer, tan pronto le sea posible, los tópicos que usted considere más importantes.

Habrá interpretación simultánea en los 4 idiomas oficiales del Congreso, para las conferencias que se presenten durante las sesiones plenarias.

Los diferentes autores desarrollarán sus trabajos en el tiempo que les señale el presidente de la sesión plenaria, la cual deberá ser planeada con mucha anticipación.

*Cinematografía y Trabajos libres.* Tendremos a continuación, durante tres horas diariamente (de las 12 a las 15 hs.) la exhibición de películas y la presentación de trabajos libres, simultáneamente. Podremos disponer del número de auditorios necesarios para el efecto. Procuraremos agrupar los trabajos por temas y, solamente en caso de que se presentara algún problema, nos veríamos obligados a agruparlos por idiomas, o bien, los clasificaríamos utilizando ambos procedimientos.

Nombraremos un presidente y un secretario para presidir cada una de las sesiones de cinematografía y de trabajos libres que se llevan a cabo en los diferentes auditorios.

El tiempo de que dispondrán los autores de trabajos libres para exponer su trabajo, serán de 10 minutos más 3 minutos para preguntas y comentarios sobre el mismo. Los textos de los trabajos no deberán exceder, por tanto de 1,000 palabras (100 líneas escritas a máquina), incluyendo comentarios sobre dispositivas.

*Secciones.* Tendremos enseguida, durante dos horas diariamente (de las 15 a las 17 horas), la presentación de los trabajos de las secciones. Contaremos también, con el número de auditorios que sea necesario para dicha presentación. Estas secciones podrían ser, como podrá usted ver en el anteproyecto, las siguientes:

Laringología, Rinología, Otología, Misceláneos, Enseñanza de la Medicina, Otoneurología, Broncoesofagología y Ciencias Básicas.

Las cuatro primeras secciones tendrán interpretación simultánea a los

## INFORMACION GENERAL

cuatro idiomas oficiales; el resto tendrá interpretación simultánea siempre y cuando las posibilidades económicas del Congreso lo permitan, lo cual dependerá, a su vez, del número de asistentes interesados en estos temas.

Se nombrará un presidente y un secretario para presidir cada sesión de Sección en cada día y un coordinador general que se encargará de dirigir todo el programa de una Sección (1 coordinador para las 4 sesiones de Sección).

Le rogamos pues, nos envíe, tan pronto como le sea posible, sus sugerencias para la elección e presidentes, secretarios y coordinadores.

Un reglamento dictará las normas a las que deberán sujetarse los participantes en estas secciones.

*Reuniones de carácter administrativo.* Estas reuniones se llevarán a cabo de las 17 a las 18 horas, en la forma siguiente:

Un día de la semana se reunirán las diferentes delegaciones para intercambiar impresiones; no habrá servicio de interpretación simultánea en este caso.

Dos días de la semana se destinarán a las reuniones de la IFOS (Internacional Federation of Oto-Rhino-Laringological Societies). En estas ocasiones habrá servicio de interpretación simultánea.

### *Diversos*

- a) Los idiomas oficiales del Congreso serán: francés, inglés, alemán y español.
- b) El Comité Organizador del Congreso sugiere la conveniencia de limitar la actuación de cada participante a una sola vez.
- c) La entrega de documentos a los participantes ya inscritos, así como la inscripción de los no inscritos, se llevará a cabo el día 10 de agosto, de las 9 a las 19 horas.
- d) La ceremonia de inauguración del Congreso tendrá verificativo el día 10 de agosto a las 19 horas, bajo un programa especial. Habrá interpretación simultánea.
- e) La ceremonia de clausura del Congreso se efectuará el día 14 de agosto a las 17 horas, también bajo un programa especial. Habrá interpretación simultánea.
- f) Ocho sociedades y organizaciones internacionales en el campo de la Otorrinolaringología tendrán reuniones posteriores al Congreso; algunas de ellas impartirán, quizás, cursos breves y de actualización, lo que nos dará la oportunidad de escuchar de labios de pro-

## INFORMACION GENERAL

fesores de distintos países, temas que nos interesan. Estas reuniones se llevarán a cabo la siguiente semana del Congreso, es decir, a partir del día 18 de agosto, con objeto de que los congresistas dispongan de tres días para actividades turísticas.

En un futuro próximo enviaremos a usted diferentes proyectos de turismo, a fin de que seleccione el que más le agrade.

Presidente,

Secretario,

DR. ANDRÉS BUSTAMANTE G.

DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ OROZCO.

### SYMPOSIUM SOBRE NEURINOMAS DEL ACUSTICO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO

(Del 5 al 19 de enero de 1968)

La escuela de Medicina de la Universidad del Sur de California y la Fundación Otológica de los Angeles en cooperación con el Hospital San Vicente, realizarán un symposium sobre Neurinomas del Acústico.

El symposium tratará diversos aspectos de diagnóstico y tratamiento. El profesorado contará con autoridades internacionales en el campo de la Neurocirugía, la Otolología y Radiología. Habrá demostraciones de técnicas quirúrgicas en circuito cerrado de televisión.

La inscripción será de 300 dólares sin alimentos, los cuales deberán ser pagados a la fundación de Otolología de los Angeles. La inscripción de residentes en Otolología, Neurocirugía y Radiología será solamente de 100 dólares. La solicitud de los residentes deberá acompañarse con una carta de recomendación de su jefe.

Fundación de Otolología de los Angeles, 2130 West Third Street, Los Angeles, California 90057, U.S.A.

### XVIII CONGRESO NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Del 10. al 5 de mayo de 1968 en Torreón, Coah.

Presidente: Alfonso Garibay F.

## IV SYMPOSIUM INTERNACIONAL DE RADIOLOGIA EN OTORRINOLARINGOLOGIA

*Sede:* HOTEL PIERRE MARQUEZ, ACAPULCO, GRO.

*Del 4 al 8 de septiembre de 1967.*

### Mesa Redonda: "CANCER CERVICO FACIAL"

Septiembre 5 - Mañana

9:00	DR. RODOLFO DÍAZ PERCHES Presidente México, México.	Introducción.
9:20	DR. FRANCISCO ALANIZ México, México.	Radioterapia en otorrinolaringología. Experiencia del Hospital General, México.
9:40	DR. ULRICH HENSCHKE Nueva York, E.U.A.	Radioterapia intersticial a intracavitaria en el tratamiento de cánceres en otorrinolaringología.
10:00	DR. MANUEL LEDERMAN Londres, Inglaterra.	Radioterapia en tumores de los senos paranasales.
10:20	DR. GILBERT H. FLETCHER Houston, Tex., E.U.A.	El uso del megavoltaje en los cánceres de las amígdalas.
10:40	DR. I. CHURCHILL DAVIDSON Londres, Inglaterra.	Radioterapia hiperbárica en tumores de cabeza y cuello.
11:00	DR. CARLOS A. ESCOBAR V. Guatemala, C.A.	Radioterapia en tumores de la laringe.
11:20	PROF. DR. CLAUDE LAGARDE Burdeos, Francia.	Quimioterapia de las neoplasias cérvico faciales.
11:40	DR. JORGE CORVERA México, México.	Tumores raros en otorrinolaringología: Consideraciones clínicas.
	DR. MAURICIO GARCÍA SÁINZ México, México.	Tumores raros en otorrinolaringología: Consideraciones terapéuticas.

Septiembre 5 - Tarde

### TRABAJOS LIBRES

15:00	DR. IGNACIO BEJAR DR. EUGENIO TOUSSAINT México, México.	Infección, quistes, tumores de los senos paranasales en pediatría.
15:15	DR. ARMANDO VELÁZQUEZ México, México.	Tomografía sistematizada de senos paranasales.
15:30	DR. JAMES M. MARTÍN St. Louis, Mo., E.U.A.	Infección, polipos, mucocele y tumores de senos paranasales.

*An. Soc. Mex. Otorrinolar.*

## INFORMACION GENERAL

- |       |   |  |
|-------|---|--|
| 15:45 | DR. JOHN WM. FRIES<br>St. Louis, Mo., E.U.A.  | Hallazgos radiológicos en trauma, displasia fibrosa y otras enfermedades de los senos paranasales. |
| 16:00 | PROF. DR. BRUNO CALOGERO<br>Nápoles, Italia.  | Clasificación radiológica de las alteraciones sinusales osteo distróficas.                         |
| 16:15 | DR. DAY McNEEL, JR.<br>Houston, Texas, E.U.A.   | Neuritis retrobulbar debida a mucocoele etmoidal posterior.  |
| 16:30 | DR. GARAY-BOBO<br>Montpellier, Francia.   | La quimioterapia local, regional y general en los tumores de la esfera ORL.                        |
| 16:45 | DR. LAVAL JEANTET, M. JUSTER<br>y J. SUDAKA<br>París, Francia<br>(leído por la Dra. J. Vignaud) | La microrradiografía del hueso temporal y de los huescillos normales y otosclerosos.               |
| 17:00 | DR. HANS ROVSING<br>Copenhague, Dinamarca.  | Tomografía de oído medio e interno en otosclerosis.  |
| 17:15 | DR. JORGEN JENSEN<br>Copenhague, Dinamarca.   | Tomografía de oído interno en niños sordos. Demostración radiológica de malformaciones congénitas. |
| 17:30 | DR. JERRY P. PETASNICK<br>Chicago, Ill., E.U.A.   | Tomografía del hueso temporal en la enfermedad de Paget.   |

### Mesa Redonda: OIDO INTERNO: "PROBLEMAS COCLEO VESTIBULARES EN LA OTOESCLEROSIS"

Septiembre 6  
Mañana

- |       |   |   |
|-------|---|---|
| 9:00  | DR. OSCAR FARÍAS<br>Presidente<br>México, México. | Introducción.                                       |
| 9:20  | DR. RALP NAUNTON<br>Chicago, Ill., E.U.A.         | Histología.   |
| 9:40  | DR. GEORGE E. SHAMBAUGH<br>Chicago, Ill., E.U.A.  | Aspectos clínicos.                                  |
| 10:00 | PROF. DR. HORST WULLSTEIN<br>Münster, Alemania.   | Otras distrofias de la cápsula laberíntica.         |
| 10:20 | DR. RMÓN RUENES<br>México, México.                | Diagnóstico radiológico - Standard y Amplificación. |
| 10:40 | DR. SAM A. BRUNNER<br>Copenhague, Dinamarca.      | Diagnóstico radiológico - Laminografía.             |
| 11:00 | DRA. JACQUELINE VIGNAUD<br>París, Francia.        | Otosclerosis laberíntica.                           |
| 11:20 | DR. MICHEL PORTMANN<br>Burdeos, Francia.          | Confrontación radiológico quirúrgica.               |

## INFORMACION GENERAL

Septiembre 6 - Tarde

### TRABAJOS LIBRES

- |       |  |  |
|-------|--|--|
| 15:00 | DR. MANUEL TRUJILLO PECO<br>Madrid, España.  | Diagnóstico radiológico de la otoantritis.   |
| 15:15 | DR. ANDRÉ SANSREGRET<br>Montreal, Canadá.  | Precisiones adicionales sobre la semiología radiológica de los colesteatomas.  |
| 15:30 | DR. FRANCISCO ANTOLI CANDELA<br>Madrid, España.                                    | Confrontaciones quirúrgicas en la cirugía de las otorreas.   |
| 15:45 | DRES. J. SMOLER, G. VIVAR, U. RIOJAS, S. LEVY PINTO e I. ORTEGA<br>México, México. | La importancia de la radiografía lateral de cuello en otorrinolaringología.  |
| 16:00 | DR. ENRIQUE PANTOJA<br>Nueva York, E.U.A.  | Radiografía de los cartílagos laríngeos.   |
| 16:15 | DR. HAROLD BALTAXE<br>Nueva York, E.U.A.   | La valoración radiológica de las lesiones cerradas agudas de la laringe.   |
| 16:30 | PROF. DR. BRUNO CALOGERO<br>Nápoles, Italia.                                       | Radiodiagnóstico en las laringectomías funcionales.  |
| 16:45 | DRES. GARY BOBO y VILLARET<br>Montpellier, Francia.                                | Resultados del telecobalto t en tumores de la laringe y de la hipofaringe.   |
| 17:00 | ROBERT F. SLOAN<br>Los Angeles, Calif., E.U.A.<br><br>Películas (R. F. Sloan).     | Adelantos cinefluorográficos en ORL.<br><br><ol style="list-style-type: none"><li>1. Aplicación de la cefalometría al análisis comparativo cinefluorográfico del hioides en pacientes de la clase II.</li><li>2. Cinefluorografía de la neoglotis.</li><li>3. Adelantos cinefluorográficos en ORL.</li></ol> |

### Mesa Redonda: "ORGANOS CERVICALES: FARINGE, LARINGE Y LINFATICOS"

Septiembre 7  
Mañana

- |       |   |  |
|-------|---|--|
| 9:00  | DR. SEVERINO TARASCO<br>Presidente<br>México, México. | Introducción.<br>Problemas funcionales orgánicos.  |
| 9:40  | DR. FERNANDO ORTIZ<br>MONASTERIO<br>México, México.   | Problemas de incompetencia velo-faríngea.          |
| 10:00 | DR. GEORGES GUILLÉN<br>Burdeos, Francia.              | Diagnóstico radiológico - Standard y Laminografía. |
| 10:40 | DR. ERIC SAMUEL<br>Edimburgo, Escocia.                | Arteriografía y Flebografía.                       |

## INFORMACION GENERAL

- 10:40 PROF. DR. UGO FISCH  
Zürich, Suiza. Linfografía.
- 11:00 DR. PAUL MARKOVITS  
París, Francia. Cinematografía

### Septiembre 7 - Tarde

#### TRABAJOS LIBRES

- 15:00 DR. KEDAR K. ADOUR  
California, E.U.A. Diagnóstico radiológico de los colesteatomas con radiografía de la mastoides, según los métodos de Law, Stenvers y Towne.
- 15:15 DR. ARNOLD BERRET  
Nueva York, E.U.A.  
DR. SAM A. BRUNNER  
Copenhague, Dinamarca. El valor de la tomografía con politomo en el manejo de tumores del hueso temporal.
- 15:30 DR. CARLOS VALENZUELA  
México, México. Yugografía retrógrada para el estudio de tumores de glomus yugulare.
- 15:45 DR. S. BRUNNER  
Copenhague, Dinamarca. Diagnóstico roetgenográfico en los tumores de glomus yugulare.
- 16:00 PROF. DR. ZIEDSES DES PLANTES  
Amsterdam, Países Bajos.
- 16:15 DR. IGNACIO BÉJAR  
DR. MIGUEL RAMOS MURGUÍA. Tres casos de interés con reacción ósea e infección en ORL.
- 16:30 DR. BOSIO FERRUCIO  
Turín, Italia. Anatomía radiológica en ORL del neñasco en incidencia axial y en particular del conducto auditivo interno y facial.
- 16:45 PROF. DR. BRUNO CALOGERO  
Nápoles, Italia. Indicaciones sobre técnicas con contraste opaco en otorradiología.
- 17:00 DR. ROBERT SCANLAN  
Rochester, Minn., E.U.A. Diagnóstico radiológico de los tumores del ángulo pontocerebeloso por neumografía y mielencefalografía con contraste positivo.
- 17:15 DR. BERNARD S. EPSTEIN  
Nueva York, E.U.A. Estudio anatómico y cinerradiográfico con contraste positivo de la fosa craneana posterior.

### Septiembre 8 - Mañana

#### Mesa Redonda: "TUMORES DEL ANGULO PONTO CEREBELOSO"

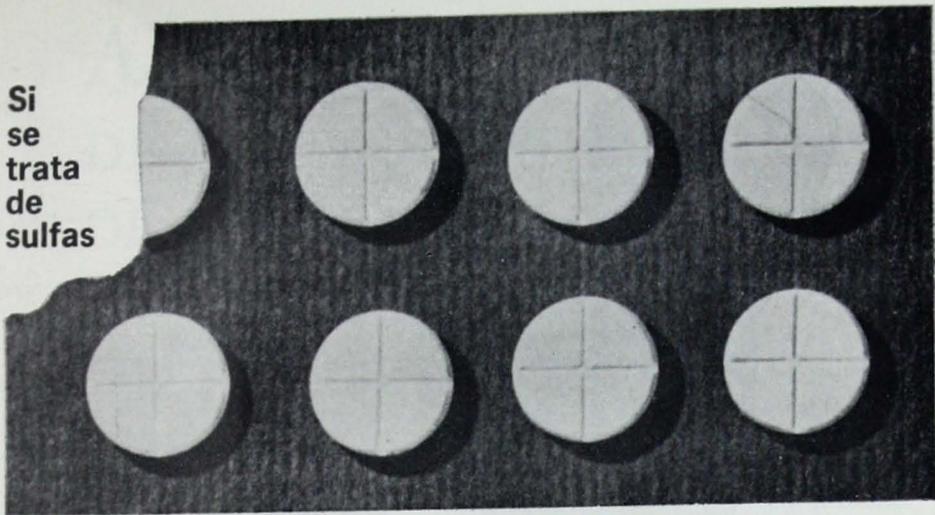
- 9:00 DR. ANDRÉS BUSTAMANTE  
GURRÍA  
Presidente.  
México, México. Introducción.
- 9:20 DR. HERNANDO GUZMÁN WEST  
México, México. Diagnóstico neurológico.
- 9:40 DR. WILLIAM E. HITSELBERGER  
Los Angeles, Calif., E.U.A. Diagnóstico otorrinolaringológico.

## INFORMACION GENERAL

- |       |  |  |
|-------|--|--|
| 10:00 | DR. M. TRUJILLO PECO<br>Madrid, España.                  | Diagnóstico radiológico - Standard.  |
| 10:20 | DR. GALDINO E VALVASSORI<br>Chicago, Ill., E.U.A.        | Diagnóstico radiológico - Laminografía                                     |
| 10:40 | PROF. DR. ZIEDES DES PLANTES<br>Amsterdam, Países Bajos. | Arteriografía y sustracción.   |
| 11:00 | DR. JESÚS RODRÍGUEZ CARBAJAL<br>México, México.          | Pantopaque y Neumografía<br>(medios de contraste).<br>Neumoencefalografía. |
|       | DR. NARNO DORBECKER<br>México, México.                   | Cisternografía.  |

Presidente: DR. RAMÓN RUENES F.

Si  
se  
trata  
de  
sulfas



la dosis debe ser  
baja, muy baja.  
Prescriba pues

**LEDERKYN**<sup>\*</sup>  
SULFAMETOXIPIRIDAZINA LEDERLE

LA SULFA DE ACCION PROLONGADA CON DOSIFICACION BAJA, MUY BAJA

¡Media tableta cada 24 horas es suficiente para el tratamiento de sostén en adultos que pesen menos de 60 kg! Esta dosificación baja, tan baja es posible debido a la rápida absorción de la droga, sus concentraciones sanguíneas prolongadas, alta solubilidad—especialmente en la orina ácida de la mayoría de las infecciones genitourinarias—y lenta eliminación renal. Muy excepcionalmente se observa cristalurria. ¿Pacientes de mayor peso? ¡Una tableta diaria!

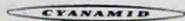
Presentación: Frascos de 12 y cajas de 100.

\*Marca Registrada



CYANAMID DE MEXICO, S.A. DE C.V.  
DIVISION LEDERLE

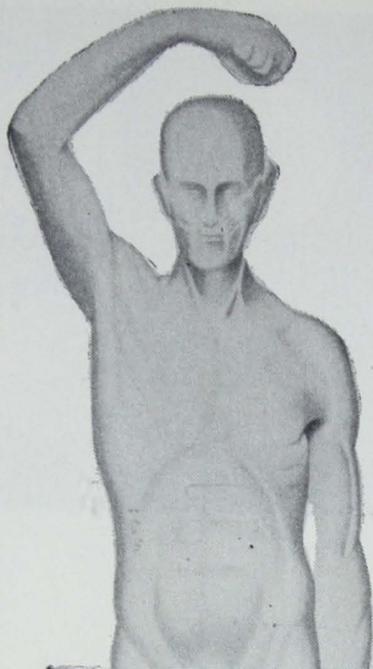
Calzada de Tlalpan No. 3092 México 22, D.F.



Literatura exclusiva para médicos

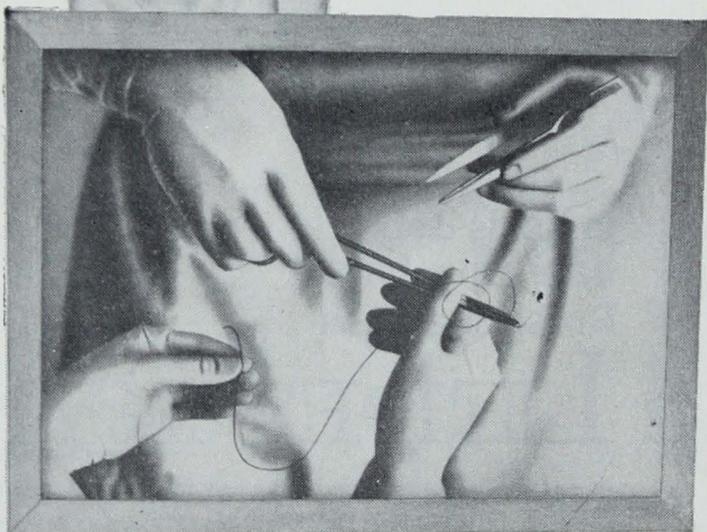
P. Méd. 8429/65

Reg. No. 49341 S.S.A.



*para cierre general  
y en cirugía  
especializada*

**SURGILOPE SP\* Suturas**



Presentación: En cajas con 12 sobres

\*Marca de Fábrica

DIVISION

**DAVIS & GECK**



CYANAMID DE MEXICO, S.A. de C.V.  
Caiz. de Tlalpan No. 3092 México 22, D.F.



Literatura exclusiva para médicos Su venta requiere receta médica P. Méd. st/317/65 P. Rat. No. 5223/67 Reg. Nos. 7777, 52626 y 34164 S.S.A.