

DIRECTORIO

ANALES DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA

Director-Editor
DR. PELAYO VILAR

Gerente General
LIC. JOAQUÍN BOHIGAS

Consejo de Redacción
DR. RAFAEL ANDRADE-GALLEGOS
DR. JORGE CORVERA
DR. ANDRÉS DELGADO
DR. RAMÓN DEL VILLAR
DR. RAFAEL GARCÍA PALMER
DR. PELAYO VILAR-PUIG

Dirección
Durango 49, 8o. piso,
México 7, D. F.
Tel. 533-24-66

Registro en trámite
Oficio de la SEP
Dir. Gral. Derecho de Autor, 01738

Abreviatura para citas bibliográficas
en trámite
en el Quarterly Cumulative
Index Medicus
Washington, D.C.

SOCIEDAD MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA

Presidente
DR. MARIANO HERNÁNDEZ GORIBAR

Vicepresidente
DR. JORGE CORVERA BERNARDELLI

Secretario
DR. ANTONIO SODA MERHY

Tesorero
DR. MIGUEL ARROYO CASTELAZO

Eugenia 13-403, Col. Nápoles
Tel. 543-93-63
México 18, D. F.

Impreso en México, D. F., en los talleres
de Reproducciones Gutenberg, Ayuntamiento
No. 146-100. piso.

PAGINA DEL DIRECTOR

Abrumados por la calidad y cantidad de las comunicaciones científicas anglosajonas, hemos observado entre nuestros colegas una reacción, que no nos atreveríamos a llamar complejo, que se expresa en dos direcciones opuestas; a la primera la denominaríamos tendencia elusiva consistente en no publicar trabajos esencialmente clínicos, no comunicar casos poco comunes y no atreverse a exponer hipótesis o teorías más o menos ortodoxas o heterodoxas, por temor a ser tildados de "poco científicos"; la segunda se manifiesta en la expresión formal que dan a sus trabajos procurando que se "parezcan" lo más posible a la forma en que los anglosajones exponen sus comunicaciones. Cuantas veces un trabajo con numerosas gráficas, esquemas, cuadros, tablas, fotografías, etc., no representa más aportación que la modificación de un pequeño detalle técnico, que podría haberse resumido en un par de párrafos.

Creemos sinceramente que es necesario que las comunicaciones se apeguen a los criterios de la investigación, pero en muchos casos no parece que hay un exceso de medios para exponer resultados que por su obviedad no requerían tales excesos, o que en ocasiones nuestros investigadores nos dan la impresión de niños que condicionan sus juegos a los juguetes que les han obsequiado.

Las comunicaciones tienen validez científica, no porque sean de gabinete o clínicas, sino porque en ellas se aplique un método y un pensamiento científicos.

Ya es hora de que terminemos con la idea de que los investigadores de gabinete son los únicos científicos y de que los clínicos son seres rutinarios de un inframundo paracientífico. El investigador de gabinete sin imaginación creadora, no es más que un manejador de aparatos a nivel artesanal y muchas veces sin la creatividad del artesano. El clínico eficiente que no tiene espíritu de observación y de síntesis, que se limita a seguir caminos trillados, es un útil y efectivo obrero de la medicina, pero en realidad, nunca vivirá esa gran aventura de la ciencia-arte que es la medicina aplicada.

Por el contrario, el clínico que aplica los métodos básicos de la investigación y la estadística y tiene el genio para hacer síntesis es un verdadero científico. Es investigador el que "investiga" o sea el que observa, busca, analiza, cataloga, compara, discute, comenta, somete a prueba estadística y experimental sus conclusiones; el que formula hipótesis de trabajo y las pone a prueba, ese es un científico, no importa si trabaja sobre la composición de la eñdolinfa o sobre la variabilidad sintomatológica del escleroma respiratorio.

Que nuestros investigadores de gabinete no se sientan genios, por el solo hecho de investigar, y que nuestros clínicos no se crean marginados de la ciencia por no trabajar en la ciencia de gabinete, y con ello nuestras investigaciones de gabinete y las clínicas saldrán ganando, ganancia que se potenciará, si en vez de la dicotomía investigación de gabinete en oposición a investigación clínica, ambas corrientes de estudio se integran en una síntesis que las hará más fecundas. Son los clínicos las que deben formular hipótesis extraídas del diario contacto con el hombre enfermo, individual y social; son los investigadores de gabinete los que deben trabajar sobre tales presupuestos.

Con ello queremos decir que no hay membranas hemipermeables que nos separen, sino zonas de difusión a través de las cuales el contacto y la colaboración entre ambos tipos de médicos debe ser constante, fraternal y fructífera.

Pelayo Vilar

La otorrinolaringología en el contexto de la medicina de nuestro tiempo *

Dr. Pelai VILAR

Palabras previas

En el programa se expresa que se trata de una conferencia "magistral". Nuestro tono no va a serlo y por eso tememos desilusionar a los que gentilmente nos invitaron y a los que nos escuchen. No se trata de una manifestación de modestia; se trata de una cuestión de principio o mejor dicho, de concepto. Nuestro mundo y nuestra ciencia, están muy lejos del "magister dixit", todo se halla en tela de juicio, y en consecuencia, nos limitaremos a exponer nuestras inquietudes en una especie de catarsis científico-filosófica, para que algunos se inquieten o para que yo me tranquilice.

CONFERENCIA ANTIMAGISTRAL

Entremos en materia; si de nuevo se me pidiera que eligiera tema, seguramente no escogería el que va a ser objeto de intercomunicación entre nosotros, yo en mi papel de estímulo y ustedes en el de respuesta y no lo seleccionaré por la gran dificultad que se me fue manifestando a medida que en él me adentraba.

* Conferencia por invitación, pronunciada el 2 de Mayo de 1977 en el Congreso Nacional de Otorrinolaringología.

Pero, (adverbio eminentemente dialéctico), precisamente por ser el tema difícil y por reconocer la limitación de mis conocimientos, supuso un verdadero desafío el tratarlo.

¿A qué conocimientos me refiero? Desde luego a los matemáticos y a los de las ciencias básicas, pero también a las llamadas ciencias sociales y en fin, a los conceptos filosóficos.

Es evidente que para practicar una estapedectomía, basta con ser hábil y conocer la técnica, pero no es menos evidente que para tratar socialmente las lesiones producidas por el ruido, el tratamiento sobrepasa las habilidades personales y resultan necesarios los conocimientos a que antes me refería.

Desde que hemos iniciado esta plática, nos habremos dado cuenta de que las afirmaciones que se han hecho comportan de inmediato sus contradicciones. Veamos qué sucede si al hacer una afirmación (tesis), la confrontamos con su contradicción o negación (antítesis) (con lo cual no hacemos otra cosa que seguir el viejo método dialéctico) y que de esta confrontación, que puede ser discursiva o experimental, obtendremos una conclusión o un hecho nuevo o un conocimiento de orden superior a la tesis y a su antítesis, que como sabemos es la síntesis dialéctica, la cual, a su vez (por ser una nueva afirmación) lleva en sí su correspondiente contradicción,

que nos llevará a una nueva síntesis y así "ad libitum".

Si nos hemos entretenido en estos sencillos esquemas filosóficos, es porque nuestra charla estará impregnada de ellos y es bueno que el auditorio conozca el mecanismo mental con el que se le quiere estimular (concepto fisiológico) o motivar (concepto más moderno de tipo sociológico).

Regresando un poco al principio: ¿Cuáles fueron las dificultades que me asustaron al replantearme el tema?

Veamos la primera. La ORL es una rama especializada de la Medicina. Espero que de momento todos estemos de acuerdo; pues bien, la cosa no es tan sencilla; expresémosnos en forma dialéctica:

A. La Medicina es un conocimiento general para tratar al hombre enfermo.

B. La ORL como especialidad, es una parte de la Medicina que trata a una parte del hombre enfermo.

Antes de pretender llegar a la síntesis, discutamos un poco (analicemos mejor) los dos términos dialécticos.

Empecemos por el segundo (permitásenos la licencia de no empezar por el primero). Recordemos aquella frase de un autor anglosajón que define al especialista (en cualquier rama de la ciencia, la técnica o del arte) como alguien que cada vez

sabe más, de un campo, territorio o conocimiento cada vez más restringido. Aquí se nos presenta la primera dificultad, potenciada en nuestra época por la enorme vastedad de hechos y conocimientos acumulados.

Hace exactamente 28 años (mayo de 1949) que en un editorial de una revista médica que a la sazón dirigía, se decía lo siguiente: "La medicina de nuestros tiempos se ha complicado en grado sumo, a este hecho tomado como tesis, se le opone la natural antítesis: no es posible abarcarla como conocimiento único. La síntesis dialéctica que se impone es la especialización". En estas palabras se sintetiza lo que podríamos llamar la etiopatogenia de cualquier especialidad.

En otra parte del mismo editorial definíamos lo que entendíamos por especialidad médica. Veamos cuál era nuestra definición. "La aplicación a un órgano o sistema orgánico, de todos los conocimientos de la medicina y todas las reglas de la cirugía, determinados por el empleo de técnicas de exploración, diagnóstico y tratamiento". Podríamos hacerla más breve —y por lo tanto mejor— diciendo: "La aplicación a un órgano o sistema de todos los conocimientos de la medicina, determinados por el empleo de una tecnología".

Sigamos reflexionando (reflexionar es flexionar de nuevo, retorcer, doblegar) y digamos que de la definición se deduce que una especialidad médica es una rama o parcela de una unidad mayor o superior de conocimiento, que es la medicina en su totalidad.

Pero... (de nuevo el adverbio dialéctico) y la medicina como parte del conocimiento total ¿de qué es rama? Aquí nos hallamos con una nueva dificultad, pues la medicina *no es rama o parcela de ningún otro conocimiento*, porque se *enraza* (lo contrario de ramificarse) *en todas las parcelas del conocimiento humano*.

No es una ciencia. (No es preciso que nos ensarcemos en una discusión de lo que es la ciencia, a partir del concepto decimonónico hasta nuestros días.)

No es un arte. El conocimiento artístico tiene parámetros instintivos de los que carece la ciencia y no está sometido al raciocinio ni a la

expresión matemática, prueba de fuego para la verdadera ciencia.

La medicina participa en gran parte de las ciencias, de las que extrae enormes cantidades de conocimientos (matemáticos, físicos, químicos, antropológicos, fisiológicos, etc.) y a las que debe... iba a decir todo, pero me olvidaba de que se ha dicho y escrito que la medicina es el *arte de curar* (cuidarse, tener cura, cuidado, curación) al hombre enfermo.

De nuevo otro término, otro concepto —enfermedad— que nos obliga a pensar, filosofar, reflexionar. ¿Qué es la enfermedad? ¿La ausencia de salud? De nuevo otra pareja dialéctica: salud-enfermedad.

¿Cuál es la síntesis? No puede ser la semienfermedad o semisalud. Podríamos buscarla imaginando que la salud absoluta es una forma de anormalidad (cualquiera de nosotros es calvo, cano, hipocondríaco, hipoacúsico, toxicómano (tabaquismo) o tiene la onda T aplastada y por lo tanto *no está absolutamente sano*. Lo normal sería ser un poco anormal. Vemos cómo se nos complican las cosas cuando las analizamos a fondo.

¿Es normal una nariz florentina a la que deseamos practicar una rinoplastia, o lo normal es una nariz platirrina a la que nos disponemos a practicar una rinoplastia aumentativa?

Antes de decidir en los casos extremos, revisemos otra oposición dialéctica que nos ayudará si no a resolver, por lo menos a comprender los casos antedichos.

Consideremos con Ortega, que somos yo y mi circunstancia.

Yo, lo individual, lo genético, nuestra herencia.

Mi circunstancia, lo que nos rodea, el clima, la ecología de nuestro ambiente y las pautas culturales.

Los ejemplos que citábamos más arriba, tienen la forma de su pirámide nasal determinada por la herencia, pero el medio en que viven, puede convertir a sus poseedores en anormales o inadecuados al ambiente; es decir nuestra conducta quirúrgica variará si nuestros pacientes habitan en California, en Florencia o en el Senegal y de la época y clase social en la que vivan y a la que pertenezcan.

Si hablamos de circunstancia, es

decir de medio, de ambiente, de clima, de *habitat*, es evidente que la génesis de la enfermedad, —concebida como desviación del estado de hígidez— debemos aceptar que esa desviación puede ocasionarse por fuerzas internas inherentes al individuo y calificaremos a esas desviaciones como endógenas, pero si las desviaciones de la norma se han producido por la acción del medio ambiente físico, histórico, social o económico en el que nos hallamos inmersos, las calificamos como exógenas.

Me apena, hacer estos sencillos juegos intelectuales sobre algo que todos conocemos, pero que por sabido, a veces se nos olvida y se nos olvida, porque agobiados por estar pensando si debemos colocar una prótesis de teflón, o que quizás será mejor utilizar grasa, vena, gel-foam o qué se yo, vamos perdiendo el saludable ejercicio de hacer generalizaciones y síntesis.

Lejos de mí la idea de que no debemos sopesar cuidadosamente el tipo de la prótesis y el ser hábiles en su colocación, todos nuestros escarceos filosóficos de nada servirían si no fuéramos unos excelentes técnicos, pero corremos el riesgo de que mientras elegimos la prótesis, alguien ya haya descubierto el tratamiento médico de la otospongiosis (que así se llamaba hace 40 años la otosclerosis y que de nuevo quieren nuestros primos americanos y con muy justa razón, que así vuelva a llamarse).

Descansemos un poco y abramos un nuevo paréntesis. Todos conocemos o hemos oído hablar de las famosas discusiones bizantinas, durante las cuales, los sabios del Imperio Romano de Oriente pasaron meses discutiendo cuál era el sexo de los ángeles, mientras los turcos asediaban la ciudad que finalmente conquistaron, sin que se sepa si llegaron a ponerse de acuerdo. Este hecho histórico, lo relacionaba yo con algo que aprendí hace unos 15 años, en cuya época se perdía un tiempo considerable al usar la prótesis vena-polietileno en la estapedectomía, tratando de identificar la íntima y la adventicia de la vena, porque se "suponía" (y se consideraba falta grave) que no debíamos colocar la adventicia hacia el vestíbulo. Walsh, en el curso de Morelia, nos hizo ver que daba lo mismo y

que lo fundamental era colocar "algo" que cerrase la ventana oval, porque a fin de cuentas era el endostio el que apoyado en ese "algo", el que iba a producir el cierre de la misma.

No estoy diciendo que estos detalles sean inútiles, lo que quiero significar es que hay que saber abandonarlos a tiempo; hay que evitar el constituirse en "sectas" tecnológicas, y crear "rutinas" en el verdadero sentido etimológico que tiene en español.

Demos por cerrado el paréntesis y volvamos a la definición de medicina o *ciencia aplicada al arte de curar al hombre enfermo*, definición que nos resulta coja, o dicho más académicamente, incompleta, porque también la medicina se propone impedir que el hombre se enferme y surge una nueva oposición:

Curar al que ya se enfermó.

Evitar que se enferme el sano (lo que parece una negación del oficio de curar).

Pero esta contradicción sólo se manifiesta a nivel individual. Si reflexionamos que el acto de curar debe ser individual, en cuanto al objeto paciente de la curación, el acto o la serie de actos de la prevención de enfermedades, aunque pueden ser reglas aplicables individualmente, por lo general son conjuntos de acciones que se dirigen no a prevenir la enfermedad en un solo individuo, sino que se orientan a grandes grupos o entidades sociales y aquí surge una nueva oposición dialéctica verdaderamente trascendente:

A. La medicina individual.

B. La medicina social, socializadora o socializante.

(Permítaseme añadir que sería muy interesante analizar estos tres últimos adjetivos que parecen redundancia y que en modo alguno lo son.)

¿Cuál sería la síntesis?

Muchos pueblos de la prehistoria, de la antigüedad y del medioevo, nos suministran ejemplos más o menos válidos de la medicina de grupo, pero se trata de casos aislados y la relación médico-hombre enfermo sigue siendo de corte individualista. La relación individualista se exagera en el siglo pasado, cuando bajo el positivismo y el explosivo esplendor de la ciencia experimental, la medicina moderna, madre

de nuestra medicina contemporánea, se convierte en una medicina esencialmente individualista: "No hay enfermedades, hay enfermos".

Y es precisamente cuando la medicina individualista cobra su máximo empuje e influencia, cuando está incubando el concepto que la niega, la medicina socializada, proceso que aparece tanto en los países denominados socialistas como en los capitalistas.

Este cambio social innegable, constituye un serio obstáculo para la comprensión entre los médicos de mi generación —a los que llamaremos humanistas— con los de las jóvenes generaciones que se forman y trabajan en las instituciones de la medicina social. Todavía el *generation gap* no es insalvable, pero todos los de mi generación debemos comprender que estamos frente a otro tipo de medicina, no en lo científico ni en lo técnico, sino en lo social.

Mucho se ha hablado de la influencia de los medios de producción en las relaciones sociales; un herrero no puede competir con los altos hornos ni en equipo ni en organización, y aunque los médicos no producimos bienes de uso, es evidente que nuestro trabajo modifica al mayor de los bienes, el hombre (y cuando digo lo anterior no lo digo en sentido poético, me refiero simplemente al hombre como fuerza de trabajo) y al curarlo o mantenerlo sano, le damos un valor, que en economía correspondería al trabajo médico acumulado en un ser humano o en un grupo social. Ahora bien, para obtener este resultado, cada vez somos más dependientes, pues individualmente nos es imposible poseer un equipo cada vez más sofisticado, abundante y caro.

Estamos muy lejos, en un tiempo histórico y muy cerca en un tiempo matemático, de la época en que un Ramón y Cajal adquiría por 1500 pts. su propio microscopio y llegaba a la obtención del Premio Nobel. ¿Quién se va a comprar individualmente un microscopio electrónico, una cámara anecoica, o un sistema de computadoras, pongamos por caso? Vemos cómo un simple hecho tecnológico o económico condiciona la filosofía de la investigación y la forma de impartir la asistencia médica, más allá de todo lo

que digamos los "humanistas" de la relación médico-paciente.

Cada tipo de sociedad en el pasado y en el presente, tiene la ciencia que le corresponde, pues la ciencia es una superestructura de la sociedad que le ha dado origen (lo mismo podríamos decir del arte y de la ética), supraestructuras, que una vez que se han originado y desarrollado, a su vez influyen sobre la infraestructura social que las engendrará como epifenómenos artísticos, filosóficos o científicos, creándose un verdadero proceso de retroalimentación. ¿Cuál es la infraestructura social del mundo actual? Nosotros creemos, que tanto el capitalismo actual de los grandes estados, como el dependiente de los países tercermundistas, y el esquema socialista con sus enormes variantes, de los países que así se autodesignan, tienen estructuras muy diferentes, no sólo entre sí, sino lo que es más significativo con el capitalismo del siglo pasado y que por lo tanto, en los estados contemporáneos, sea cual sea su signo, la medicina que se desarrolla en ellos, corresponde al tipo de capitalismo socializante, pues aunque parezca una herejía sociopolítica, la tendencia de todos ellos es hacia una centralización y dirigismo colectivo e impersonal al que todos se hallan arrastrados por un determinismo histórico que no vemos la manera de cómo va a ser modificado. La medicina contemporánea, es y se asienta en una sociedad altamente tecnificada.

Ya veis ¡cuántas dificultades para situar la medicina contemporánea en el contexto de la ciencia y por consecuencia, para situar la ORL en el contexto de la medicina.

Pero aún hay más escollos; el "progreso" (lo pongo entre comillas) no es una función lineal; puede serlo durante un tiempo, puede también dibujar una curva parabólica, pero es evidente que tiene épocas de ruptura, de crisis en el sentido científico de la palabra (cambio). Por ejemplo, el advenimiento del cristianismo y el hundimiento del imperio romano. El ascenso de los aztecas y el choque de la conquista; pero eso sucedía en áreas limitadas, no como ahora que los cambios se dan a escala planetaria. En el presente, nos hallamos no ante un progreso evolutivo, sino en un pun-

to mutante de la historia.

Objetareis que filósofo (o divago mucho), pero que poco digo de la posición de la ORL en el contexto de la medicina: a este punto quería precisamente llegar.

En mis lejanos tiempos de estudiante, muchos de los textos de mi padre el Dr. Josep Vilar-Giménez, así como sus conceptos científicos, seguían siendo válidos (no había "gap") para los de mi generación, aunque para los espíritus alertas, las cosas vistas a futuro, no se veían con tanta sencillez, aunque el hecho era que para los fines prácticos se conservaban muchos valores.

De los hermanos Wright, Bleriot y Lilienthal, al vuelo de Lindbergh pasan 20 años, y de Lindbergh al lanzamiento del sputnik pasan unos 25, pero del inicio de la era espacial a la conquista de la luna, sólo pasan 10 años.

Desde la invención de la rueda en la prehistoria, hasta la época napoleónica, la tecnología de los desplazamientos humanos por tierra no varía más que en detalles, lo básico sigue siendo: "rueda más tracción animal". En el desplazamiento por el agua, remo y vela, timón y quillas resumen la tecnología. Pero desde la locomotora de Stephenson, o el buque de vapor de Fulton, hasta el Concorde o el Skylab, sólo ha pasado algo más de una centuria. Y no creemos que valga la pena de hacer más comparaciones utilizando el progreso en comunicación, en plásticos, en cibernética, en utilización de otras energías, etc.

Si volvemos la vista a nuestra ORL y quisiera "impactaros" con un argumento "ad hominem", diría que Hipócrates y mi padre, (veinte siglos los separan) hacían lo mismo frente a la otosclerosis, es decir *nada*. Lo que ocurrió después todos lo sabemos y sería interesante que alguno de nosotros o de nuestros escritores lanzase un texto literario con la fascinante historia de la sordera otospongiosa, a la manera como René Fullop Miller escribió el increíble relato histórico sobre la anestesia.

En los anteriores relatos, se encierra la *segunda gran dificultad*. ¿Cómo hablar de "con-texto", cuando el propio "texto", no es una cantidad fija y se comporta como una variable que se mueve vertiginosamente?

Es un consenso general que los textos de tecnología envejecen en cinco años. Fascinado con el "Human Blood Coagulation" de Biggs y McFarlane, no me di cuenta de que casi se hacía obsoleto en el tiempo en que tardé en leerlo. En nuestra especialidad es conocido el caso del magnífico libro de Shambaugh, cuya segunda edición apareció a los cinco años y no dudo de que esté preparando la tercera. Cuando apenas se está estudiando la implantación de electrodos en la cóclea o en el VIII par, parece que el camino a seguir será implantarlos en la corteza auditiva, con lo que se superaría aquella primera etapa tecnológica.

Es en esta aceleración de la suma de conocimientos, que ya no encajan nuestros ritmos biológicos; *no existe un contexto general fijo o relativamente tal, al que podamos hacer servir como punto de referencia.*

Si McLuhan, el filósofo de la comunicación, al hablar de los medios de comunicación, ha podido afirmar que: el medio en sí, es el propio mensaje, podríamos parafrasearlo diciendo que el contexto es la variabilidad del texto.

No sólo es posible, sino muy probable, que en el término de los próximos cinco o diez años, la mayoría de las técnicas ORL que tan útiles nos resultan hoy, se conviertan en cosas del pasado. ¿Qué ocurrirá si se descubre el tratamiento médico de la otospongiosis, cuyos primeros pasos ya están dados? ¿Si los oncostáticos eliminan o estabilizan las neoplasias? ¿Si nuevas formas políticas o religiosas eliminan las toxicosis tabáquica y alcohólica? ¿Si la bioingeniería cromosómica llega a producir individuos más perfectos o equilibrados o si ustedes los prefieren, más perfectamente desequilibrados?

Estamos cansados, ustedes seguramente más que yo, por ello propongo volver la vista atrás, para descansar del vértigo de la velocidad del desarrollo de la ciencia.

No hace mucho, la ORL sufrió un cambio impresionante que muchos de nosotros vivimos; en efecto

en 1958 (apenas 20 años) escribíamos en un artículo titulado "Panorama actual de la ORL" y a propósito de que en los Estados Unidos, con motivo de la aplicación masiva de los antibióticos en nuestra especialidad, se había planteado si la ORL debía desaparecer como especialidad: "Claudio Bernard conocía mucho menos que nosotros, pero tenía mucha más seguridad en la aplicación del método experimental y en la interpretación de sus hallazgos. La inseguridad que hallamos en la actualidad, no en la técnica —cada día más perfeccionada— sino en la teoría interpretativa de los hechos, deriva de que la esencia de nuestros conocimientos ha sido totalmente modificada".

Y eso lo escribíamos cuando todavía no se había producido la espléndida y turbadora realidad tecnológica, que es hoy en día la cibernética. Si entonces, nosotros —los de mi edad actual teníamos ya 20 años de ejercicio— sentíamos que algo se derrumbaba en nuestras seguridades, ¡qué diremos 20 años después!

Muchos jóvenes de hoy y otros no tan jóvenes ya en la plena madurez biológica, médica y científica, edad de certidumbres y de producción clínica o científica, me dirán que soy pesimista; pero no lo pienso así, aceptaría en todo caso que soy cínico en el sentido de que hay que seguir trabajando con lo que tenemos, pero al mismo tiempo estar preparados, para seguir trabajando en pleno cambio de estructuras. Quiero decir, seguir haciendo ORL como si nada fuera a ocurrir, pero tener conciencia del proceso mutante en el que estamos inmersos, para trabajar con segura inseguridad (valga la paradoja), pues nada sería peor que ignorar los hechos, y el hecho definitivo es el cambio mutante en la ORL y en todo.

Si en el futuro próximo, no se producen cambios sociales explosivos, catástrofes guerreras, económicas o ecológicas, es probable que evolucionemos hacia una sociedad altamente tecnificada —cuyo signo político carecerá de interés para los que la vivan— con una dirección computarizada manejada por un grupo de decisiones de alto nivel. En este contexto se desarrollará la medicina del futuro.

A los que no lo hayan hecho, les recomiendo la lectura de tres libros: "A brave New World" (Huxley 1928), un nuevo libro del mismo autor en que comenta su primera obra (1958) y el de Vintila Horia, "Dios ha nacido en el exilio". Quizás la lectura de esos libros les permitirá no considerar tan arriesgadas mis predicciones.

Quede bien claro que no estoy haciendo juicios éticos, la humanidad no está dividida entre buenos y malos, maniqueísmo en el que caemos con frecuencia. Todos, individuos, países y sociedades somos en algunos aspectos modelo y ejemplo y en otras ocasiones o aspectos somos reprobables y malignos (en la misma forma en que nadie es totalmente un enfermo o goza de una salud e higidez absolutas); mejor aún, no somos ni una cosa ni otra, en realidad somos unos seres trágicos, con memoria y capacidad de juicio que nos conduce a formular juicios éticos y a creer que poseemos el libre albedrío. En realidad estamos sumidos en una lucha desesperada para dominar el instinto que nos impulsa. Ojalá que sea cierta la teoría del pensador católico Theillard de Chardin, implícita por otra parte en todas las grandes cosmogonías religiosas y definitivamente en la Biblia, en el sentido de que estamos dirigiéndonos a desarrollar una capa pensante sobre el planeta (la psicósfera) en cuyo estadio, el intelecto llegaría a dominar al instinto, con lo cual obtendríamos la condición angélica.

Parécenos que lo que debería haber sido la introducción a mi plática, se ha convertido en su parte fundamental, por lo que os pido perdón. Nos queda por hacer un esfuerzo para hablar de la Otorrinolaringología "sensu strictu" y ver qué es lo que de ella se espera en los próximos pocos años.

La Otorrinolaringología, desde que se constituyó como especialidad, sufre un proceso de implosión-explósión. Desde sus inicios es ya una integración de otología, rinología y laringología e incluso oftalmología. Nuestra propia Sociedad Me-

xicana de Otorrinolaringología, fue inicialmente de Otorrinolaringología y Oftalmología y no hace muchos años, era de Otorrinolaringología y Broncoesofagología.

Esto era posible cuando toda la cirugía otológica se reducía a media docena de técnicas quirúrgicas y lo mismo podríamos decir de las otras parcelas de la Otorrinolaringología de aquella época. Cuando la exploración funcional audiológica se hacía con la voz cuchicheada y el reloj de bolsillo, los diapasones y el silbato de Galton para los más sofisticados. Cuando sólo un pequeño grupo de iniciados teníamos acceso al "esoterismo" de la endoscopia peroral. Cuando con una radical de oído, la resección submucosa del tabique nasal, el Caldwell-Luc o el Denker, la laringectomía total, el Sluder y media docena más de intervenciones, se podía considerar que alguien era un magnífico y "completo" otorrinolaringólogo.

Cuando todo en la terapéutica eran instilaciones, colutorios, gargarismos, toques e inhalaciones. Por si fuera poco, algunos añadieron a la ORL, la cirugía del cuello, la maxilofacial, la otoneurooftalmología, la estomatología y gran parte de la cirugía plástica y reconstructiva.

Esa fue la que podríamos llamar la etapa implosiva de la Otorrinolaringología, a la que cada vez se añadían ramas nuevas (a veces le brotaban), lo que resultaba posible porque cada una de las ramas que de ella brotaban o se le incorporaban, no eran demasiado extensas y en honor de los otorrinolaringólogos de esa época, cabe decir, que otra causa de la incorporación de esas ramas a la ORL, se debía a que los otorrinolaringólogos con su dedicación, solían ser los creadores de las mismas.

Hace 20 años, la acumulación de conocimientos en ORL, dio como resultado la explosión de la ORL, que empezó a dar más y más ramas que de ella se desgajaron y que dieron nacimiento a otras especialidades (algunas no son más que subespecialidades) como la endoscopia peroral (que va a ser practicada por neumólogos, gastroenterólogos y otorrinolaringólogos), la Audiología, la Foniatría, la cirugía de cuello, la Rinología, la Laringología, etc.

Algunas de esas ramas se inde-

pendizaron, otras quedaron unidas a la madre otorrinolaringológica, otras se incorporaron a otras especialidades (como en el caso de la endoscopia peroral) y finalmente ha comenzado a surgir el concepto de otorrinolaringólogo básico o general.

La tesis sería: ramas numerosas de la Otorrinolaringología.

La antítesis: una Otorrinolaringología general que las uniese.

Hay que afirmar, que esta dualidad dialéctica, por el momento carece de síntesis viable y constituye para mí, un contexto dentro del contexto, es decir, tenemos que planear las relaciones de la Otorrinolaringología con sus ramas y con la Medicina "in toto".

Esta situación no es buena ni mala, nos convenga o no, es un hecho, y como tal hay que aceptarlo, mas no calificarlo o negarlo. Para nosotros, esta situación no es más que la consecuencia de una época, una sociedad y una ciencia, que nadie puede controlar. Lo que se necesita, es que en la forma más inteligente posible, procuremos acomodarnos a este "devenir" y obtengamos con ese acomodamiento, durante la etapa de transición, el mayor provecho colectivo e individual, para nuestros pacientes y para nosotros mismos.

Entre las consecuencias que podemos sacar, una de ellas es la de planear, cuál o cuáles son los tipos de otorrinolaringólogos que necesitamos, y precisamente aquí y ahora como decía León Felipe; es decir, en esta corta etapa de cinco años y en este nuestro México con su estructura dual (dialéctica de grupos de tipo occidental coexistiendo —es mucho decir— con grupos tribales) cuya síntesis es el reto a nuestra nacionalidad.

Al hablar de nuestro "aquí" (México), es tanto como decir que necesitamos otorrinolaringólogos, para actuar en nuestros grandes centros de población y científicos; pero asimismo necesitamos otros de gran nivel tecnológico para actuar en nuestras masas pobres ciudadanas, o en los centros asistenciales; otros de gran nivel técnico y clínico, para actuar en los centros de provincia, para que no sólo den asistencia especializada a sus conciudadanos, sino para cerrar la brecha (que no suele existir en los EE UU y países

de Europa) entre el otorrinolaringólogo de las grandes capitales (México, Guadalajara, Monterrey) y el de centros de población menos desarrollados; otros, para actuar en medios verdaderamente rurales y si además pensamos en la enorme variabilidad geográfica, climática y social de nuestro país, el reto a que nos enfrentamos resulta descomunal, pero no insoluble si medimos nuestros medios y valores y nuestras deficiencias y carencias, aprovechando los primeros para disminuir las segundas.

¿Cómo deben ser esos otorrinolaringólogos idealizados, pero que necesitamos que materialicen su existencia? En primer lugar deben tener una formación médica básica (antes tendríamos que ponernos de acuerdo en qué debe consistir esa formación), pero no sólo básica, sino amplia (queremos decir de conocimientos y destrezas bien cimentados los primeros y bien ejecutadas las segundas) y segura, más segura que amplia. Luego deberían poseer una formación otorrinolaringológica con las mismas características: Básica, amplia y segura (total nada!) y estos serían nuestros otorrinolaringólogos generales.

En cuanto a los superespecialistas, que ejercerían las subespecialidades (cuestión de prefijos super o sub tienen su significado), pues . . . tenemos el mismo problema que médico-general-especialista, extrapolado al campo de la Otorrinolaringología y a un nivel más complicado.

Quiero tocar un punto, corolario del anterior, que es el de constatar que siendo nuestra especialidad, eminentemente quirúrgica (tanto) que si antes era destructiva por "radical" (qué palabra más fea) ahora sigue siendo quirúrgica aunque reconstructiva y reparadora o funcio-

nal. De ello resulta que nuestro pensamiento ORL suele ser demasiado mecánico y por lo tanto excesivamente simplista. Cottle, genial combinación de médico práctico e investigador, es un ejemplo de lo que queremos decir; su cirugía es fisiológica, pero con muchos de sus seguidores, ha pasado como con los de Freud, que al carecer del genio del maestro, no han visto más que modificaciones técnicas y se han olvidado de aquello que Quevedo "érase un hombre o una nariz pegado".

Nuestra especialidad y disciplinas afines, en los próximos cinco a diez años, evolucionará al par que todas las restantes especialidades médicas, en el sentido de implotar-explotar y por lo tanto será muy cambiante. Muchos de los campos que ahora se mueven dentro de la ORL, se independizarán, en tanto que otros, que ahora se hallan alejados vendrán a formar cuerpo de nuestra especialidad, aunque lo más probable es que nos disgreguemos en otólogos, rinólogos, laringólogos y otorrinolaringólogos generales. Juntos o semiseparados, lo único cierto es que vamos a seguir requiriéndonos y requiriendo el apoyo de los radiólogos, los internistas, los inmunólogos, los alergólogos, los hematólogos, los endocrinólogos, etc. (por no citar más que los que considero fundamentales) para poder resolver problemas que clínicamente se presentan en nuestra esfera. A nuestro turno, daremos ayuda a otras series de subespecialistas tales como audiólogos, bioingenieros, broncoesofagólogos, anesthesiólogos, etc., aunque en eso de recibir ayuda, pasa como con el amor, que no se sabe quién da y quién toma.

¿Es necesario ser un genio para ser un buen otorrinolaringólogo? Al parecer es lo que podría deducirse

de lo hasta aquí dicho. Desde luego que la respuesta es NO, porque los genios nacen y lo son por su capacidad de síntesis, sus premoniciones y no se dan en serie. Lo que si es necesario para un especialista (cualquiera que sea su rama) es el esforzarse en adquirir, mantener y aumentar los conocimientos básicos de la medicina y hacer lo mismo con los de la especialidad. Finalmente, actuar sólo como ORL general, o dedicarse plenamente a una subespecialidad, evitando el perderse de horizontes en el campo reducido en el que va a trabajar, porque no es un investigador en sentido estricto (en sentido lato lo somos todos) sino un clínico, y debe poseer la capacidad suficiente para no actuar como agente yatrógeno para su paciente por exceso de especialización.

Y para obtener esos desiderata ¿qué proponemos?

Una enseñanza basada en estos tres principios:

1o. No querer aplastar a nuestros alumnos con conocimientos que no se hallen a su alcance.

2o. Enseñar lo esencial, bien enseñado, pues sólo así es seguro que lo aprendido será bien aplicado. (Inútil memorizar la fórmula de la impedenacia si no se tienen conceptos matemáticos).

3o. Impartir clases clínicas y quirúrgicas auténticas, para que los futuros otorrinolaringólogos estén seguros de que lo que hagan está bien hecho y que no van a dedicarse a experimentar en "anima nobile".

A partir de los enunciados anteriores y en relación con la capacidad personal de cada futuro ORL, ellos mismos elegirán su camino y mejorarán sus conocimientos, hasta superarse y superar a sus antecesores.

Alteraciones sensorineurales en las otitis medias supuradas crónicas *

Dr. Roosevelt GÓMEZ FLORES (**)

El autor llama la atención sobre la presencia de alteraciones sensorineurales en las otitis medias supuradas crónicas y analiza los resultados obtenidos del estudio clínico y audiológico, en un grupo de 150 enfermos y los compara con los obtenidos experimentalmente por Paparella y cols. Destaca al mismo tiempo los puntos de interés práctico para el tratamiento y profilaxis de esas lesiones en los pacientes con otitis crónicas.

INTRODUCCION

La otitis media constituye por su frecuencia y por las secuelas que ocasiona, una de las entidades que mantienen un interés constante en los otorrinolaringólogos.

La hipoacusia conductiva es una de las secuelas que generalmente se presentan en este padecimiento y su tratamiento ocupa muchos de los esfuerzos del otorrinolaringólogo, sin embargo, no siempre se da suficiente importancia a la coexistencia de las lesiones sensorineurales, que a menudo acompañan al padecimiento que nos ocupa.

Diversos autores han hecho referencia a la presencia de hipoacusias mixtas en casos de otitis medias crónicas explicando la lesión sensorineural por fenómenos no bien probados experimentalmente. Thor-

burn menciona que podría tratarse de una degeneración coclear de aparición y evolución insidiosa. Hulka estudió 30 pacientes, 23 con exacerbaciones agudas de otitis crónica y siete en el primer episodio de dicha enfermedad. La hipoacusia durante la fase aguda, fue medida y comparada con la existente en los mismos oídos después de curados. La mayoría de los pacientes mostraron un aumento en la conducción ósea para las frecuencias bajas y una disminución para las altas durante el estado agudo. Una vez curados del estado agudo, las frecuencias bajas volvieron a la normalidad mientras que las altas no mejoraron.

Gardenhi también estudió este problema en 50 pacientes con otitis media crónica purulenta y encontró que en 22 de ellos había evidencia de lesión coclear y mostraron una hipoacusia sensorineural con reclutamiento.

Bluvshtein estudió un grupo de enfermos con otitis media crónica purulenta y en 37.5% encontró lesión sensorineural.

Diversos autores como Turner y Fraser, Druss y Sprow, Altman, Waltner y Mayer consideran que la membrana de la ventana redonda es la vía por donde pasa la infección al laberinto. Mackenzie en cambio piensa que la lesión del órgano de Corti es secundaria a la difusión de toxinas que pasan a través de la membrana de la ventana redonda intacta, desencadenando una laberintitis serofibrinosa. Dean y Wolff demostraron la presencia de edema e invasión de células inflamatorias en la membrana de la ventana redonda.

Basándose en estos hallazgos Paparella y Cols.^{1,2} investigaron la pérdida sensorineural haciendo un estudio clínico de enfermos afectados por otitis media supurada crónica, examinaron cortes histológicos de temporales humanos y llevaron a cabo un estudio experimental con animales (cobayos) en los que provocaron infecciones en el oído medio y luego hicieron una correlación de los hallazgos en cortes histopatológicos.

ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia de las otitis medias supuradas crónicas es bien conocida y no es motivo de análisis en el presente trabajo. Nos interesa fundamentalmente comentar la vía por la que se produce la lesión coclear en pacientes con otitis media supurada crónica.

De acuerdo con Dean y Wolff la ventana redonda juega un papel importante en la trasmisión de la infección del oído medio hacia el laberinto. Esto ha sido demostrado por Paparella en los estudios histopatológicos que efectuó, tanto en animales como en humanos y es importante hacer algunas consideraciones anatómicas de la ventana redonda, para poder comprender mejor el mecanismo por el que se produce la lesión coclear.

La membrana que cubre la ventana redonda está formada por tejidos blandos y sirve para separar el oído medio del oído interno, participa en la diferencia de fases, permitiendo así los movimientos de los líquidos laberínticos y es una membrana semipermeable, por lo que permite que pasen a través de ella

(*) Trabajo leído en el XXVII Congreso Nacional de Otorrinolaringología, Zacatecas, Zac. lo. al 5 de Mayo de 1978, Trabajo ganador del premio "Burroughs Wellcome".

(**) Otorrinolaringólogo del Hospital Auxiliar de Pemex, Villahermosa, Tab.

algunos elementos químicos de los fluidos.

Las finas estructuras de la membrana de la ventana redonda han sido descritas por Kawabata y Paparella² estando formada por 3 capas: Una capa epitelial compuesta por células aplanadas no ciliadas, que se continúan con la mucosa de la caja timpánica; una capa media por debajo de la capa epitelial en la que hay fibrocitos con extensiones, que forman una malla de células continuas, con grandes espacios intercelulares llenos de colágena y fibras elásticas; y una capa interna que se continúa con la rampa timpánica y está formada por células delgadas y elongadas, con expansiones citoplásmicas delgadas.

La membrana mide aproximadamente de 0.065 mm. de espesor de acuerdo con Dean y Wolff; la ventana redonda mide aproximadamente 1 mm. en su eje menor por 2 mm. en su eje mayor según Donaldson. En circunstancias normales, en la región de la ventana redonda existen esencialmente células no ciliadas.

Es importante anotar varias características anatómicas que favorecen el paso de la infección del oído medio hacia el oído interno: a) la membrana de la ventana redonda está situada profundamente en el nicho, b) en ocasiones existen en el niño remanentes de mesénquima en el seno timpánico que se reabsorben lentamente, pudiendo llegar a infectarse, c) la colección de secreción en el nicho de la ventana redonda drena con dificultad, teniendo en cuenta que no hay células ciliadas en este sitio; además la secreción purulenta se puede almacenar en los senos timpánicos especialmente cuando el paciente está erecto.

Estos factores favorecen el que se colecte por sobre el nicho de la ventana redonda, produciendo así una contaminación química por absorción de toxinas a través de la membrana.

Rauch ha demostrado un aumento en la deshidrogenasa láctica y especialmente de la deshidrogenasa málica en la perilinfa de algunos cobayos después de producir experimentalmente una infección en el oído medio.

Paparella, Makoto, Fumohisa y

Dennis¹ refieren en sus estudios histopatológicos de la membrana de la ventana redonda, que los cambios más marcados en dicha membrana, se produjeron cuando existía una otitis media aguda o crónica, más que en las otitis medias serosas o en oídos controles.

Se encontraron lesiones de las células ciliadas en la vuelta basal, sobre todo en las otitis medias supuradas y en algunos casos se observaron células ciliadas anormales localizadas en la porción más baja de la vuelta basal. Estos hallazgos son de gran importancia clínica, ya que al presentarse durante la infancia, hacen al oído más susceptible a las lesiones que puede sufrir el sujeto más adelante, como la presbiacusia o el trauma acústico.

Se ha demostrado también que en pacientes con otitis media crónica supurada, que cursan además con una enfermedad generalizada, ésta contribuye a la disminución de la resistencia de la membrana de la ventana redonda, como ocurre en la diabetes mellitus, el hipotiroidismo, los linfomas, etc.^{1 2 3}

MATERIAL Y METODO

Se revisaron 400 casos de pacientes con otitis media supurada crónica del "Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Central Pemex" (México, D. F.). De éstos solamente fueron incluidos para el estudio 204 oídos, que corresponden a 150 pacientes, 55 que cursaron con infecciones bilaterales y 95 monolaterales. El oído sano sirvió de comparación con el oído enfermo, para establecer así el grado de lesión sensorineural, así como para excluir la consideración de la presbiacusia en pacientes viejos.

La edad promedio de los pacientes estudiados fue de 32 años, correspondiendo 82 al sexo masculino y 68 al femenino.

Se tomó en cuenta para este estudio, que los pacientes no tuvieran antecedentes de: a) cirugía otológica previa; b) historia familiar de hipoacusia; c) signo positivo de la fistula o como hallazgo transoperatorio; d) exposición previa a drogas ototóxicas; e) laberintitis franca; f) exposición frecuente a ruidos.

Los datos audiológicos fueron

analizados de acuerdo a varios parámetros. Se hizo comparación de la pérdida de la conducción ósea según el tiempo de duración de la enfermedad (tabla I). Se analizó la pérdida sensorineural comparando curvas audiométricas de la vía ósea por décadas (tabla II) y se comparó la curva monolateral del oído sano contra el oído enfermo (gráfica 1). Tomando en cuenta, los casos comprendidos entre los 20 y 50 años, se compararon las curvas promedio de la vía ósea en relación con la duración de la enfermedad (gráfica 2) y finalmente se compararon las curvas promedio de la vía ósea de nuestros casos, por décadas (40-49 años, 50 a 59 años y más de 60 años) con las curvas promedio de oídos "normales" encontradas por Glorig y Nixon.^{1 2 5 6}

RESULTADOS

Se observó claro incremento de la pérdida de la conducción ósea cuando mayor era la duración de la enfermedad para las frecuencias altas, predominando en nuestro estudio la frecuencia de 2000 Htz. (tabla I y gráfica 2).

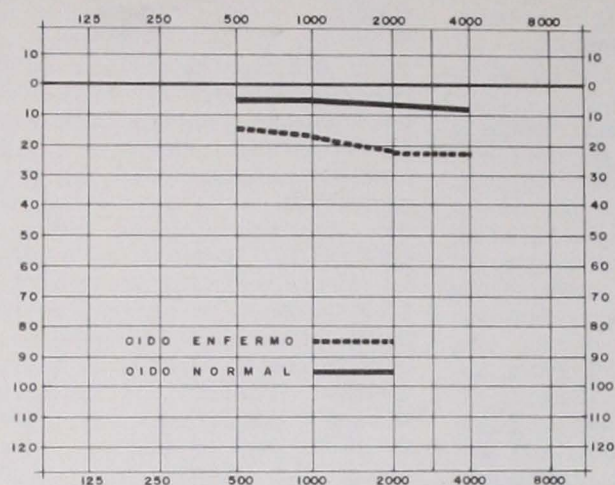
En la comparación por décadas, también se observó una baja sensorineural de importancia en todos los grupos de más de 20 años de edad, encontrando en el oído enfermo una baja de 35.4 dB de promedio en la frecuencia 2000 Htz. y de 33.6 dB en la de 4000 Htz. (tabla II).

Comparando las curvas de presbiacusia presentadas por Glorig y Nixon, con nuestros casos, encontramos una baja significativa en los oídos infectados que fue mayor en el grupo de más de 60 años. (gráficas 3, 4 y 5).

Los pacientes del grupo de 20 a 50 años de edad con otitis media crónica unilateral, registraron una baja sensorineural en el oído enfermo comparado con el oído sano de 22.9 dB de promedio a 2000 Htz. y 22.6 dB a 4000 Htz. (gráfica 1).

COMENTARIO

Los trabajos de Paparella y Cols.^{1,2} han demostrado el importante papel que juega la membrana de la ventana redonda en el meca-



GRAFICA No. 1

CURVAS COMPARATIVAS ENTRE LA VIA OSEA DEL OÍDO NORMAL Y ENFERMO, EN PACIENTES DE 20 A 50 AÑOS, CON OTITIS UNILATERAL.

TABLA No. I

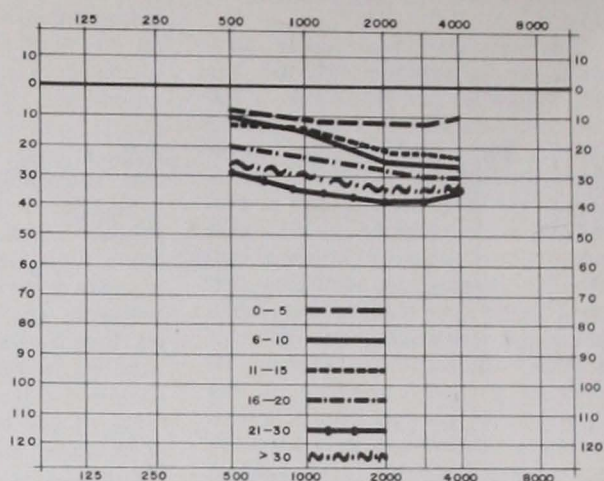
BAJA AUDITIVIDAD DE LA CONDUCCION OSEA RELACIONADA CON LA DURACION DE LA ENFERMEDAD

Edad en años	No. de casos	CPS 500	CPS 1000	CPS 2000	CPS 4000
0-5	59	12.7	13.0	22.5	22.6
6-10	43	10.0	14.0	16.6	16.3
11-15	22	9.0	11.1	12.9	10.4
16-20	24	21.6	25.2	28.3	27.0
21-30	21	29.2	33.8	37.8	33.0
> 30	35	21.4	30.8	35.0	32.1

TABLA No. II

BAJA DE LA CONDUCCION OSEA POR DECADAS

Edad en años	No. de casos	CPS 500	CPS 1000	CPS 2000	CPS 4000
0-9	20	6.0	6.7	11.2	12.0
10-19	52	5.2	7.7	8.2	8.6
20-29	26	18.2	18.8	25.1	21.1
30-39	27	17.7	21.2	21.4	21.8
40-49	46	17.3	24.2	28.9	24.6
50-59	23	33.2	38.9	50.6	51.7
60 +	10	28.5	35.5	51.0	49.0



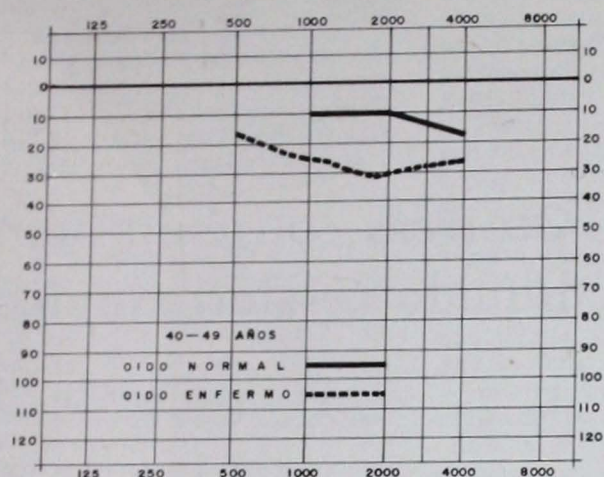
GRAFICA No. 2

VARIACION DEL UMBRAL DE LA VIA OSEA SEGUN LA DURACION DE LA ENFERMEDAD.

nismo de transmisión de la infección del oído medio hacia el oído interno produciendo lesiones cocleares.

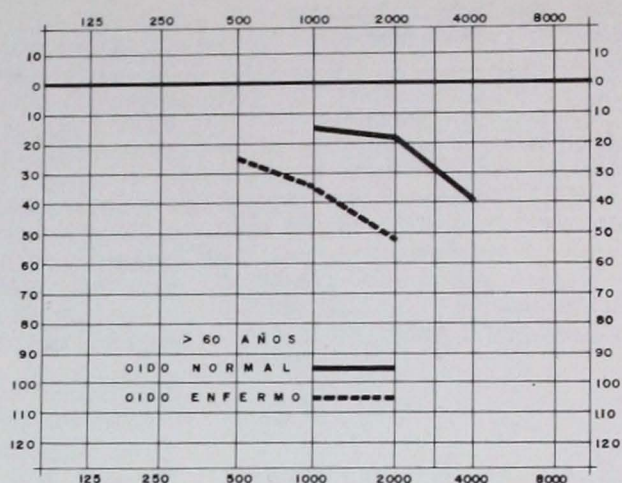
Haciendo la revisión de nuestros casos, son pacientes que todos ellos cursaron con otorrea crónica intermitente, algunos con colesteatoma y otros con una enfermedad generalizada asociada.

Comúnmente ocurren en las otitis medias crónicas, cambios inflamatorios de la mucosa del oído medio, así como formación de tejidos de granulación y adherencias. Algunos autores piensan que esto podría alterar la movilidad de la membrana de la ventana redonda y traer como consecuencia la baja sensorineural, pero se ha extirpado quirúrgicamente este tejido, dejando libre la membrana y sin embargo persiste la hipoacusia, lo que sugiere que la obstrucción mecánica no es la causa de la enfermedad coclear.¹ En varios de nuestros casos que cursaron con tal situación, comprobamos lo anterior ya que después de haber sido intervenidos habiéndose dejado libre el nicho de la ventana redonda, la curva preoperatoria de la vía ósea no varió. Es importante también hacer notar que los pacientes en los que se encontró que el tejido de granulación obliteraba el nicho de la ventana redonda, fueron los que presentaron mayor pérdida sensorineural comparados con los de ventana libre o normal. La misma situación aconteció con los enfer-



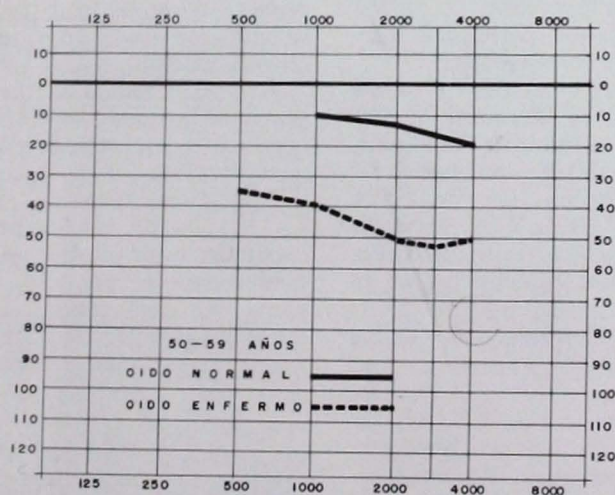
GRAFICA No. 3

- CURVA PROMEDIO PARA LA VIA OSEA DE OIDOS NORMALES EN LA DECADA DE 40-49 AÑOS SEGUN GLORIG Y NIXON.
- CURVA PROMEDIO PARA LA VIA OSEA DE OIDOS INFECTADOS DE ESTE ESTUDIO EN LA DECADA DE 40-49 AÑOS.



GRAFICA No. 4

- CURVA PROMEDIO PARA LA VIA OSEA DE OIDOS NORMALES EN + DE 60 AÑOS SEGUN GLORIG Y NIXON.
- CURVA PROMEDIO PARA LA VIA OSEA DE OIDOS INFECTADOS DE ESTE ESTUDIO EN + DE 60 AÑOS.



GRAFICA No. 5

- CURVA PROMEDIO PARA LA VIA OSEA DE OIDOS NORMALES EN LA DECADA DE 50-59 AÑOS SEGUN GLORIG Y NIXON.
- CURVA PROMEDIO PARA LA VIA OSEA DE OIDOS INFECTADOS DE ESTE ESTUDIO EN LA DECADA 50-59

mos que cursaban además de la otitis media crónica con alguna enfermedad como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enanismo hipofisiario, etc., en quienes también se registró una marcada baja sensorineural, sobre todo en las frecuencias altas y en algunos anacusia del oído infectado.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio son muy similares a los obtenidos en los estudios audiológicos reportados por Paparella y Cols., con pequeñas variaciones no significativas atribuibles a la diferencia en el número de casos estudiados. En conclusión podemos afirmar que: a) a mayor tiempo

de evolución de la infección se demuestra mayor pérdida sensorineural; b) la curva de la vía ósea es más baja en el oído infectado, comparado con el contralateral sano; c) las curvas de la vía ósea en pacientes de más de 40 años, con infecciones en el oído medio, fueron más bajas que las curvas promedio para su edad, tomando en cuenta el factor presbiacusia, según las curvas promedio publicadas por Glorig y Nixon.

BIBLIOGRAFIA

1. Paparella M., Michael; Makoto Oda Fumihisa, Hiraide; Dennis, Brady: Pathology of Sensorineural Hearing Loss in Otitis Media. Ann. Otol: 81:632-647, 1972.
2. Paparella M., Michael, and Dennis R., Brady; Hoel, Richard: Sensorineural hearing loss in chronic otitis media and mastoiditis. Tr. Am. Acad. Ophth. & Otol.; Vol. 74, 109-113; Jan.-Feb., 1970.
3. Kawabata, Isuzu; Paparella M., Michael: Fine Structure of the round window membrane. Ann. Otol., & Laryng. 80:13-26, February, 1971.
4. Verhoeven, Louis: The examination of the ear in chronic otitis media. The Journal of Laryngology and Otology. Vol. 75:962-71.
5. Paparella M., Michael; Suguira, Shigera: The pathology of suppurative labyrinthitis. Ann. Otol.; 81:632-647, 1972.
6. Glorig Aram and Nixon James: Hearing loss as a function of age. The Laryngoscope; 72-11, 1596-1610, 1962.

Otorreas congénitas de líquido cefalorraquídeo

Andrés BUSTAMANTE Balcárcel*
José Antonio ARROYO CASTELAZO

Se presentan tres pacientes con problemas de origen congénito en los cuales existe paso de L.C.R. al oído. El primero de ellos es un meningocele congénito en mastoides que al romperse provoca la salida de L.C.R. al oído medio. El segundo corresponde a un caso de fijación congénita del estribo con salida abundante de L.C.R. al quitar la platina. El tercero se trata de una malformación mixta de oído medio e interno en el cual al intentar crear una ventana en el promontorio se provocó la salida de L.C.R.

Se analizan en el trabajo otras circunstancias y el diagnóstico de cada una de ellas.

En algunas malformaciones del oído, es posible que por rutas diferentes, pase L.C.R. al oído externo, al medio o al interno.

El primero en conocer este problema fue Escart¹ (1897) quien describió un caso en el cual escurría L.C.R. del tercio interno del conducto auditivo externo.

El objeto de esta comunicación es analizar las diferentes anomalías congénitas en las cuales se presenta una comunicación anormal entre el oído y el espacio subaracnoideo, de tal manera que en un momento dado, se origina otorrea. Este

análisis es de gran importancia para formar un criterio adecuado que permita el diagnóstico y ulteriormente, establecer la conducta terapéutica.

El L.C.R. puede pasar directamente del espacio subaracnoideo al oído medio. Esto sucede cuando existe una malformación en la base del cráneo que permita la formación de un meningocele.

Koch² describe un caso y señala que al revisar la literatura, se habían descrito solamente dos más. Dysart³ nos habla de que estos meningoceles pueden ser múltiples. Anderson⁴ y Levy y Col., hacen la observación de que estos meningoceles se forman principalmente en la zona del epitímpano.

Cuando el meningocele no se ha roto, el paciente presenta una hipoacusia conductiva y al ponerse el meningocele en contacto con el tímpano da una imagen sugestiva de otitis media aguda. En estos casos la punción timpánica rompe el meningocele y se inicia la salida de L.C.R. por el oído externo.

Si el meningocele se rompe espontáneamente puede dar lugar a cuadros de meningitis de repetición. Habitualmente es fácil identificarlo en la operación y su estudio histopatológico demuestra la presencia de tejido cerebral en la bolsa.

CASO No. 1

Paciente femenino de 48 años de edad que presenta desde hace dos años acúfeno e hipoacusia en oído izquierdo. Relata la paciente

que meses antes se le colocó un tubo de polietileno en el tímpano, por el cual salía líquido transparente. Desde entonces, el escurrimiento se presenta coincidiendo con esfuerzos físicos o al adoptar la posición de decúbito lateral izquierdo. Tres meses antes de la primera consulta, notó otorrea purulenta que desapareció con tratamiento médico.

A la exploración se encontró un tímpano normal con hipoacusia conductiva superficial en oído izquierdo (Fig. 1).

Con diagnóstico de fístula de L.C.R. al oído medio, se practicó mastoidectomía exploradora, encontrándose a nivel del tegmen timpáni, una tumoración redondeada aproximadamente de 1 cm. de diámetro. Se procedió a extirparla, cu-

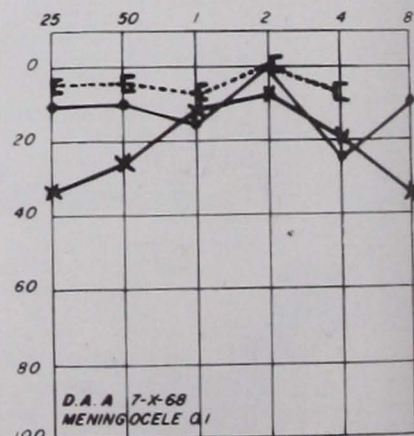


Fig. 1. Audiometría con tonos puros del caso No. 1 en el cual existía líquido cefalorraquídeo en el oído medio por ruptura de un meningocele congénito de la mastoides.

* Jefe del Departamento de ORL del Instituto Nacional de Neurología de México.

biendo el defecto de la duramadre con músculo temporal.

El estudio anatómico demostró que se trataba de un meningocele. Desde entonces a la fecha, la paciente se encuentra asintomática y con audición normal.

COMENTARIO

De los casos revisados en la literatura y uno observado por nosotros, puede deducirse que el cerrar con fascia el defecto de la duramadre da buenos resultados. Otra circunstancia congénita que da lugar a escurrimiento de L.C.R. al oído medio, es la malformación consistente en una amplia comunicación entre el espacio subaracnoideo y el oído interno, más un defecto en la ventana oval.

En este grupo podemos encontrar dos tipos diferentes: aquel en que el problema congénito está localizado en el oído y otro que además, se acompaña de malformaciones en otras partes del organismo.

Entre los casos sin otras deformaciones congénitas, tenemos el citado por Nenzelius,⁵ en el cual no fue posible conocer el sitio por donde pasaba el L.C.R. al oído medio. Barr y Wersall⁶ hacen referencia a que la platina tenía una perforación. Igual caso que el descrito por Bennet.

Rockett y col., Kauffman y col.,⁸ demostraron que el paso del L.C.R. al oído interno se debe a un defecto en el conducto auditivo interno. Gunderson y Haye⁹ señalan que en un enfermo el L.C.R. salía del oído medio por los bordes de la platina y en otro, el estribo presentaba una perforación. Ambos dieron la impresión al autor, de que la comunicación al oído interno se verificaba a través del conducto auditivo interno. Otros casos han sido descritos por Stroud y Calcaterra¹⁰ y Farrior.¹¹

Estos pacientes son anacúsicos y tienen entre sus antecedentes el haber padecido varias veces meningitis. Algunos de ellos presentan cuadros frecuentes de vértigos, como uno de los pacientes de Farrior. Cuando se sospechan, es necesario hacer un estudio tomográfico, con el fin de identificar alguna deformidad que nos oriente sobre el sitio por el que pasa el líquido L.C.R.

al oído interno. Importante es practicar una mielocisternografía con el objeto de conocer con mayor precisión el camino que el L.C.R. sigue, tal como lo pudo demostrar Kauffman⁸ y col. El tratamiento más fácil es taponar el oído interno con grasa o fascia. La audición en estos pacientes no importa ya que habitualmente son ancúsicos. Este mismo cuadro puede acompañarse de otras deformidades como en uno de los casos de Bennet⁷ en el que existía síndrome de Klippel-Feil asociado.

En un paciente con Klippel-Feil, estudiado por uno de los autores (ABB), fue posible apreciar en el examen postmortem que tenía un enorme saco endolinfático que probablemente permitía una comunicación entre el espacio subaracnoideo y el oído interno (Fig. 2). Al convertirse en frecuente la estapedectomía quirúrgica, aparecieron relatados casos de fijación congénita del estribo. En algunos de ellos al extraer la platina salía L.C.R. en grandes cantidades. (House¹² y col., Schlosser¹³ y col.).

En enfermos de este tipo con fijación congénita de la platina, parece existir un factor hereditario importante tal como lo señala Nance¹⁴ y col. Farrior ha estudiado cuatro casos y refiere que existen en la literatura otros veintidós. Pre-

sentan una hipoacusia mixta que va aumentando con la edad y habitualmente tienen buena evolución del lenguaje cuando se les ayuda con una prótesis auditiva.

Farrior¹¹ piensa que lo adecuado para el manejo de estos pacientes, es el tratar de cerrar el espacio que permite el paso del L.C.R. al oído interno. Este autor considera que el paso se realiza a través del acueducto de la coclea y señala un método para cerrarlo. Los resultados aún no parecen ser del todo convincentes.

CASO No. 2

Paciente de siete años con hipoacusia mixta bilateral desde el nacimiento, tiene un hermano con un defecto en la audición similar al suyo (Fig. 3). A partir de los tres años usa prótesis auditiva y se encuentra en tratamiento rehabilitatorio. Cuando tenía 5 años, se le practicó revisión de caja del oído izquierdo, habiéndose notado salida abundante de perilinfa al intentar extirpar el estribo. El 16 de febrero de 1968, se llevó a cabo cisternografía con material opaco sin lograr visualizar comunicación del espacio subaracnoideo con el oído interno. El estudio radiográfico, incluyendo tomografía, resultó normal. El 21 de febrero de 1968, se

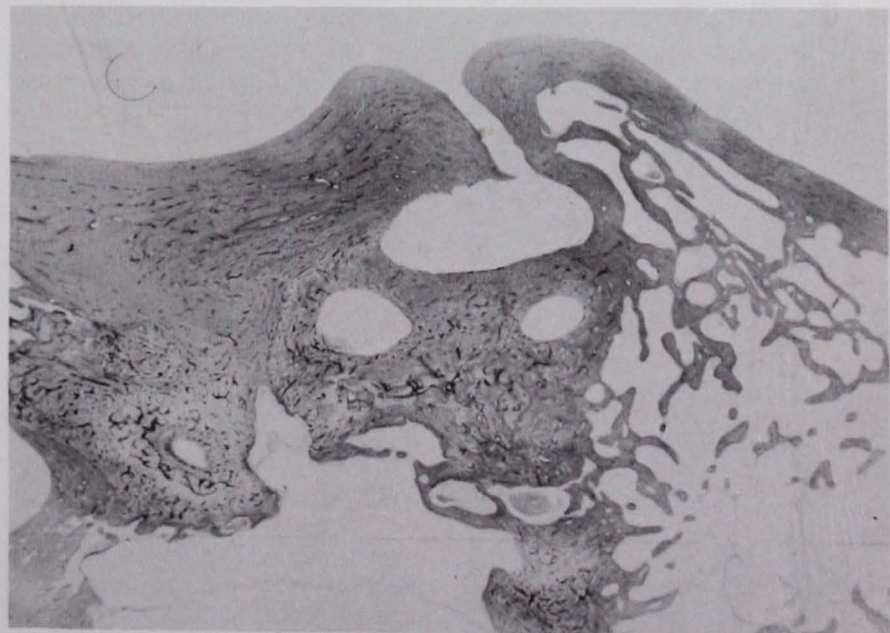


Fig. 2. Paciente con deformidad de Mondini en un caso de asociación con síndrome de Klippel-Feil y deformidad del oído. En este corte se aprecia un saco endolinfático muy amplio. (Colección del laboratorio de huesos temporales del Instituto Nacional de Cardiología).

le practicó craneotomía suboccipital con el fin de explorar la cara pósterosuperior del peñasco. No se encontró anomalía alguna. Se procedió a cerrar con músculo y Gelfoan la zona correspondiente al orificio del conducto perilinfático. El paciente después de la intervención no mejoró, quedando en condiciones similares a las preoperatorias.

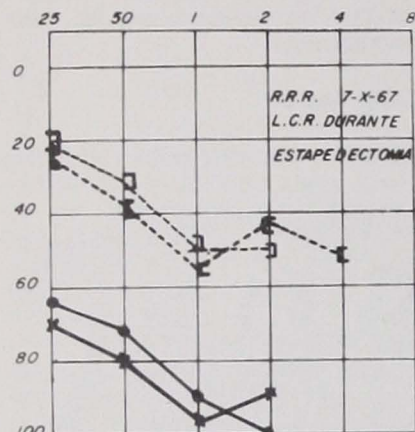


Fig. 3. Audiometría tonal del caso No. 2. En este paciente existía fijación congénita del estribo. Al quitar la platina salió abundante L.C.R.

COMENTARIO

Este caso hace pensar que la comunicación en este tipo de pacientes, probablemente no se realiza por el conducto perilinfático como lo han pensado algunos autores. En algunos casos es posible que esta condición se acompañe de otras deformaciones en el organismo como el síndrome otopalatodigital. Buran (1967).

No solamente en la fijación congénita de la platina se puede encontrar al abrir el laberinto, que existe una corriente importante de L.C.R. al oído interno; es posible verla asociada a otosclerosis como en el caso descrito por Ward (1961), o en malformaciones del oído medio como en el caso siguiente:

CASO No. 3

Paciente con fijación congénita de la platina, de 7 años, de sexo masculino; producto de un embarazo de seis meses que al naciendo,

presentó microtia bilateral, parálisis facial derecha periférica e imperforación del ano. Aproximadamente a los seis meses de edad, notaron hipoacusia profunda; su desarrollo psicomotor fue ligeramente retardado y no logró desarrollar lenguaje.

A la exploración, además de los datos ya señalados, se apreció atresia del conducto auditivo externo izquierdo y estrechez del derecho. El estudio audiométrico, mostró una hipoacusia mixta bilateral de predominio neurosensorial (Fig. 4).

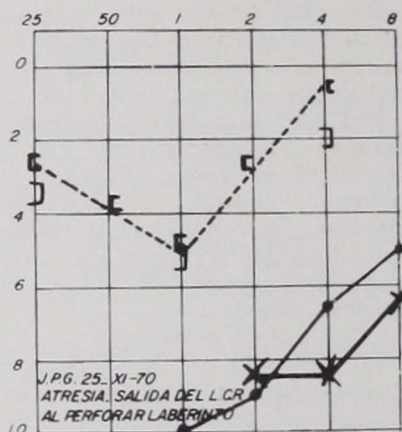


Fig. 4. Caso No. 3. Audiometría tonal. Malformación de oído medio e interno. Al tratar de crear una ventana en el promontorio, se obtuvo gran cantidad de L.C.R.

El día 12 de junio de 1971, se practicó exploración quirúrgica del oído derecho, encontrándose en la caja el facial descubierto. No existía estribo. En una zona azul que daba la impresión de ser el sitio de la platina, se perforó la cápsula laberíntica con la idea de hacer una ventana. Esta maniobra ocasionó la salida a presión del L.C.R. que fue controlada parcialmente colocando fragmentos de Gelfoam.

La evolución del paciente fue normal sin lograrse mejorarla de la audición.

COMENTARIO

En la actualidad, es factible mediante el análisis de la historia clínica, sospechar la existencia de una amplia comunicación entre el espacio subaracnoideo y el oído.

Parece claro que después de estudiar los diferentes tipos de o-

rreas congénitas de L.C.R., se pueda, a base del estudio clínico y radiológico, diagnosticar en la mayoría de los casos, ante qué tipo de malformación congénita se está.

Algunas veces se puede aplicar una conducta terapéutica bien definida, con la que se obtienen buenos resultados, como en los casos de meningocele y en los de anacusia con meningitis de repetición.

BIBLIOGRAFIA

- Escart: Citado por Nenzelius (1951).
- Koch, H.: Meningocele of the temporal bone. *Acta Otolaryng.* 38:59, 1950.
- Dysart, B. R.: Spontaneous cerebrospinal otorrhea Report a case with Successful Surgical Repair. *Laryngoscope.* 63:935, 1959.
- Anderson, P.: Brain herniation into middle ear. An alarming tympanotomy. *J. Laryng.* 84:569, 1970.
- Nenzelius, C.: On spontaneous cerebrospinal otorrhea due to congenital malformations, *Acta Otolaryng.* 39: 315, 1951.
- Barr, B. and Wersall, J.: Cerebrospinal otorrhea with Meningitis in congenital Deafness. *Arch. Otolaryng.* 81:26, 1965.
- Bennet, R. J.: Subarachnoid Tympanic fistulae. A report of two cases of the rare interest type. *J. Laryng.* 80:1242, 1966.
- Kaufman, B. V.; Jordan, M. and Pratt, L. L.: Positive contrast demonstration of a cerebrospinal fluid fistula through the fundus of the auditory meatus. *Acta Radiológica.* 9:83, 1969.
- Gundersen, T. and Haye, R.: Cerebrospinal Otorrhea. *Arch. Otolaryng.* 91:19, 1970.
- Stroud, H. M. and Calcaterra, T. C.: Spontaneous perilymph fistulas. *Laryngoscope.* 80:479, 1970.
- Farrior, J. B.; Endicott, J. N.: Congenital mixed deafness: Cerebrospinal fluid otorrhea. Ablation of the aqueduct of the cochlea. *Laryngoscope.* 81:684, 1971.
- House, H. P.; House, W. F., and Hildyard, V. H.: Congenital stapes footplate fixation. *Laryngoscope.* 68: 1389, 1958.
- Schlosser, W. D.; Goldman, B. R. and Winchester, R. A.: Further experiences with diagnosis and surgical management of congenital deafness. *Laryngoscope.* 74:773, 1964.
- Nance, W. E.; Setleff, R.; Mc Leos, A.; Sweeney, A.; Cooper, C. and Mc Connell, F.: X-Linked Mixed Deafness with Congenital Fixation of the Stapedial Footplate and Perilymphatic Gusher. *The Clinical Delineation of Birth Defects.* Vol. 7:64, 1971. Williams and Wilkins Baltimore.
- Ward, H. P.: Cerebrospinal fluid otorrhea. A Complication in stapes surgery. *Arch. Otolaryng.* 74:57, 1961.

Teratoma nasal * (presentación de un caso)

Dr. Ricardo LLAMA LINDSEY**
Dr. Antonio SODA MERRY**
Dr. Mariano HERNÁNDEZ GORÍBAR**

Se presenta un caso de teratoma en el recién nacido, de localización exclusivamente nasal, que fue tratado quirúrgicamente en forma exitosa. Se efectúa además revisión de la literatura, presentándose la clasificación anatomopatológica de los teratomas, así como su localización más frecuente y la forma en que deben ser tratados.

Los teratomas son tumores raros cuyos sitios principales de presentación son las gonadas, el mediastino anterior y el área sacrococcígea. Dentro de la esfera otorrinolaringológica, los teratomas de la nasofaringe están bien identificados como un grupo de tumoraciones que pueden provenir del seno esfenoidal, del paladar duro o blando y de la mandíbula.

Existen excelentes revisiones de la literatura como se puede constatar en los artículos de Ehrlic y Walker,¹ Baugh y O'Donoghue,² Foxwell y Kelhan,³ Hankins y Har-

ding⁴ y otros autores^{5, 6, 7} quienes han publicado casos de teratomas en el recién nacido y en lactantes, la mayoría situados en la línea media o en la pared lateral de la nasofaringe, Sollee.⁸

El propósito de la presente comunicación es presentar un caso de teratoma del recién nacido que se encontraba localizado exclusivamente en la nariz.

CASO CLINICO

Recién nacido, del sexo femenino, producto del 1er. embarazo de 40 semanas, que cursó sin complicaciones y con control prenatal. Antecedentes maternos de ingestión de drogas teratógenas, negativos. Peso al nacimiento 2.950 kgs.; tuvo un Apgar de 9 y fue referido al Departamento de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico "La Raza" del I.M.S.S. por presentar una masa que cubría un tercio de la cara, que interfería con la respiración nasal y producía presión sobre el lóbulo nasal. La tumoración medía aproximadamente 11 x 5 x 4 cms., pediculada y con implantación en meato medio derecho, en un área de aproximadamente 0.5 cms., de coloración violácea y de consistencia dura (Figs. 1 y 2).

Se practicó punción de la masa tumoral, que resultó negativa. El estudio radiológico de serie ósea mostró esqueleto normal. La radiografía de senos paranasales y la tomografía, mostraron indemnidad de estructuras óseas y septum desviado hacia la izquierda. Los exámenes de laboratorio y pruebas de tendencia hemorrágica fueron normales.



Fig. 1. Aspecto de la tumoración cubriendo un tercio aproximadamente de la cara.

* Trabajo presentado en la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología el día 6 de Septiembre de 1977.

** Del Departamento de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico "La Raza" I.M.S.S.



Fig. 2. Vista lateral de la tumoración donde se observa que proviene de fosa nasal derecha y produce compresión importante del lóbulo nasal.

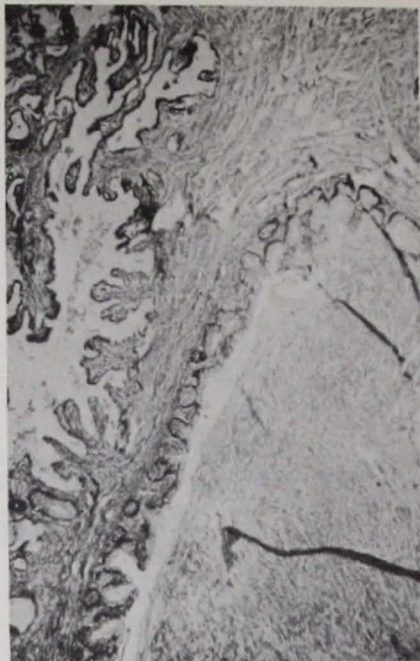


Fig. 5. Zona del tumor que muestra proyecciones papilares revestidas por epitelio, que corresponde a intestino, células caliciformes y glándulas mucosas.

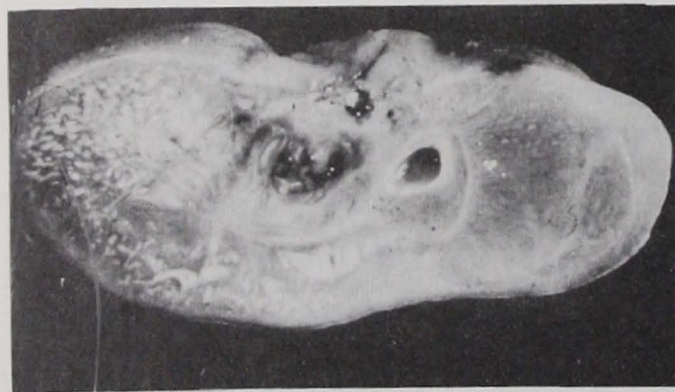


Fig. 3. Vista macroscópica de la pieza operatoria, en corte longitudinal. Se aprecian, a la derecha, zonas blanquecinas de cartilago y a la izquierda, material mixoide de naturaleza conectiva.



Fig. 6. Area constituida por folículos de diverso tamaño, formados por células cúbicas, ocupados por material coloidal. Imagen correspondiente a glándula tiroidea.



Fig. 4. Corte histológico de la tumoración donde se observa epitelio plano estratificado, junto al cual se identifica tejido conectivo, glándulas sudoríparas y folículos pilosos.

Con el diagnóstico de probable quiste dermoide y bajo anestesia general se procedió a reseca ligando el pedículo, seccionándolo y cauterizando el área de implantación. El sangrado fue mínimo en el transoperatorio. Se colocó taponamiento anterior que fue retirado al quinto día sin complicaciones.

El examen histopatológico mostró: neoplasia formada por elementos histológicos de diversas capas blastodérmicas, en la cual se reconocen glándulas mucosas y epitelio intestinal, tiroideo, así como músculo liso, vasos y tejido adiposo. En la superficie hay epitelio pavimentoso, estratificado, con zonas ulceradas. Diagnóstico histopatológico: Teratoma benigno (Figs. 3, 4, 5 y 6).

La evolución postoperatoria fue satisfactoria y actualmente, diez meses después, sólo se observa desviación del septum a la izquierda,

asimetría de narinas y no existe evidencia de recurrencias (Fig. 7).

COMENTARIO

La etiología de los teratomas permanece aún obscura, sin embargo, existen dos teorías para explicarlos.⁹ La primera establece que el teratoma representa un gemelo incluido en el huésped o que deriva de las propias células desplazadas del huésped. La segunda establece que el teratoma representa un tejido pluripotencial que en estado de blástula aún, escapa a la acción de los inductores y crece de manera



Fig. 7. Aspecto de la paciente, diez meses después de la operación. Se aprecia asimetría de narinas.

desorganizada. Esta teoría es apoyada por Willis¹⁰ y Furtado.¹¹ No existe manera de comprobar ninguna de estas hipótesis, aunque pensamos que la segunda teoría es la más acertada. Ahora bien, el hecho de que la mayoría de los teratomas en cualquier parte del organismo que se encuentren, tienden a desarrollarse en la línea media, puede indicar que son el resultado de errores de fusión, ya que pueden derivar del tejido ectópico primitivo.

Arnold⁹ en 1880, hizo la primera clasificación que ha sido aceptada por la generalidad y que es la que prevalece hasta el momento. Divide a los teratomas en cuatro tipos:

1. Dermoides. Derivan del mesodermo y del ectodermo; la mayor parte de las veces son pediculados y se desarrollan cerca de la línea media y del área del esfenoides. La mayoría de los teratomas

nasofaríngeos, caen dentro de esta categoría, están cubiertos por piel, contienen folículos y glándulas sebáceas y su matriz está formada principalmente por tejido graso.

2. Teratoides. Este tipo de tumores contiene tejido de las tres capas embrionarias.

3. Teratomas verdaderos. Son similares a los teratoides, pero están tan bien diferenciados que los órganos pueden ser reconocidos histológicamente.

4. Épignatus. Este tumor representa la mayor diferenciación de los tumores embrionarios, manifestándose por un desarrollo burdo de órganos fetales, con la misma manifestación axial que el huésped y casi nunca son compatibles con la vida. Este tipo es referido en la literatura como parásito fetal o "foetus in foeto".

La degeneración maligna de un teratoma nasofaríngeo nunca ha sido publicada,¹⁰ sin embargo el tipo teratoide encontrado en otras partes del organismo ha presentado degeneración maligna en un 30%. Estos tumores tienen un crecimiento rápido y el diagnóstico diferencial debe hacerse con los tumores derivados de la nasofaringe.

El tratamiento indicado es la remoción quirúrgica completa del tumor. Cuando son tratados en forma temprana, el pronóstico es bueno, pudiéndose considerar curados.^{14 15} La cirugía es poco sangrante y si es completa se evita el riesgo de recurrencias.¹⁶

En el caso presentado, gracias al tratamiento temprano, la tumoración no llegó a producir sintomatología de insuficiencia respiratoria, ni distorsiones anatómicas importantes por la compresión. Además fue muy favorable el hecho de que el tumor, creció hacia la nariz y se exteriorizó, ya que si hubiese crecido hacia la nasofarin-

ge, las lesiones hubieran sido mucho más graves y el pronóstico diferente.

Lo consideramos interesante, porque en la literatura revisada, no encontramos ningún caso de localización exclusivamente nasal.

BIBLIOGRAFIA

1. Ehrlich, W. E.: Teratoid of Mouth. Amer. J. Oral Surg. 31:650, 1945.
2. Bauch, C. D., and O'Donoghue, R., F.: Teratoma of Tonsil, Causing Respiratory Obstruction in Newborn. Arch. Dis. Child. 30:396, 1955.
3. Foxewill, P. B., and Kelham, H. B.: Teratoid Tumors of Nasopharynx. J. Laryng. 72:647, 1958.
4. Hankins, F. D., Harding, W. G. H.: Teratoid Tumors of Pharynx. Arch. Otolaryng. 11:46, 1932.
5. Walker, E. A., Jr., Hough, J. V., and Rigual, Jr.: Teratomas of Pharynx. Amer. Surg. 29:219, 1963.
6. Ochsner, A., and Ayers, W. B.: Case of epignatus, Surgery, 30:560, 1951.
7. Cadman, T. A., and Kintzen, W.: Nasopharyngeal Teratoma, Canad. Med. Ass. J. 88:666, 1963.
8. Sollee, A. N.: Nasopharyngeal Teratoma. Arch. Otolaryngol. 82:49-51, 1965.
9. Calcaterra, T.: Teratomas of the Nasopharynx. Ann. Otol. 78:165-71, 1969.
10. Willis, R. A.: Pathology of Tumors. Butterworths, London, 1960.
11. Furtado, D., Marques, J.: Spinal Teratoma. J. Neuropathol Exp. Neurol. 10:384-93, 1951.
12. Arnold, J.: Ein Fall von congenitalem Zusammengesetztem Lipom der Zunge und des Pharynx. Chirchow. Arch. 50:482, 1880 (citado por Calcaterra).
13. Ariel, I. M., Pack, G. T.: Cancer and Allied Disease of Infant and Childhood, Little, Brown and Co., 1960.
14. Felder, H.: Bening Congenital Neoplasms: Dermoids and Teratomas. Arch. Otolaryngol. 101:333-34, 1975.
15. Blair, O. D., Sánchez, J.: Teratoma of the Tonsil. Arch. Otolaryngol. 89:745-47, 1969.
16. Howart H. W.: Teratoma Tumor of the Nasopharynx. J. Laryngol and Otolaryng. 53:386, 1938.

Miasis rinosinusal *

Dres. José Luis RAMÍREZ MELGAREJO**
Ángel QUIJANO***
José SMOLER B.****

La miasis es un padecimiento que se presenta como complicación de heridas infectadas, en las que las moscas depositan sus huevos, y el paciente no mantiene la limpieza adecuada de la herida. En varias ocasiones se ha informado en la literatura la infestación por larvas de mosca en heridas infectadas y de esta manera las larvas se alimentan del material purulento y del tejido necrótico, dejando heridas limpias que en ocasiones requieren de injertos de piel.

La miasis en Otorrinolaringología es poco frecuente, y se ve más en la provincia. Su diagnóstico se establece por la presencia de las larvas de mosca. El tratamiento consiste en la extracción de las larvas para dejar la herida limpia y el tratamiento adecuado de la misma, para evitar la reinfestación.

En este trabajo se informa de 16 casos de miasis rinosinusal.

La miasis rinosinusal en nuestro medio, es poco conocida ya que, solamente nuestros colegas de provincia ven este padecimiento con cierta regularidad. Es así como uno de los autores, al ver el primer caso, se encontró ante el dilema, no tanto en relación con el diagnóstico, que fue fácil de establecer al ver las larvas, sino en cuanto al tratamiento y el pronóstico.

Hemos revisado la literatura nacional y mundial, la serie de casos personales y los del Dr. Salvador Meza, de León, Gto., a quien agradecemos su ayuda en el estudio de estos casos. La revisión de la literatura nos mostró la importancia del tema ya que encontramos artículos en la Gaceta Médica de México de 1886¹ y 1887,² en los que se presentan casos de miasis nasal con comentarios en relación a su etiopatogenia y tratamiento. En la literatura mundial encontramos que la mayoría de los artículos son de la India³ y Ceilán.⁴ Además de casos aislados publicados en la literatura americana sobre todo en los Estados Unidos,^{5,6} Canadá⁷ e Iberoamérica.^{8,9}

La miasis es un padecimiento producido por la presencia de larvas de mosca en las cavidades del organismo humano. La miasis de localización rinosinusal es causada, en nuestro medio, por las siguientes

larvas de mosca, en orden de frecuencia decreciente: *Lucila hominivora*, *Lucila versicolor*, *Sarcophaga magnifica*, *Colliphora limensis*, *Colliphora vomitoria*.

En la India³ los casos que se publican son mucho más frecuentes, y son debidos a la mosca *Chrysomoba zina*. En Ceilán⁴ la mosca es la *Chrysomoba bezziana*, en Canadá⁷ son del género *Calliphora*, *Sarcophaga* y *Wohlfahrtia* y en los Estados Unidos^{5,6} son las moscas de los géneros *Phaenicia* y *Callitroga*.

En general estas moscas son de color azul o verde, grandes, con tinte metálico y generalmente invaden las heridas o cavidades infectadas, malolientes, en enfermos debilitados. Así se han descrito casos de miasis nasosinusal, ótica y de traqueostomía, en nuestra especialidad.

MATERIAL

Se revisaron 16 casos de miasis nasal, vistos tanto en el Hospital Civil de León, Gto., como en la práctica privada desde 1952 a la fecha. De los 16 pacientes, 12 fueron del sexo masculino y 4 del femenino correspondiendo las edades a lo que muestra la Tabla 2.

La sintomatología más frecuente fue cefalea frontal, o fronto-tem-

* Leído en el XXVII Congreso Nacional de Otorrinolaringología en Zacatecas, Zac.

** León, Gto.

*** Monterrey, N. L.

**** Hospital de Pediatría, C.M.N. I.M.S.S. México, D. F.

TABLA No. I

Sexo	No.	%
MASCULINO	12	75
FEMENINO	4	25
TOTAL:	16	100

TABLA No. II

Edad	No.	%
HASTA 2a. DECADA	1	6.25
21-30	1	6.25
31-40	1	6.25
41-50	3	18.75
51-60	3	18.75
61-70	5	31.25
71 en adelante	2	12.50
TOTAL:	16	100.00

poral intensa, epistaxis o rinorrea mucosanguinolenta, anosmia o cosmia y anorexia marcada. A la exploración física se encontró: larvas de mosca en la cavidad o cavidades nasales, atrofia de la mucosa nasal y gran cantidad de costras meliséricas. El tratamiento que se usó en estos casos fue muy variado: desde creolina al D.D.T. hasta lo que hemos considerado el más eficaz y que consiste en el uso de un anestésico local como xilocaína al 10% y la extirpación de cada una de las larvas, hasta dejar la cavidad limpia.

Esto ha permitido la extracción desde unas cuantas larvas hasta 185 en un caso. Posteriormente hay que mejorar las condiciones generales del paciente con hidratación y ali-

mentación adecuadas y el tratamiento de la atrofia nasal a base de lubricantes.

COMENTARIO

La miasis nasal es un padecimiento por invasión de larvas de mosca en heridas infectadas, úlceras o en cavidades naturales, en pacientes de edad avanzada, deshidratados y desnutridos, con malos hábitos de higiene, invadidos por las moscas. Todos estos pacientes tienen de antemano infección de las cavidades nasales y es en estas áreas en las que las moscas depositan los huevecillos y se desarrollan las larvas. Los pacientes empiezan con cefalea intensa en el lado invadido o bilateral en los ca-

sos de invasión bilateral, epistaxis o rinorrea mucosanguinolenta, por erosión de las larvas sobre la mucosa nasal. Cuando los pacientes son vistos en estas condiciones, el diagnóstico es fácil por la presencia de las larvas. El tratamiento más adecuado es el uso de un anestésico local y la extracción individual de las larvas, hasta la limpieza total de las cavidades. Esto ha permitido en algunos casos la extracción hasta de 185 larvas. Una vez lograda la limpieza de la cavidad, hay que tratar el proceso infeccioso primario de la nariz y senos, mejorar el estado general del paciente a base de hidratación y alimentación adecuadas.

Para evitar la recurrencia hay que mejorar las condiciones higiénicas del paciente, así como, evitar la reinfección de las cavidades nasales.

El pronóstico depende de que se establezcan las medidas generales ya mencionadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Careaga, A.: Nuevo caso de Myiasis. Gaceta Méd. Mex. 21:89-94, 1886.
2. Ortega, R. M.: Las larvas de las moscas en las fosas nasales o la enfermedad llamada Myiasis. Gaceta Méd. Mex. 22:3-16, 1887.
3. Bhatia, M. L.; Dutta, K.: Myiasis of the tracheotomy Wound. The J. Laryng. Otol. 79:907-911, 1965.
4. Bayer, H. G.: Malignant Myiasis of nose and ears in Ceylan. Arch. Otolaryng. 59:104-107, 1954.
5. Casterline, D. G.: Nasal Myiasis. Calif. Med. 81:38, 1954.
6. Rychman, R. E.; Halstead, B. W.: Report of a case of human nasal myiasis by the Greenbottle fly, *Phaenicia Sericata*, in San Bernardino County California. Am. J. Trop. Med. 1:711-712, 1952.
7. De Grut, H.: Myiasis in Canada. Canad., Med. In. J. 75:673, 1956.
8. Aguilar, F.; Lable, F.; Robles, R.: Consideraciones sobre la miasis nasal en Guatemala. Rev. Colegio Med. Guatemala. 11:75-79, 1960.
9. López, C. O.: As localizacoes otorhino-laringologicas das miases. Rev. Med. Cirurg. S. Paulo. 16:105-146, 1956.

ULTRASOUND OF THE PAROTID GLAND

(Ultrasonido en la glándula parótida)

Neiman, H.L., Phillips, J.F., Jaques, D.A., Brown, T.L. *Jour. of clinical ultrasound* 1: 11-13, 1976.

La capacidad del ultrasonido para determinar la naturaleza quística o sólida de los tumores ha sido demostrada en varias tumoraciones que se originan en diferentes partes del organismo. La parótida situada cerca de la superficie cutánea puede también ser estudiada por este método.

Este artículo presenta cinco casos de tumores parotídeos estudiados con la modalidad B de ecografía. Los casos correspondieron respectivamente a un quiste benigno de la glándula, un tumor de Warthin, un tumor benigno, un carcinoma adenoquístico y otro tumor de Warthin.

Se comenta sobre los tipos de quistes parotídeos más frecuentes y se hace una revisión de los tumores de la glándula y se plantean las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del ultrasonido.

Delgado

TRATAMIENTO GLOBAL DEL CARCINOMA LARINGEO

Garza, G.R., López, C.J., García, S.M., Gordillo, A.M., Arguinzoniz, V.S. *Revista Médica, I.M.S.S.* 16: 56-64

El artículo se basa en el estudio de 365 casos de carcinoma de la laringe vistos en el servicio de Cabeza y Cuello del Hospital de Oncología durante un período de 13 años.

Los casos fueron clasificados de acuerdo con el sexo, edad, etapa clínica, tratamiento y resultados 5 y 10 años después de haber sido tratados. Para la clasificación de las lesiones se utilizó la clasificación U.I.C.C. de 1973.

Los 365 enfermos estudiados representan el 3% de los pacientes vistos en dicho hospital durante el período citado. Estudiando, la relación entre ambos sexos fue de 10 a 1 a favor del sexo masculino. El primer síntoma fue la disfonía.

La mayoría de los pacientes se encontraban entre los 41 y los 60 años de edad. De acuerdo con la clasificación por estadios, 7% estaban en el I, 10% en el II, 66% en el III y 17% en el IV.

En términos generales el tratamiento fue el siguiente: radioterapia para los casos del estadio I, radioterapia y laringectomía total para los del II. En los del grupo

A cargo del:

Dr. Andrés Delgado

III se emplearon diferentes combinaciones de radioterapia previa, laringectomía total con o sin disección radical de cuello. En los casos dentro del estadio IV y sin metástasis a distancia se emplearon diferentes combinaciones de procedimientos incluyendo quimioterapia.

Los resultados en relación con el estadio clínico fueron los siguientes: la mortalidad de los enfermos del estadio I fue 4% a los 5 y a los 10 años; en el estadio II la mortalidad fue 22% tanto a los 5 como los 10 años. Para el estadio III de 61 y 62% y para el grupo IV, 89% murieron de padecimiento maligno a los 5 años y 92% a los 10 años.

La supervivencia total, independientemente del estadio, fue 52% a los 5 y 43% a los 10 años cuando se empleó el tratamiento quirúrgico; 43% a los 5 y 38% a los 10 años cuando se empleó tratamiento combinado. Cuando el tratamiento fue radioterapia se obtuvieron buenos resultados en el 25% a los 5 y el 24% a los 10 años.

La disección radical de cuello fue empleada como curativa y como electiva, en este último grupo se encontraron ganglios positivos en la tercera parte de los casos. La presencia de ganglios positivos en el cuello agrava el pronóstico.

Delgado

FLUORURE DE SODIUM ET OTOSPONGIOSE

(Fluoruro de sodio y otoespongiosis)

Bébéar, J.P. y Hedreville, R.
Revue Laryng. 98: 5-6, 1977.
Burdeos, Francia.

Los autores presentan una revisión bibliográfica sobre la experiencia clínica y experimental, acerca de la utilidad del fluoruro de sodio, en el tratamiento de la otoespongiosis y al mismo tiempo reportan su experiencia en 50 enfermos en los que administraron dicho medicamento.

Dividieron a sus enfermos en tres grupos: a) pacientes con otoespongiosis ya operados (estapedectomía); b) enfermos candidatos a cirugía, no operados por diversas razones; c) enfermos inoperables (forma coclear).

A todos les administraron 60 mg de fluoruro de sodio al día, divididos en 3 tomas, por períodos de 6 meses, seguidos por otros 6 de descanso.

Dividieron los resultados en: 1.—Favorables (mejoría de la curva ósea en 500, 1000 y 2000 Hz o cuando ambas vías se estabilizaron); 2.—Nulos o dudosos (mejoría o estabilización en ciertos puntos pero empeoramiento en otros); 3.—Empeoramiento (caída de la vía ósea o la vía aérea).

De los 50 casos sólo pudieron seguir a 40, encontrando los siguientes resultados: favorables 24, nulos o dudosos 14 y empeoramientos 2.

Al valorar a los casos operados, a quienes se administró el tratamiento con fluoruro por un mínimo de un año, encontraron que de 20 operados, 10 presentaron mejoría de la vía ósea y 10 se estabilizaron.

De todos los casos estudiados sólo 5 (12.5%) presentaron gastritis, 3 de ellos tuvieron que suspender el tratamiento.

Concluyen los autores, que en términos generales obtuvieron resultados positivos en la mitad de los enfermos, al evitar la extensión

de los focos con el consiguiente daño coclear. Consideran también que el tratamiento es útil tanto pre como postoperatoriamente en aquellos casos sometidos a la estapedectomía.

En el terreno hipotético, los autores del trabajo, exponen la posibilidad de administrar en forma preventiva este tratamiento, en aquellos sujetos con antecedentes familiares importantes de otoespongiosis.

Finalmente exponen la modificación que han hecho al esquema terapéutico convencional, con el fin de evitar la intolerancia gástrica. Administran 40 mg por día durante 3 semanas por tres meses, descanso de un mes y repiten sucesivamente el mismo tratamiento, vigilando al enfermo con audiometrías seriadas, cada año. Asocian al fluoruro de sodio, 2 comprimidos de carbonato de calcio por día.

Comentario.—La experiencia de los autores, coincide en términos generales con lo que hasta la fecha se ha publicado en la literatura mundial, es decir, el tratamiento mejora la evolución de la otoespongiosis en algunos enfermos.

Llama la atención que en el presente trabajo, no se tomó en cuenta la evolución de los acúfenos, los que en algunos enfermos mejoran, como ha sido reportado en la literatura y que en nuestra experiencia hemos constatado.

Parece de interés la modificación que hacen al esquema terapéutico convencional, con el fin de disminuir los efectos indeseables del medicamento sobre la mucosa gástrica.

Vilar-Puig

PREVENTION AND TREATMENT OF SEPTAL DEFORMITY IN INFANCY AND CHILDHOOD

(Profilaxis y tratamiento de las alteraciones septales en la infancia y la adolescencia)

Lindsay, P. Gray. Perth, Australia.
Rhinology, 15: 183-191, 1977.

Existen dos tipos fundamentales de deformidades del tabique nasal,

la deformidad predominantemente anterior y las combinadas, que pueden presentarse independientemente o juntas. Se considera que son consecuencia de diferentes tipos de presiones, sufridas por el feto durante el embarazo o el parto.

El A. considera que la frecuencia de deformidades del tipo anterior, fue de 4% en los partos normales, pero llegó al 13% en los casos en que la presión fue más persistente o mayor, como ocurre en la presentación occipitoposterior.

Las deformidades combinadas del tabique nasal, forman parte de una deformidad facial, la exploración de la permeabilidad de las fosas nasales, se comprueba usando sondas de plástico de un grosor de 2 mm y un ancho de 6 mm de 12 cms.

La frecuencia de tabiques bien alineados, varió con el grado de presiones a que fueron sometidos y el promedio fue de 42%, en tanto que en los adultos sólo algo más de un 20% están correctamente alineados.

Se describen métodos de manipulación para corregir el septum de los niños, usando un compresor especial del septum. Las indicaciones para efectuar esas correcciones son: nariz rígida, dificultades de alimentación y ojos muy juntos. Se exponen los resultados de este procedimiento y la manera de ejecutarlo, y con ello se obtiene la rápida expansión del maxilar y su armónico crecimiento.

Vilar

HEMORRAGIAS TARDIAS GRAVES POSTAMIGDALECTOMIA

Vilar-Puig, P. y Espinoza Ruiz, J.
Revista del Servicio Méd. de Petróleos Mexicanos.
México, D.F. Vol. 1, 1977.

Sobre dos casos de hemorragia tardía (al 5o. y 6o. días respectivamente) postamigdalectomía, los autores revisan la literatura y basándose en disecciones efectuadas por ellos mismos, llegan a la conclusión, que estas hemorragias se deben a la necrosis tardía, que la

ligadura o la lesión ocasional de la rama amigdalara de la arteria facial, en el polo inferior, es la causa de dichas hemorragias, con lo que confirman los trabajos de Gardner.

Señalan las precauciones que deben tomarse para evitar ese grave incidente y aconsejan que en caso de presentarse se proceda a la ligadura de la arteria facial o en todo caso, de la carótida externa.

Vilar

SEPTAL PLASTY IN CHILDREN: INFLUENCE ON NASAL GROW

(Septoplastia en los niños y su influencia sobre el desarrollo de la nariz)

Prisig, W. (Hamburgo, Rep. Federal Alemana). Rhinology 15: 193-204, 1977.

Los intentos de septoplastia en los niños, datan de 1900, pero sus desventajas fueron tan manifiestas que el consensus fue el de no operar hasta los 16 años, actitud que se modifica desde que Metzbaum describe una técnica conservadora (1929). En 1964, Jennes demuestra con su técnica, que puede operarse sin producir alteraciones del crecimiento nasal en los niños y muestra una corta serie de casos observados durante 8 años.

El A. resume las alteraciones que la cirugía puede producir en el crecimiento de la nariz de los niños indicando que en los tejidos blandos pueden producirse: cicatrices con inhibición de los cartilagos de crecimiento, atrofia de la mucosa, alteraciones vasculares y nerviosas que modifican los reflejos nasales y como consecuencia se puede producir la hipeplasia de los cornetes. En el cartilago: necrosis, sustitución por tejido fibroso y formación de nuevo cartilago ectópico. Por último, en el hueso: reabsorción, callo fibroso u óseo en las líneas de fractura, hiploplasia e hiperplasia y gibas.

El trabajo se basa en el estudio de 261 niños operados por el A. en su hospital en un período de seis años.

Todas las septoplastias se efectuaron con la técnica de Cottle y Masing. Los casos se distribuyen entre los 4 y 14 años, con 188 niños y 73 niñas.

La principal indicación para efectuar la cirugía fue la alteración de la respiración nasal debida en el 75% de los casos a obstrucciones nasales posteriores o anteriores, causadas por traumatismos.

El traumatismo sobre el cartilago septal puede conducir tanto a su destrucción, como a su regeneración completa o incompleta. La regeneración incompleta del cartilago, puede ser compensada por la formación de cartilago hialino neoformado, pero si la destrucción fue completa, ya sea por traumatismo o postquirúrgica, jamás se observa un proceso curativo. En algunos casos en que el traumatismo se produjo en la primera infancia, en

vez de la destrucción del cartilago, se observa la formación de un "segundo septum" de cartilago ectópico. La regeneración del cartilago se hace a partir del pericondrio, por lo que resulta mandatorio preservarlo hasta lo máximo durante la septoplastia. El autor observó esta regeneración de cartilago septal en 15 casos a los que se operó por segunda vez. Si además, al producirse el crecimiento del cartilago, se encaja correctamente en la estructura nasal, la consecuencia es obtener una buena función y forma nasales, resultado que se obtuvo en el 80% de los casos operados.

En algunos casos hubo hipercrecimiento del cartilago a nivel de los bordes de la resección original, lo que ocasionó una nueva obstrucción nasal en un 15% de sus casos. Otras causas de fracaso, lo fueron una técnica insuficiente y la rinitis alérgica.

Los casos en los que además de la septoplastia se practicó rinoplastia, correspondieron a las edades de 13 a 14 años.

El autor concluye, basándose en su casuística clínica y quirúrgica, así como en los estudios histológicos verificados, que "en ausencia de infección, el crecimiento del cartilago septal y de los huesos nasales, no será significativamente inhibido por la septoplastia, ni por la rinoplastia, pese a que en algunos casos se observe un crecimiento anormal del cartilago septal, que nos conduzca a una nueva obstrucción.

Vilar

Actas de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

Acta de la Sesión Ordinaria de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología efectuada el día 4 de octubre de 1977

La Sesión se llevó a cabo a las 21:00 hrs. con la presencia de 74 personas.

Antes de dar lectura a la Orden del Día el Dr. Mariano Hernández anuncia la presencia de los compañeros invitados de Guadalajara y pide al Dr. Juan Felipe Sánchez Marle, presidente de la Sociedad de Otorrinolaringología de Guadalajara, pase al estrado para acompañarlos durante la Sesión.

Acto seguido se anuncia la Orden del Día y como primer punto se lee el acta de la Sesión anterior aprobándose por unanimidad.

Como segundo punto de la Orden del Día los doctores Mario Flores Salinas y Fernando Guzmán Lozano presentan la ponencia sobre "Educación Continuada en Otorrinolaringología", agradeciendo la invitación que se les hizo de participar en nuestra Sociedad. Hacen algunas consideraciones sobre la filosofía y organización de lo que puede ser en nuestro país la educación continuada en el área otorrinolaringológica. Señalan la deficiente organización de este tipo de actividades en nuestro medio y muestran un módulo de enseñanza, el material que se necesita y las características del mismo, las rutas críticas a seguir en cada evento y finalmente resumen en un decálogo sus sugerencias.

La Mesa Directiva agradece la presentación y se pide al Dr. José Sánchez Gil presente su trabajo sobre "Indicaciones de Abordaje Quirúrgico a Través de Fosa Media", haciendo énfasis en la revascularización del conducto auditivo interno para problemas de sorderas sensorioneurales, presentando estadísticas del Dr. Ugo Fisch con resultados de 76% de mejoría y 20% que permanecieron igual. Presenta cuatro casos clínicos y concluye que es una técnica fundamentada con bases anatómicas fisiológicas firmes y que es un recurso que puede ofrecerse a los pacientes con sorderas de tipo sensorineural.

Posteriormente el Dr. Jorge Corvera hace un comentario a su trabajo diciendo que este procedimiento aún no pasa de ser experimental, y se agradece la presentación.

En el tercer punto de la Orden del Día de asuntos varios se lee una carta de la IFOS en la cual ofrecen las Memorias del Congreso Mundial de Otorrinolaringología efectuada en Buenos Aires, Argentina y se comunica dónde pueden adquirirse.

Se recuerda la Cena-Baile de la Sociedad que se llevará a cabo el día 3 de diciembre de 1977 y que se pueden adquirir los boletos con los miembros de la Mesa Directiva.

El Dr. Pelayo Vilar Canales da un informe de los trabajos para la publicación de la Revista de la Sociedad que saldrá el primer número este año.

El Dr. Pelayo Vilar Puig anunció el programa social del próximo Congreso Nacional de Otorrinolaringología.

El Dr. Fernando Guzmán Lozano anuncia el curso de Otolología que se llevará a cabo en Guadalajara, Jal., los días 6, 7 y 8 de enero de 1978 y el de Microcirugía Transesfenoidal el 23 y 24 de febrero de 1978.

El Dr. Tomás Azuará anuncia el Curso Básico de Rinología los días 17, 18 y 19 de noviembre de 1977 en Sonora.

Sin otro asunto que tratar se levanta la Sesión a las 22:25 horas.

Dr. Antonio Soda Merhy
Secretario.

Acta de la Sesión Ordinaria de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología efectuada el día 8 de noviembre de 1977

Se llevó a cabo la Sesión a las 21:00 hrs. con la presencia de 78 personas.

El Dr. Mariano Hernández da lectura a la Orden del Día y como primer punto se lee el Acta de la Sesión anterior, la cual es aprobada por unanimidad.

Como segundo punto de la Orden del Día es presentada la Mesa Redonda sobre "Esofagitis Cáustica", coordinada por el Dr. Gustavo Vivar Mejía, y teniendo como participantes a los doctores Arturo Silva Cuevas, Joaquín Azpiroz, Cecilio Belio, Rafael Tinajero, Gabriel Gutiérrez Bringas y Lorenzo Felipe Pérez.

En la introducción se hace hincapié en que se debe hacer una legislación en la venta de sosa cáustica, proponiendo que se elabore una solicitud a las autoridades para que ésta pueda llevarse a cabo. A continuación se mencionan los padecimientos traumáticos y los accidentes que son motivo de mayor mortalidad, encontrándose en primer lugar a las esofagitis cáusticas, sobre todo en los niños. La frecuencia de éstas varía en los diferentes hospitales de 126 casos como máximo y 54 como mínimo. Los ponentes están de acuerdo en que el 90% de las esofagitis cáusticas son causadas por sosa cáustica y por algunos detergentes concentrados que provocan quemaduras de primer grado. El problema principal es el diagnóstico, y en el tratamiento de la fase aguda las indicaciones para la esofagoscopia. Se dan los juicios de tratamiento y pronóstico siendo los siguientes: Hospitalización de los pacientes, suspender la vía oral, venoclisis, antibioticoterapia, corticoides y analgésicos. Se mencionan las indicaciones de gastrostomía en las fases agudas y la intubación del esófago que debe practicarse con tubos de silastik rígidos. Finalmente se expusieron como tratamiento los procedimientos substitutivos con colon y estómago siendo la vía de abordaje retroesternal o de mediastino posterior.

Se hicieron algunas preguntas y comentarios por parte del auditorio y se despidió a los ponentes con un aplauso.

Como tercer punto de la Orden del Día el Dr. Andrés Bustamante Gurriá dirigió unas palabras "In Memoriam" Dr. Leo Deusch, recordando al amigo y al maestro.

En asuntos varios el Dr. Mariano Hernández, recuerda la Sesión Cena-Baile de la Sociedad el día 3 de diciembre de 1977 en el Jockey Club Mexicano, A.C.

Se anuncia el programa para la siguiente sesión científica, la cual estará a cargo del Hospital Infantil de México.

Sin otro asunto que tratar se levanta la Sesión a las 22:40 horas.

Dr. Antonio Soda Merhy
Secretario.

Acta de la Sesión Ordinaria de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología correspondiente al día 10 de enero de 1978

Se llevó a cabo la Sesión a las 21:00 hrs. con la presencia de 59 personas. El Dr. Mariano

Hernández da la Orden del Día y como primer punto se lee el Acta de la Sesión anterior, la cual se aprueba por unanimidad.

Como segundo punto se presenta el Simposio sobre "Sordera Genética y Metabólica en el Niño", a cargo del Hospital Infantil de México. En la introducción el Dr. Luis Aguilar hace la diferencia entre lo que se entiende por genético y congénito. Muestra los diferentes tipos de sordera congénitas de origen genético, las herencias multifactoriales y monofactoriales y expone las combinaciones del tipo de herencia.

A continuación el Dr. Isaac Subich habla sobre la orientación en el diagnóstico clínico. Hace hincapié en la labor de equipo para el tratamiento y registro de las sorderas de este tipo, así como para el manejo genético adecuado. Da las bases para el diagnóstico y muestra la estadística de los tipos de sordera siguiendo la clasificación corregida de Proetor, mostrando ejemplos clínicos.

Posteriormente el Dr. Arturo Dávila indica los exámenes de laboratorio y gabinete que deben solicitarse de acuerdo a la presunción diagnóstica del tipo de sordera, enumerándolos y dando la significación clínica.

En seguida la Dra. Martha Rosete de Díaz, habla sobre el diagnóstico en audiología sobre todo en los recién nacidos y lactantes. Enumera los diferentes tipos de estudio como la electrocolegografía, la impedanciometría, la logoaudiometría objetiva y las pruebas vestibulares en los pacientes con sordera congénita. Asimismo expone el manejo que debe tenerse con estos pacientes.

El Dr. Alvaro Zaragoza aborda el tema del tratamiento y la rehabilitación. Da los lineamientos para las indicaciones quirúrgicas y en casos de rehabilitación recomienda la terapia del habla y lectura labial. Termina haciendo ver la importancia de la orientación que debe darse a los padres.

Finalmente el Dr. Ramón del Villar da las conclusiones haciendo énfasis en que lo más importante es el tratamiento temprano del niño sordo, ya que entr. más oportuno sea, más beneficios se le pueden brindar.

Se da las gracias a los participantes y se les despide con un aplauso.

En el tercer punto de la Orden del Día, de asuntos varios, el Dr. Mariano Hernández anuncia que el Dr. Jorge Corvera ganó el premio de la Editorial Salvat con su libro sobre Otoneurología. Expone la necesidad de cambiar algunos estatutos para la buena marcha de la revista y solicita se le dé facultades a la mesa directiva para nombrar la comisión para la revisión y modificación de los mismos, lo cual se aprueba por unanimidad. Exhorta a los socios a pagar las cuotas atrasadas.

El Dr. Pelayo Vilar Puig anuncia los avances en la organización del Congreso Nacional y da los títulos de las conferencias de actualización pre-congreso.

El Dr. Sergio Decanini informa sobre los planes para las actividades sociales, los cuales son muy atractivos.

Sin otro asunto que tratar se levanta la Sesión a las 22:20 horas.

Dr. Antonio Soda Merhy

Secretario.

**Acta de la Sesión Ordinaria de la
Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología
correspondiente al día 7 de febrero de 1978**

Se llevó a cabo la Sesión a las 21:00 hrs. con la presencia de 84 personas.

El Dr. Mariano Hernández da la Orden del Día y como primer punto se lee el Acta de la Sesión anterior, la cual se aprueba por unanimidad.

Como segundo punto se anuncia la sesión que presenta el Instituto Nacional de Neurología. Y la Dra. María Elisa Alonso lee el trabajo de "Agregación Familiar en Pacientes con Parálisis de Bell", mencionando las diferentes etiologías.

La importancia del trabajo la basa en el factor hereditario que existe; se hace una revisión de 116 casos estudiados en la Clínica de Parálisis Facial del I.N.N. a los cuales se les hizo árbol genealógico, concluyendo que no hay diferencias significativas en relación al sexo y que el riesgo de desarrollar parálisis facial entre los familiares con antecedentes es mayor en 30.5% o sea que los factores hereditarios juegan un papel importante.

Se hacen preguntas y se despide a la Dra. Alonso con un aplauso.

A continuación el Dr. Andrés Bustamante Balcárcel presenta un trabajo sobre "Consideraciones en el Manejo de los Pacientes con

Traumatismo del Hueso Temporal", repasando las lesiones que se pueden encontrar. Insiste en el estudio completo de estos pacientes para poder llegar al diagnóstico preciso y muestra el manejo en tres casos clínicos, el primero de fistula postraumática con recidiva, el segundo de fistula L.C.R. en oído medio y el tercero de traumatismo del CAE que llegó a la estenosis y fue operado en múltiples ocasiones por complicaciones.

Concluye que los traumatismos del hueso temporal cada vez serán mayores por el número de accidentes, y que es necesario que el otorrinolaringólogo esté preparado en cirugía del hueso temporal para poder resolverlos.

Se hacen comentarios al trabajo y se le despide con un aplauso.

Por último el Dr. Gonzalo Solís presenta el trabajo sobre "Tratamiento del Espasmo Hemifacial por Vía Suboccipital", en el cual hace hincapié en hacer el diagnóstico diferencial para poder detectarlo, habla de las posibles etiologías y de que no existe tratamiento médico para la hiperactividad del nervio por lo cual el tratamiento quirúrgico es el indicado habiendo grandes cambios en el mismo, pues se trataban con cirugía mutilante seccionando el nervio, otras técnicas empleadas no resolvían por completo el problema habiendo recidivas más intensas, después de dos a tres años. El motivo del trabajo es presentar cinco casos con

la técnica suboccipital en la cual no se toca al nervio. Termina diciendo que los resultados de estos casos son buenos a corto plazo en relación al hemiespasma facial.

Se hacen preguntas y comentarios y se despide con un aplauso.

Como tercer punto de la Orden del Día de asuntos varios el Dr. Mariano Hernández informa que se está actualizando el directorio de los socios y que suplica que en casos de cambios de domicilio se le notifique a la secretaria para tomar nota.

Se anuncia el programa de la siguiente Sesión Ordinaria sobre "Patología del Ruido".

El Dr. Luis Benítez invita al Curso sobre Potenciales Evocados que se iniciará el día 6 de marzo de 1978.

El Dr. Pelayo Vilar Puig exhorta a los que deseen presentar trabajos para el XXVIII Congreso Nacional los inscriban y entreguen.

El Dr. Pedro Berruecos anuncia el Congreso Internacional de Audiología y cómo quedó integrado el Comité Organizador.

El Dr. Andrés Bustamante invita a inscribir trabajos libres par el Congreso Panamericano de Otorrinolaringología que se llevará a cabo en noviembre de 1978 en Acapulco, Gro.

Sin otro asunto que tratar se levanta la Sesión a las 22:30 horas.

Dr. Antonio Soda Merhy
Secretario.

Notas e informaciones

II PREMIO "SALVAT"

La Casa Editorial SALVAT, de Barcelona, instituyó un concurso anual en asociación con la ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, para el mejor libro con tema médico, escrito por mexicano o por autor residente en México.

El premio consiste en \$ 100,000.00 y la publicación de la obra premiada, y ésta es seleccionada por la Academia.

En noviembre, se anunció como obra triunfadora el libro "NEUROLOGIA CLINICA" cuyo autor es JORGE CORVERA BERNARDELLI, con la colaboración de Luis Benítez, (fisiólogo), Guillermo López Ríos, Ramón Romero y Gabriela Torres (audiólogos); María Teresa Rabiela (patólogo); Genaro Zenteno y Bruno Estañol (neurólogos); Manuel Sáenz de Viteri (oftalmólogo) y Moisés Górodezy (cardiólogo).

SECRETARIA DE LA ACADEMIA

El miércoles 1o. de febrero, la asamblea de la Academia Nacional de Medicina eligió nueva mesa directiva; en ella ocupa el puesto de secretario general (por un lapso de 3 años) el DR. JORGE CORVERA BERNARDELLI, quien fue elegido por unanimidad.

Desde que el Dr. Daniel Gurría Urgel fue Presidente, hace más de

30 años, ningún otorrinolaringólogo había ocupado un puesto de tal importancia en la Academia.

El día 3 de diciembre de 1977 se llevó a cabo la Sesión Cena-Baile en el Jockey Club Mexicano con la presencia de 214 asistentes, en la cual se entregaron los diplomas a nuevos miembros de la Sociedad y se hizo entrega de una placa metálica al Sr. Dr. Rafael Andrade Gallegos como reconocimiento a su gestión como presidente de la Sociedad 1976-1977.

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE AUDIOLOGIA

El XIV Congreso Internacional de Audiología se celebrará en el Centro Cultural y de Convenciones de Acapulco, del 12 al 16 de noviembre de 1978. El presidente del Comité Organizador es el Dr. Pedro Berruecos Jr. por encargo de la Sociedad Internacional de Audiología.

Están programadas interesantes mesas redondas, trabajos libres, casos problemas, etc. Destaca la Audiexpo que reunirá los últimos adelantos técnicos y científicos, en el campo de la comunicación lingüística y audiológica.

Los nombres de algunos de los participantes aseguran el éxito, de este evento científico: Dr. G. Salomon, N. Yoshie, J.J. Eggermont, H. Sohmer, C. Elberling, W.D. Kei-

del, F.B. Simons, P. Finkenzeller, P. Berruecos, I. Nervi, S. Borel., entre algunos de los connotados profesores que han confirmado su asistencia.

Para quien desee información más amplia se le sugiere establecer contacto con el secretariado del Comité Organizador: Av. Progreso No. 141 A, México 18, D.F. Tel.: 277-64-44.

XVI CONGRESO PANAMERICANO de ORL

También en Acapulco del 27 de noviembre al 1º de diciembre se efectuará el XVI Congreso Panamericano siendo su sede el Hotel Princess.

Además de un ameno programa social existirán múltiples actividades científicas, que estamos seguros, despertarán el interés de la nutrida asistencia nacional y extranjera que se espera. Además de mesas redondas, trabajos libres, exposiciones técnicas y científicas se llevarán a efecto cursos pre-congresos dirigidos por eminentes profesores de toda América.

Para informes e inscripciones favor de dirigir su correspondencia a: Dr. Pedro Andrade Pradillo, San Luis Potosí 44, México 7, D.F.

Hay cuotas muy atractivas para Residentes en Otorrinolaringología.

ARTICULOS QUE APARECERAN EN EL PROXIMO NUMERO

Trabajo de investigación de gabinete, que sea galardonado con el Premio Wellcome, en el XXVIII Congreso Nacional de ORL.

Trabajo clínico, que sea galardonado con el premio "Wellcome" en el XXVIII Congreso Nacional de ORL.

Trabajo de audiología, que sea galardonado con el Premio "Richard Schmidt" del I.A.S.

Experiencias en el manejo de la parálisis unilateral de cuerda vocal.

Dr. Masao Kume.

Miembros de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

AGUASCALIENTES:

Dr. Guerra del Valle Javier

BAJA CALIFORNIA:

Dr. Chávez Larzón Ricardo H.
Dr. Farías Martínez Roberto
Dr. Pineda Hernández Humberto

CAMPECHE:

Dr. Vargas Rubio Miguel Angel

CHIHUAHUA:

Dr. Merlín Núñez José Luis
Dr. Moral Ambrosio del
Dr. Ortiz Chavarría Salvador
Dr. Paquot Rodríguez Jorge
Dr. Peraldi Ferrigno Ignacio
Dr. Pérez Matos Sergio
Dr. Taboada Gómez José Fco.
Dr. Valenzuela Cuarón Arturo

COAHUILA:

Dr. García López Jesús
Dr. Lozano Rocha Oliverio
Dr. Martínez Cárdenas Gilberto
Dr. Valdez Alberto
Dr. Viñas Pineda René Gilberto

COLIMA:

Dr. López Ortega Felipe
Dr. Miyaki Piedad Gilberto

DISTRITO FEDERAL:

Dr. Aguilera José T.
Dr. Alcalá Barrios Pablo
Dr. Alcocer Humberto
Dr. Amaya Reza Salvador
Dr. Andrade Gallegos Rafael
Dr. Andrade Pradillo Juan
Dr. Andrade Pradillo Pedro
Dr. Aponte Rueda Marco Antonio
Dr. Arenas de los Ríos Diego
Dr. Arrijoja Lima Manuel
Dr. Arroyo Castelazo José Antonio
Dr. Arroyo Castelazo Miguel Angel
Dr. Arroyo Güijosa Miguel
Dr. Asch Jaime
Dr. Avila Lozada Arturo
Dr. Azcárate Rangel César
Dr. Azuara Tomás L.
Dr. Balanzario Rosas Isaías
Dr. Barán Noé
Dr. Barrios Barrios Jorge Eliecer
Dr. Barrón y Sierra Mario A.
Dr. Barrón Soto Mario Antonio
Dr. Béjar Rojas Ignacio
Dr. Benítez Díaz Luis
Dr. Berkstein Kanarek Abraham
Dr. Berruecos Téllez Pedro
Dr. Bonilla González Oscar
Dr. Bustamante Gurria Andrés
Dr. Bustamante Balcarcel Andrés
Dr. Cal y Mayor Octavio
Dr. Cameros Morales Jorge
Dr. Campos Francisco José
Dra. Canseco Calderón Ma. del Pilar

Dr. Carrillo Jaime
Dr. Casab Rueda Hugo
Dr. Castillo Palacios Enrique
Dr. Chavolla Contreras Ney
Dr. Córdova Solís Arturo de
Dr. Corvera Bernardelli Jorge
Dr. Cruz Zambrano José
Dr. Cuevas Cervantes Federico
Dr. Culebro Carreri Enrique
Dr. Curioca Karana Elías
Dr. Delgado Falfari Andrés
Dr. Deutsch Reiss Ernesto
Dr. Durán Torres Salvador
Dr. Ellinghaus Pfister Kurt
Dr. Espinosa Ruiz José de Jesús
Dr. Esquivel Medina Eligio
Dr. Estrada Francisco
Dr. Fajardo Arroyo Juan
Dr. Farías Alvarez Oscar
Dr. Fernández Posada Manuel
Dr. Flores Cordero Leandro
Dr. Gallegos Gutiérrez José
Dr. Gallegos Rueda Francisco
Dr. Ganem Helu José
Dr. García Castañeda Máximo
Dr. García de León C. Francisco
Dr. García Palmer Rafael
Dr. Giorgana Rafael
Dr. González Rentería Luis
Dr. González Rivas Rafael
Dr. González Salas José Luis
Dr. González Ulloa Mario
Dr. Gortari Carbajal Eduardo de
Dr. Gortari Gorostiza Eduardo de
Dr. Granados Eguía Miguel
Dr. Grobeisen Roudy Bernardo
Dr. Gutiérrez Bringas Gabriel
Dr. Gutiérrez Inzunza Alfonso
Dr. Gutiérrez Marcos José Angel
Dr. Hernández Díaz Raúl
Dr. Hernández Goribar Mariano
Dr. Hernández Orozco Francisco
Dr. Hernández Valencia Guillermo
Dr. Irazo Volpi Jaime
Dr. Irigoyen Salgado Rodolfo
Dr. Jiménez Ramos Eduardo
Dr. Kume Omine Masao
Dr. La Parra Eduardo de
Dr. Laguardia Campaña Enrique
Dr. Lee Kim Manuel
Dr. Levy Pinto Samuel
Dr. Llama Lindsey Ricardo
Dr. López Atristain Manuel
Dr. López Infante Fausto
Dr. López Ríos Guillermo
Dr. López y López Manuel
Dr. Macías J. Benjamín
Dr. Madariaga Rangel Benito
Dr. Magaña Rivero Alberto
Dr. Mandujano Valdés Mario A.
Dr. Márquez Guarneros Filadelfo
Dr. Martínez Gallardo Francisco
Dr. Medina Espinosa Ranulfo
Dr. Mejía Pérez Roberto
Dr. Meléndez G. Fernando
Dr. Mereles del Valle Raúl
Dr. Mingramm Camargo Rubén
Dr. Quiroz Torres Guillermo
Dr. Miranda Castellanos Pedro
Dr. Mojica Roa Manuel
Dr. Montes de Oca F. Eduardo
Dr. Morales Balanza José Noé
Dr. Navarrete Tiburcio Adalberto

Dr. Novelo López Héctor
Dr. Nurko Berkovich Boris
Dr. Oberhauser Márquez Hoyos Juan
Dr. Olvera Olvera Rodolfo
Dra. Orozco Zamarripa Herlinda
Dr. Ortega Domínguez Ignacio
Dr. Ortiz Jara César
Dr. Pacchiano Cao Rafael
Dr. Peralta Valdés Héctor
Dr. Pérez Aragón Angel
Dr. Pérez Fuentes Ernesto
Dr. Prado Abarca Alejandro
Dr. Priego Hernández Carlos Domingo
Dr. Ramírez Calderón Armando
Dr. Ramírez Ojeda Héctor
Dr. Rangel Obregón J. M.
Dr. Rebolledo Vergara Benito
Dr. Rebollo Vales José T.
Dr. Reinking Federico
Dr. Rey Pérez Peña Enrique del
Dr. Reyes Montes de Oca Armando
Dr. Reyes Rodríguez Federico
Dr. Reyes Tajoya Rafael
Dr. Reynoso y Delgado Víctor Manuel
Dr. Rico Sánchez Francisco Fausto
Dr. Rivera Camacho Rafael
Dr. Rodríguez Alcaraza Antonio
Dr. Rodríguez Suárez Francisco Javier
Dr. Rodríguez Villegas Adalberto
Dr. Roldán Posada Daniel
Dr. Romero Fernández Fernando
Dr. Romero Martínez Roberto
Dr. Romero Rodríguez Ramón
Dr. Rosal Sigler Rolando del
Dr. Rosete Pérez Samuel
Dr. Ruenes Fernández Ramón
Dr. Salazar Ayala Nicolás
Dra. Saldaña Aljaro Guillermina
Dra. Saldívar Garza Lilia
Dr. Shubich Neiman Isaac
Dr. Smoler Berkovsky José
Dr. Soda Merhy Antonio
Dr. Somonte Altamira Rafael
Dr. Soriano y Rodríguez Juan G.
Dr. Tapia Acuña Ricardo
Dr. Tarasco Camino Severino
Dra. Tijerina de Sánchez Leticia
Dra. Torres Courtney Gabriela
Dra. Trejo Rayón Silvia
Dr. Valdés Oberhauser Luis Manuel
Dr. Valencia Gutiérrez César
Dr. Valenzuela Ezquerro Carlos
Dr. Vaquero S. Luis
Dr. Vázquez Palacios Adolfo R.
Dr. Vega Velázquez Servando
Dr. Vera Martínez Victor Eduardo
Dr. Vilar Pelayo
Dr. Vilar Puig Pelayo
Dr. Villanueva Ricardo
Dr. Villar Ramón del
Dr. Vivar Mejía Gustavo
Dr. Zaragoza Hernández Alvaro
Dr. Zepeda Díaz Ismael

ESTADO DE MEXICO:

Dr. Chávez Jesús

GUANAJUATO:

Dr. Aranda Torres Benjamín
Dr. Balmori David M.
Dr. Barrera Iglesias Jorge

Dr. Díaz Barriga Herrera Jorge
Dr. Jurado Solís José Luis
Dr. Landeros G. Armando
Dr. Monroy Enriquez H.
Dr. Salazar Ayala Nicolás
Dr. Torres Neri B. Juan José

GUERRERO:

Dr. Elías Azar Elías Antonio

HIDALGO:

Dr. Castañeda Sánchez Juan

JALISCO:

Dr. Alonso Gutiérrez Esaúl
Dr. Argüelles Garduño Ricardo
Dr. Astorga Díaz Rigoberto
Dr. Barragán Pérez Javier
Dr. Camarena Gómez Gabriel
Dr. Cortés Ochoa Rodolfo
Dr. Escudero Sergio
Dr. Gafford Alfonso
Dr. García Zúñiga José Luis
Dr. Gómez Madrigal Ignacio
Dr. Gómez Orozco Javier
Dr. Gómez Orozco Marcelino
Dr. Guzmán Lozano Fernando
Dr. López de Nava Mario
Dr. López Lizárraga Eduardo
Dr. López López Celerino
Dr. López Marín Enrique
Dr. Montes de Oca Edmundo
Dr. Michel Alatorre Félix
Dr. Peñalosa Placencia Manuel
Dr. Pérez Paniagua Salvador
Dr. Ramírez Orendáin Indalencio
Dr. Ramos Arriola Crispín
Dr. Rosas Arellano Manuel
Dr. Sánchez Cortés José
Dr. Sánchez Gil José Luis
Dr. Sánchez Marle Juan Felipe
Dr. Vital Chávez Jesús

MORELOS:

Dr. Heras Espinosa Joel

MICHOACAN:

Dr. Dávalos Luviano Efraín

Dr. Dorantes Reynoso Antonio
Dra. Figueroa Ma. Gpe.
Dr. Hernández Pacheco Luis
Dr. Rivadeneira Francisco

NAYARIT:

Dr. García Lara J. Jesús

NUEVO LEON:

Dr. Chapa Casillas Rubén
Dr. Decanini Sergio
Dr. Decanini Lozano Carlos
Dr. Jiménez Guzmán Jesús
Dr. Garza Adolfo
Dr. Garza González Roberto
Dr. Garza Salinas Sergio
Dr. Martín Díaz José C.
Dr. Martínez Garza Sixto
Dra. Martínez Ortega Ma. Elena
Dr. Mena Becerra Javier Homero
Dr. Morín Santillán Manuel
Dr. Pérez Gómez Francisco
Dr. Quijano Torres Angel

OAXACA:

Dr. Narváez Alberto E.

PUEBLA:

Dr. Esper Dib Sergio Omar
Dr. Garzón Villanueva Jaime
Dr. Jiménez Francisco
Dr. Larragoitia Roberto
Dr. Solís Quiroz Juan Carlos
Dr. Soto Rojas Sergio

QUERETARO:

Dr. Rivera Francisco José María
Dr. Rivera Francisco M.
Dr. Sandoval Guzmán Primitivo

SAN LUIS POTOSI:

Dr. Durán Liñán José Eduardo
Dr. Guerra González Carlos
Dr. Medellín Arriola Héctor
Dr. Sánchez Olvera Víctor Román
Dr. Tello Cordero Agustín

SINALOA:

Dr. Anchondo Cosme B.
Dr. Aguilar Pereyra Oscar
Dr. Gallegos Portillo Miguel Angel
Dr. Olivera Quiroz Armando
Dr. Rizo Jiménez Sichem

SONORA:

Dr. Espinosa Ulloa Rafael
Dr. Licona Julio César
Dr. Manjarrez Bernal Alfonso
Dr. Martínez Ochoa Jesús
Dr. Osío Romandía Alfredo
Dr. Silva Avila Antonio
Dr. Solís Da Costa Oscar

TABASCO:

Dr. Gómez Flores Roosevelt
Dr. Portilla Rosado César
Dr. Zavala Bustillos Raúl

TAMAULIPAS:

Dr. Bracho Mijares Emilio
Dr. Gutiérrez Sánchez Luis
Dr. Mena Treviño Mario
Dr. Quintanilla Hernández Alfredo
Dr. Ramírez Marines Wilmer

VERACRUZ:

Dr. Aguilar Carrillo Agustín
Dr. Canudas y Oreza Eduardo
Dr. Díaz León Severino
Dr. Gómez Schaefer Enrique G.
Dr. Jaramillo Palomino Arturo
Dr. Leo Tiburcio José Luis de
Dr. Navarrete Mejía Luis Mario
Dr. Ortiz Ortiz Jorge Alberto
Dr. Pastrana Osorio Oscar
Dr. Pérez Morales Reynaldo

YUCATAN:

Dr. Ceballos Ancona Jorge

ZACATECAS:

Dr. Jiménez García José Francisco
Dr. Maldonado Pinedo Eduardo

ESTADOS UNIDOS:

Dr. Von Leden Hans

Se solicita el canje — Exchange is required — On demande l'échange



Establecimientos "DYL" S.A.

México, D.F.

COLIMA 29

ZONA POSTAL 7

APARTADO POSTAL 7-884

CABLE "DRANERDUB"

TELS. 5 14-17-48
28-61-69

Instrumentos Laringeos



KLEINSASSER



DISTRIBUIDORES EN MEXICO DE "KARL STORZ KG"

ENDOSCOPIA EN GENERAL

EXISTENCIAS PERMANENTES DE INSTRUMENTAL PARA OTORRINOLARINGOLOGIA