

## DIRECTORIO

ANALES DE LA SOCIEDAD  
MEXICANA DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA*Director-Editor*  
**Dr. Pelai Vilar***Gerente General*  
LIC. JOAQUÍN BOHIGAS*Consejo de Redacción*  
DR. RAFAEL ANDRADE-GALLEGOS  
DR. LUIS BENÍTEZ  
DR. JORGE CORVERA  
DR. ANDRÉS DELGADO  
DR. RAFAEL GARCÍA PALMER  
DR. MARIANO HERNÁNDEZ GORIBAR  
DR. PELAYO VILAR-PUIG*Dirección*Durango 49, 8o. piso,  
México 7, D.F.  
Tel. 533-24-66Registro en trámite  
Oficio de la SEP  
Dir. Gral. Derecho de Autor, 01738Abreviatura para citas bibliográficas  
en trámite  
en el Quarterly Cumulative  
Index Medicus  
Washington, D.C.SOCIEDAD MEXICANA DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA*Presidente*

DR. JORGE CORVERA BERNARDELLI

*Vicepresidente*

DR. PELAYO VILAR-PUIG

*Secretario*

DR. LUIS BENÍTEZ DÍAZ

*Tesorero*

DR. RAÚL MERELES DEL VALLE

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

## PAGINA DEL DIRECTOR

El médico práctico o el investigador que escribe un artículo o comunicación científica, suele presuponer que no está obligado a someterse a las reglas del idioma, puesto que lo único que importa es que el contenido de su trabajo sea científicamente válido.

Este prejuicio, muy extendido, se fundamenta en el falso concepto de que el idioma es sólo cosa de literatos. Sólo escribe científicamente bien, aquel que tiene una mente organizada y que por lo tanto está en condiciones de utilizar la herramienta del lenguaje de modo adecuado. La precisión y la exactitud científicas, requieren a su vez un lenguaje preciso y exacto, cualidades que no tendrá, si se confunden los géneros gramaticales, los tiempos verbales, las preposiciones, en una palabra, si hay ambigüedad en lo que se expone o si el lector tiene que "adivinar" lo que quiso decir el autor.

Muy lejos estamos de pensar que tenemos que perdernos en detalles de purismo idiomático, pues al fin y al cabo, si el idioma es algo procesal, vivo y cambiante, hemos de tener la mente abierta para aceptar los cambios. Lejos de nosotros la idea de acumular preciosos idiomáticos, adverbios y adjetivos, cuando con un adverbio o adjetivo adecuados, damos profundidad y precisión a nuestros conceptos.

Como científicos, nos debemos a la más estricta objetividad, y por ello estamos conscientes de la absoluta necesidad de conocer el idioma inglés, si pretendemos recibir informaciones adecuadas. Ahora bien, con muy escasas excepciones, todos los conceptos científicos del idioma inglés, pueden expresarse en un español correcto, inteligible y preciso; sin embargo, muchos defensores del idioma hispánico, a los que horroriza la sola idea de que pudiéramos publicar nuestra revista en inglés (como lo hacen los chinos, los japoneses y en parte los daneses y los suecos, para dar a conocer sus contribuciones a la ciencia a los anglófonos), cuando escriben en ¿español? usan los giros idiomáticos ingleses (abuso de gerundios, uso de frases negativo-negativas para afirmar, etc.) y traducen espantosamente términos que se parecen al español pero que en inglés significan algo bien diferente. Por no abundar en el tema, bástenos citar: *Phylosophy*, que en inglés quiere decir únicamente: criterio, conceptos actuales, o punto de vista actual y que nada tiene que ver con el concepto de filosofía en español; el tan sobado "balance", que en inglés quiere decir equilibrio (equilibrio ácido-básico, dieta equilibrada), término que ahora vemos escrito constantemente balance que en español significa columpiarse, oscilar,

mecerse. La rutina en inglés significa una serie de actos sucesivos de una técnica, en tanto que en español es simplemente una cosa mal hecha. Pathology en inglés significa lesión, enfermedad, alteración y así debemos decirlo en español y no hablar bárbaramente de "hallamos mucha patología".

Los anglosajones son un grupo humano magnífico, que en el momento presente es el exponente máximo de la ciencia y la tecnología. Su idioma es dúctil y pragmático y de gran expresividad tecnológica, pero pienso que debemos tomar de él todo lo bueno que tiene y no limitarnos a imitaciones simiescas, que sólo sirven para demostrar que el que las emplea copia mal lo contingente y no sabe aprender lo necesario.

Entre los jóvenes, que suelen saber poco inglés y posiblemente menos español, existe la moda de creer que utilizando palabras que se parecen a las inglesas en sus artículos en español, se proveen de un barniz de gentes que conocen la ciencia anglosajona, de ahí que "reportan" en vez de comunicar, que "discuten", en vez de comentar, que trabajan con "aliados" en vez de colaboradores, que ponen mayúsculas sin ton ni son, que dan anestias "asistidas" en vez de ayudadas, que resuelven las "emergencias", en vez de atender las urgencias y creo que algún día nos van a hablar de las "casualidades" refiriéndose a las bajas en la guerra, o en los accidentes (casualties en inglés).

Por lo general, los mejores científicos, los mejores clínicos, suelen tener un lenguaje escrito adecuado y correcto, en tanto que los trabajos mal redactados, por lo general corresponden a comunicaciones de escaso valor científico. Es raro hallar trabajos científicos de valía, mal redactados.

No pretendemos tener gramáticos, prosistas ni grandes escritores entre nosotros, no estamos clamando por escritos barrocos, ni por puristas pesados y eruditos que perdidos entre cosas sin importancia no tendrían tiempo de elaborar verdaderos trabajos científicos, pero sí afirmamos, que cualquier cerebro bien organizado, usa adecuadamente el instrumento idiomático y es claro y conciso en el idioma en que se expresa y su conocimiento amplio de otros idiomas, le permite utilizar términos adecuados en el suyo, sin necesidad de utilizar los de otros idiomas y mucho menos utilizarlos mal.

José Vila

## Yatrogenia

Dr. Everardo ORTIZ DE MONTELLANO\*

**One of our most outstanding surgeons, expresses his feelings in a gentle, human and humanistic manner about surgical iatrogenia.—Editor's note.**

Si "iatros" quiere decir medicina debiéramos concluir que "iatrogenesis" es todo lo generado por la práctica de la medicina, bueno o malo.

Desconozco el motivo por el cual, los médicos han decidido confinar este término al señalamiento de los defectos de su actuación y en sentido lato a los efectos nocivos, casi siempre reconocidos de antemano, de las medidas que aplican en la práctica de su oficio. Como quiera que sea, es positivo el hecho de que los médicos hayan creado este capítulo para valorar los motivos de sus fracasos y enumerar los efectos indeseables, pero inevitables, de su técnica, de su táctica y de la tecnología que los auxilia, sin olvidar, y al contrario, subrayando las repercusiones de su comportamiento humano.

Tampoco sé, por qué, si el médico actúa cada vez menos como individuo y se ve obligado a compartir su trabajo y su responsabilidad con innumerables personas situadas en distintos niveles y distintas esferas, no habla de la yatrogenia administrativa, o de la yatrogenia social, entre otras.

Actualmente las funciones del médico son compartidas por toda la sociedad en la que estamos involucrados: los dirigentes del país,

políticos o no, los que laboran en instituciones públicas y privadas, los investigadores, los médicos, los fabricantes de medicamentos e implementos médicos, nuestros colaboradores especializados, (enfermeras, técnicos, administradores) con lo que resulta al final, que cada miembro de la sociedad, en su capacidad de poder agredir o respetar la salud e integridad de sus congéneres, participa en las funciones curativas o preventivas.

Es obvio que al discutir este tópico, lo que buscamos es mejorar la "calidad" de la atención médica en cada período de nuestro desarrollo social, cultural y profesional. Resultaría morboso e improductivo señalar errores y defectos sin implementar las medidas correctivas correspondientes, y ésto, requiere la integración y motivación de todos los involucrados, en un esfuerzo conjunto y continuo.

El cirujano tiene un lugar especialmente visible en este concurso, debido a la espectacularidad de su participación, por otro lado, ni más ni menos valiosa que la de los demás. Es natural que, apremiado con frecuencia por el tiempo y las circunstancias, y cualquiera que sea su estado de ánimo, deba tomar decisiones graves que a menudo resultan defectuosas y no pocas veces desastrosas; esto sin contar con que, durante y después de su actuación, está asistido por otros técnicos cuyas decisiones influirán de modo importante en el resultado final de su operación.

Siempre que se habla de yatrogenia las miradas se dirigen primero hacia el cirujano y siempre

que los cirujanos hablan de yatrogenia sus pensamientos se dirigen primero hacia el hospital donde trabajan y después hacia el material humano que manejan. Es pues también natural, que el cirujano exija que su hospital trabaje con la máxima eficiencia obtenible, cosa que dependerá de un número casi infinito de factores que no está en sus manos controlar, pero a los que oportunamente tiene acceso si tiene el acierto de motivar a cada elemento de su equipo con incentivos adecuados. Claro que estoy suponiendo que él mismo ha escapado ya a la tentación de la espectacularidad que le ofrece su sitio y a la atractiva idea de ocupar ese sitio sin poner más esfuerzo que el que pondría un obrero manual calificado. Debemos admitir ya en este momento, que cirujano que no logra dominar estos dos aspectos de su personalidad, será uno de los más yatrogénicos. Operaciones innecesarias, indicaciones desviadas, vías de acceso defectuosas, sorpresas, imprevistos, operaciones incompletas o mutilaciones excesivas, postoperatorios erráticos y en fin muertes e invalideces evitables congestionan la cuenta personal de este tipo de cirujano.

Otra de las facetas clave de su personalidad es el grado y tipo de su agresividad. Entre el timorato y aquel que parece disgustado con la especie humana, existe una gama infinita. Existe aquel que emprende la tarea con entusiasmo y pronto se desanima, o se asusta, y abandona la empresa dejándola inconclusa. Y aquel otro que empieza con cautela, continúa des-

\* Durango 33, Desp. 93, México 7, D.F.

embarazándose de sus temores y termina con la mayor desaprensión.

No hay duda de que muchos fracasos se deben a un desajuste entre la agresividad de la enfermedad, y la del cirujano, o a un tono vital discontinuo de este último. Yo creo que este aspecto puede ser influido favorablemente por los que enseñan la cirugía con el ejemplo.

Por otro lado no debíamos olvidar que así como el choque antigéno-anticuerpo puede matar al paciente, con mucha frecuencia el choque del cirujano con el cáncer, también puede matarlo. Debemos aprender a reconocer el momento en que estamos derrotados, aunque jamás lleguemos a conformarnos con la derrota; tendremos que perder muchas batallas si queremos ganar la guerra de llenar nuestro cometido en la sociedad.

Sería imposible enumerar ahora

todos los aspectos técnicos que el cirujano debe cultivar y vigilar para evitar la yatrogénesis. La especialización nos ha ido confinando a campos estrechos y va siendo necesario discutir esos aspectos por capítulos específicos. Cada cirujano deberá elegir el estudio de aquellos con los que tiene contacto, sin olvidar que ante todo es médico, después cirujano y quizá especialista.

Quisiera terminar subrayando la importancia del trato del cirujano hacia el paciente. Es frecuente que dialogue con la enfermedad mas no con el enfermo, y emita opiniones, diagnósticos, pronósticos y planes de tratamiento que lo aterrorizan. Si bien es cierto que el paciente tiene derecho a conocer nuestra opinión y nuestros planes, también es cierto que espera que le demos la peor noticia con el mayor sentido humano e infundiéndole confianza y esperanza.

Es posible que tengamos que hacerle algunas advertencias, pero no tenemos por qué transmitirle nuestros temores personales, ni tenemos derecho a disculparnos de antemano de los errores que podamos cometer. Quizá la mayoría de las veces solucionemos la enfermedad física, pero muchas otras habremos dejado huellas psíquicas que pueden tener consecuencias deletéreas inmediatas o tardías: úlceras de "stress" en el postoperatorio, recuperaciones tórpidas, invalideces ficticias, etc., descomponen el resultado de nuestra intervención y a veces la vida entera del paciente.

**Una delicada reflexión de un cirujano, sobre la yatrogenia quirúrgica, escrita con gran sentido humano y humanístico.—Nota de la Redacción.**

## Tratamiento temprano de las perforaciones posttimpanoplastia

(comunicación preliminar) †

Dr. César VALENCIA \*  
Dr. Alejandro PRADO \*  
Dr. Eduardo DE LA PARRA \*

**Author's Summary.**—The results obtained with a new surgical technique for correction of a perforated tympanoplasty in five patients is presented. Dry temporalis fascia obtained from other patients was used, preserved in sterile conditions at 2-4 degrees celsius.

It was possible to find deficiencies in surgical technique as cause of the graft perforation in 4 patients, and the fifth had an acute otitis media 10 days after surgery.

The secondary graft was not rejected and besides correction of the perforated drum, functional recovery within expectations was achieved.

The technique described can be performed in the office in 10-15 minutes, without anaesthesia or special preparations, following only aseptic techniques.

### INTRODUCCION

Son relativamente frecuentes las perforaciones recidivantes posttimpanoplastia. Sheehy y cols.<sup>1</sup> las encontraron en el 3% en un grupo de 1024 operados, Booth<sup>2</sup> en el 6% y Portman y cols.<sup>3</sup> sin dar cifras, presenta esta complicación como la segunda en importancia en sus timpanoplastias.

Los 5 casos presentados en este trabajo, son los complicados por perforación en un grupo de 110 timpanoplastias y corresponden al 4.5%.

La evolución de las técnicas quirúrgicas y de los distintos materiales de implante para la timpanoplastia, contempla como uno de sus logros, la integridad postoperatoria de la nueva membrana. Entre otros, Albrite y Leigh, utilizan duramadre,<sup>4</sup> Nivehl,<sup>5</sup> Schiff y Nieberding<sup>6</sup> utilizaron vena, Hildmann y Steinbach fascia temporal fresca y preservada.<sup>7,8</sup> Otros autores han utilizado mucosa bucal, peritoneo, piel, pericondrio tragal, etc. La experiencia de Wullstein, Unterberger y otros en la valoración de los distintos injertos, indica que la fascia temporal y el pericondrio tragal, son los materiales óptimos para la reconstrucción de la membrana timpánica.

Resumiendo el criterio de muchos investigadores (Wullstein, Converse, Goodpasture, Conway, etc.) se pueden describir 3 fases que han de influir en forma decisiva en la aceptación del injerto.

- Fase de circulación plasmática
- Fase de revascularización
- Fase de organización

La aponeurosis muscular, absorbe rápidamente los líquidos tisulares y su imbibición es óptima a los 60 minutos de efectuado el trasplante. También, en breve

lapso, se adelgaza hasta alcanzar un tercio o un cuarto de su primitivo espesor y a las 18 horas inicia su revascularización, la que establecida adecuadamente, condiciona la organización, con la epitelización entre la segunda y la cuarta semanas. Para la técnica propuesta en esta comunicación, es fundamental la consideración de la tercera fase de organización del injerto, cuando interviene la epitelización dado que, un reinjerto podría condicionar un colesteatoma yatrogénico.

### MATERIAL Y METODO

Este estudio se realizó en los enfermos a los que se les practicó timpanoplastia en los dos últimos años y que presentaron complicación postoperatoria consistente en perforación del injerto.

En número de cinco, fueron cuatro del sexo femenino y uno del masculino; tres perforaciones fueron marginales y dos centrales. Tres oídos reinjertados fueron derechos y dos izquierdos. La edad de los pacientes varió entre los 19 y los 34 años.

Una de las pacientes, presentó otitis media catarral al décimo día de operada, con varias perforaciones centrales como secuela.

Otra de las pacientes había sido operada dos veces, presentando perforación residual, por lo que después de la segunda intervención, se procedió al reinjerto.

† Leído en el XXVIII Congreso Nacional de ORL., Monterrey, Mayo 1978.

\* Durango N° 33, México 7, D.F.

TABLA I

ENFERMO	SEXO EDAD	TIPO DE PERFORACION	AREA	REINJERTO A LOS:	MEDICACION	GANANCIA AUDITIVA	ACEPTACION DEL REINJERTO A LOS
1	F-34a	Marginal	8 mm <sup>2</sup>	15 días	Si	10 db.	30 días
2	F-26a	Central	24 mm <sup>2</sup>	16 días	Si	10 db.	60 días
3	F-25a	Cent. Múlt.	—	10 días	Si	10 db.	10 días
4	M-19a	Marginal	20 mm <sup>2</sup>	15 días	Si	20 db.	15 días
5	F-23a	Marginal	16 mm <sup>2</sup>	19 días	No	30 db.	8 días

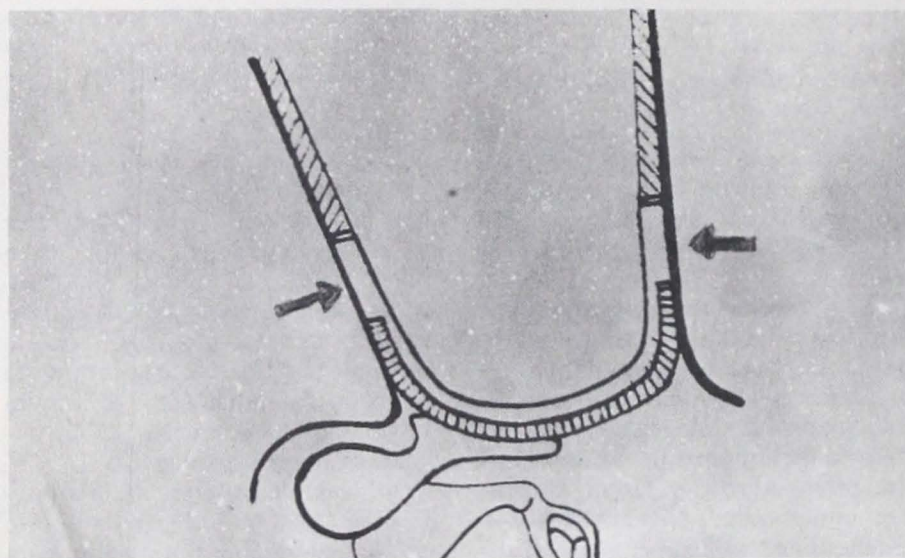


Fig. 1. Tiempo clave en la técnica que usamos en nuestras timpanoplastías en donde se ve, como el tercio interno del CAE, se ha desepitelizado 4 mm., por encima del annulus timpánico, de tal manera que de ser necesario pueda ser aplicado un injerto en el consultorio, ya sea central o marginal, sin peligro de ocasionar un colesteatoma yatrogénico.

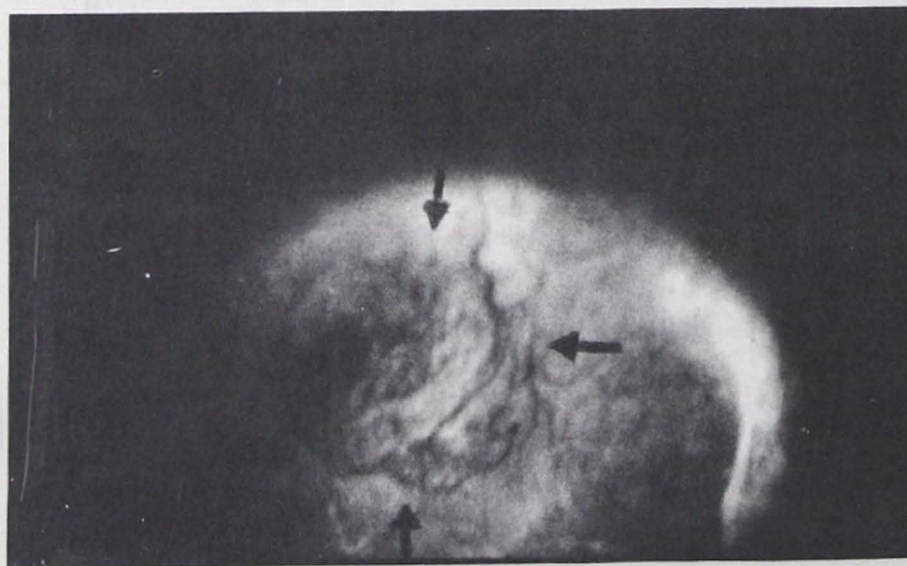


Fig. 2. Caso 1, femenino de 34 años, operada en 2 ocasiones. Después de la última queda con una perforación residual marginal posteromedial de aproximadamente 8 mm<sup>2</sup>. Se reinjertó a los 15 días en el consultorio. Nótese la revascularización del injerto (foto tomada a los 13 meses de reinjertada).

Los injertos se llevaron a cabo entre el décimo y el decimonono día del postoperatorio. Se utilizaron homoinjertos de fascia temporal seca, preservada en frasco estéril a temperaturas de 2 a 4 grados centígrados, provenientes de otros pacientes. Las fascias reinjertadas fueron preservadas en frascos de cristal, uno para cada pieza, entre 8 y 30 días antes de ser utilizadas.

La técnica del injerto es por demás simple y se asemeja del todo a la del parche timpánico. El área por cubrir debe sobrepasar en 3 a 4 mm a la de la perforación y eventualmente, sobre todo en las marginales, deberá cubrir también una porción de conducto auditivo, de la zona desepitelizada yuxtatimpánica. El injerto deberá fijarse con trocitos de gelfoam embebidos en solución de Neomicina. El procedimiento no toma más de 10 a 15 minutos y se efectúa en el consultorio, sin preparación alguna del paciente, sin anestesia y con sólo la observancia de los preceptos convencionales de antisepsia.

## RESULTADOS

En los 5 pacientes tratados se obtuvo la aceptación del injerto. El tiempo de aceptación de la fascia reinjertada fue entre 8 y 60 días. La paciente que requirió de 2 meses sufrió un proceso inflamatorio granulomatoso y recibió medicación general y local.

En la mayoría de los casos no hubo signos de rechazo ni de inflamación.

Se obtuvo la integridad física del injerto y en todos los pacien-

tes se logró una ganancia auditiva entre 10 y 30 decibeles.

No sufrieron dolor o molestias y no se requirió para la práctica de este procedimiento ningún anestésico.

Ninguno de los pacientes reinsertados ha presentado colesteatoma yatrogénico ni alguna otra complicación.

## COMENTARIOS

Resulta obvio que, ante una perforación postoperatoria a una timpanoplastía, la reparación en el postoperatorio inmediato es la conducta a seguir y quedan definidos líneas arriba los pormenores.

Si bien el uso de la aponeurosis del músculo temporal, por sus características ideales en cuanto a su calidad como injerto, es universalmente aceptado, el reinjerto de este mismo material en la perforación central o marginal que complica el postoperatorio de una timpanoplastía, representa una solución práctica para el cirujano, económica, cómoda y sin riesgo para el paciente.

Resulta interesante dejar señalada, la importancia que tiene el tratamiento profiláctico de la perforación postoperatoria con la base técnica de una timpanoplastía que haga prevalecer el concepto de injerto adecuadamente aplicado, con infraestructura bien cimentada en *annulus*, restos timpánicos desepitelizados aprovechables, cadena osicular íntegra, columelar o transpuesta o aún con relleno de caja con gelfoam.

La observancia de una técnica depurada en la aplicación del injerto en el ángulo que forman el *annulus* y la pared anterior del CAE, es otro punto importante para el buen resultado final.

Es conveniente insistir en que la técnica que hemos seguido en la timpanoplastía, incluye un tiempo clave que podría considerarse preparatorio para un eventual reinjerto y es el que cumple con la tarea de eliminar un manguito de piel de 4 mm del extremo medial del CAE y en la desepitelización

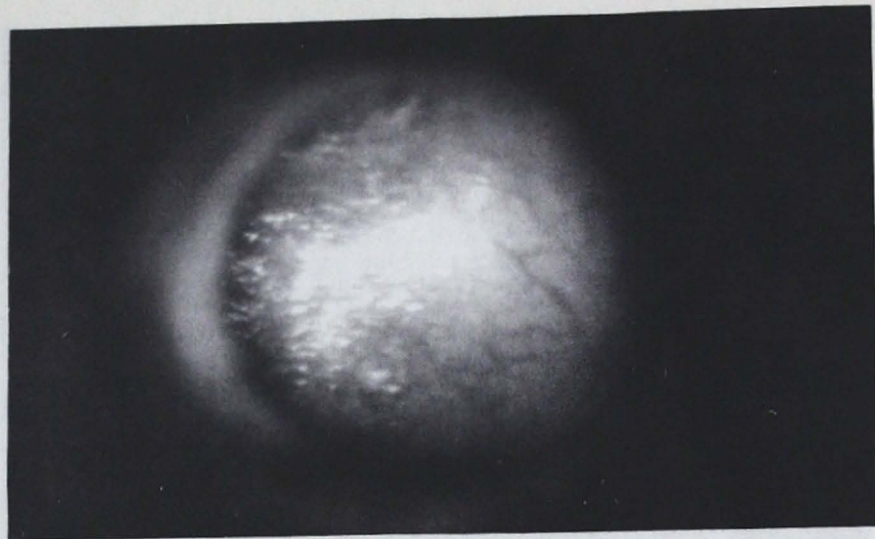


Fig. 3. Caso 2, femenino de 26 años quien a los 16 días de operada presentó perforación central residual de aproximadamente 24 mm<sup>2</sup>. Se le aplicó un reinjerto el mismo día en el consultorio, siendo absorbido a los 60 días, por haber presentado un granuloma del reinjerto. Se le dio medicación local y general con corticoides, antihistamínicos y antibióticos, cediendo el granuloma. (Foto tomada al año de operada).



Fig. 4. Caso 3, femenino de 26 años que a los 10 días de operada presentó una otitis catarral con múltiples perforaciones centrales (véanse las flechas) de las que se aspiró líquido seroso. Se le aplicó ese mismo día un reinjerto total sobre el injerto operatorio en el consultorio, se le dio medicación con pseudoefedrina, antihistamínicos y antibióticos, cediendo el cuadro catarral, siendo aceptado el reinjerto a los 10 días. Nótese las perforaciones del 1er. injerto cubiertas por el reinjerto puesto en consultorio. (Foto tomada a los 6 meses de operada).

de *annulus* y restos timpánicos aprovechables que facilita enormemente la maniobra del parche, si es que se necesita antes de la etapa de organización del injerto en la que la epitelización se establece. Así quedaría el reinjerto con

escasas posibilidades de generar un colesteatoma yatrogénico. (Fig. 1).

La fascia incrementa su bondad como injerto, al quedar demostrada la facilidad de la aceptación del reinjerto del mismo material.



Fig. 5. Caso 4, masculino de 19 años quien a los 15 días de operado presentó una perforación antero-inferior marginal de aproximadamente 20 mm<sup>2</sup>. Ese día fue reinjertado en el consultorio administrándosele antihistamínicos y antibióticos, siendo aceptado el reinjerto a los 15 días. Nótese la hipervascularización del injerto. (Foto tomada a los 3 meses de operado).



Fig. 6. Caso 5, femenino de 23 años quien a los 19 días de operada presentó perforación marginal postero-superior de aproximadamente 16 mm<sup>2</sup>. Reinjertada en el consultorio ese mismo día, no se le dio medicación; el reinjerto fue aceptado a los 8 días. Nótese la gran vascularización del reinjerto. (Foto tomada a los 2 meses de operada).

Asimismo es de considerarse la extrema sencillez del manejo del banco de aponeurosis.

Se habían hecho muchos esfuerzos, algunos con buenos resultados, para diseñar programas de reparación del injerto posttimpanoplastía en el consultorio<sup>11</sup> siempre y cuando fueran centrales. No hay

bibliografía disponible para solucionar el problema planteado por la complicación marginal.

#### CONCLUSIONES

1. Las perforaciones residuales posttimpanoplastía son relativamente frecuentes.

2. El homoinjerto de fascia temporal seca, preservada en frasco estéril, puede emplearse sin ninguna complicación.
3. El tiempo máximo de conservación de la fascia ha sido de 71 días.<sup>11</sup>
4. La técnica de timpanoplastía usada y de la que en el texto de este trabajo sólo se menciona el tiempo clave, impone la ventaja de la epitelización del injerto hasta la 4a. semana. Otras técnicas implican dicha epitelización desde la 2a. semana.
5. Durante los primeros 30 días del postoperatorio puede ser reparada cualquier perforación residual ya sea central o marginal.
6. El pedículo vascular, induce una rápida vascularización del injerto más no es una condición *sine qua non* para que éste se revascularice.
7. Para obtener buenos resultados en la timpanoplastía es necesaria la observancia de acucioso método en la aplicación del injerto, sobre todo en el ángulo formado por el *annulus* y la pared anterior del CAE.

**Resumen de los autores.**—Se presentan los resultados obtenidos con una nueva técnica de reinjerto en el postoperatorio de timpanoplastía complicada por perforación, en 5 pacientes. Se utilizó fascia de músculo temporal seca de otros enfermos, preservada en frasco estéril a temperatura de 2 a 4 grados centígrados.

Tuvimos que efectuar estos reinjertos por perforaciones postoperatorias, 3 marginales y 2 centrales. Se identificaron deficiencias en la técnica quirúrgica como causa de la perforación en 4 de los casos y en el quinto caso, una otitis media catarral a los 10 días de la operación.

El reinjerto fue aceptado en todos los casos habiéndose obtenido juntamente con la integridad física del neotímpano, la recuperación funcional en la medida que era de esperarse dado el tipo de



lesión previa y de la propia intervención.

La técnica del reinjerto que se describe, se practica en el consultorio, en un lapso de 10 a 15 minutos, sin preparación alguna del paciente, sin anestesia y con sólo la observancia de los preceptos convencionales de la antisepsia.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Sheehy, J. L., Brachman, O. E., Graham: Cholesteatoma Surgery: Residual and recurrent disease. A review of 1024 cases, Ann. Otol. Vol. 86: 1977.
2. Booth, J. B.: Myringoplasty, factors affecting results. Final report. The Journal of Laryngology and Otology. Londres, 1973.
3. Portman, G., Portman, M., et Claverie, G.: Chirurgie de la Surdité. Librairie Arnette. Paris, 1960.
4. Albrite, J. P., Leigh, B. G.: Durel Homograft (Allostatic) Myringoplastie. Laryngoscope 76: 1687-1693, 1966.
5. Nivehl, A. L.: The use of homologous vein grafts in otolaryngology. Laryngoscope 73: 919-925, 1963.
6. Schiff, M., Nieberding, P. M.: Vein homografts in otology. Laryngoscope, 73: 1465-1484, 1963.
7. Hildmann, H., Steinbach, E.: Experimental studies on closing artificial drum perforations in rabbits. J. Laryngol. Otol. 85: 1173-1176, 1971.
8. Hildmann, H. und Steinbach, E.: Experimentelle Untersuchungen zur Vertraglichkeit von Fascientransplantaten. Vortago 41. Jahres Versammlung der Acutschen Gessellschaft fur Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Travemunde, 1970.
9. Swgth, G. D., Kerr, A. G., Neven, N. C.: Tympanic membrane grafting: Animal and tissue culture experiments. J. Laryngol. Otol. 85: 1167-1171, 1971.
10. Antoli-Candela, F., Alvarez de Cozar, F.: Audiocirugia de las otorreas y de sus secuelas. Editorial Garsi, Madrid, 1972.
11. Salman, S. D.: Myringoplasty as an office procedure a new technique. Arch. Otolaryngol. 103; 1977.
12. Schuknecht, H. F.: Pathology of the Ear. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1974.

# Otomicosis en niños. Enfoque terapéutico

Dr. Gregorio Podoswa \*  
Dr. Edmundo VELÁZQUEZ \*\*  
Dra. Miriam INSRÁN \*\*\*

**Author's Summary.**—This is a clinical research paper in which 20 patients with micosis of the external auditory meatus were studied clinically and with specialized laboratory procedures.

Otomicosis is frequently found in the practice of pediatric otolaryngology, it does not have specific treatment and control. The authors recommend some simple rules for handling these patients, without undesirable effects.

## INTRODUCCION

La otomicosis, tal y como su nombre lo indica, constituye una infección micótica del oído, específicamente del conducto auditivo externo, que ha sido controvertida puesto que con anterioridad se asentaba que no constituía una entidad clínica.<sup>1</sup> En la actualidad se acepta que el origen de la enfermedad es primario, ya que el cuadro clínico es característico,

se obtiene el aislamiento del germen en las lesiones que produce y existe desaparición de las manifestaciones al eliminarse los agentes productores.<sup>2,3,4,5</sup> Por otra parte, se ha logrado reproducir la enfermedad en humanos voluntarios, lo que indica que el hongo tiene un poder patógeno verdadero<sup>6</sup> y finalmente, se ha demostrado que las hifas invaden activamente la epidermis del meato sin encontrarse bacterias.<sup>7</sup>

Se distinguen dos formas de otomicosis:

1. Asintomática
2. Sintomática

La forma asintomática se detecta en los exámenes otológicos de rutina y se suele presentar como una dermatitis seca; la otoscopia muestra hallazgos similares a la forma sintomática, excepto en que la piel subyacente se encuentra macroscópicamente intacta.<sup>4</sup>

La forma sintomática puede ser aguda o crónica. La primera se caracteriza por ser de inicio súbito, con otalgia intensa, secreción blanquecina importante e hipoacusia. En la segunda existe prurito, secreción blanquecina o amarillenta e hipoacusia. El examen del conducto auditivo externo muestra una masa algodonosa o una placa blanquecina aterciopelada, con pequeños puntos negros, grises, cafés o verdes. Las placas se encuentran separadas de la epidermis por una capa de secreción y descamación y la piel subyacen-

te se suele encontrar hiperémica además de exulcerada. Las lesiones generalmente se localizan en la porción posterosuperior del conducto auditivo externo o en el ángulo timpanomeatal. No es infrecuente encontrar granulaciones timpánicas o bien, perforación de la propia membrana.<sup>4</sup>

La otomicosis se determina con mayor frecuencia en los países tropicales o subtropicales y sus factores de predisposición se han considerado de la siguiente manera:

1. Aumento de la secreción de las glándulas sudoríparas apocrinas modificadas.

No está por demás recordar que estas glándulas sudorales apocrinas modificadas, son las responsables de la secreción ceruminosa, que cuando se acompaña de una hipersecreción sebácea, produce dilución de la cera trastornando su función protectora a través de hacerla más fácilmente removible por los baños y cambiando el pH local.<sup>7,8</sup>

2. Modificación de la flora bacteriana normal y de los ácidos grasos.

Esta modificación se suele obtener mediante el uso de antibióticos y corticosteroides para aplicación local; sin embargo, esto no se considera como complicación, sino como resultante de un desarrollo

\* Médico Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social.

\*\* Médico de Tiempo Completo del Servicio de Dermatología del Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social.

\*\*\* Médico Residente del tercer ciclo de Pediatría General del Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social.

de terreno propicio para que el hongo, clásico oportunista, encuentre su medio de cultivo.<sup>7 9</sup>

### 3. Inmunosupresión.

Este factor se ha determinado como de tipo celular parcial, ya que se ha detectado infección por *Candida* en pacientes con anergia cutánea a la candidina, situación que implica deficiencia del factor que inhibe la migración de macrófagos y la presencia de otro factor que inhibe la transformación blástica de los linfocitos. En infección debida a *Aspergillus* se ha detectado disminución de las células T y de la respuesta de la fitohemaglutinina.<sup>10 11</sup>

Al 50% de las otitis externas en general, se les atribuye un origen micótico<sup>4</sup> y en México, este tipo de alteraciones otológicas constituyen el 44%,<sup>5</sup> sin encontrar diferencias significativas en cuanto al sexo del enfermo, situación que se contrapone con lo reconocido a nivel internacional, en cuanto a que existe predominancia de la enfermedad en el sexo masculino.

En lo que se refiere a los agentes etiológicos de la otomiosis, el *Aspergillus* ocupa en las diferentes comunicaciones existentes el primer lugar en frecuencia, siguiéndole el género *Candida* y con menor frecuencia *Penicillium*, *Cladosporium*, *Rhizopus*, *Alternaria*, *Stemphillium*, *Saccharomyces* y *Actinomyces*.<sup>4 7 8</sup>

El método que se ha considerado como ideal para la identificación de los hongos, consiste en la visualización por examen directo preparando la muestra con KOH, tiñéndola con lactofenol y cultivándola en medio de Sabouraud.<sup>2 3 5 6</sup>

En cuanto al diagnóstico diferencial de la enfermedad, básicamente son dos las entidades que plantean esta situación; éstas entidades son: la otitis crónica de origen bacteriano y la otitis crónica tradicionalmente considerada como alérgica.<sup>12</sup>

Los medicamentos utilizados para el tratamiento de la micosis han

sido múltiples y muy variados; yodoclorohidroxiquinoleína para aplicación local en gotas, ungüentos y pomadas, nistatina, anfotericina B, griseofulvina, timol en solución alcohólica, resorcina, ácido salicílico y otros muchos. Sin embargo y hasta el momento actual, no se han logrado estabilizar los resultados satisfactorios.<sup>2 7 13</sup>

Por lo anteriormente descrito, justificamos la elaboración de este trabajo en base a la evaluación de la eficacia terapéutica del tolnaftato solución, para aplicación local en el tratamiento de la otomiosis.

## MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 20 pacientes procedentes de la consulta externa del Servicio de Dermatología en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional, dependiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, incluyendo los diferentes grupos de edades y sin establecer diferencia en cuanto al sexo.

El diagnóstico de otomiosis se estableció en base a los hallazgos clínicos y se sustentó en el estudio micológico (fresco y cultivo), para lo cual se tomó muestra de la secreción con ayuda del otoscopio, con asa de platino. La muestra se montó en hidróxido de potasio al 15% entre lámina y laminilla y otra parte de esta muestra se sembró en dos medios de Sabouraud sin antibióticos, incubándose a la temperatura ambiente durante 5 días.

Al término del tratamiento establecido, se volvió a practicar estudio micológico de acuerdo a los lineamientos anteriormente planteados.

Los pacientes del estudio se dividieron en dos grupos seleccionados al azar:

Primer grupo: se manejó a base de tolnaftato en solución a dosis de 1 mg, dos veces al día. Segundo grupo: se manejó siguiendo el esquema tradicional utilizado en el Servicio de Dermatología del Hospital de Pe-

diatría y que consistió en la siguiente fórmula:

Vioformo .....	4 g
Resorcina .....	1 g
Alcohol .....	50 ml
Agua .....	50 ml
Gotas:	Aplicar dos gotas tres veces al día.

Las lesiones óticas fueron examinadas semanalmente. Al fallar uno de los medicamentos se aplicó el otro tratamiento durante el mismo tiempo.

El estudio se efectuó en forma de "doble ciego" y los criterios de curación se establecieron en *desaparición de las lesiones y cultivo negativo*.

Para el análisis estadístico, se utilizó la prueba de la probabilidad exacta de Fisher.<sup>14</sup>

## RESULTADOS

Solamente en el 50% de los casos estudiados, el examen micológico (directo y cultivo), fue positivo con predominio de *Aspergillus sp.* en 9 casos y *Penicillium sp.* en un caso. El resto de los datos obtenidos en cuanto a la determinación del aspecto etiológico de los casos en estudio, se resume en el cuadro No. 1.

*Edad y sexo:* la edad osciló entre los 5 y los 17 años sin diferencias significativas. En cuanto al sexo, 12 casos (60%) correspondieron al femenino y 8 casos (40%) al masculino.

*Localización:* las lesiones se localizaron en 9 casos (45%), en oído derecho; en 7 casos (35%), mostraron el cuadro en oído izquierdo y finalmente, la presencia bilateral de las manifestaciones se encontró en 4 casos (20%).

*Procedencia:* del total de pacientes estudiados, solamente 8 (40%), procedían de regiones tropicales del país.

*Antecedentes:* en 19 casos (95%), existieron antecedentes de infección de oído medio o de intervención quirúrgica (mastoidectomía radical o modificada). Diecisiete de

CUADRO No. 1

RESULTADO DEL EXAMEN DIRECTO Y DEL CULTIVO EN VEINTE CASOS CON DX. OTOMICOSIS			
EXAMEN DIRECTO	CULTIVO	NUMERO DE CASOS	POR CIENTO
Positivo	Positivo	10	50
Negativo	Positivo	2	10
Positivo	Negativo	1	5
Negativo	Negativo	7	35

estos enfermos (85%) habían recibido corticosteroides y/o antibióticos locales.

*Cuadro clínico:* en el 100% de los casos se observaron macroscópicamente colonias micóticas; ruptura de membrana timpánica y prurito en 13 y 12 casos respectivamente (65 y 60%); secreción en 10 casos (50%), misma situación que se presentó en cuanto a hipoacusia y finalmente, sólo un caso (5%), presentó sintomatología de tipo dolor (otalgia).

*Evolución:* el tiempo de evolución de las manifestaciones otológicas antes de la evaluación terapéutica, motivo de este estudio, fue de más de un año en 19 (95%) de los enfermos y en solamente un caso (5%), se encontró evolución de cuatro días.

*Tratamiento:* 16 casos (80%) curaron con tolnaftato en solución. Ahora bien, 6 de estos casos estuvieron sometidos al tratamiento convencional del Servicio, pero debido a persistencia de las lesiones en 3 de ellos, recidiva en 2 y signos de intolerancia manifestados por irritación prurito en 1. Los restantes 4 casos curaron con la aplicación del mismo tratamiento convencional.

A propósito del tratamiento, es importante señalar que cuando se decidieron los cambios de solución, el responsable del trabajo ignoraba el contenido de los frascos que le entregaba a los enfermos y cabe agregar que el único caso de recidiva con la solución de tolnaftato detectado una vez que finalizó el tratamiento, había recibido antes de este estudio, el esquema tera-

péutico convencional; se insistió en la aplicación del propio tolnaftato con involución rápida del cuadro hasta llegar a la curación completa lo que podría confirmar en un momento dado, las comunicaciones de que no se desarrolla resistencia en el microorganismo.<sup>9 15 16</sup>

El promedio de duración del tratamiento fue de 25 días y el promedio de involución de las lesiones de 11 días.

*Análisis estadístico:* se aplicó la prueba de la probabilidad exacta de Fisher con un nivel de significancia (p) de 0.05; se rechazó la hipótesis nula (no existe diferencia significativa entre el tolnaftato y la fórmula convencional) y se aceptó la hipótesis del presente trabajo: el tolnaftato es más efectivo para el tratamiento de la otomicosis.

### COMENTARIO

Desde el punto de vista etiológico encontramos predominio de *Aspergillus sp.* Existe un dato que juzgamos por demás interesante y que radica en el hecho de que solamente el 50% de los casos estudiados fue positivo en el estudio micológico comprendiendo con esto al frotis y al cultivo, a pesar de que clínicamente eran perfectamente perceptibles las lesiones que configuraban la imagen de colonias micóticas y más aún, lesiones que desaparecieron con el tratamiento. Quizá esta situación podría estar relacionada con la poca colaboración de los enfermos para la toma de sus muestras o bien, debido a defectos en la técnica laboratorial.

El 60% de los casos correspondieron al sexo femenino, que aunque no significativo, difiere de las comunicaciones previas en que se ha visto predominancia en varones.

En cuanto a la edad, no se observó alguna diferencia significativa y en cuanto a la localización, el predominio fue sensiblemente a nivel unilateral. En el 95% de los casos existieron antecedentes de infecciones de oído medio o de intervenciones quirúrgicas, así como de la aplicación de antibióticos y/o corticoesteroides locales utilizados en forma indiscriminada. Esto produce desequilibrio por desaparición de los ácidos grasos saturados e insaturados, así como de bacterias que normalmente impiden la proliferación de hongos estableciéndose de esta manera un verdadero círculo vicioso; esto podría ser indicativo de que la afección no es bien conocida, además de que hasta el momento actual no se ha logrado un tratamiento integral que pueda ser considerado como específico. Todos estos factores contribuyen a la cronicidad del proceso.

Es importante señalar que en no pocas ocasiones se han suspendido intervenciones quirúrgicas de oído precisamente por la otomicosis y he aquí la necesidad de establecer el tratamiento adecuado, por más que no específico, teniendo en cuenta que si el cuadro se prolonga, puede influir en el pronóstico desde el punto de vista funcional.

Creemos que los resultados obtenidos con el tolnaftato son buenos y superan con mucho, a los obtenidos con otro tipo de tratamiento. Con esto no pretendemos aseverar que dicha solución constituye un tratamiento específico. Sin embargo, la facilidad en su aplicación, la ausencia de reacciones de intolerancia aún a pesar de la presencia de perforación timpánica y prácticamente la perfecta erradicación de las colonias micóticas, hacen su indicación precisa y adecuada.

Recomendamos el uso de la solución de tolnaftato a razón de un

miligramo dos veces al día y por un tiempo mínimo de 4 semanas; para evitar recidivas, mismas que pueden atribuirse a impropiedad para el uso del medicamento y no a resistencia del hongo, es recomendable continuar con la misma prescripción durante dos semanas más a partir de la ausencia clínica de las lesiones.

Hasta el momento actual y siguiendo la evolución de los 20 casos estudiados, no hemos observado recidivas de la micosis.

**Resumen de los autores.—Se presenta una investigación clínica realizada en 20 enfermos con padecimiento del conducto auditivo externo y correspondiente a lo conocido como otomicosis diagnosticada clínicamente y comprobada a través de estudios de laboratorios especializados.**

**Al tener en cuenta a la otomicosis como una enfermedad frecuente en la práctica de la Otorrinolaringología Pediátrica, sin tratamiento específico y por ende sin control, los autores del trabajo logran determinar un manejo**

**sencillo, accesible y sin efectos indeseables que consideran resuelve el problema terapéutico de la entidad.**

#### BIBLIOGRAFIA

1. Kingery, F. A.: The Myth of Otomycosis. JAMA. 191: 129, 1965.
2. McGonigle, J. I., Jillson, O. F.: Otomycosis: an entity. Arch. Dermatol. 95: 45, 1967.
3. Editorials: Otomycosis: An entity, not a myth. JAMA. 199: 38, 1970.
4. Grigoriu, D., Font, N.: The otomycosis. Dermatologica. 141: 138, 1970.
5. Macotella-Ruiz, E., López Martínez, R., Gómez, Urcuyo, F.: Otomicosis. La Prensa Méd. Mex. 41: 375, 1976.
6. Sood, V. P., Sinha, A., Mohapatra, L. N.: Otomycosis: a clinical entity—clinical and experimental study. J. Laryngol. Otol. 81: 999, 1967.
7. Beaney, G. P. E.: Tropical otomycosis. J. Laryngol. Otol. 81: 987, 1967.
8. Youssef, Y. A., Abdou, M. H.: Studies on fungus infection of the external ear: I. Mycological and clinical observations. J. Laryngol. Otol. 81: 401, 1967.
9. Meunier, A., Blassin, R., Meunier, F.: Remarkable efficacy of tolnaftate on Otomycosis (30 cases.) Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac. 92: 669, 1975.
10. Gerbeaux, J., Baculard, A., Tournier, G., Moulias, R., Gouts, J. M., Brothet, Ed., Saint-Martin, J.: Partial deficiency of cell-mediated immunity in a child with chronic mucocutaneous candidiasis. Intercurrent meningial and pulmonary cryptococcosis. Ann. Med. Interne (Paris). 126: 623, 1975.
11. Kyriakides, G. K., Zinneman, H. H., Hall, W. H., Arora, V. K., Lifton, J., DeWolf, W. C., Miller, J.: Immunologic monitoring and aspergillosis in renal trasplant patients. Am. J. Surg. 131: 246, 1976.
12. Vanbreuseghem, R.: Value of mycology in diferencial diagnosis. Brux. Med. 52: 407, 1972.
13. Youssef, Y. A., Abdou, M. H.: Studies on fungus infections of the external ear. II. On the chemotherapy of otomycosis. J. Laryngol. Otol. 81: 1005, 1967.
14. Siegel, S.: La prueba de la probabilidad exacta de Fisher. Ed. Siegel, S.: Estadística No paramétrica. p. 121. México, Editorial Trillas, (ed. 3), 1976.
15. Weinstein, L.: Miscellaneous Antifungal Agents. Ed. Goodman, L. S. and Gilman, A.: The Pharmacological basis of Therapeutics. p. 1304. New York, Mac Millan Ed. 4, 1970.
16. Litter, M.: Benzotiazoles y derivados del tiocarbanilo. Ed. Litter, M. Compendio de Farmacología. P. 531. Buenos Aires. "El Ateneo". (Ed. 4), 1975.

# Detección de alteraciones auditivas en niños escolares y preescolares en una escuela de la Ciudad de México

Dr. Heriberto CARBALLO \*  
Dr. Oswaldo ROMERO RIVERA \*

**Authors Summary.**—Using a fast and simple technique, 256 children from a low-middle class elementary school were evaluated audiologically using low-cost and easy-to-use equipment. Hearing losses found in some children were evaluated as to their types and most common aetiologies.

Es innegable que la solución, desde el punto de vista económico a todos los problemas de salud, es la profilaxis en el niño. En nuestro país no se ha hecho una campaña a nivel masivo con el objeto de prevenir los problemas auditivos y los trabajos se han limitado sólo a pequeños grupos y sus resultados no los conocemos.

La detección de alteraciones auditivas en edad escolar no solamente tiene importancia como un problema de salud, sino que también la tiene como un problema escolar, puesto que es causa de problemas de aprendizaje, de conducta, etc.

En otros países se ha buscado la detección de estas alteraciones con buenos resultados y con costos bastante bajos.

## MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 256 niños de la Escuela "Presidentes de México" de la Secretaría de Educación Pública en la Ciudad de México, a la que asisten niños de la clase media baja. Previamente, a través de

CUADRO I

	No.	%
Masculino	115	44.9
Femenino	141	56.1
Total	256	100.0

los maestros y de pláticas con los padres, se realizó la sensibilización de éstos para obtener una mejor colaboración. Los niños estudiados asistieron al Instituto de Otoneurología, Voz y Lenguaje, con sus padres, y a todos se les hizo un breve interrogatorio sobre las alteraciones auditivas más frecuentes como son: sordera familiar, problemas infecciosos óticos o faringo-amigdalinos, administración de drogas ototóxicas, así como si había o no alteraciones en el lenguaje (dislalias, omisiones, sustituciones). Posteriormente se practicó a los niños exploración otorrinolaringológica somera, con especial cuidado en la otoscopia. Enseguida se les practicó audiometría tonal

por vía aérea en las frecuencias de 500 a 6,000 Hz y en aquellos en los que se detectaron alteraciones, se completó el estudio con exploración tonal por vía ósea y con logaudiometría. Todas las exploraciones de tipo audiológico se hicieron en una cabina sonoamortiguada. Se utilizó un audiómetro Belton 200 C, con entrada para logaudiometría, calibrado con las normas internacionales tipo ANSI.

De los niños estudiados 115 (44.9%) eran del sexo masculino y 141 (56.1%) del sexo femenino, los cuales fueron agrupados por edades: 4-5, 6-7, 8-9, 10-11, 12 años o más.

El mayor número de niños perteneció al grupo comprendido en-

CUADRO II

EDAD	MASC.	FEM.	No.	%
4 a 5 años	5	5	10	3.90
6 a 7 años	76	74	150	58.59
8 a 9 años	28	32	60	23.44
10 a 11 años	7	12	19	7.42
12 ó más	5	12	17	6.65

\* Residentes del C.M.N.

tre los 6 y 7 años con 150 niños (58.59%), siguiéndoles los comprendidos entre los 8 y 9 años con un número de 60 (23.44%), sin que en algún grupo hubiera diferencia significativa en cuanto al sexo.

Dentro de la valoración otorrinolaringológica que se hizo, los hallazgos otoscópicos encontrados fueron clasificados como normales o anormales. El grupo de normales comprendió 88 niños (34.38%) del sexo masculino y 122 (47.66%) del sexo femenino, lo que nos da un número de 210 (82.04%) del total de niños estudiados; y el grupo de los anormales un total de 46 (17.96%), de los cuales 27 (10.54%) pertenecían al sexo masculino y 19 (7.42%) al sexo femenino, predominando el sexo masculino.

Las lesiones otoscópicas encontradas fueron las señaladas en el Cuadro III.

CUADRO III	
Opacidad o retracción timpánica	26
Membranas de neoformación	8
Tapones de cerumen	4
Esclerosis timpánica	3
Enrojecimiento o líquido	4
Perforación timpánica	2
Malformación de oído externo	1

Respecto de la audición encontrada en la población estudiada se clasificó como nivel de audición normal o anormal (normalidad entre 0 y 20 decibelios). Los niños con audición normal fueron 227 (88.67%) de los cuales 100 (39.06%) pertenecían al sexo masculino y 127 (49.61%) al sexo femenino. Con nivel de audición anormal fueron 29 (11.33%), 15 (5.86%) del sexo masculino y 14 (5.47%) del sexo femenino, predominando ligeramente el sexo masculino, sin que ello represente una diferencia significativa de sexo.

CUADRO IV			
NIVEL DE AUDICION	SEXO	No.	%
Normal	Masc.	100	39.06
	Fem.	127	49.61
Anormal	Masc.	15	5.86
	Fem.	14	5.47
Total		256	100.00

En el cuadro V, se detalla la etiología de las lesiones encontradas.

CUADRO V	
Disfunción tubaria	27
Faringoamigdalitis	26
Otitis media cerrada	5
Otitis serosa	4
Otitis adhesiva	3
Otoesclerosis	2
Cortipatía hereditaria	2
Alteraciones del lenguaje (dislalia)	1
Adenoiditis	1
Rinosinusitis	1

Respecto de la disfunción tubaria, por ser problema cuya evolución es tan variada y puede o no cursar con mayor o menor pérdida de audición o inclusive ninguna, no creemos conveniente en este momento hacer una correlación entre una y otra, lo importante es reafirmar que en todos los casos de otitis serosa, otitis adhesiva, otoesclerosis, cortipatía hereditaria, si se encontraron alteraciones de la audición.

En cuanto a la faringoamigdalitis y adenoiditis, todas coincidían con disfunciones tubáricas, con manifestaciones clínicas diversas e hipoacusia.

### COMENTARIO

Los métodos para detectar hipoacusias son múltiples y variados, dentro de los que podemos mencionar el Sistema de Registro Acelerométrico, Respuestas Evocadas, impedanciometría, audiometría to-

nal, audiometría tonal + impedanciometría o pruebas de detección gruesa como la de Lorenzo Filo que aún se utiliza en escuelas de enseñanza preescolar.

Sin embargo, cuando el estudio de detección se realiza principalmente en los niños, no todos los métodos mencionados son utilizables y aplicables en la práctica clínica habitual, ya sea por su elevado costo, manejo e interpretación difíciles, laboriosidad, colaboración del paciente, etc., como el caso de SRA, RE, electrocoleograma, etc., o la audiometría tipo Bekesy.

Consideramos que la impedanciometría sola como método de detección es de bastante utilidad, rápida, de relativo bajo costo y no necesita la colaboración objetiva del paciente; sin embargo, un estudio realizado en preescolares y escolares por Harker y Van Wagoner en Southeast Alaska (1974) en un número considerable de niños, encontraron anomalías en el timpanograma en un 40% de niños estudiados. Combinaron la impedancia con audiometría tonal y el resultado final del estudio realizado fue que sólo el 10% de los que tenían alteraciones en la impedancia mostraban problemas auditivos.

Nosotros utilizamos la audiometría tonal pura por las siguientes razones:

1. La edad de los niños era, en su mayoría, la ideal para obtener una adecuada cooperación.
2. Es un método rápido.
3. Es de bajo costo.
4. De alta confiabilidad.

Nuestros hallazgos en cuanto a la frecuencia de hipoacusia, coinciden con variaciones poco significativas con las encontradas por autores como Kodeman, Van Wagoner y otros, y el nuestro es de 11.33%.

La etiología de las lesiones, en nuestra muestra, sí resultó significativamente diferente, ya que en tanto que la problemática de dichos autores son básicamente las

otitis serosas, en nuestro estudio ocupan el 45% los problemas infecciosos lo que demuestra, una vez más, que el estado nutritivo no influye en la frecuencia del problema, pero sí en su evolución.

**Resumen de los autores.—Se estudian 256 niños de una escuela primaria de clase media baja utilizando equipo audiológico de fácil aplicación, bajo costo y realización rápida para determinar hipoacusia y las lesiones más frecuentes que la ocasionan, así como su etiología.**

## BIBLIOGRAFIA

1. *Altman, M. M. and Shenhav, R.*: Method of early detection of hearing loss in infants. *J. Laryngol. Otol.* 85, 35: 1971.
2. *Altman, M. M. et al.*: Semi-objective method for auditory mass screening of neonates: *Acta Otolaryngol.* 70: 46-50, 1975.
3. *Downs, M. P. and Steritt, G. M.*: A guide to newborn and infant hearing screening programs. *Arch. Otolaryngol.* 85, 15: 1967.
4. *Harker, L. A. et al.*: Application of impedance audiometry as a screening instrument. *Acta Otolaryngol.* 77: 198-201: 1974.
5. *Jerger, J. et al.*: Critical view on audiometric screening in school. *Arch. Otolaryngol.* Vol. 101 (7): Julio 1975.
6. *Jerger, J.*: Diagnostic audiometry in Jerger J. (ed): *Modern Development in audiology*, ed. 2. New York, Academic Press Inc.: 75-115: 1973.
7. *Ling, D.*: Problems of detection of deafness among newborn infant. *Audiology* 10, 193: 1971.
8. *Lipscomb*: The increase in prevalence at high frequency hearing impairment among college students. *Audiology* 11: 231-7: Mayo-Agosto 1972.
9. *Pelmear Pl. et al.*: Self-recording Audiometry: *Br. J. Ing. Med.* 31 (4); 30-40: Oct. 1974.



## Manifestaciones otorrinolaringológicas en las enfermedades del tejido conectivo \*

Dr. Armando RAMÍREZ CALDERÓN \*\*

The author points out that although the various otolaryngological signs present in diseases of collagen can orient the diagnosis correctly they can also add confusion to the clinical picture.

For these reasons, he reviews the following diseases: poliarteritis nodosa, rheumatoid arthritis, sclerodermia, dermatomyositis, giant-cell arteritis, lupus erithematosus, Wegener's granulomatosis, recidivant polycondritis and Sjögrens' syndrome.

Each of these clinical entities described anatomopathologically and its otolaryngological manifestations are mentioned.—Editor's note.

En la patología del tejido conectivo, de por sí compleja y variada, existen manifestaciones otorrinolaringológicas cuya interpretación aparentemente simple, nos impulsa a tratarlas en forma poco adecuada.

El motivo de esta presentación es la de poner de manifiesto, la presencia de otras enfermedades, que el clínico debe tener en mente ciertas manifestaciones otorrinolaringológicas.

Para el desarrollo de este tema se seleccionó un grupo de enfermedades que tienen en común la presencia de vasculitis, y que se numeran a continuación: 1. Poli-

arteritis nudosa. 2. Artritis reumatoide. 3. Esclerodermia. 4. Dermatomiositis. 5. Arteritis de células gigantes. 6. Lupus eritematoso generalizado. 7. Granulomatosis de Wegener. 8. Policondritis recidivante. 9. Síndrome de Sjögren.

**POLIARTERITIS NUDOSA:** este padecimiento se caracteriza por afectar vasos arteriales, de pequeño y mediano calibre, tomando asiento la lesión en las tres capas arteriales, formando nódulos de tipo aneurismático, que se localizan de preferencia en las cercanías de las bifurcaciones arteriales. La lesión pasa por tres etapas: inflamación aguda, necrosis fibrinoide y cicatrización. La edad de presentación es entre los 20 y los 40 años y el sexo masculino predomina en 5 por 1 sobre el femenino. Los síntomas predominantes de poliarteritis nudosa son: fiebre, leucocitosis, adelgazamiento, dolor muscular y articular, presencia de nódulos cutáneos, hipertensión arterial, neuropatías, manifestaciones del sistema nervioso central, infartos regionales, gangrenas, lesión pulmonar, renal y abdominal.

**Manifestaciones otorrinolaringológicas:** la poliarteritis nudosa ocasiona procesos ulcerativos y granulomatosos, en nariz y oído medio como los descritos por Rose y Spencer.<sup>1</sup> Puede haber ataque pulmonar pero aún en los pacientes que no presentan lesiones de esta región, tienen una alta incidencia de infección crónica de nariz y supurativa de oído medio, e igualmente infección crónica de farin-

ge. Cualquier par craneal puede encontrarse afectado, pero con frecuencia la parálisis facial, se encuentra manifiesta, encontrándose tejido de granulación, durante el momento de la descompresión, como en los casos descritos por Dudley y Goodman<sup>2</sup> en parálisis facial bilateral. Puede haber infartos regionales con necrosis del paladar.

**ARTRITIS REUMATOIDE:** la artritis reumatoide es un padecimiento de etiología desconocida, aun cuando se le han atribuido factores genéticos, inmunológicos y ambientales. El órgano de choque son las superficies articulares diartrosicas, la cápsula articular, y la membrana sinovial, aun cuando puede atacar otros órganos; por lo que también se le da el nombre de enfermedad reumatoide. La enfermedad se manifiesta por procesos crónicos inflamatorios, que, cuando son locales, se traducen por ser poliarticulares y simétricos. Cuando son generalizados predominan los procesos de vasculitis. Tiene predominio el sexo femenino en proporción de 3 a 1 y los síntomas y signos sobresalientes son: dolor articular, rigidez matutina, deformidad articular, úlceras y nódulos subcutáneos. El factor reumatoide se encuentra elevado, la sedimentación globular acelerada, y presentan signos radiológicos característicos. Se dice que las manos por su deformidad son la tarjeta de visita del paciente reumático. Los espacios interarticulares se encuentran disminuidos y la osteoporosis generalizada

\* Leído en el XXVIII Congreso Nacional de Otorrinolaringología. Mayo 1978, Monterrey, N.L., México.

\*\* Médico otorrinolaringólogo de la Clínica Londres.

es frecuente en este padecimiento.

**Manifestaciones otorrinolaringológicas:** la artritis cricoaritenoides es una manifestación conocida de la artritis reumatoide como lo muestran las publicaciones de Norman,<sup>3</sup> Montgomery,<sup>4</sup> Webb<sup>5</sup> y Bonner.<sup>6</sup> La localización puede ser unilateral pero predominantemente es bilateral. Los síntomas y signos que se presentan corresponden a disfonía, dolor, sensación de cuerpo extraño y disnea con estridor por fenómenos obstructivos. Puede haber engrosamiento aritenoides, edema de la glotis posterior, y trastornos de la motilidad de las cuerdas vocales, dolor intenso a la palpación, y ocasionalmente presencia de nódulos. Los nódulos muestran focos granulomatosos, con zonas centrales de necrosis rodeadas por una capa de histiocitos, cuyos núcleos se encuentran perpendicularmente orientados en varias capas hacia la necrosis, por lo que se denominan en empalizada; periféricamente están rodeados fibrosis.

Otro sitio afectado puede ser la articulación temporomaxilar cuyos síntomas y signos son crepitación de la articulación, limitación de la movilidad, "clic" que puede ser palpable o audible; desviación de la mandíbula, sensibilidad dolorosa a la palpación, flógosis articular, rigidez articular, subluxación y signos radiológicos de lesión articular reumática. En la enfermedad de Still o artritis reumatoide juvenil, la lesión de la articulación temporomaxilar puede dejar como secuela una malformación con micrognatia, por falta de desarrollo mandibular, a consecuencia, de asiento de la lesión en la articulación y por consiguiente acortamiento de la rama ascendente y de los condilos, como lo muestra Pruzansky.<sup>7</sup>

Las articulaciones incudo-maleolar e incudo-estapedial, como articulaciones diartrosicas, son capaces de presentar lesiones reumatoideas como lo informan Coperman<sup>8</sup> y Goodwill.<sup>9</sup> El primero manifiesta que hay hipoacusia conductiva, en tanto que el segundo comunica la presencia de hipo-

acusia mixta de predominio sensorial ocasionada por una neuropatía por vasculitis en los *vasa nervorum*.

En la patología de la artritis reumatoide existe un mecanismo de defensa por contractura muscular, por lo que yo me inclino a pensar que en los casos de hipoacusia conductiva este mecanismo debe actuar como limitante del movimiento de la membrana y de la cadena osicular.

**ESCLERODERMIA:** la esclerodermia o esclerosis progresiva generalizada es considerada como una enfermedad vascular del tejido conectivo que se caracteriza por proliferación y degeneración de las fibras colágenas que se acompaña de inflamación, fibrosis y cambios vasculares en la piel y órganos diversos. El sexo femenino predomina en una proporción de 3 a 1, y se presenta en una edad comprendida entre los 30 y los 50 años. La etiología es desconocida aun cuando se le atribuye participación en el mecanismo inmunológico; sin embargo, parecen ser menos frecuentes las anomalías de las inmunoglobulinas, el factor reumatoide, los anticuerpos antinucleares y los depósitos de IgC, etc. que en otras enfermedades del colágeno. Los síntomas y signos generales del padecimiento se refieren a cierto engrosamiento y rigidez de la piel, edema, esclerosis de la misma, y en algunas ocasiones telangiectasias; un signo característico es la esclerodactilia, y puede haber calcinosis subcutánea, fenómeno de Raynaud, dedos en salchicha y debilidad muscular. Puede estar afectado el tubo digestivo, el pulmón y el riñón. Es frecuente encontrar aumento de eosinófilos, y el factor reumatoide frecuentemente positivo. Igualmente puede haber positividad en la investigación de anticuerpos inmunofluorescentes. El estudio radiológico puede mostrar osteoporosis, y la biopsia de piel es casi decisiva.

**Manifestaciones otorrinolaringológicas:** en la esclerodermia hay presencia de fibrosis y atrofia de la piel de la cara y adelgazamien-

to de la mucosa, de la boca y de las encías. Puede haber atrofia del paladar blando y úvula. La lengua puede estar seca con atrofia de las papilas. Hay trastornos en la sensación del gusto y por fibrosis y acortamiento del frenillo lingual puede haber trastornos del habla. Hay disfagia, con frecuencia ésta es de localización alta, o bien retroesternal, iniciándose dificultad para el paso de los sólidos, aumentando progresivamente. En ocasiones se producen verdaderos fenómenos de acalasia. En los estudios radiológicos dentales existen zonas translúcidas, que se presentan en las raíces dentarias y que son atribuidas a un engrosamiento de la membrana periodontaria y que algunos autores como Orabona<sup>10</sup> consideran como característico de la esclerodermia.

**DERMATOMIOSITIS:** la dermatomiositis, al igual que la polimiositis, son entidades de etiología desconocida, que tienen en común el ataque al músculo estriado, en forma simétrica, con debilidad muscular, y alteraciones de la piel. Desde el punto de vista anatomopatológico, se presenta un estado inicial inflamatorio, al que sigue necrosis, que se traduce por atrofia y degeneración muscular con vacuolización, fibrosis intersticial y perivascularitis. Se presenta entre los 50 y 70 años de edad, teniendo predominio el sexo femenino sobre el masculino de 3 a 1.

La sintomatología general más destacada, es la debilidad muscular generalizada. Hay predominio en los músculos de los miembros y del cuello, con franco predominio de la musculatura de la cintura escapular. Suele presentarse una peculiar coloración de la piel de la cara en "heliotropo". Hay edema periorficial, disfagia y puede coexistir con alguna otra enfermedad de la colágena, e inclusive con neoplasias.

**Manifestaciones otorrinolaringológicas:** el síntoma sobresaliente de este padecimiento, es la disfagia ocasionada por la debilidad importante de la musculatura estriada, del grupo muscular de la cintura

escapular, del cuello, y sobre todo, de los músculos de la faringe. El músculo cricofaríngeo puede llegar, en ocasiones, a presentar en forma paradójica, un espasmo con aspiración de líquidos como el caso descrito por Porubsky<sup>11</sup> en el que muestra una verdadera acalasia a nivel del músculo cricofaríngeo (constrictor inferior). Hay además hipomotilidad y flaccidez del segmento faringoesofágico e incompetencia velopalatina, lo que ocasionaría regurgitaciones por faringe y nariz. La musculatura de la laringe puede encontrarse también afectada dando lugar a importantes disfonías.

Hay presencia de dermatosis exfoliativa en la cara, ocupando la nariz en forma de heliotropo, edema de la cara de preferencia localizado en los labios. Fluoroscópicamente puede demostrarse paresia de la musculatura faríngea y el estudio radiológico suele mostrar algún grado de dilatación.

**ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES:** padecimiento conocido también con el nombre de arteritis craneana y arteritis temporal; es un padecimiento vascular, cuyos síntomas se manifiestan casi exclusivamente en cabeza y cuello. La arteria temporal es la más afectada, asentando la lesión en la pared vascular, dando lugar a la formación de trombos. Es más frecuente por encima de los 50 años y predomina ligeramente el sexo femenino. La arteria temporal se engruesa, se hace tortuosa, se llena de nódulos, no pulsa y su palpación resulta dolorosa. Hay dolor en la región temporal, cuero cabelludo y cara. Puede haber poli-mialgia reumática, fatiga, pérdida de peso, oftalmoplegia y fiebre ocasional. La sedimentación globular está acelerada. En la arteriografía puede verse estrechez de la luz vascular. En el estudio histopatológico hallamos edema de la íntima; la elástica se encuentra fragmentada y hay presencia de células gigantes. La adventicia tiene células inflamatorias y hay estrechamiento de la luz arterial.

*Manifestaciones otorrinolaringo-*

*lógicas:* en la esfera otorrinolaringológica, puede encontrarse sensibilidad dolorosa de la región temporal, cefalea, dolor a la palpación del cuero cabelludo, claudicación mandibular, otalgia y odontalgia. El paciente puede presentar hipacusia, vértigo y confusión mental. Puede haber dolor faríngeo y epistaxis. También se han descrito trastornos de la lengua, que se hace carnosa y dolorosa, y llega a terminar en una verdadera claudicación con isquemia grave y gangrena en sus dos tercios anteriores.

**LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO:** el lupus eritematoso generalizado, es un padecimiento de etiología desconocida, cuya localización es muy variada, ya que puede afectar indistintamente articulaciones, piel, mucosas, órganos, etc. No se ha definido una edad límite para esa enfermedad y la mujer tiene un predominio de 9 a 1. Este padecimiento suele coexistir con artralgias y verdaderas artropatías. Las lesiones dermatológicas son frecuentes y es muy característico el aspecto de la cara, que presenta una mancha que ocupa la nariz y mejillas, con el aspecto de una mariposa. Puede haber fenómenos de vasculitis en las porciones distales de los miembros. Puede presentarse asociado al síndrome nefrótico, al pleuropulmonar y al gastrointestinal. Frecuentemente hay un estado febril, que se acompaña de leucopenia, anemia hemolítica, sedimentación globular acelerada, proteína C reactiva positiva, y sobre todo es patognomónica la presencia de células LE. Además puede haber reacción inmunofluorescente a anticuerpos.

*Manifestaciones otorrinolaringológicas:* esta enfermedad presenta una lesión típica eritematoescamosa, rojiza, que afecta los pómulos y el dorso de la nariz conocida como en "alas de mariposa". Pueden presentarse lesiones en las mucosas gingival, carrillo y paladar. Además el septum nasal puede ser asiento de perforaciones como las descritas por Vachtenheim y Grossmann,<sup>12</sup> probablemente originadas

por fenómenos de vasculitis. Puede haber distonía que se origina por las lesiones de la articulación crico-aritenoidea, que han sido descritas por Montgomery y cols.<sup>13</sup> Estos pacientes pueden estar afectados de disfagia y odinofagia moderadas.

**GRANULOMATOSIS DE WEGENER:** la granulomatosis de Wegener es un padecimiento de etiología aún no precisada, cuya localización principal, corresponde a las vías respiratorias altas y bajas y al parénquima renal. La mayor frecuencia del padecimiento corresponde al adulto joven. No hay predominio específico en cuanto al sexo, y las lesiones se manifiestan como formaciones granulomatosas y vasculopatía necrotizante. La enfermedad se manifiesta con pérdida de peso, fiebre y malestar general, presentando ataque a las vías respiratorias altas y bajas, semejando muchas veces padecimientos rinosinuales y rino-bronquiales comunes. El síndrome nefrótico puede hacer su aparición con todo su cortejo sintomático. La presencia de síntomas dermatológicos contribuye a la formación del cuadro clínico. Este padecimiento, con frecuencia, tiene una evolución grave.

*Manifestaciones otorrinolaringológicas:* la presencia de una exudado nasal purulento, pertinaz, indolente, que no cede fácilmente al tratamiento habitual, nos debe hacer sospechar que nos encontramos ante una rinitis o sinusitis no común. En este padecimiento el exudado nasal puede ser sanguinolento, con ulceración y perforación del septum nasal, lo que produce la caída del dorso nasal. Puede haber ataque al paladar duro que también puede perforarse. Las formaciones granulomatosas pueden ocasionar disfonía cuando se presentan en la laringe como lo han publicado Atkins y Eisman.<sup>14</sup> Si los granulomas asientan en la tráquea, suelen ocasionar estrecheces que se manifiestan por la disnea que ocasionan.

**POLICONDRITIS RECIDIVANTE:** la policondritis recidivante, llama-

da también pancondritis, condromalacia generalizada y policondritis atrófica, es un padecimiento poco común cuya etiología es desconocida, pero que parece tener cierta relación con la alta concentración de muco-polisacáridos en los tejidos afectados. El padecimiento toma asiento en el tejido cartilaginoso, y se presenta en pacientes cuya edad oscila entre los 20 y los 60 años, siendo igual su presentación en ambos sexos.

Las lesiones corresponden a procesos inflamatorios y degenerativos en los que hay reemplazo del cartilago por tejido conjuntivo fibroso. Clínicamente se manifiesta por la presencia de fiebre, malestar general, etc., encontrándose frecuentemente asociada a uveitis anterior y a artritis. Los estudios radiológicos muestran erosión de las superficies articulares y aumento de la densidad articular con el correspondiente aplanamiento de los espacios interarticulares. La sedimentación globular puede estar acelerada.

**Manifestaciones otorrinolaringológicas:** el pabellón auricular es el sitio de elección de esta enfermedad, que pasa por las etapas de inflamación, ablandamiento cartilaginoso y deformación cicatrizal (oreja de coliflor). La hipoacusia puede presentarse y es de tipo conductivo; el mecanismo puede corresponder a trastornos tubéricos a nivel de la porción cartilaginosa.<sup>15</sup> Puede haber destrucción del septum nasal (nariz en silla de montar). La existencia de lesiones en laringe y tráquea, da motivo a disfonías, y sensación de sofocación cuando están afectados los cartílagos laríngeos, traqueales y costales.<sup>16</sup>

**SINDROME DE SJÖGREN:** el síndrome de Sjögren o Síndrome de Sicca, es un padecimiento de etiología desconocida, aunque se supone que tiene como base un factor inmunológico. Su localización primordial es el tejido glandular de secreción externa; aparece alrededor de los 50 años; siendo el sexo femenino afectado casi en el 90% de los casos. Las lesiones

del padecimiento consisten en infiltración plasmática y linfocitaria, con destrucción del tejido glandular y reemplazo de los acini por tejido fibroso.

El padecimiento produce queratoconjuntivitis (xerofthalmia) y gran disminución del flujo salival (xerostomía), siendo ambos trastornos síntomas cardinales del padecimiento. Hay hiposecreción del tubo digestivo, del aparato respiratorio y lesiones renales. Es muy común que se asocie a la artritis reumatoide, a la esclerodermia y al lupus eritematoso generalizado.

**Manifestaciones otorrinolaringológicas:** las glándulas salivales y sobre todo las mayores, son los sitios de predilección. La xerostomía, que se manifiesta por una sequedad importante de la mucosa de la boca, ocasiona además de la molestia propia, cierto grado de disfagia, glositis y queilosis. Puede haber ulceraciones bucales por falta de humedad. Este padecimiento puede presentarse con aumento del volumen glandular o bien con atrofia de las glándulas salivales. La mucosa de la nariz, como otras, presenta molestos grados de sequedad nasal, sensación de insuficiencia respiratoria, formación de costras y epistaxis. La disfonía puede tener origen en la falta de humedad a nivel laringotraqueal. Es interesante la presencia de una hipoacusia, que suele ser de tipo conductivo, contrariamente a lo que sucede en la artritis reumatoide en la que casi siempre es de tipo neurosensorial.

**Resumen.—El autor hace hincapié en el hecho de que el grupo de enfermedades del colágeno, presenta numerosas manifestaciones otorrinolaringológicas, que si bien pueden orientar hacia el diagnóstico de la enfermedad fundamental, pueden también obrar en sentido inverso y hacer que el clínico no pase de un diagnóstico topológico.**

Por estas razones, pasa revista a las siguientes enfermedades del tejido conectivo: poliarteritis nodosa, artritis reumatoide, esclerodermia, dermatomiositis, arteritis de células gigantes, lupus eritematoso generalizado, granulomatosis de Wegener, policondritis recidivante y síndrome de Sjögren.

De cada una de esas entidades morbosas hace una somera descripción anatomopatológica y clínica y a continuación describe sus manifestaciones otorrinolaringológicas.—Nota de la Redacción.

## BIBLIOGRAFIA

- Rose, G. A., Spencer, H.: Poliarteritis nodosa. *Quart. J. Med.* 26: 43-80, 1957.
- Dudley, J. P., Goodman, M.: Poliarteritis nodosa and bilateral facial paralysis. *Arch. Otolaryng.* 90: 139-146, 1963.
- Norman, M. W. et al.: Rheumatoid arthritis of the cricoarytenoid joint. *Arch. Otolaryng.* 93: 623-629, 1971.
- Montgomery, W. W.: Cricoarytenoid arthritis. *Laryngoscope.* 73: 801-836, 1963.
- Webb, J. Payne: Rheumatoid nodules of the vocal folds. *Annals Rheumatoid Dis.* 31: 122-125, 1972.
- Bonner, F. M.: Pathologic Quiz Case I. *Arch. Otolaryng.* 103, 1977.
- Pruzansky, S.: The temporomandibular joint. *Otolaryngologic Clinics of North America.* Vol. 6, No. 2, Jun. 1973.
- Copeman, S. C. W.: Rheumatoid Otorrhinitis. *Brit. Med. J.* 2: 1526-1527, 1963.
- Goodwill, C. J.: Hearing in rheumatoid arthritis. *Annals Rheumat. Dis.* 31: 170-173, 1972.
- Orabona, M. L. et al.: Progressive systemic sclerosis. *Acta Med. Scand.* (Suplement 333): 1-170, 1957.
- Porubsky, E. S., John, P., Murray, L. L., Pratt.: Cricopharyngeal myotomy and cricopharyngeal achalasia in dermatomyositis. *Arch. Otolaryng.* 98: 428-429, 1973.
- Vachtenheim, J., Grossmann, J.: Perforation of nasal septum in systemic lupus erythematosus. *Brit. Med. Jour.* 2: 98, 1969.
- Montgomery, W. W. et al.: Usual and unusual causes of laryngeal arthritis. *Arch. Otolaryng.* 77: 29-33, 1963.
- Atkins, J. P., Eisman, S. H.: Wegener's Granulomatosis. *Annals ORL* 68: 524-547, 1959.
- Johnson T. H. et al.: Relapsing polychondritis. *Radiology.* 106: 213-315, 1973.
- Harry Leland, P. Kaplan et al.: Relapsing polychondritis, report of a case. *JAMA* 180: 146-166, 1972.

## Tratamiento quirúrgico del higroma quístico del cuello †

Dr. Bernardo GROBEISEN ROUDY \*  
Dr. Guillermo DE LA VEGA GÓMEZ \*\*  
Dr. Bernardo BOROVY DICKTER \*\*\*  
Dr. Fernando MUNDO GALLARDO \*\*\*\*

**Summary.**—A clinical case of cystic hygroma in the posterior triangle of the neck in a 15 month-old patient is described. Some comments are made on the surgical treatment. Emphasis is placed in the need for early removal following a complete preoperative study including X-rays of the neck and thorax.

### INTRODUCCION

En 1828 Redenbacher,<sup>1</sup> describió por primera vez esta entidad. Wernher<sup>2</sup> en 1843, hizo la primera descripción clínica y la llamó higroma quístico. Koester,<sup>3</sup> fue quien involucró al sistema linfático en el desarrollo del higroma quístico. Más tarde Willis<sup>4</sup> en 1948 estableció que el desarrollo del higroma no era un proceso neoplásico; informó que las malformaciones quísticas ocurren en el sistema linfático y se expanden como resultado de la presión creada por acumulación de líquidos.

El higroma quístico del cuello es una variante rara, benigna, generalmente de crecimiento lento,

del grupo de los linfagiomas, cuya patogénesis no está totalmente elucidada. La mayor parte de los autores, consideran el higroma quístico como una malformación congénita de los vasos linfáticos.

Las localizaciones más frecuentes, principalmente en el grupo pediátrico, se encuentran en el triángulo cervical posterior y en la axila. En la primera localización se observan aproximadamente el 75% de los higromas y un 20% en la axila.<sup>5</sup> Otras localizaciones más raras aún se observan en el mesenterio, en el bazo, en el mediastino, en la pared torácica, en la región inguinal, mejilla, lengua, retro-peritoneo, hueso y extremidades.

La localización en mediastino es bastante rara, pero es de gran importancia ya que puede acompañarse de manifestaciones respiratorias dramáticas que ponen en peligro la vida.

El diagnóstico diferencial incluye varias entidades, principalmente con lesiones neoplásicas de tipo lipoma, linfoma, hemangiomas y con lesiones benignas no neoplásicas tales como los quistes branquiales y los hematomas.

Los autores presentan el caso de un paciente masculino de 1 año 3 meses de edad, con un higroma quístico localizado en el triángulo posterior del cuello del lado derecho. Se hacen consideraciones referentes al diagnóstico y tratamiento.

### PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 1 año 3 meses de edad, que ingresa al Hospital A.B.C. con una masa quística localizada en el triángulo posterior del cuello en el lado derecho. La madre relata que dicha tumoración se inició 8 meses antes de su ingreso y había ido creciendo lenta y progresivamente. No se acompañaba de signos locales de inflamación, pero se observó aumento de tamaño en relación con cuadros infecciosos de vías aéreas superiores. Al examen físico, se identificó una masa de 8.0 x 7.5 cm en sus diámetros mayores, blanda, depresible y móvil. La transluminación fue franca, el resto del examen físico no proporcionó datos anormales. Las radiografías del cuello ratifican el aumento de volumen en las partes blandas. La radiografía del tórax no mostró datos patológicos. Los exámenes del laboratorio resultaron normales. La prueba de tuberculina (P.P.D.), fue negativa.

Con el diagnóstico preoperatorio de higroma quístico del cuello, se procedió a reseca la lesión a través de una incisión horizontal del triángulo posterior, siguiendo el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo hasta el omohioido, se abrió la fascia del paquete vascular del cuello, se disecó la vena yugular interna y la arteria carótida común. Se identificaron los componentes nerviosos, asa del

† Trabajo leído en el XXVIII Congreso Nacional de Otorrinolaringología, Monterrey, Nuevo León, el 3 de mayo de 1978.

\* De los Departamentos de Otorrinolaringología.

\*\* Patología.

\*\*\* Pediatría.

\*\*\*\* Enseñanza del The American British Cowdray Hospital, México, D.F.



Fig. 1. Radiografía anteroposterior del cuello que muestra una masa en partes blandas en el lado derecho.

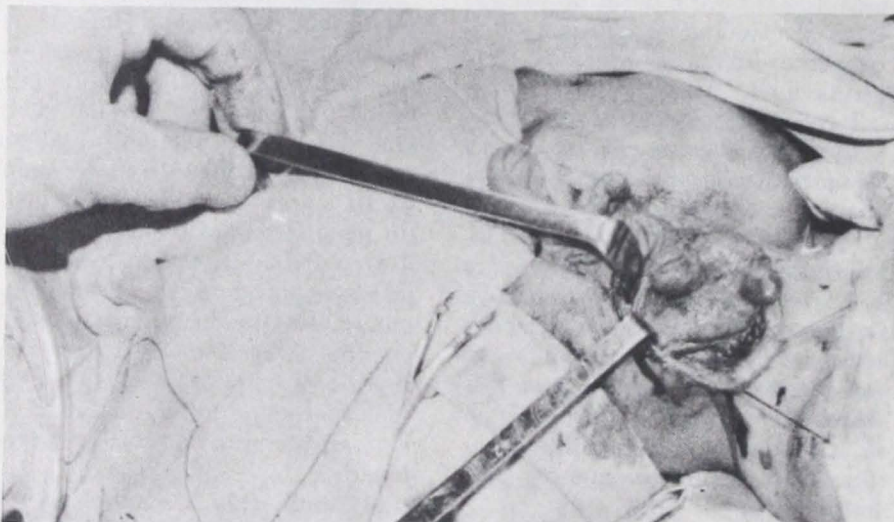


Fig. 2. Detalle quirúrgico que muestra la masa tumoral antes de ser extirpada.

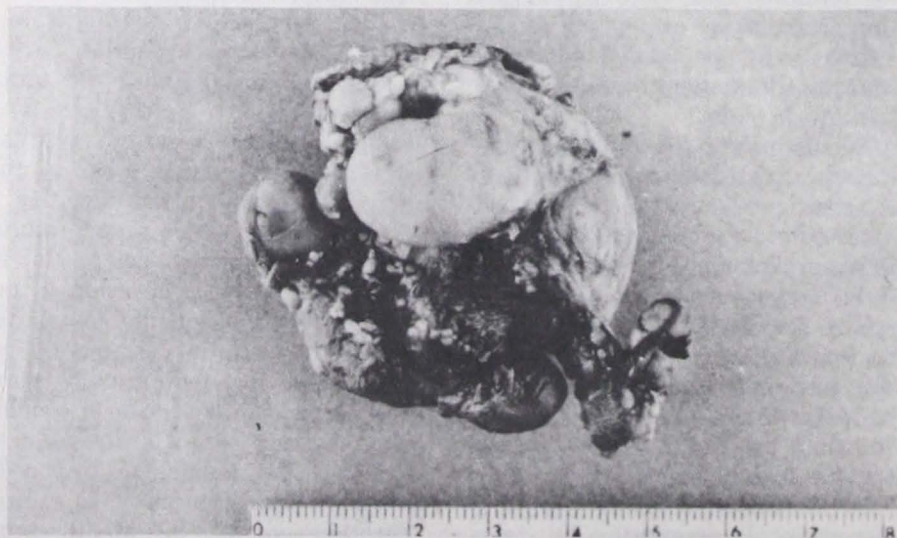


Fig. 3. Masa multiquística con múltiples ganglios linfáticos.

hipogloso, laringeo superior, espinal accesorio y nervio vago. Posteriormente se practicó extirpación total del quiste con los ganglios linfáticos vecinos, los cuales se encontraban aumentados de volumen. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

#### ANATOMIA PATOLOGICA

El examen en fresco reveló una masa multiquística de  $6.5 \times 5.5 \times 5.0$  cm, de consistencia blanda, en cuya superficie externa se observaron numerosos ganglios linfáticos de tamaño variable. Al corte se ratifica la presencia de múltiples cavidades de paredes delgadas que contienen líquido transparente.

*Descripción microscópica:* Las preparaciones estudiadas, mostraron numerosas cavidades quísticas de paredes delgadas, tapizadas por un endotelio apenas discernible y en cuyo interior se identificó material proteináceo amorfo y ocasionalmente conglomerados de linfocitos. Dichos conductos y cavidades linfáticas se encuentran separados en algunos campos por escaso tejido conjuntivo laxo. Los ganglios linfáticos vecinos a estas zonas muestran dilatación de los senos capsulares y medulares, observándose que algunos comunicaban con las cavidades quísticas mayores previamente descritas.

#### COMENTARIO

El diagnóstico del higroma quístico se hace basándose en la evolución y los hallazgos clínicos que permiten un diagnóstico presuntivo bastante veraz. Característicamente los higromas quísticos del cuello, el 90% de ellos, se presentan en edad temprana, la mayoría de las veces en el momento del nacimiento o bien, en los primeros 2 ó 3 años<sup>5,6</sup> de la vida. En este caso en particular, se constata la aparición del quiste al año de edad. Los higromas quísticos se consideran como malformaciones congénitas del sistema linfático que pueden aumentar de volumen debido



Fig. 4. Detalle de la masa multiquística al corte.

a la obstrucción de los vasos linfáticos; pueden clasificarse de acuerdo al tamaño de los conductos linfáticos ampliamente dilatados y a la variedad quística, que se caracteriza por presentar grandes cavidades dilatadas uni o multiloculares. Aproximadamente el 75% de esta última variedad, es la que constituye el higroma quístico.

Las localizaciones en el mediastino son aún más raras, pero pueden aparecer en compañía de lesiones del cuello, considerándose que son extensiones de la lesión primaria cervical. Las variedades que invaden el mediastino pueden poner en peligro la vida, por las dificultades respiratorias que acaorean. No existe preferencia por ninguno de los dos sexos.

Aproximadamente el 10% de los higromas quísticos cervicales se acompañan de extensión al mediastino. Los higromas quísticos mediastínicos sin higroma cervical, son extremadamente raros, quizá menos del 1%.

Los estudios radiológicos aun cuando no son específicos para el diagnóstico, permiten establecer el diagnóstico diferencial en el sentido de identificar una masa de partes blandas de naturaleza probablemente benigna y en la cual se pueden demostrar también las formaciones quísticas. En lesiones muy grandes, pueden observarse deformaciones de la tráquea, del esófago, o desorientación de los grandes vasos consecutivas a la presión ejercida por los quistes. Los hallazgos radiológicos se correlacionan claramente con los hallazgos quirúrgicos. Los estudios radiológicos tienen gran importancia para descartar las extensiones intratorácicas.

El tratamiento quirúrgico es el de elección, aun cuando se han observado higromas con remisión espontánea, cosa sin embargo poco frecuente.

Al retardar el tratamiento quirúrgico puede dificultarse su extirpación por aumento de los quistes

y compresión de estructuras vitales.

Es hallazgo común, tal y como se observó en el caso que publicamos, el aumento de volumen de los quistes durante los procesos infecciosos intercurrentes.

La inyección de agentes esclerosantes ha sido mencionada en la literatura sin demostrarse su efectividad; estos agentes pueden producir fibrosis y de esta manera dificultar el tratamiento quirúrgico.

Las radiaciones han sido utilizadas en el pasado, actualmente están contraindicadas, debido a que pueden malignizar al higroma y producir alteraciones de los centros de crecimiento, con la consiguiente desfiguración.

La incisión y el drenaje, y la aspiración de los quistes, pueden en ocasiones ser un tratamiento inicial o provisional, debido al gran tamaño que puede alcanzar el higroma quístico cervical. Nunca esta terapéutica se intenta como tratamiento definitivo.

La extirpación del higroma quístico debe llevarse a cabo con una disección meticulosa para no sacrificar ningún nervio o estructura importante, y con resección de todos los componentes, para reducir al mínimo recidivas.

**Resumen.**—Se presenta un caso de higroma quístico del triángulo posterior del cuello en un paciente de 1 año 3 meses de edad. Se hacen consideraciones acerca del tratamiento quirúrgico. Se enfatiza que el tratamiento de elección es la extirpación temprana de esta malformación y que debe acompañarse de un excelente estudio pre-operatorio incluyendo radiografías del cuello y del tórax.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Chait, D. et al.: Management of Cystic Hygromas. Surg. Gynec. Obstet. 139: 55-58, 1974.
2. Wernher, A.: Die angeborenen Kysten-Hygrome und die ihnen verwandten Geschwülste in anatomischer, diagnostischer und therapeutischer Beziehung Giessen. p. 76. Vater: C. F. Heyer, 1843.
3. Koester, K.: Ueber Hygroma Cysticum colli congenitum. Verh. Phys. med. Ges. Würzburg., 1872, 3: 44.
4. Willis, B. A.: Pathology of Tumors. St. Louis: The C. V. Mosby Co., 1948.
5. Feutz, E. P. et al.: Intrathoracic Cystic Hygroma. Radiology. 108: 61-66, 1973.
6. Paparella, M. M. and Shumrick, D. A.: Otolaryngology. W. B. Saunders Co., Vol. 3, p. 834, 1973.
7. Loré, J. M.: Head and Neck Surgery. W. B. Saunders Co., Vol. II, pp. 580-581, 1973.

## NEUROTOLOGIA

Jorge Corvera.  
Editorial Salvat, 1978.

Este volumen en octavo y de 592 páginas, constituye el segundo de la Biblioteca Médica Mexicana. La obra del Dr. Corvera y cols. ganó el primer lugar en el concurso que la Editorial Salvat Mexicana y la Academia Nacional de Medicina auspician cada año.

No podemos decir que la obra Neurología venga a llenar un vacío, puesto que nuestra producción de libros médicos es tan escasa, que se necesitarían muchas aportaciones como la de Corvera para llenarlo. Sin embargo, la obra, como su autor, es ambiciosa, en el mejor sentido de la palabra, pues Jorge Corvera no se limita como muchos a admirar a Spiegel, cuya traducción al inglés en 1944 de su obra "Oto-Ophthalmology", ha sido nuestra guía hasta la actualidad, sino que lo emula y supera con su Neurología.

Su obra no es una recopilación de conocimientos dispersos o repetición y ordenación de lo ya conocido, sino un verdadero cuerpo de doctrina en que Corvera y cols. nos exponen las bases, las técnicas diagnósticas y la clínica de la que ellos denominan "Ciencia del oído interno, del cerebelo, del tallo cerebral y de la motilidad ocular".

Los capítulos I y II, con las bases anatomofisiológicas de la Neurología, están a cargo del Dr. Luis Benítez, investigador a tiempo completo y cuya presentación es innecesaria.

El capítulo III, de suma importancia, está dedicado a los "Movimientos oculares reflejos" y, en él, el Dr. Corvera estudia concienzudamente los conceptos de "sacadas" y "derivadas".

La segunda parte, está dedicada a la exploración, semiología y patogenia de los síntomas neurotológicos y comprende el capítulo IV dedicado a la exploración coclear y el capítulo V, dedicado a la exploración vestibulo-oculomotora.

La tercera parte del libro, la más extensa, es la clínica, bajo el rubro "Patología y sintomatología clínica". Comprende el capítulo VI redactado por la Dra. Torres-Courtney y el Dr. Corvera, dedicado a las enfermedades del oído interno; el capítulo VII por los Drs. G.

López y Corvera, que trata de "Enfermedades del nervio cócleo-vestibular y del ángulo pontocerebeloso". El capítulo VIII (Dr. Corvera) corresponde a las "Manifestaciones neurotológicas de las enfermedades del cerebelo"; el capítulo IX a "Manifestaciones neurotológicas de las enfermedades del tallo cerebral"; el capítulo X trata de las "Manifestaciones neurotológicas de las enfermedades cerebrales" y por último, finaliza la parte clínica (de un gran valor didáctico) con una excelente sistematización de las especies morbosas y de la sintomatología y signología en el capítulo XI, que trata de las "Enfermedades difusas de localización múltiple y de origen incierto" y termina con 21 páginas de citas bibliográficas.

Este libro de Corvera y cols. es de una gran utilidad para todo los otorrinolaringólogos generales o especializados, para los otólogos y audiólogos y muy particularmente para los neurólogos; pensamos que, incluso para el médico general, la parte clínica debe ser de gran utilidad.

Es evidente que va a tener una gran difusión en los países de habla hispanica y esperamos que se le haga el honor de la traducción a lenguas extranjeras.

Vilar

## TREATMENT OF NEGATIVE MIDDLE EAR PRESSURE AND SEROUS OTITIS MEDIA WITH POLITZER'S TECHNIQUE

(Tratamiento de la presión negativa en el oído medio y la otitis media serosa con la técnica de Politzer)

Schwartz D., Schwartz R., Redfield N.  
*Arch. Otolaryng.*  
140: 487-490, 1978.

Este estudio demuestra mediante la timpanometría, los cambios en la presión del oído medio después de una maniobra de politzerización practicada por los mismos niños que tenían una presión intratimpánica negativa y/o otitis media serosa. El promedio de presión en el oído medio de 23 niños fue de menos de 201 mm de agua y 7 tuvieron un timpanograma plano y sintomatología compatible con otitis media serosa.

A cargo del:  
Dr. Andrés DELGADO

Se practicaron maniobras de politzerización y se midió la presión intratimpánica con timpanometría, a los 5 y 10 minutos, resultando que el 91% y el 85% respectivamente tenían presión correcta. Para niños con presión intratimpánica de menos de 250 mm de agua, se mantuvo una presión satisfactoria por lo menos durante 30 minutos. Estos resultados apoyaron la idea para instruir a los niños en la técnica de Politzer, para que la practicasen en su casa como una alternativa de tratamiento, o bien unida a medicamentos, en los casos de tener presión negativa aumentada y en la otitis media serosa.

García-Palmer

## PNEUMATIC OTOSCOPY AND IMPEDANCE STUDIES IN MIDDLE EAR DIAGNOSIS

(Otoscopía neumática y estudios de impedancia en el diagnóstico del oído medio)

Moon C. N., Hahn M.  
*The Laryngoscope*  
88: 1439-1448; 1978.

Los autores recomiendan el uso de rutina del otoscopio neumático con el microscopio de oído en combinación con la impedanciometría electroacústica, en los padecimientos de oído medio, especialmente cuando se piensa planear un tratamiento quirúrgico.

Consideran que los datos proporcionados por estos métodos, nos permiten hacer un diagnóstico diferencial bastante preciso en los casos de: fijación de la cadena osicular, alteración en la continuidad de la misma, defectos en prótesis osiculares, fistulas perilinfáticas y en casos de presencia de líquido en oído medio.

Ejemplifican y describen los datos por ellos encontrados en cada una de las alteraciones arriba anotadas.

Describen las contraindicaciones en el uso de la otoscopía neumática y de la impedanciometría, como son: a) otitis media aguda, b) otorrea purulenta, c) perforación timpánica y d) traumatismo craneoencefálico agudo que interese el oído.



Consideramos que el valor del artículo es relativo, por tratarse de un trabajo descriptivo, sin ninguna casuística sobre la cual fundamentar los beneficios descritos.

R. Andrade-Gallegos

#### SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS: ELECTROCHLEOGRAPHIC FINDINGS IN 70 PATIENTS

(Hipoacusia sensorineural súbita: Hallazgos electrocoeleográficos en 70 pacientes)

Graham J. M., Ramsden R. T., Moffatt D. A. and Gibson W. P. *The Jour. of Laryng. and Otol.* 92: 581-589; 1978.

Los autores introducen el tema con un comentario sobre la importancia de conocer la etiología en aquellos casos de hipoacusia súbita, teniendo en cuenta que las causas pueden ser múltiples, en algunos casos evidentes, pero en la mayoría se sospecha sin poder probarla; de estos últimos muchos son atribuidos a origen viral o vascular.

Por otro lado analizan los conceptos sobre sí debe o no darse tratamiento en este tipo de pacientes. Aseguran a su vez que el concepto "de que no debe hacerse nada por aquellos pacientes con hipoacusia súbita, debe ser abandonado".

Consideran que el manejo satisfactorio de los casos de hipoacusia súbita sólo puede efectuarse, cuando se hace un adecuado diagnóstico del sitio y la causa de la lesión, así como una correcta valoración del tratamiento a seguir.

Los autores hacen un estudio comparativo de 70 pacientes con hipoacusia súbita, entre los estudios audiológicos convencionales (tonal, Bekesy, pruebas de reclutamiento, logaudiometría y adaptación audiológica anormal) y la electrocoeleografía transtimpánica.

Describen el equipo, técnica y criterio por ellos usados en la electrocoeleografía.

Concluyen que la electrocoeleografía es un método muy útil de diagnóstico en la mayoría de los casos y que en algunos fue el único que aportó datos.

Apoyan lo anterior, en el hecho de que la electrocoeleografía demostró la localización definitiva de la lesión en 22 de 23 pacientes en que los métodos convencionales habían fallado en el diagnóstico y además probó ser de mucho valor en 17 casos de oído muerto.

En su estudio demostraron que la electrocoeleografía es de valor pronóstico en la recuperación de la audición; cuando la estimulación eléctrica del promontorio es positiva después de 7 días de que se presentó hipoacusia súbita por lesión retrocolear, se puede esperar que la audición se recupere; consi-

deran que esta hipótesis requiere estudios más amplios antes de establecer conclusiones definitivas.

Se concluye de este estudio, no obstante las dificultades técnicas y de equipo, que la electrocoeleografía es un método muy útil en el diagnóstico etiológico y topográfico de la hipoacusia súbita que permite poner en práctica un tratamiento satisfactorio.

R. Andrade-Gallegos

#### PERILYMPHATIC OXYGEN TENSION AND VASOACTIVE DRUGS

(Tensión de oxígeno perilinfática y drogas vasoactivas)

Yagi N. Fish, U. Murata K. *Ann Otol* 87: 364-369; 1978.

Ha recibido mucha atención la medición de la tensión de oxígeno en la perilinfa, para conocer el grado de oxigenación del oído interno. Recientemente, la medición de la tensión de oxígeno en el espacio perilinfático se ha inferido por el método de polarografía, midiendo la tensión de PCO<sub>2</sub> en la irrigación arterial.

El presente estudio trata de investigar la acción de las drogas vasoactivas sobre la tensión de oxígeno en la perilinfa de 67 gatos, aplicando el método polarográfico.

De todas las drogas usadas, sólo la angiotensina produjo un cambio significativo en la tensión de oxígeno. La histamina, el glicerol al 50% y NA<sub>2</sub>CO<sub>3</sub> al 7% redujeron la presión de oxígeno perilinfático. La paverina, la furosemida, el piridilcarbimol y el naftidrofuril, no tuvieron efecto significativo sobre la tensión de oxígeno.

García-Palmer

#### MANAGEMENT OF TINNITUS AURIUM WITH LIDOCAINA AND CARBAMAZEPINE

(Manejo del acúfeno con lidocaína y carbamazol-dibezo-acepina)

Shea J. J., Harell M., *The Laryngoscope* 88: 1477-1484; 1978.

Los autores hacen una comunicación preliminar de 27 casos con acúfeno, tratados con anticonvulsivantes, en función de que los métodos hasta ahora usados en el control del acúfeno, no son satisfactorios.

Consideran bien establecida la existencia de un arco reflejo en la vía auditiva, entre las fibras aferentes y eferentes que conducen en ambos sentidos estímulos, desde las células ciliadas a la corteza cerebral, pasando por el tálamo. Por otro lado es conocida la acción bloqueadora a nivel del sistema nervioso

central de la lidocaína intravenosa entre otros anestésicos locales, los cuales han sido usados para disminuir la hiperactividad del sistema nervioso central; por lo que se ha usado en el diagnóstico y tratamiento de diferentes tipos de neuralgias.

En forma coincidental, en la clínica contra el dolor del Hospital General de Auckland, Nueva Zelanda, Melding y cols. observaron que en algunos pacientes en tratamiento por cuadros dolorosos que presentaban acúfeno concomitante, éste desaparecía temporalmente después de la aplicación de lidocaína intravenosa.

Con esta experiencia se empezó a usar la lidocaína intravenosa como una prueba previa para el uso de los anticonvulsivantes orales en el tratamiento del acúfeno.

Melding y cols. comunican 125 casos con 56% de buenos resultados y 24% de mejoría parcial del acúfeno.

Los autores describen el método usado para la selección de los pacientes por ellos manejados, los estudios clínicos y de gabinete pre, trans y postratamiento y el esquema de tratamiento.

Con el paciente hospitalizado se le aplican por vía endovenosa 100 mg de lidocaína en 5 ml de agua en 30 segundos. Sólo 27 pacientes que experimentaron una mejoría del acúfeno superior al 20%, fueron sometidos al tratamiento con Carbamacepina.

A los pacientes seleccionados se les administró la Carbamacepina de acuerdo al esquema siguiente: 100 mg dos veces al día en pacientes de menos de 60 años y 100 mg al día a los mayores de esta edad, como dosis inicial. Los niveles en sangre del medicamento fueron medidos, con objeto de obtener, como dosis óptima, de 4 a 8 mcg/ml; la dosis inicial se aumentó progresivamente en 100 mg sin pasar de 400 mg al día.

Durante el tratamiento se llevó un control riguroso del paciente mediante exámenes de biometría hemática con cuenta de plaquetas y reticulocitos y pruebas de funcionamiento hepático y renal.

Cuando los pacientes mostraron alguna intolerancia al medicamento éste fue suspendido de inmediato con lo que desaparecieron los síntomas de intolerancia.

Describen su resultado que consideraran semejantes a los comunicados por el grupo de Nueva Zelanda.

La mayoría de los pacientes presentaron desaparición parcial o completa del acúfeno o lo pudieron tolerar mejor.

Informan que en su casuística de 27 casos, sólo en un paciente (4%) desapareció el acúfeno, en 21 pacientes (78%) hubo mejoría parcial y en 5, o sea el 18% no hubo mejoría alguna.

Consideramos, de acuerdo con los autores, que sólo se trata de una comunicación preliminar que deberá ser to-

mada con las reservas del caso, por lo corto de la casuística, pero que en un problema como es el acúfeno, parece ser un método prometedor.

R. Andrade-Gallegos

#### THE FORMATION OF NASAL SEPTUM DEVIATIONS IN HUMAN EVOLUTION

(Aparición de las desviaciones septales en la evolución humana)

Takahashi, R.

Rhinology, 15: 159-165; 1977.

En la presente comunicación se trata de dilucidar en qué etapa de la evolución humana aparecen por primera vez las desviaciones septales; mientras que en los antropoides el septum es vertical, en el hombre a menudo se le encuentra con desviaciones.

Como los cráneos fósiles hasta la fecha encontrados, no proporcionan toda la información deseable sobre el estado septal, el autor valoró para su trabajo los siguientes factores: a) Efectuó un estudio anatómico comparativo del septum nasal del hombre, perro y mono, b) Valoró las deformaciones septales en el hombre actual, c) Llevó a cabo un análisis de las relaciones morfológicas entre el macizo facial y el cráneo de los fósiles humanoides, d) Finalmente efectuó una revisión bibliográfica sobre el tema

Basándose en sus estudios, encontró que la apófisis vomeriana sólo aparece en el hombre y, aparentemente, esto tiene relación con las desviaciones septales. Por otro lado, tal parece que a menor ángulo de la base craneal (silla turca) más alta es la pirámide y mayores las desviaciones septales.

De todo esto se desprende que en el hombre de Neanderthal, se marca el punto en el que el cráneo sufre cambios mecánicos, que influyen en el desarrollo del macizo maxilofacial, condicionando las desviaciones septales.

Si bien en el presente trabajo se trata de demostrar una hipótesis valorando datos de tipo indirecto, resulta interesante porque nos explica muchas de las alteraciones septales que vemos en la práctica diaria y demuestra la importancia que para el desarrollo del septum nasal tiene el macizo facial.

Vilar-Puig

#### TRATAMIENTO FONIATRICO DE 15 CASOS DE PARALISIS DE LAS CUERDAS VOCALES

Romero F.

Rev. del Serv. Med. Petr. Mex. 2: 15-17; 1978.

Se presenta la experiencia de 15 casos de parálisis recurrencial unilateral

tratados con técnicas foniátricas. La edad de los pacientes osciló entre los 20 y 61 años, siendo la quinta década donde se encontró el mayor número de casos.

La etiología fue fundamentalmente postquirúrgica (10 casos) e idiopática (5 casos). El tiempo de evolución desde la aparición de la sintomatología a la institución de la terapia foniátrica varió de 20 días a 4 años.

La disfonía fue de instalación brusca y asociada con alteración neumofónica en diversos grados y con disminución en la intensidad de la voz.

El plan de la terapia foniátrica cubrió el control fono-respiratorio (respiración, fonación y articulación) enseñando los ejercicios en 6 a 8 sesiones. Los resultados se clasificaron como buenos en 13 casos y 2 como regulares. El tiempo de tratamiento varió de 10 días a 3 meses.

La mejoría de la voz se obtuvo por suplencia de la cuerda vocal y en ocasiones también de la banda ventricular del lado opuesto.

El autor propone el tratamiento quirúrgico solamente después de transcurridos 6 meses de tratamiento foniátrico sin resultados.

García-Palmer

#### LESIONS OF THE CEREBELLOPONTINE ANGLE, EXCLUDING NEURINOMAS

(Lesiones del ángulo pontocerebeloso, excluyendo neurinomas)

Bustamante-Balcárcel, A. Rev. Inst. Nal. Neurología 11: 76-82; 1977.

Cuando el otólogo estudia los problemas del ángulo pontocerebeloso, generalmente piensa sólo en neurinomas. Esta actitud puede generar problemas en el diagnóstico. Es necesario que se sospechen otras causas que pueden alterar al VIII par en el curso intracraneano. Con este propósito en mente, se analizan 20 casos con lesiones del VIII par en el ángulo pontocerebeloso no causadas por neurinomas. Los diagnósticos fueron los siguientes: 6 meningiomas, 4 colesteatomas, 3 cisticercosis, 2 tumores del cerebelo, 2 malformaciones vasculares, 2 tumores del tallo y un carcinoma metastásico.

En el trabajo se detallan los hallazgos tanto de laboratorio como lo encontrado en los diferentes estudios radiográficos y audiométricos, destacando las principales diferencias de cada uno con el neurinoma. Así mismo se presenta la historia clínica de un ejemplo de cada caso.

García-Palmer

#### LA APLICACION DE LA TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA EN LAS LESIONES DEL ANGULO PONTocerebeloso Y SENOS PARANASALES

Rodríguez J., Estrada F., Gutiérrez R. y Bustamante A. Rev. Inst. Nal. Neurología. 11: 54-59; 1977.

De los 3 500 estudios consecutivos de tomografía axial computada se seleccionaron 16 pacientes con síntomas o signos de lesión de ángulo pontocerebeloso o de los senos paranasales. De ellos 9 fueron del sexo femenino y 7 del masculino; sus edades fluctuaron entre los 13 y los 61 años. Se encontraron 6 neurinomas del acústico, 3 meningiomas, 3 obcesos, 1 mucocelo de etmoides, 1 carcinoma de antro maxilar y 1 tumor del septum.

La inyección de material de contraste por vía endovenosa reveló con mayor claridad el tipo de lesión con el reforzamiento de tumores y abscesos.

García-Palmer

#### PARALISIS FACIAL. PROBLEMAS EN SU TRATAMIENTO

Bustamante A. Orozco H. y Estrada F. Rev. Inst. Nal. de Neurología. 11: 72-75; 1977.

De 1976 a la fecha, se ha organizado una clínica de parálisis facial en el Instituto Nacional de Neurología, y a partir de ella, los autores analizan los problemas para el tratamiento de la misma.

Uno de ellos, es la dificultad que tienen los pacientes para percatarse de que la desviación de la cara está en relación con la lesión de un nervio que se encuentra dentro del oído.

Analizando 340 casos de parálisis facial en relación al tiempo en que se presentaron a la institución, llama la atención que, una vez inaugurada la clínica, es antes cuando llegan los pacientes, seguramente por la difusión entre los médicos del hospital.

De 280 casos estudiados, 227 (81%) fueron parálisis de Bell; siguieron en frecuencia las traumáticas (9%) y el herpes (4%). Llama la atención que en las parálisis de Bell el 14% son de repetición en 1, 2 ó más ocasiones, lo que ha hecho pensar que exista un factor individual que lo facilite y sospechan los autores que se trate de la diabetes, por lo que sugieren se practique una curva de tolerancia a la glucosa de 5 horas.

En su casuística encuentran que tenían antecedentes de parálisis facial familiar el 17.6% de los casos.

García-Palmer

# Actividades de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

## ACTA DE LA SESION ORDINARIA DEL MARTES 3 DE OCTUBRE DE 1978

Siendo las 21:00 hrs. y bajo la presidencia del Dr. Jorge Corvera Bernardelli, dio principio la sesión con la asistencia de 78 personas.

Como primer punto de la orden del día se dio lectura al acta de la sesión anterior, la cual fue sometida a la consideración de la Asamblea. Esta votó y el acta fue aprobada por unanimidad.

En segundo lugar el Dr. Alvaro Zaragoza del Hospital Infantil de la S.S.A., presentó el trabajo: "EMPLEO DEL MICROCAUTERIO DE KIRSCHNER EN OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIATRICA", que consistió en la descripción del aparato, el mecanismo de cauterización, los efectos sobre los tejidos y por último sus aplicaciones en cirugía laríngea, otológica e hipofisiaria.

A continuación la Dra. Martha Rosete, del mismo hospital, presentó el trabajo: "APLICACIONES EN OTORRINOLARINGOLOGIA Y PEDIATRIA DE LOS POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS", que inició haciendo la descripción y clasificación de los potenciales evocados auditivos, mencionó sus principales aplicaciones en audiología, neurología y neonatología, presentando casos clínicos ilustrativos.

En seguida, el Dr. Isaac Shubich presentó el trabajo: "OTITIS SEROSAS Y ALERGIAS", habló de la histología de las mucosas y de los mecanismos de equilibrio en la producción de otitis serosa.

En la sección de Asuntos Varios, el Dr. Barrera anunció las Jornadas Médicas de Ex-Residentes del Hospital PEMEX, el Dr. Shubich anunció la sesión de la Fundación Portman, el Dr. Miguel Arroyo anunció el curso de cirugía del oído en el Hospital General de la S.S.A.

No habiendo otro asunto que tratar, se dio por terminada la sesión a las 22:15 hrs.

## ACTA DE LA SESION ORDINARIA LLEVADA A CABO DEL DIA 7 DE NOVIEMBRE DE 1978, EN CONJUNCION CON LA SOCIEDAD DE AUDIOLOGIA Y FONIATRIA

A las 21:00 hrs. y con la asistencia de 70 personas, dio principio la sesión bajo la presidencia del Dr. Jorge Corvera.

El Dr. Bustamante hizo la presentación del profesor invitado, Dr. Kurt Burian, Jefe de la 2a. Clínica Universitaria para Enfermedades de Cuello, Nariz y Oídos, del Hospital General de Viena, Austria. El Dr. Burian presentó el tema "TRATAMIENTO DE LESIONES LARINGEAS MEDIANTE LASER", describió el equipo utilizado, un rayo de luz laser de 0.5 mm de diámetro acoplado al microscopio quirúrgico y señaló las principales diferencias y ventajas que da el método. A continuación presentó una película en la cual mostró algunos casos clínicos y el método quirúrgico. En seguida el Dr. Delgado hizo un comentario y se hicieron varias preguntas.

La segunda conferencia del Dr. Burian, sobre el tema "IMPLANTES COCLEARES" se inicia con una revisión histórica y fisiológica y después describe el electrodo y su colocación en la coclea. Dicho electrodo es activado por medio de un circuito implantable que recibe la señal a través de la piel, integrada por inducción magnética. Describe las características de las sensaciones auditivas producidas en unos cuantos pacientes. Se le hacen varias preguntas y comentarios.

En Asuntos Varios el Dr. Smoler reporta los adelantos en la preparación del Congreso Nacional. Sin más asuntos que tratar se da por terminada la sesión a las 22:40 hrs.

## SESION EXTRAORDINARIA LLEVADA A CABO EL DIA 26 DE DICIEMBRE DE 1978

Contando con la presencia de dos profesores invitados se decide organizar una sesión extraordinaria en la cual la Dra. Catherine Smith de la Universidad de Oregon habla sobre "LOS EFECTOS DEL ACIDO ETACRINICO SOBRE LA COCLEA" y la Dra. Lois Elliott de la Universidad de Northwestern presenta el tema "DESARROLLO DE LA PERCEPCION DEL LENGUAJE EN NIÑOS", ambas conferencias son brillantes y reflejan la alta calidad de la investigación que ambas profesoras llevan a cabo.

Se les hacen múltiples preguntas y comentarios, dándose por terminada la Sesión a las 22:15 hrs.

# XXIX CONGRESO NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

1 AL 5 DE MAYO DE 1979

HOTEL PLAYA MAZATLAN  
MAZATLAN, SINALOA

**Curso Progreso:**  
30 Abril y 1o. Mayo.

Rinoplastia, mentoplastia y otoplastia.  
Interpretación de los exámenes preoperatorios.  
Dermatología para el otorrinolaringólogo.  
Uso de antibióticos.  
Diagnóstico diferencial de tumor de cuello.  
Estado actual de las pruebas cocleares.  
Problemas gastroenterológicos en  
otorrinolaringología.  
Diagnóstico clínico en patología nasal.  
Redacción de artículos médicos.

**Congreso:**  
1o. al 5 de Mayo.

**Mesas Redondas:**

Rinitis; Coordinador: Dr. Salvador Pérez Paniagua.  
Cirugía ambulatoria; Coordinador: Dr. Federico  
Reinking.  
Accidentes operatorios en cirugía otológica;  
Coordinador: Dr. Pelayo Vilar Puig.  
**Conferencia Magistral.**  
**Trabajos libres.**  
**Sesión Cinematográfica.**

**Inscripción: \$750.00.**

	Antes del 28 de Febrero:	Después del 1o. de Marzo
Congresista	\$ 1,800.00	\$ 2,300.00
Acompañante	\$ 750.00	\$ 1,250.00
Residente	\$ 1,000.00	\$ 1,250.00

**Premios:**

Burroughs Wellcome	Mejor trabajo clínico	\$ 20,000.00
Burroughs Wellcome	Mejor trabajo básico	\$ 20,000.00
Richard Schmidt	Mejor trabajo audiológico	Audiómetro
Kume Enterprises	Mejor trabajo de Residente	Unidad diagnóstica

**Informes o inscripciones:**

Dr. José Smoler, Paseo de la Reforma 403-406  
México 5, D.F. Tel.: 5-33-69-26.

# Consejo Mexicano de Otorrinolaringología \*

Consejeros: Dr. Rolando DEL ROSAL SIGLER, Dr. Salvador PEREZ PANIAGUA, Dr. Antonio RODRIGUEZ ALCARAZ, Dr. Armando RAMIREZ CALDERON, Dr. José SMOLER BERKOVSKY, Dr. Antonio SODA MERHY, Dr. Ernesto DEUTSCH, Dr. Samuel LEVY-PINTO y Dr. Antonio SANCHEZ MARLE.

\* Eugenia 13-403, Col. Nápoles, Teléfono 5-43-93-63, México 18, D.F.

## Exámenes de admisión de nuevos miembros:

Los días 16, 1 y 18 de octubre de 1978, se efectuaron los exámenes de admisión de nuevos miembros, en los que resultaron aprobados los siguientes candidatos:

Dr. Ismael ZEPEDA DIAZ  
Dr. Eduardo MOLINA TELLEZ  
Dr. Miguel Angel ARCOS GARDUÑO

Dr. Foze ABBUD NEME  
Dr. Adolfo Jesús ZAPATA ZAMORA  
Dr. Rafael TIRADO MARIN.

Dr. Ernesto DEUSTCH RAIS

Secretario.

## ARTICULOS QUE APARECERAN EN EL PROXIMO NUMERO

**Uso del catgut simple y crema de fluorocorticoides en timpanoplastía.**

Drs. J. S. Hernández Valencia y E. Rivero Cajigas.

**Anestesia timpánica por iontoforesis.**

Drs. P. Vilar-Puig y J. Espinoza Ruiz.

**Una nueva férula interna moldeable en septoplastia.**

Dr. J. Vila Santos

**Síndrome de Waardenburg. Estudio de una familia.**

Dr. Antonio Soda Merhy.

**Tratamiento quirúrgico de la displasia fibrosa poliquística de la cara.**

Drs. B. Grobeisen Roudy y S. De la Torre Rangel.

**Parálisis facial por osteoma del conducto auditivo externo.**

Dr. A. Rodríguez Alcaraz y cols.

## NEUROTOLOGIA

Recientemente se ha puesto a la venta el libro del Dr. Jorge Corvera, que sobre neurología ganara el primer premio en el Segundo Concurso Nacional de Obras Médicas convocado por la Academia Nacional de Medicina y la Editorial Salvat, S.A. Es una publicación de primera importancia que pone al iniciado en contacto con los conocimientos profundos del campo neurológico, actualizándolos y sistematizándolos de manera sencilla. Es una obra que por su tema e información no debe ser extraña a los otorrinolaringólogos, oftalmólogos y neurólogos.

## XXIX CONGRESO NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA. CURSOS PRECONGRESO

El Dr. José Smoler, Presidente del Congreso, nos informa que los días 30 de abril y 1º de mayo de 1979 se efectuarán como cursos precongreso los siguientes temas: Uso de antibióticos (Dr. Gutiérrez Trujillo), Manejo de las pruebas de coagulación (Dr. Pizutto), Urgencias nasales (Dr. Soda Merhy), Gastroenterología y otorrinolaringología (Dr. García Pelaez), Dermatología y otorrinolaringología (Dr. Podoswa), Rinoplastia, otoplastia y mentoplastia (Dr. Barrera Padilla), Diagnóstico clínico de tumoración de cuello (Dr. Del Rosal), Farmacología y otorrinolaringología (Dr. Corvera) y Redacción de artículos médico (Dr. Vilar C.). El costo de los cursos será de \$750.00 por todos los cursos, su duración será de una hora y media y para inscripciones se solicita ponerse en contacto con el Dr. José Smoler: Paseo de la Reforma 403-406, México 5, D.F. o al tel.: 533-69-26.

## XXIX CONGRESO NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

El Comité Organizador solicita a todos los otorrinolaringólogos la inscripción de trabajos libres con toda anticipación; seguramente ya recibieron las bases para los diversos premios que se otorgan con esta oportunidad. Las mesas redondas, durante el Congreso, versarán sobre los siguientes temas: Cirugía ambulatoria (moderará: Dr. Federico Reinking), Rininitis (Dr. Salvador Pérez Paniagua) y Accidentes en cirugía otológica (Dr. Pelayo Vilar-Puig). Recordamos la dirección del Dr. José Smoler para cualquier asunto relacionado con el congreso: Paseo de la Reforma 403-406, México 5, D.F. Tel.: 533-69-26.

## XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE AUDIOLOGIA

En el Centro Acapulco, del 12 al 16 de noviembre, se efectuó el Congreso Internacional de Audiología con un éxito singular, dada la calidad del nivel científico de los más de 200 congresistas de todos los rincones del orbe; de las sesiones científicas queremos destacar las mesas redondas, una de ellas sobre el valor de las técnicas electrofisiológicas, donde se analizaron las pruebas de potenciales evocados, cocleografía, etc. La segunda mesa redonda fue sobre implantes cocleares mono y bipolares, sus técnicas de implantación y rehabilitación de seis centros de trabajo en este promisorio campo. La rehabilitación auditiva, en sus aspectos psicológicos, fue la tercera mesa redonda; se abordó la problemática del niño sordo y el enfoque de los sistemas pedagógicos usados por cada uno de los panelistas. La última mesa redonda estuvo dirigida hacia el futuro de la audiología, la participación de los

A cargo del Dr.  
Rafael GARCÍA-PALMER

ponentes abrió un sinnúmero de campos de trabajo en el mundo audiológico, que será recogida por el nutrido auditorio asistente al Congreso.

Queremos felicitar al Dr. Pedro Bruecos V. y al Comité Organizador, por el enorme esfuerzo organizador para dejar de esta reunión una profunda huella en bien de la Audiología.

## CONGRESO PANAMERICANO

Del 26 al 30 de noviembre, Acapulco fue la sede del Congreso Panamericano; las actividades científicas se iniciaron el domingo y el lunes, con una gran cantidad de cursos que, realizándose en varias salas, impartían distinguidos profesores nacionales y extranjeros. La asistencia a éstos cursos, además de nutrida, proporcionó una gran utilidad a los asistentes. Martes, miércoles y jueves fueron los días dedicados a mesas redondas y trabajos libres, los temas de los más variados e importantes suscitaron gran interés entre los congresistas, que en buen número participaron con su asistencia. Más de 30 estantes comerciales y científicos, mostraron los avances más recientes en tecnología y equipo. El marco social brindó el ambiente propicio para estrechar el panamericanismo y la convivencia entre nuestros huéspedes del continente.

El Dr. Pedro Andrade Pradillo fue el Presidente del congreso y el gran motor para el éxito de esta reunión. Reciba una cordial felicitación.

## COLABORACION

Los Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, pretende ser, en esta sección, un órgano de difusión de los eventos y acontecimientos de la vida otorrinolaringológica mexicana. Mientras

más completa, seguramente será más útil para todos.

La sección se nutre de los datos que envían para su publicación los diferentes promotores de cursos o actividades y de las Sociedades de Otorrinolaringología que nos informan de sus programas.

Es importante que tomen en cuenta que el contenido de cada número debe de estar estructurado al menos tres meses antes de su publicación, por lo que de enviar colaboraciones, deberá hacerse con toda anticipación.

#### **MICROCIRUGIA LARINGEA**

Del I Curso Internacional de Microcirugía de la Laringe y Rehabilitación

de la Voz, de singular éxito, a petición de todas las personas que concurrieron a dicho curso, así como de aquellas que por algún motivo no pudieron asistir, se inició la elaboración de las Memorias, mismas que aparecerán en fecha próxima. Los profesores conferenciantes decidieron ampliar los temas de sus trabajos, para beneficio de estas Memorias.

Las personas interesadas en recibir dicho documento lo pueden solicitar dirigiéndose a: ATAC, S.A., Río Tiber No. 91-102, Col. Cuauhtémoc, o al teléfono 514-08-14.

#### **PALADAR HENDIDO**

Recibimos comunicación de la toma de posesión de la mesa directiva de la

"Asociación Mexicana de Paladar Hendido y Anomalías Craneofaciales", la cual quedó integrada por los siguientes miembros: Dr. Fernando Ortiz Monasterio (Presidente), Dr. Severino Tarasco Camino (Vice-presidente), Dr. Manuel Yudocich Burak (Secretario), Dra. María Luisa Téllez R. (Tesorero), Dres. Oscar Ceballos Cortés y Manuel Velázquez V. (Vocales). Por medio de la presente se extiende una cordial invitación a ingresar a la Asociación a profesionistas dedicados al tratamiento multidisciplinario de estas anomalías, a tal efecto le sugerimos enviar su solicitud a Homero No. 411-7o. piso México, D.F., a la brevedad posible para que sea turnada al comité de admisión.

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

**BOLETIN DE SUSCRIPCION**

Nombre .....

Dirección .....

País .....

(favor de emplear la letra de molde o máquina)

Sr. Lic. Joaquín Bohigas

Gerente General de los ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA.

Presente.

Deseo suscribirme a los ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA, por el año 1979 (cuatro números), por lo que le envío cheque a nombre de la SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA, por la cantidad de ..... pesos moneda nacional, o su equivalente en dólares USA, para que me sea remitida a la dirección arriba indicada.

Atentamente

.....

**PRECIOS DE SUSCRIPCION**

República Mexicana ..... \$ 450.00 M.N.

Médicos residentes o estudiantes de Medicina ..... \$ 350.00 M.N.

Hispanoamérica, Estados Unidos de Norteamérica, España  
y Portugal ..... \$ 20.00 Dls. USA

Otros países ..... \$ 25.00 Dls. USA