

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 de Autor,
No. 238-78.Abreviatura 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 VALLEEugenia 13-403, Col. Nápoles
Tel. 543-93-63
México 18, D.F.Impreso en México por:
Intersistemas, S.A. de C.V.

PAGINA DEL DIRECTOR

Con la desaparición del Maestro Isaac Costero, ha llegado el momento de hacer un recuento de lo que él significó para la ciencia nacional, la hispanoamericana y la universal.

No es para nosotros deseable el estudio de su personalidad humana y magisterial, por estar tan cerca que el hombre podría ocultarnos al científico.

Para los médicos de la generación de los treinta, el Maestro Costero era una verdadera institución, su origen, su personalidad, su enorme proyección como pedagogo, marcaron a esos médicos y ni uno sólo de ellos deja de sentirse orgulloso al decir que fue su alumno de pregrado.

En este aspecto el Maestro se sublima, al formar a una pléyade de histopatólogos que llevan nombres tan brillantes en la actualidad como: Rosario Barroso, Pérez-Tamayo, Chévez, por citar sólo a los más connotados.

Pero si preguntamos a cualquier médico postulante, lejos del grupo de investigadores que rodearon al maestro ¿qué es lo que hizo el Maestro Costero? ¿Cuáles fueron sus contribuciones a la ciencia? ¿En qué consistió su originalidad?, pocos serían los que podrían darnos respuestas congruentes y fidedignas. Ese aspecto de creador, ese aspecto de innovador, de auténtico hombre de ciencia, que no sigue caminos trillados, es lo que intentaremos exponer en esta página, dejando al hombre, al Maestro, al académico, para otras plumas.

Refiriéndose a uno de sus colaboradores, Costero escribe: "... No le interesan las cosas conocidas y explicadas; se apasiona por lo que no tiene explicación oficial, por lo que en apariencia (el subrayado es nuestro), se opone a lo ortodoxo". En estas líneas, el Maestro se está definiendo a sí mismo.

Costero es un morfológico, cuyo genio interpretativo, se resiste a quedar aprisionado en los hallazgos puramente descriptivos, en todo momento sus descubrimientos morfológicos trascienden hacia lo funcional, transpolación que se manifiesta espléndidamente en este párrafo del maestro: "Aunque los histólogos hemos cargado con la muy injusta fama de dedicar nuestro tiempo y esfuerzo a describir minucias estructurales, sin ocuparnos de su posible significado, la verdad es que el primer pensamiento al encontrar una estructura nueva, es cuál pueda ser su cometido en la fisiología corporal. Lo curioso es que cuando especulamos acerca de funciones posibles y a pesar de que, por supuesto, siempre advertimos que se trata de orientar, no de sustituir al fisiólogo, ... también se nos critica por hablar de lo que no sabemos".

El párrafo anterior está relacionado con su importante descubrimiento de que en la hipófisis normal, hay células argentafines, descubrimiento preñado de consecuencias clínicas.

Tan funcionalista es el morfológico, que su clasificación de los tejidos consiste en agruparlos en "Sistemas celulares funcionales" que divide en dos grandes grupos: los tejidos epiteliales formados sólo por células y los tejidos de naturaleza conectiva formados por células y sustancias intercelulares. Los primeros comprenden: el tegumentario, el secretor, el cromargentafín (otra creación de su escuela) y el nervioso. Los segundos son: el retículoendotelial, el esquelético, el amiboideo y el fibroblástico.

Otro de sus descubrimientos es el de que todas las células mesenquimatosas, en determinadas circunstancias, son capaces de elaborar haces de colágena; es decir, de actuar como fibroblastos, circunstancia que tiene un extraordinario significado biológico general.

Las consecuencias de ese hecho forman un cuerpo de doctrina que se fundamenta en la aplicación de las técnicas argentínicas (tan poco aceptadas por los anglosajones), pero que llevaron a Ramón y Cajal a la consecución del Premio Nobel) y que en síntesis consiste en los tres conceptos de: nomicoplasia, sistema fibroblástico e histofisiología. Es éste un espacio muy corto para ampliar esos conceptos, pero no nos resistimos a copiar cuando describe a la nomicoplasia como "La expresión morfológica de una de las leyes generales que gobiernan la organización celular" y cuando más adelante nos dice que: "Los fibroblastos genuinos y los fibrocitos... y todas las demás células conectivas... constituyen un sistema funcional específico, fin natural de la evolución biológica de los tejidos conectivos: el Sistema Fibroblástico".

A partir de su concepción del sistema cromargentafín, estudia los tumores hipertensores y en general todos aquellos en que se presentan células cromargentafines.

Finalmente integra ese sistema, en el sistema nervioso y lo sitúa como cuarto elemento del mismo (neuronas, neuroglia, microglia y células argentafines (células de los paraganglios).

Los hallazgos estructurales que él y su escuela hacen en el cuerpo carotídeo y en órganos semejantes (paraganglios yugulares, del oído medio etc.), lo conducen a construir su teoría de los quimiorreceptores, extrapolando a partir de conceptos estructurales, las posibles funciones de estos organitos como "olfateadores" de la composición sanguínea. Pero este es un capítulo tan apasionante, el último de la vida del Maestro, que un intento de sencilla explicación se nos antoja por el momento fuera de nuestro alcance. Bástenos decir que constituye un cuerpo de doctrina, basado en hallazgos y hechos comprobables, llenos de implicaciones clínicas y fisiológicas.

Sabemos que los histopatólogos que junto con el Maestro tanto contribuyeron a los anteriores descubrimientos y doctrinas, hallarán este resumen, incompleto y mal pergeñado, pero significa lo que un médico de mediano nivel, puede vislumbrar en los trabajos tan especializados y al mismo tiempo tan universales del Maestro.

José Villar

ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE HISTOPATOLOGIA

DIRECTORIO

Presidente: Dr. José Villar

Vicepresidentes: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Secretarios: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Corresponsales: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité Editorial: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Lectura: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Publicación: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Distribución: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Revisión: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Organización: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Promoción: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Investigación: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Docencia: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Científica: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Técnica: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Administrativa: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Económica: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Social: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Cultural: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Política: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Religiosa: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Filosófica: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Literaria: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Artística: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Científica: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Técnica: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Administrativa: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Económica: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Social: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Cultural: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Política: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Religiosa: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Filosófica: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Literaria: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Artística: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Científica: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Técnica: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Administrativa: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Económica: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Social: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Cultural: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Política: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Religiosa: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Filosófica: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Literaria: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Comité de Asesoría Artística: Dr. José Villar, Dr. José Villar

Uso de catgut simple y crema de fluorocorticoides en timpanoplastia* (revisión de cincuenta casos)

Dr. José Guillermo HERNÁNDEZ-
VALENCIA**

Dr. Eduardo RIVERO-CAJIGAS***

Summary. Forced by the lack of gelfoam, we searched for a substitute to use as mechanical support for the graft in tympanoplasties. We used plain catgut previously immersed in a solution of hydrocortisone and fluorocorticoid cream in the external meatus. Using this technique, we performed, 50 tympanoplasties in the Otolaryngology Department of the "La Raza" Medical Center Instituto Mexicano del Seguro Social. All the patients had chronic otitis media.

Age, sex and diagnosis (type of tympanic perforation) were analysed. The condition of the ossicles, the type of graft used and details of surgical technique are described.

Results and postoperative handling are discussed. Finally 10 ears were surgically explored after using this technique in a previous operation.

Debido a la inquietud de que por alguna circunstancia no se pudiese contar con Gelfoam, material hasta cierto punto indispensable en la práctica de la timpanoplas-

tía, decidimos buscar un sustituto, siendo este el motivo de nuestro trabajo.

MATERIAL Y METODOS

Se utilizó catgut simple "hidratado" con hidrocortisona en el oído medio, y crema de fluorocorticoides en el conducto auditivo externo.

Practicamos cincuenta timpanoplastías en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General del Centro Médico "La Raza" del

Instituto Mexicano del Seguro Social, en pacientes con diagnóstico de otitis media crónica.

En cada caso se analizó: Edad, sexo, y diagnóstico. Se analizaron asimismo las características de la perforación en la membrana timpánica, el estado de la cadena oscicular, tipo del injerto utilizado, algunos detalles de la técnica quirúrgica, la conducta postoperatoria, y el tiempo en lograrse el injerto. Finalmente se revisaron 10 casos operados con esta técnica y con injerto logrado.

TABLA I

A. EDAD		
Años	Número de casos	Porcentaje
5 a 10	8	16%
10 a 20	12	24%
20 a 30	15	30%
30 a 40	9	18%
40 a 50	6	12%
B. SEXO		
Femenino	32	64%
Masculino	18	36%
C. DIAGNOSTICO		
	Número de casos	Porcentaje
Otitis media crónica seca	32	64%
Otitis media crónica supurada	18	36%

* Segundo premio "Wellcome" a trabajos de investigación clínica.

** Médico de base del Servicio de O.R.L. del Centro Médico "La Raza", IMSS.

*** Médico Residente 3er. año del mismo Servicio.

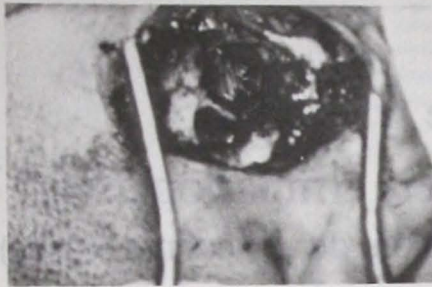


Fig. 1.—Catgut en la caja



Fig. 2.—Primer fragmento de fascia (injerto)

Fig. 3.—Segundo fragmento de fascia (injerto)



Se practicó la intervención de preferencia en pacientes que por lo menos tuviesen tres meses de oído seco^{1, 2, 3} lo que se pudo

hacer en el 76%; el 24% restante se operó con el oído húmedo, practicándoseles timpanoplastia con mastoidectomía.^{4, 5}

TABLA II

1. Tipo de perforación en la membrana timpánica:		
	Número de casos	Por ciento
Subtotal	30	60%
Central	12	24%
Anteroinferior	8	16%

2. Estado de la cadena oscilar:		
	Número de casos	Por ciento
Integra, articulada y móvil	16	32%
Integra, articulada y fija	18	36%
Incompleta	12	24%
Ausente	4	8%

Los casos en que se encontró la cadena oscilar íntegra pero totalmente fija, correspondieron a casos con timpanoesclerosis, observándose esto en oídos que han permanecido por años perforados, pero exentos de infección. Durante

la intervención se liberó lo más posible y se selló la perforación.

En aquellos en que sólo se encontró la platina, se colocó el injerto de fascia temporal y se dejó para un segundo tiempo la reconstrucción de la cadena.^{6, 7}

TABLA III

3. Tipo de injerto utilizado:		
	Número de casos	Por ciento
Fascia temporal autóloga	28	56%
Fascia temporal homóloga	22	44%
Injerto colocado en un fragmento	35	70%
Injerto colocado en dos o tres fragmentos	15	30%

En los casos en que se utilizó fascia temporal homóloga, ésta tenía 48 a 72 horas de haber sido obtenida, habiéndose conservado en forma estéril.

En todos los casos la intervención se llevó a cabo bajo anestesia

general con uso de vasoconstrictor. En el 100% de los casos la vía de abordaje fue retroauricular. Se utilizó catgut simple del 0 y 00, colocándolo en pequeños fragmentos, prehidratados en una solución de hidrocortisona para formar el

soporte del injerto en el oído medio. En algunos casos (30%) en los que se utilizó injerto homólogo, hubo necesidad de colocarlo en dos o tres fragmentos para cubrir el total de la perforación. La crema de fluorocorticoides se colocó utilizando una jeringa de 10 cc, cubriendo el injerto y el conducto auditivo hasta su tercio externo.

CONDUCTA POSOPERATORIA

Los pacientes permanecieron hospitalizados de 48 a 72 horas. Fueron citados a la consulta externa a los ocho días, para vigilar la cicatrización de la herida retroauricular y posteriormente tres semanas después, observando que paulatinamente la crema se extruye espontáneamente y sólo en ocasiones hay que retirarla del tercio externo del conducto auditivo, que es el sitio donde se localiza en esta etapa, evitando el riesgo de mover el injerto.

TIEMPO EN LOGRARSE EL INJERTO

Se observó el injerto logrado en un 100% y en su sitio en aproximadamente 3 a 4 semanas, dato que se corresponde con lo publicado por otros autores.^{1, 7}

REVISIÓN DE OÍDO MEDIO EN DIEZ CASOS CON INJERTO YA LOGRADO

Con la inquietud de saber qué había pasado con el catgut en el oído medio; si se había reabsorbido en su totalidad, si había dejado adherencias, y de ser así, la cuantía de las mismas, y si el espacio neumático del oído medio era aceptable, decidimos efectuar dicha revisión en el 20% de los casos, con los siguientes hallazgos:

CONCLUSIONES

1. El catgut simple y la crema de fluorocorticoides son un buen sustituto del Gelfoam.

2. Se comprobó que el procedimiento no causa ningún daño y que proporciona las siguientes ventajas:

a) Fácil obtención de los materiales.

b) Fácil manejo.

c) La crema se amolda al conducto auditivo sin riesgo de movilizar el injerto.

d) No se toca el oído operado hasta la cuarta semana en que ya está logrado el injerto.

e) No hay necesidad de curaciones frecuentes ni de aspirar el conducto, con los riesgos que ello implica.

3. Como única desventaja encontramos que el catgut es de difícil manejo, sobre todo en perforaciones timpánicas pequeñas.

Resumen.—Obligados por la falta de gelfoam, nos vimos obligados a buscar por lo menos temporalmente un sustituto de este material, utilizando para ello: catgut simple "hidratado" con hidrocortisona en oído medio y crema de fluorocorticoides en el conducto auditivo externo para completar el soporte del injerto.

Se practicaron 50 timpanoplastías en el servicio de Otorrinolaringología del Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, en pacientes que presentaban otitis media crónica.

De los casos se analizan: edad, sexo, diagnóstico (tipo de padecimiento). En este último se



Fig. 4.—Llenado con fluorocorticoides

revisa el tipo de perforación timpánica, el estado de la cadena oscicular, el tipo de injerto utilizado y algunos detalles de la técnica quirúrgica.

Se describe la conducta postoperatoria, el tiempo que tardan en lograrse el injerto y los resultados obtenidos. Se completa el estudio con la revisión del oído medio en 10 de los casos operados con esta técnica.

BIBLIOGRAFIA

1. Sheehy J. L. Glasscock M. E.: Tympanic Membrane Grafting with Temporal Fascia. Arch Otolaryngol 86: 57, 1967.
2. Ward, M.: Tympanic Membrane Grafting Analysis of Material and Techniques. Ann Otolaryng 80: 854, 1971.
3. Wullstein H.: Results of Tympanoplasty. Arch Otolaryng 71: 478, 1960.
4. Sheehy J. L.: The intact canal wall technique in management of aural cholesteatoma. J. Laryngol Otol 84: 1, 1970.
5. House W. F.: Myringoplasty. Arch Otolaryng 71: 399, 1960.
6. Storr L. A.: Myringoplasty with the use of fascia grafts. Arch Otolaryngol 74: 45, 1961.
7. Sheehy J. L.: Tympanic Membrane Grafting Early and Long Term Results. Laryngoscope 74: 985, 1964.

TABLA IV

Número de casos	Presencia de Catgut	Adherencias	Espacio neumático
10	Nula	Ausentes	Aceptable

Anestesia de la membrana timpánica por iontoforesis

Dr. Pelayo VILAR-PUIG^o
Dr. José ESPINOSA-RUIZ^{oo}

Summary.—A clinical study on 25 patients is presented. Iontophoresis was used to obtain anesthesia of the tympanic membrane, in order to perform minor surgical procedures.

Usefulness of the procedure is proved even in children. The technical details to applied iontophoresis are reviewed, as well as possible failures and complications.

INTRODUCCION

El interés por obtener anestesia de la membrana timpánica data de muchos años. Desde el siglo pasado, con el empleo de la cocaína se buscó la anestesia por contacto; sin embargo, las características histológicas del tímpano no permitían una acción adecuada del anestésico, razón por la que se combinó con el fenol (solución de Bonain), con el inconveniente que esta última sustancia causaba lesiones en el tímpano.

Por todo esto, la anestesia por infiltración ha sido durante años, el único procedimiento seguro pa-

ra obtener anestesia local del conducto y la membrana; sin embargo, el procedimiento es tanto o más doloroso que lo que se pretende hacer sobre la membrana timpánica; de ahí, que su uso se vea muy limitado en niños y en adultos, a menos que reciban una premedicación adecuada.

La iontoforesis es otro de los caminos que se han buscado para resolver este particular problema. Está basada en la aplicación de una corriente eléctrica, que provoca una migración de moléculas ionizadas del agente anestésico, a través de la piel o de la membrana timpánica.

La iontoforesis fue utilizada por Albretch por primera vez en Alemania en 1911 (citado por Comeau y Brumet),¹ obteniendo buenos resultados en lo que a la anestesia se refiere, pero tuvo muchas complicaciones, ya que varios de sus pacientes presentaron vértigo y sordera, que en algunos fue definitiva. A causa de esto, el procedimiento cayó en desuso. Los factores que determinaron las lesiones, dependieron de la utilización de altas concentraciones de cocaína, que está plenamente demostrado, es capaz de lesionar el oído interno (Comeau).² Por otro lado, el empleo de electrodos de cobre, metal que se sabe es tóxico para el organismo, seguramente condicionó lesiones; y finalmente, la falta de un control adecuado so-

bre los niveles de corriente eléctrica que se aplicaban.

Algunos autores como Rius,⁴ han propuesto la iontoforesis no sólo para producir anestesia del tímpano, sino como procedimiento terapéutico, mediante la combinación con tolazolina y hialuronidasa, en las laberintopatías vasculares funcionales y en las laberintopatías orgánicas con factores vasculares asociados. Además el autor mencionado considera el procedimiento como un arma diagnóstica en ese tipo de alteraciones.

El conocimiento de todos los factores mencionados, permitió en años recientes aplicar la iontoforesis sin causar daño al oído interno (Comeau^{1, 2} Echols³) y su utilización es cada vez más frecuente, razón por la que en el presente trabajo, exponemos nuestra experiencia clínica con la anestesia de la membrana timpánica por iontoforesis.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 25 enfermos de la consulta externa del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Central de Concentración Nacional Pemex de la ciudad de México; 11 del sexo masculino y 14 del femenino, cuyas edades oscilaron entre los 7 y los 71 años, repartidos por décadas como se observa en la tabla I.

A estos pacientes se les practicó la anestesia de la membrana tim-

^o Jefe del Servicio de O.R.L. Hospital Central de Concentración Nacional Pemex. México, D.F. Profesor de O.R.L. de Pre y Postgrado. Facultad de Medicina, UNAM.

^{oo} Otorrinolaringólogo del mismo Hospital. Profesor auxiliar de O.R.L. de la misma Facultad.

TABLA I

EADDES	
0-10 años	4 casos
10-20 "	5 casos
20-30 "	5 casos
30-40 "	2 casos
40-50 "	3 casos
50-60 "	3 casos
60-70 "	2 casos
70-80 "	1 caso



Fig. 1. Equipo de iontoforesis.

pánica mediante la iontoforesis, utilizando un equipo Medical Systems modelo 2, con una corriente máxima de 1 miliamperio (Fig. 1).

A cada enfermo se le explicó en qué consistía el procedimiento y enseguida se llevó a cabo, bajo visión del microscopio el aseo de la piel del conducto auditivo externo con cucharilla. A continuación se instiló en el conducto, hasta llenar sus tres cuartas partes, una solución preparada con 5 ml. de lidocaína al 2% y 1 ml. de adrenalina al 1 por 1000. Después se hizo limpieza de la región infra-auricular con alcohol y se aplicó crema electroconductiva; finalmente sobre la misma zona se colocó una gasa embebida en solución salina isotónica. El polo positivo quedaba inmerso en la solución anestésica del conducto y el ne-

gativo sobre la gasa (Figs. 2 y 3).

En esta forma se iniciaba el incremento de la corriente eléctrica desde 0 hasta 1 miliamperio en el lapso de 30 a 60 segundos, manteniéndola así durante 10 minutos.

Si el enfermo notaba alguna molestia de tipo punzante, se disminuía la intensidad de la corriente y se volvía a incrementar en forma más lenta. Una vez pasados 10 minutos, se aspiraba el líquido bajo visión microscópica y se efectuaba el procedimiento deseado.

La tabla II corresponde al diagnóstico de las lesiones timpánicas y en la tabla III se exponen los procedimientos efectuados.

RESULTADOS

Calificamos al procedimiento de *efectivo* cuando el paciente refirió no haber tenido el más pequeño dolor o molestia; *parcialmente efectivo* cuando se pudo llevar a cabo el procedimiento planeado, pero el enfermo se quejó de dolor durante algún momento de las maniobras; y finalmente *no efectivo* cuando no se pudo llevar a cabo la técnica. En la tabla IV se muestran los resultados y en la tabla V las complicaciones.

COMENTARIO

Basándonos en nuestros resultados, podemos afirmar que la iontoforesis es un método efectivo para obtener una buena anestesia de la membrana timpánica; hecho que constatamos en 22 de nuestros casos, inclusive en niños. En los dos casos de efectividad parcial del método, se trató de adultos sumamente aprensivos. Por otro lado, debe tomarse en cuenta que en este procedimiento, ni la piel del conducto ni el promontorio quedan anestesiados; la primera porque el flujo de iones siempre es a través de la membrana timpánica, que tiene menor resistencia a la corriente eléctrica; en cuanto al promontorio, éste queda separado de la membrana. Estos dos

TABLA II

PATOLOGIA	
Quiste colesteatomatoso ...	2
Otitis media serosa o mucosa	15
Retracción timpánica por insuficiencia tubárica	7
Otitis media adhesiva	1

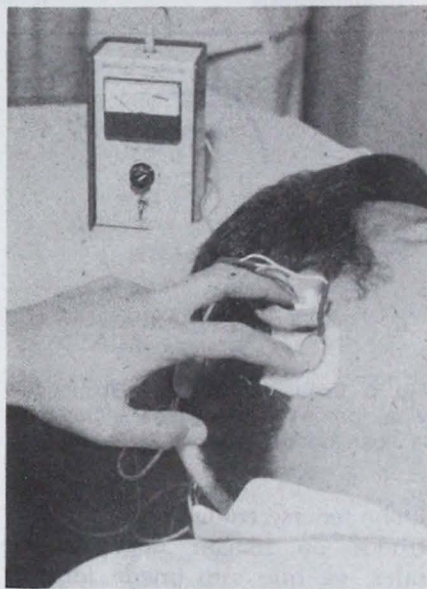


Fig. 2. Disposición del equipo mostrando el electrodo positivo en el conducto auditivo y el negativo en la piel.

factores nos indican que debemos evitar la manipulación sobre estas zonas para que el enfermo no tenga dolor.

La anestesia de la piel del CAE se puede obtener colocando una torunda de algodón embebida en solución de lidocaína-adrenalina en el conducto y en contacto sobre la zona que deseamos anestesiar, introduciendo el electrodo en medio de la torunda (Comeau²). Este procedimiento no lo hemos utilizado hasta la fecha.

En lo que se refiere a las complicaciones: las pequeñas quemaduras cutáneas son imputables a defecto de técnica. Si se prepara adecuadamente la piel, se coloca una gasa y se mantiene el electrodo en buen contacto, no deben presentarse estas lesiones, como sucedió en dos de nuestros casos.

TABLA III

PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS	
Resección de quiste coles-teatomatoso	2
Miringotomía y colocación de tubo ventilatorio	7
Miringotomía, aspiración y colocación de tubo ventilatorio	15
Imposibilidad de efectuar la iontoforesis	1

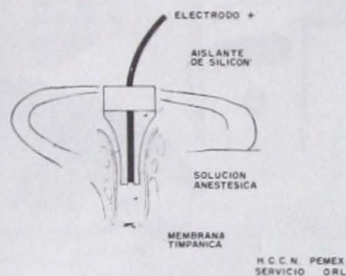


Fig. 3. Esquema del electrodo positivo y la forma en que queda inmerso en la solución del conducto.

Debe tenerse cuidado que los electrodos no tengan depósitos de sales, ya que esto puede impedir el buen paso de la corriente y no se logra la anestesia. (Fig. 4). En ninguno de nuestros casos tuvimos ese inconveniente.

Es importante también que al instilar la solución en el conducto, no queden burbujas, que puedan impedir el paso adecuado de iones.

Por otro lado es bien sabido que la iontoforesis no debe utilizarse en tímpanos perforados, por los peligros de lesionar al oído interno (Comeau^{1, 2} Echols³).

Uno de nuestros pacientes presentaba una otitis media adhesiva que aún tenía espacio neumático en los cuadrantes anteriores, en donde deseábamos efectuar una miringotomía y aplicar un tubo ventilatorio; los cuadrantes posteriores estaban atrofiados y adheridos a la pared medial de la caja. Al iniciar la iontoforesis la paciente refirió de inmediato vértigo, que cedió al interrumpir la corriente. El mismo fenómeno se repitió al pasar por segunda vez la corrien-

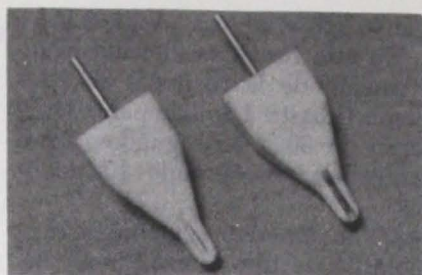


Fig. 4. Electrodo de la derecha en buen estado, el de la izquierda con depósito de sales.

te, razón por la que suspendimos el procedimiento. No sabemos si el vértigo se presentó por estímulo eléctrico a través de la ventana redonda o por el paso de la solución. Al respecto, Comeau y colaboradores¹ han demostrado en cobayos, que la lidocaína no daña al oído interno al efectuar esta técnica, a diferencia de la cocaína que es altamente tóxica.

Uno de nuestros casos presentó anestesia de hemilengua, que fue temporal y obviamente se debió a que la cuerda del tímpano estaba en contacto con la cara interna de la membrana.

Finalmente, en un caso efectuamos sin problema alguno la miringotomía, aspiración del líquido de la caja y colocación de tubo trans-timpánico; al tratar de hacerlo en el oído contralateral, la enferma presentó una crisis de histeria, por lo que suspendimos el procedimiento.

CONCLUSIONES

1.—La iontoforesis es útil para efectuar procedimientos quirúrgicos menores sobre la membrana timpánica, incluyendo a niños.

2.—Está contraindicada en tímpanos perforados, por el peligro de dañar al oído interno; igualmente en casos de tímpanos atróficos y adheridos.

3.—Tiene la ventaja de evitar la anestesia general en muchos casos, con las consiguientes molestias y riesgos. Evita asimismo la anestesia por infiltración.

4.—Requiere de un tiempo mínimo y se puede hacer en forma

TABLA IV

RESULTADOS	
Efectivo	22
Parcialmente efectivo	2
No efectivo	1

TABLA V

COMPLICACIONES	
Quemadura cutánea	2
Vértigo	1
Anestesia temporal de hemilengua	1
Crisis de histeria	1

repetida en aquellos casos de otitis medias serosas recidivantes o crónicas, o en pacientes con insuficiencia tubárica en que es necesario mantener ventilado o drenado el oído medio por períodos prolongados.

5.—Las complicaciones se pueden reducir al mínimo siguiendo la técnica en forma depurada.

Resumen.—Se presenta un estudio clínico sobre el empleo de la iontoforesis para anestésicar la membrana timpánica, en 25 enfermos a los que se sometió a procedimientos quirúrgicos menores de la membrana timpánica. Se demuestra la utilidad del método aun en niños y se analizan los detalles técnicos de su aplicación, sus limitaciones y las complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Comeau, M. y Brummett, R.: Anesthesia of the human tympanic membrane by iontophoresis of a local anesthetic. *Laryngoscope* 88: 277-285, 1978.
2. Comeau, M.; Brummett, R. y Vernon, J.: Local anesthesia of the ear by iontophoresis. *Arch. Otolaryng.* 98: 114-120, 1973.
3. Echols, D.F.; Norris, Ch. H. y Tabb, M. G.: Anesthesia of the ear by iontophoresis of Lidocaine. *Arch. Otolaryng.* 101: 418-421, 1975.
4. Rius, M.: Vascular Labyrinthine Syndromes in the light of a new technique. *Labyrinthine iontophoresis.* *Arch. Otolaryng.* 66: 537-553, 1957.

Una nueva férula moldeable en la septoplastia*

Dr. Jerónimo VILA SANTOS**

Summary.—The author uses in surgical intranasal procedures, a new device, an intranasal mouldy splint, and claims the supresion of intranasal pack.

INTRODUCCION

Después de corregir quirúrgicamente el septum nasal colocándolo en la línea media, se aplica generalmente un taponamiento nasal bilateral con venda de gasa vaselinada, con aceite de hígado de bacalao, furacin, etc. o bien paquetes especiales como Telfa (1), que según el cirujano se dejan de 3 a 7 días, dando la seguridad de que el septum permanecerá en su sitio mientras ocurre la cicatrización. Sin embargo, la presencia del taponamiento bilateral provocará alteración en la fisiología normal de la nariz con respiración bucal y sus consecuencias, estasis de secreciones fétidas y potencial de infección en nariz, senos paranasales y oídos, edema de región nasal y zonas adyacentes, dolor facial, así como extracción muy dolorosa con despulimiento de mucosa nasal y hemorragia. Se han inventado diferentes tipos de férulas con pla-

cas de Rx, teflón, polietileno, en forma de tiras o en férulas especialmente diseñadas con tubos para respirar (2), usándolas combinadas con taponamiento nasal el cual, se retira generalmente a las 48 hrs., dejando más tiempo las férulas.

OBJETIVO DEL TRABAJO

El propósito de este trabajo es demostrar que el uso de las férulas internas diseñadas por el autor proporciona la seguridad de que el septum permanecerá alineado sin tener que usar el taponamiento nasal por varios días sino sólo por 12 a 24 horas, conservando las funciones nasales y evitando la sintomatología señalada, proporcionando bienestar al paciente en el postoperatorio.

MATERIAL Y METODOS

Se escogieron 10 pacientes de ambos sexos, entre los 17 y 42 años, a los cuales se les hizo corrección quirúrgica del septum, al terminar la operación se aplicó una férula interna, a cada lado del septum nasal, con venda de gasa vaselinada de 2 cms. aproximadamente de ancho en su interior, el cual se retiró en las primeras 24 hrs., dejando las férulas internas durante 7 días más.

Las férulas se preparan cortando un sobre "Ethicon" de la altura

y longitud aproximada de la fosa nasal a nivel del septum conservando la misma forma en un extremo y en el otro se corta de cada lado suavizando los bordes siendo redondo o casi triangular. Se dobla aproximadamente medio cm. a todo lo largo y se introduce con la mano o con una pinza, quedando el extremo suavizado hacia las coanas y el cuadrado a nivel del vestibulo, con el doblez a todo lo largo del piso y hacia meato inferior, pudiendo acomodarlo en toda su extensión con la pinza de bayoneta teniendo la seguridad de dejar alineado el septum en ambos lados.

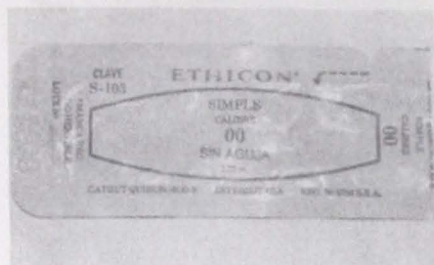
RESULTADOS

Se retiró el taponamiento nasal de gasa dentro de las primeras 24 hrs., sin ninguna dificultad, con alineación normal del septum nasal, que se siguió observando en los 7 días subsiguientes. En algunos casos se formaron costras serohemáticas en los primeros días, las que fueron retiradas mediante pinzas o succión. La respiración nasal se llevó a cabo sin problemas así como la circulación de secreciones hacia faringe; no hubo edema ni dolor nasal, no hubo fetidez ni datos de infección.

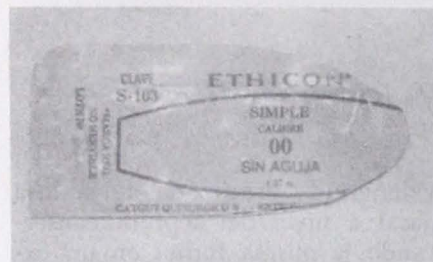
El paciente podía realizar sus actividades sin ningún problema, sin necesidad de estar confinado a una habitación. Al retirar las fé-

* Trabajo leído en el XXVIII Congreso Nacional de O.R.L. Monterrey, N. L. Mayo 1978.

** Clínica-Hospital T-1 IMSS, Veracruz, Ver.



1.—Sobre de "Ethicon" que se usa para modelar la férula.



2.—Manera en que se corta el sobre.



3.—Forma en que se dobla el sobre.

Las férulas se observó la mucosa sin alteraciones con mejor aspecto que cuando se deja taponamiento.

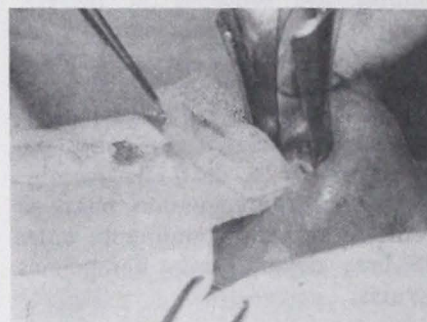
COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Con el uso de las férulas se obtienen las siguientes ventajas sobre el taponamiento nasal de gasa:

1. Se acorta el tiempo para efectuar el taponamiento de gasa ya que la introducción de las férulas es rápida y el pequeño taponamiento que se agrega no es propiamente con el fin de alinear el septum.
2. Se tiene la absoluta seguridad de dejar el septum bien alineado en toda su extensión siendo una maniobra abierta.
3. Facilidad de control postope-



4.—Forma en que se introduce la férula.

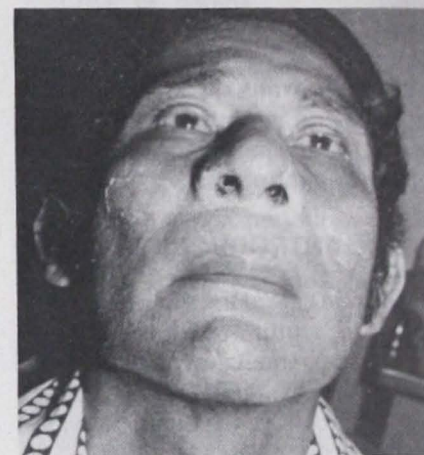


5.—Taponamiento que se introduce después de haber aplicado la férula.

4. Podría dejarse sin taponamiento de gasa pero es conveniente asegurar en las primeras horas la situación de las férulas durante la recuperación postoperatoria así como prevenir alguna situación de hemorragia y formación de hematoma.
5. Respiración nasal adecuada lo que dará bienestar al paciente y no interferirá con la fisiología normal.
6. Drenaje normal de secreciones y aún cuando el paciente presentase un cuadro agudo de rinitis.
7. No hay edema nasal.
8. No existe fetidez nasal ni peligro potencial de infección en nariz, senos paranasales o de oídos.
9. El aspecto facial será dentro de límites aceptables lo cual dará mejor presencia al indi-



6.—Férula en su sitio después de haber retirado el taponamiento de gasa entre las 12 y 24 hrs. siguientes a la operación.

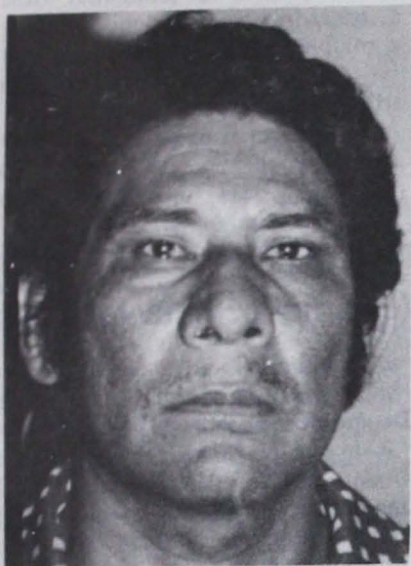


7.—Paciente a las 24 hrs. de haber efectuado la operación, con las férulas internas en su sitio.

10. Las férulas se obtienen fácilmente, su costo es mínimo y no necesitan suturas hacia el septum nasal como otras férulas.

Resumen.—El autor propone el uso de una férula interna de papel aluminizado moldeable, aplicada en cada fosa nasal, en los pacientes operados de septoplastía, con objeto de evitar los inconvenientes del taponamiento nasal convencional con gasa.

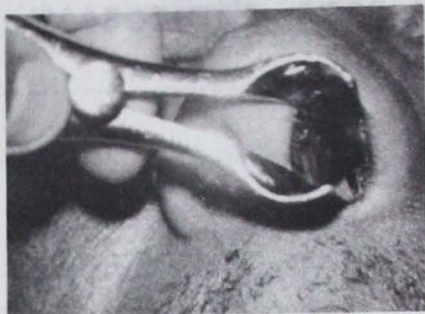
Con esa técnica puede evitarse el empleo de la gasa o limitarlo a 24 hrs., en su utilización. El tipo de férula propuesta se



8.—Paciente a los 7 días de haber efectuado la operación; con las férulas en su sitio.



9.—Modo de retirar las férulas internas.



10.—Forma en que queda el septum después de retirar las férulas.

mantiene con un mínimo de molestias por 7 días.

Se presenta la experiencia del autor en los casos intervenidos, en los que no se observaron complicaciones o fracasos posquirúrgicos, atribuibles al empleo de este procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Kamer, F. M.: et al.: An absorbent, non-adherent nasal pack Laryngoscope 85(2): 384-8, Feb., 1975.
2. Doyle D. E.: et al.: Description of a new device: an intranasal airway-splint. Laryngoscope 87(48+1): 608-12, Apr., 1977.

ARTICULOS QUE APARECERAN EN EL PROXIMO NUMERO

Movimientos oculares durante la lectura.

Drs. R. Romero, B. Estañol y Patricia García.

Hipoacusia súbita tratada con heparina.

Dra. L. Tijerina y Cols.

Amiloidosis laríngea.

Dr. P. Vilar.

Granuloma de cuerpo extraño por inyección de teflón.

Dr. F. Corral.

Además: Lista de los miembros activos de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, y las secciones habituales.

Síndrome de Waardenburg*

(estudio de una familia)

Dr. Antonio SODA-MERHY Y Cols.

Summary.—In 1950, Waardenburg described a syndrome determined by a dominant gene, characterized by: lateral displacement of the lachrymal points, enlargement of the nasal bridge, hypetrycosis of the eyebrows, partial albinism, auditory problems and other anomalies such as: flattened nasal wings, round nose, hare lip, and cleft palate.

Waardenburg's Syndrome is not common and it produces one to two per cent of the alls congenital deafnes.

In this papaer we present the geanolohic study of a family; revision over the heredifary characters is made and we analyced the link sex antosomic dominant recesive anomalies and the multifactorial heredity.

We also emphasized the genetic counsel for the reletives.

El síndrome de Waardenburg es una malformación heredofamiliar determinada por un gene auto-

sómico dominante con penetrancia y expresividad variable en todos sus rasgos fenotípicos.^{1, 2, 3, 4}

En 1950, Waardenburg⁵ describió este síndrome el cual está caracterizado por: desplazamiento lateral de los cantos internos de los ojos, puente nasal ancho, sinofridia, albinismo parcial comúnmente expresado por: mechón blanco del pelo, áreas de vitiligo, heterocromía, isocromía de los ojos y pigmentación moteada de la retina periférica. Además presenta como característica importante defectos auditivos sensorineurales.

En relación a la presencia o ausencia de hipertelorismo asociado a la sordera congénita bilateral, se ha demostrado^{5, 6, 7} heterogeneidad genética presentándose tres tipos:

Tipo I. Con hipertelorismo; la sordera congénita bilateral ocurre aproximadamente en un 25%.

Tipo II. Sin hipertelorismo; la sordera congénita bilateral ocurre aproximadamente en un 50%.

Tipo III. Con ptosis palpebral unilateral (aún no está bien caracterizado).

Es importante poder diferenciar el tipo de síndrome porque el consejo genético se basará en ese tipo.

Es un síndrome raro y se considera que representa entre el 1 y 2% de las sorderas congénitas.⁸ Di George y cols.⁹ consideran que es el 2.3% y estiman que hay aproxi-

madamente 400 niños en los Estados Unidos de Norteamérica con este síndrome.

El propósito de presentar este trabajo, es para comunicar el estudio del árbol genealógico de una familia con síndrome de Waardenburg en la que varios de sus miembros presentan hipoacusia sensorineural.

MATERIAL Y METODOS

Se estudió un caso de síndrome de Waardenburg en el Departamento de Otorrinolaringología del Hospital General del Centro Médico "La Raza" del I.M.S.S., siendo ésta la propósita a través de la cual se estudiaron a 18 familiares, elaborándose su árbol genealógico.

A todos ellos se les efectuó historia clínica completa buscando intencionadamente las características clínicas del síndrome y se les practicó estudio audiométrico.

RESULTADOS

De los 19 casos estudiados 12 fueron del sexo femenino y 7 del sexo masculino, las edades fluctuaron entre 1 a 63 años, 16 casos tuvieron alguna de las características del síndrome y 3 fueron normales. Para fines estadísticos consideramos a los 16 casos como el 100%. El estudio incluyó tres generaciones. (Fig. 1)

Caso 1 (III-14).— L.C.C.M. del

* Trabajo presentado en el XXVIII Congreso Nacional de Otorrinolaringología, el 4 de Mayo de 1978 en la Cd. de Monterrey, Nuevo León.

sexo femenino, 3 años de edad producto del primer embarazo, a término, con neonato inmediato y mediato normales. (Propósita)

Tiene como antecedente positivo, el que la madre presenta mechón blanco en pelo, heterocromía e hipertelorismo. (caso 3, II-7).

Padecimiento actual. Asiste al servicio de Otorrinolaringología del Centro Médico "La Raza" por primera ocasión el 21 de Diciembre de 1976 porque la madre notó que la paciente no respondía a los estímulos sonoros de intensidad variable, así como retraso importante en el desarrollo del lenguaje.

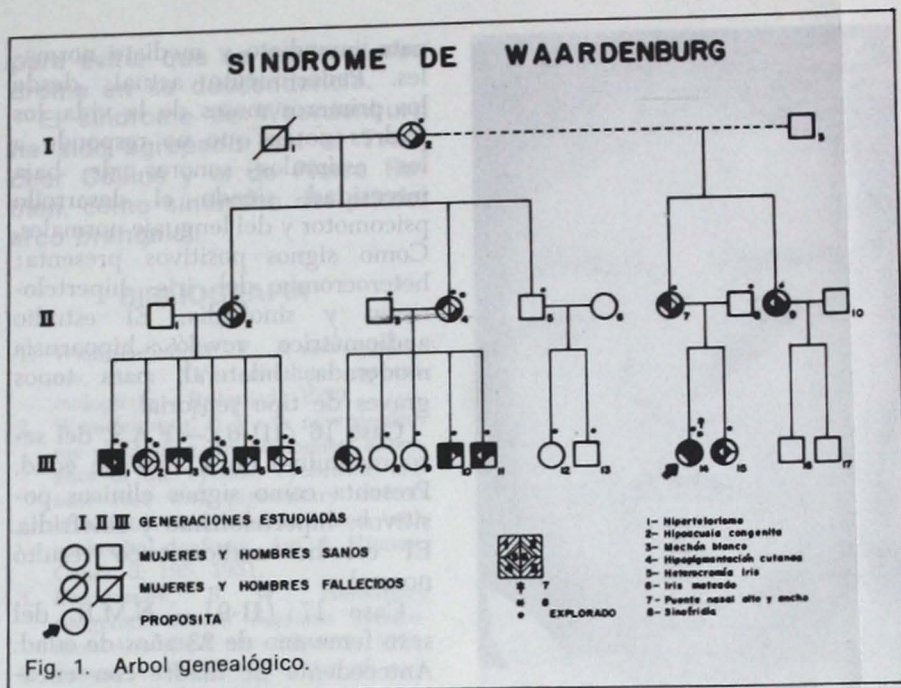
Como signos positivos se encontraron: mechón blanco del pelo, ojos con moteado azul difuso de iris, hipertelorismo, pirámide nasal con puente ancho. El estudio audiométrico reveló: hipoacusia bilateral profunda de tipo sensorio-neural. A esta paciente se le adaptó auxiliar eléctrico, el cual le ha brindado buena ganancia auditiva. (Fig. 2).

Caso 2 (III-15).— J.C.M. del sexo femenino de 1 año de edad. Presenta como signos positivos: hipopigmentación cutánea, iris moteado azul e hipertelorismo. Su audición clínicamente es normal. Hermana de la propósita (Caso 1 III-14).

Caso 3 (II-7).— A.M.R. del sexo femenino de 26 años de edad. Tiene como antecedente el que su madre presentó encanecimiento prematuro del pelo (Caso 18 I-2). Presenta como signos característicos: mechón blanco del pelo, hipertelorismo y heterocromía del iris. El estudio audiométrico fue normal. Esta paciente es la madre de nuestra propósita.

Caso 4 (II-4).— L.S.A. del sexo femenino de 38 años de edad. Tía materna de nuestra propósita. Presenta como signos característicos: mechón blanco del pelo, hipertelorismo y sinofridia. El estudio audiométrico fue normal.

Caso 5 (III-7).— A.S.S. del sexo femenino de 18 años de edad. Presenta como signos positivos: heterocromía de iris e hipertelorismo.



mo. El estudio audiométrico resultó normal.

Caso 6 (III-8).— M.A.S. del sexo femenino de 13 años de edad. No presenta características del síndrome. El estudio audimétrico fue normal.

Caso 7 (III-9).— N.A.S. del sexo femenino de 9 años de edad. No presenta características del síndrome. El estudio audiométrico fue normal.

Caso 8 (III-10).— M.A.S. del sexo masculino de 10 años de edad. Producto del cuarto embarazo a término con antecedentes de neonato inmediato y mediato normales. Su desarrollo psicomotor es normal y presenta discreto retraso en el desarrollo del lenguaje y el aprendizaje escolar. Sus padres no habían notado la hipoacusia hasta que ésta se detectó con nuestro examen audimétrico que mostró: sordera subtotal derecha e hipoacusia superficial para tonos graves de tipo mixto. Presenta como signos clínicos positivos: heterocromía de iris, hipopigmentación cutánea e hipertelorismo.

Caso 9 (III-11).— M.A.S. del sexo masculino de 8 años de edad. Producto del quinto embarazo, a término con antecedentes de neo-

nato inmediato y mediato normales. El desarrollo psicomotor es normal, sin embargo el desarrollo del lenguaje es nulo. Presenta como signos positivos: iris moteado azul, hipopigmentación cutánea e hipertelorismo. El estudio audiométrico mostró: oído derecho con sordera subtotal. En el oído izquierdo únicamente respuestas para vía aérea en 250 y 500 Hz a máximas intensidades. Actualmente utiliza auxiliar eléctrico derecho y se encuentra en escuela especializada.

Caso 10 (II-2).— G.S.A. del sexo femenino de 42 años de edad. Con antecedentes de madre con encanecimiento prematuro (caso 18 I-2) que como único signo presenta mechón blanco del pelo así como hipertelorismo. Su estudio audiométrico fue normal.

Caso 11 (III-1).— J.P.A.S. del sexo masculino de 21 años de edad. Producto del primer embarazo a término, con antecedentes de neonato inmediato y mediato normales. Padecimiento actual: desde los primeros meses de la vida, los padres notaron falta de atención a los estímulos sonoros y retraso en el desarrollo del lenguaje, adaptándosele auxiliar eléctrico en la



Fig. 2. Propósita. Caso 1 (III-14).

adolescencia, el cual no ha sido tolerado hasta la fecha. Como signos positivos presenta: mechón blanco del pelo, heterocromía, hipertelorismo y sinofridia. El estudio audiométrico mostró: hipoacusia bilateral, simétrica y profunda de tipo sensorineural. (Fig. 3)

Caso 12 (III-2).— G.A.S. del sexo masculino de 13 años de edad. Presenta desarrollo psicomotor y del lenguaje normal. Como signos clínicos positivos presenta: hipertelorismo y sinofridia. El estudio audiométrico resultó normal.

Caso 13 (III-3).— M.A.S. del sexo masculino de 9 años de edad. Paciente con desarrollo psicomotor y del lenguaje normal, sin embargo presenta retraso escolar por hipoacusia superficial bilateral, para tonos graves de tipo sensorial, e hipertelorismo.

Caso 14 (III-4).— E.A.S. del sexo femenino de 8 años de edad. Presenta como datos clínicos positivos: hipertelorismo y sinofridia. El estudio audiométrico resultó normal.

Caso 15 (III-5).— G.A.S. del sexo masculino de 7 años de edad. Producto del quinto embarazo a término, con antecedentes de neo-

nato inmediato y mediato normales. Padecimiento actual: desde los primeros meses de la vida, los padres notan que no responde a los estímulos sonoros de baja intensidad, siendo el desarrollo psicomotor y del lenguaje normales. Como signos positivos presenta: heterocromía del iris, hipertelorismo y sinofridia. El estudio audiométrico reveló: hipoacusia moderada, bilateral, para tonos graves de tipo sensorial.

Caso 16 (III-6).— F.A.S. del sexo masculino de 4 años de edad. Presenta como signos clínicos positivos: hipertelorismo y sinofridia. El estudio audiométrico resultó normal.

Caso 17 (II-9).— N.M.R. del sexo femenino de 23 años de edad. Antecedente de madre con encanecimiento prematuro del pelo (caso 18 I-2). Presenta como signos característicos: mechón blanco del pelo, hipopigmentación cutánea, iris moteado azul e hipertelorismo. El estudio audiométrico fue normal.

Caso 18 (I-2).— C.A.O.M. del sexo femenino de 12 años de edad. Presenta como signos característicos: encanecimiento prematuro del pelo. El estudio audiométrico resultó normal.

Caso 19 (III-12).— N.A.S. del sexo femenino de 12 años de edad. Quien no presenta ningún signo positivo y cuenta con estudio audiométrico dentro de lo normal.

COMENTARIO

McKenzie en 1958¹⁰ comunicó este síndrome en 6 individuos de una familia y Partington¹¹ en 1969 describió una familia inglesa con 5 miembros afectados en 4 generaciones.

En el estudio de la familia motivo de este informe, de los 19 casos explorados, encontramos, 16 individuos con alguna de las características del síndrome y 3 normales. No es común ver todos los signos en un mismo individuo afectado¹² como se demuestra en nuestro estudio, y consideramos

que el síntoma más significativo es la hipoacusia, que se presentó en 6 de nuestros casos (37%), siendo en 5 bilateral (31.25%), resultando todas ellas del tipo sensorineural, lo que coincide con lo publicado.^{13, 5, 12}

Esta hipoacusia se puede explicar si nos basamos en la publicación de Fisch¹³ que fue el primero en practicar un estudio histopatológico en hueso temporal tomado de pacientes con síndrome de Waardenburg, que muestra como hallazgos principales: ausencia del órgano de Corti y atrofia del ganglio espiral.

El tipo de transmisión hereditaria es el de una enfermedad autosómica dominante^{14, 15} porque incluye las siguientes características: los sujetos afectados pueden pertenecer a uno u otro sexo en igual proporción, el riesgo de que un afectado tenga un hijo enfermo es del 50%; en las familias, los enfermos generalmente nacen de sujetos enfermos y los individuos sanos tiene hijos sanos, los rasgos fenotípicos tienen expresión y penetrancia variable en este síndrome.

1.—En el síndrome de Waardenburg el tipo de transmisión es dada por un gene autosómico dominante con penetrancia y expresividad variable.

2.—En esta familia se clasificó al síndrome como Tipo I. En 5 casos encontramos hipoacusia sensorineural bilateral; por lo cual el consejo genético consiste en advertir a cada uno de los afectados, que tienen un riesgo del 50% de tener descendencia igualmente afectada, y un 12.5% de que su descendencia presente sordera congénita bilateral.

3.—El síntoma más severo que se presenta es la hipoacusia, ya que esto les producirá problemas de comunicación repercutiendo sobre el desarrollo biopsicosocial del individuo.

4.—El tratamiento que se les

puede ofrecer va a depender de la intensidad de la hipoacusia, proponiéndoles cuando exista hipoacusia profunda, rehabilitación especializada con auxiliares eléctricos auditivos, lectura labial, etc.

5.—La participación del genetista juega un papel importante para determinar el tipo y poder dar el consejo genético adecuado.

Resumen.—En 1950, Waardenburg describió un síndrome determinado por un gene dominante, que se caracterizaba por: desplazamiento lateral de los puntos lacrimales, puente nasal ancho, hipertriosis de las cejas, albinismo parcial, defectos auditivos y otras anomalías tales como: alas aplanadas, nariz redondeada y labio y paladar hendido.

Este síndrome es raro y se considera que su frecuencia oscila entre uno y dos por ciento de las sorderas congénitas.

En esta comunicación presentamos el estudio de una familia, con su árbol genealógico; hacemos una revisión de las características hereditarias, analizamos las enfermedades autosómicas dominantes, las recesivas, las recesivas ligadas al sexo, las dominantes ligadas al sexo y la herencia multifactorial.

Hacemos también hincapié sobre el consejo genético que debe dárseles a los familiares

para evitar que se repita el síndrome en su descendencia.

El síndrome de Waardenburg ha sido agrupado con el Treacher Collins y el de Pierre Robin, como síndrome del primer arco branquial.

BIBLIOGRAFIA

1. Waardenburg, P. V.: A new syndrome. Acta XVI concilium ophthalmologicum (Britania), 1950.
2. Waardenburg, P. V.: A new syndrome combining developmental anomalies of the eyelids, eyebrows, and nose root with pigmentary defects of the iris and head hair and with congenital deafness. Am. J. Human Genet. 3: 195, 1951.
3. Konigsmark, B. W.: Hereditary congenital severe deafness syndromes. Ann Otol. 80: 269-288, 1971.
4. Fraser, J. R.: The genetics of congenital deafness. The Otol Clinics of North Am. Vol. 4 N° 2, June 1971.
5. Hageman, M. J.; Oosterveld, W. J.: Vestibular findings in 25 patients with Waardenburg's Syndrome. Arch Otolaryngol. 103: 227-247, Nov 1977.
6. Hageman, M. J.; Delleman, W. J.: Heterogeneity in Waardenburg Syndrome. Am. J. Hum Genet. 28: 468-485, 1967.
7. Arias, S.: Genetic heterogeneity in the Waardenburg syndrome. Birth Defects. Orig Art Serv. 7: 87-101, 1971.
8. Viswanathan, B.: Waardenburg's syndrome. The Practitioner. 211: 785-789, Dec. 1973.
9. DiGeorge, A. M.; Olmsted, R. W.; Harley, R. D.: Waardenburg's syndrome. J. Pediat. 57: 649-669, 1960.
10. McKenzie, J.: The first arch syn-

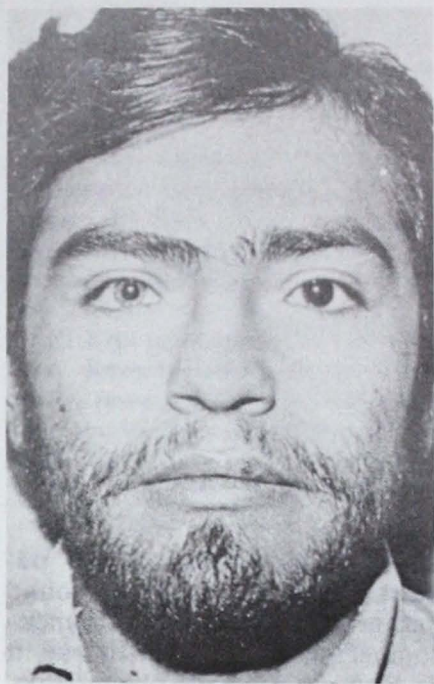


Fig. 3. Caso 11 (III-1).

drome. Arch of Diseases of Child. 33: 477, 1958.

11. Partington, M. W.: An english family with Waardenburg syndrome. Arch of Diseases of Child. 34: 154, 1959.
12. Robinson, G. C.: Waardenburg's syndrome. The risk of recurrence of congenital deafness in a Kindred. J. Pediat. 67: 491-494, 1965.
13. Fisch, L.: Deafness as part of an hereditary syndrome. J. Laryng. 73: 355-382, 1959.
14. McKusick, V. M.: Heretable disorders of connective tissue. Editorial Mosby Company. 4th Edition, 1972.
15. Nova, C. C.: Genética clínica. Mecanismos de la herencia. Simposium sobre Genética Clínica, 1971.

Parálisis facial por osteoma del conducto auditivo

(presentación de un caso)*

Dr. Antonio RODRÍGUEZ ALCARAZ**
Dr. Mariano HERNÁNDEZ GORIBAR***
Dr. Rogelio RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ****

Author's Summary.—Facial paralysis is a clinical entity found rather frequently in otolaryngological practice, nevertheless, it is always a dramatic observation, its etiology is varied and frequently unknown.

The varied etiologies that cause facial paralysis are reviewed, as well as all the types of neoplasias found in the external auditory meatus. We present a clinical case where the cause was found to be a osteoma of the external auditory meatus.

The surgical approaches to the facial nerve are analyzed, and specially the posterior tympanotomy approach, which permits the preservation of the walls of the external auditory meatus, the middle ear ossicles the tympanic membrane and the hearing level.

La parálisis facial es una manifestación clínica encontrada con relativa frecuencia en la práctica de la Otorrinolaringología; su observación no deja de ser dramática, su etiología es multifactorial y en un porcentaje elevado, no se identifica la causa. Presentamos un caso clínico en el que se demuestra la causa, siendo ésta de las poco frecuentes.

Sir Charles Bell en 1821 describe y denomina al nervio motor de la cara como "nervio facial", y en esa época todas las parálisis del nervio facial se conocieron como "parálisis de Bell". Actualmente se denomina parálisis de Bell, a la parálisis facial periférica idiopática.

William B. Hardin hizo una valoración otoneurológica completa de 500 pacientes con parálisis facial, y encontró una causa específica en el 20%.¹

Adour y cols., examinaron 1221 pacientes (de 1966 a 1974) y en 888 de ellos (73%) no encontraron la causa de la parálisis facial.²

El topodiagnóstico de los pacientes con parálisis facial, corresponde a lesiones centrales y periféricas. Las periféricas se dividen en lesiones dentro del hueso temporal y lesiones en la glándula parótida. En las localizadas dentro del hueso temporal los factores causales son: infecciones, traumatismos, tumores, granulomas, mecanismos

autoinmunes, lesiones tóxico-metabólicas y vasculitis.

En el grupo de tumores del hueso temporal tenemos los osteomas. Las investigaciones de los tres últimos decenios han llevado a conocer, junto a los tumores óseos genuinos, toda una serie de afecciones óseas de los temporales que pueden presentarse aisladamente en la zona del oído o en forma múltiple y generalizada. La distinción entre tumores óseos genuinos, displasias óseas y malformaciones, a menudo no sólo resulta difícil macroscópicamente sino también histológicamente y para establecer una diferenciación exacta, se necesitan investigaciones serológicas (albúmina, fosfatasa sérica, titulación de calcio y fósforo, etc.)³

Relación de tumores y afecciones óseas de tipo tumoral que se presentan en el temporal. Tumores: osteomas, tumores de células gigantes, quistes óseos solitarios y neumatoceles, granulomas eosinófilos, mielomas, osteosarcomas. Displasias osteofibrosas; osteitis deformante, osteodistrofia generalizada de Recklinhausen, displasia osteofibrótica de Jaffé Lichtentein.

Chiossone refiere que por tener especial importancia las excrescencias que se observan en la porción timpánica del conducto auditivo externo, se estudian en forma separada.⁴ Estas son formaciones adquiridas, relativamente frecuentes,

* Trabajo presentado en el XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología. Monterrey, N. L., Mayo 1978.

** Médico del Servicio de O.R.L. del H. Gral. C. M. "La Raza".

*** Jefe del Servicio de O.R.L. del H. Gral. C. M. "La Raza".

**** Médico Residente III del Servicio de O.R.L. del H. Gral. C. M. "La Raza".

que aparecen entre la tercera y cuarta década de la vida, constituidas por hueso esponjoso o compacto; se localizan generalmente en la porción anterior y postero-inferior del conducto auditivo externo y presentan aspecto sésil o pediculado. Se observan sobre todo en el sexo masculino. Parece que existen factores raciales predisponentes conforme a las conclusiones de Roche sobre un estudio practicado en nativos australianos. La etiología es mal conocida, se describe un factor hereditario que con frecuencia se puede constatar en la clínica.

Esta afección pasa, por lo general, inadvertida a quien la sufre. Si la estenosis del conducto auditivo externo es muy acentuada, puede ocurrir una obstrucción total por cerumen o productos de descamación; es entonces cuando el paciente suele consultar por sordera y cuando se diagnostica la exostosis. A veces una sensación de prurito lleva al paciente a provocar una irritación del conducto y rascarse, con la consecuente otitis externa aguda.

La evolución es muy lenta y excepcionalmente constituye un problema quirúrgico.

En presencia de exostosis que provocan obstrucción muy acentuada del conducto auditivo externo y a la cual se asocian frecuentes episodios de otitis externa o en aquellos casos en los que se sospeche una afección del oído medio, debe recurrirse al tratamiento quirúrgico.

Existen varias vías de abordaje para la exposición quirúrgica del nervio facial. Las más frecuentemente utilizadas son: la transtimpánica; la transmastoidea por mastoidectomía radical; la transmastoidea por timpanotomía posterior; la de la fosa craneal media y la retrolaberíntica.

La timpanotomía posterior es una técnica ideada por Jansen en 1958, sirve para exponer parcialmente el oído medio a través de la mastoidea con el objeto de no sacrificar estructuras funcionales

del oído.^{5, 6} Ha recibido diferentes nombres: vía de entrada o acceso al facial; el umbral de ángulo del antro; aticotimpanotomía posterior o transmastoidea; pared intacta del canal y otras.⁷

La timpanotomía posterior conserva el conducto auditivo externo óseo, facilita la reconstrucción funcional y elimina las molestias de la cavidad abierta.

Las indicaciones de esta técnica son las siguientes: patología infecciosa otomastoidea y parálisis facial intratemporal; las ventajas son: la realización de una mastoidectomía radical modificada conservando la pared posterosuperior del conducto auditivo externo y la cadena oscicular.^{8, 9}

CASO CLINICO

Masculino de 32 años, ocupación soldador, que 11 meses antes de la primera consulta, nota la presencia de pequeña neoformación en el conducto auditivo externo izquierdo, dolorosa al tacto y de crecimiento lento y progresivo que cursa con parálisis facial periférica izquierda de 3 meses de evolución, de instalación lenta y progresiva en 6 días. Durante los primeros días de instalada la parálisis facial izquierda le fue administrada: tiamina parenteral y prednisona por vía oral, sin modificación de cuadro clínico. A la exploración física: adulto masculino, con lagofthalmos y epifora izquierda, asimetría facial por desviación de la comisura bucal a la derecha, borramiento del surco nasogeniano izquierdo. Imposibilidad de movimiento de los músculos de la hemicara izquierda. Ambos pabellones auriculares sin datos patológicos, conducto auditivo externo izquierdo con neoformación de 4 mm. de diámetro mayor, bilobulada, de superficie irregular, de coloración rosada, dura y dolorosa al tacto, no sangrante, localizada en el tercio medio de la pared posterior del conducto auditivo externo que impide ver la membrana timpánica. Cuello sin adenopatías.

El estudio radiológico reveló: ambas mastoides bien desarrolladas y neumatizadas. Estudio audiotonal con audición dentro de límites normales.

Con los datos obtenidos se elaboraron los siguientes diagnósticos: Parálisis facial periférica izquierda y probable osteoma del conducto auditivo externo izquierdo.

El 3 de octubre de 1977 se practicó descompresión del nervio facial y resección de la neoformación del conducto auditivo externo izquierdo.

Bajo anestesia general e incisión retroauricular se practica descompresión del nervio facial izquierdo, vía transmastoidea por timpanotomía posterior y resección de la neoformación ósea de la pared posterior del conducto auditivo externo.

Conducto auditivo externo con neoformación de 4 mm. de diámetro pediculada, situada en el tercio medio de la pared posterior; mastoides bien desarrollada y neumatizada; ático amplio, membrana timpánica íntegra; cadena oscicular íntegra, articulada y móvil; nervio facial con acodamiento en su porción descendente, por compresión de la neoformación, edema moderado del nervio y engrosamiento discreto del perineuro.

A la neoformación reseca se le practicó estudio histopatológico con el resultado siguiente: "Se observan trabéculas de tejido óseo dispuestas en forma desordenada y con hipertrofia en la porción más superficial. Existe piel de características normales. Diagnóstico: Osteoma del conducto auditivo externo.

La evolución posoperatoria fue satisfactoria y respecto a la parálisis facial tenemos una recuperación del 50% a los 30 días y del 90% a los 2 meses. La audición se conserva normal.

Resumen.—La parálisis facial es una manifestación clínica encontrada con relativa frecuencia en

La práctica de la Otorrinolaringología; su observación no deja de ser dramática, su etiología es multifactorial, y en un porcentaje elevado de casos, no se identifica la causa.

Se presenta caso clínico de paciente con parálisis facial periférica izquierda, ocasionada por osteoma de pared posterior del conducto externo.

BIBLIOGRAFIA

1. *May and Hardin*: Facial Palsy: In-

terpretation of Neurologic Findings Trans. Am. Acad. Ophth and Otol. Vol. 84: 710-722, 1977.

2. *Adour K. K.*: et als: Herpes Simple Virus in Idiopathic Facial Paralysis (Bell Palsy) JAMA. Vol. 233: 527-530. Aug., 1975.
3. *Berendes, J.; Link, R.; Zöllner*. Tratado de Otorrinolaringología Tomo III/1. Págs. 1032-1034. Ed. Científico Médica, Barcelona (España), 1969.
4. *Conde, Chiossone E.*: Otorrinolaringología. Págs. 151-152. Ed. Científico Médica, Barcelona (España), 1972.
5. *Malcolm Graham*: Surgical exposure of the facial nerve. Indications and

Thecniche. Journal Laryngol and Otol. 557-571. June, 1975.

6. *Jansen, C.*: The combined Approach for Tympanoplasty. Jour. Laryngol., 82: 250-251, 1969.
7. *Soda, M. A.; Valenzuela, E. C.; Hernández, G. M.; Rodríguez, A. A.*: Resultados a corto plazo de la timpanotomía posterior. An. Soc. Mex. de Otorrinolar. Vol. I, No. 2, abril-mayo-junio, 1975.
8. *Jako, G. J.*: The Posterior Route to the Middle Ear; Posterior Tympanotomy. The Laryngoscope, 77: 306, 1967.
9. *Chiossone, L. E.*: Timpanotomía posterior. Acta O.R.L. Iberoamericana, XXII, 5: 599-612, 1971.

INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

1. **Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología** publicará de preferencia los trabajos originales y casos clínicos, simposia, mesas redondas, etc., que se sustenten en las Sesiones Científicas de la Sociedad o que se presenten en el Congreso Nacional anual. Asimismo publicará la colaboración expresamente solicitada por la Redacción, o que le sean enviadas espontáneamente. Se invita muy especialmente a los miembros de Academias, Asociaciones, Colegios y Sociedades científicas, nacionales o extranjeras, a que envíen sus colaboraciones.

2. Las colaboraciones deben ser inéditas y el o los autores deben comprometerse a no publicarlas en otras revistas sin autorización expresa de los **Anales**. El autor es el único responsable de las aseveraciones científicas o de otra índole que se hagan en su artículo.

3. Los trabajos originales seguirán los siguientes lineamientos: introducción con la justificación del trabajo; material y métodos usados; resultados obtenidos; comentario (discusión); conclusiones, resumen y bibliografía.

La redacción debe ser concisa y no contener exposiciones de datos conocidos. Estarán redactados en español y de acuerdo con las normas de la Academia de la Lengua Española y del Diccionario Médico de Cardenal. Se evitará el uso de palabras extranjeras, cuando exista el equivalente en español. El autor debe aceptar las correcciones gramaticales que le sean hechas por corrector competente y aprobadas por la Redacción.

4. En las comunicaciones de los casos clínicos se tomarán en cuenta los siguientes puntos: revisión de casos publicados; exposición del caso; comentario comparativo, resumen y bibliografía.

5. El Consejo de Redacción podrá aceptar otros tipos de colaboraciones, que no se sometan a estos lineamientos, tales como: las puestas al día de un tema, las aportaciones teóricas, las hipótesis de trabajo, los temas socioeconómicos o educativos, etc.

6. Cada colaboración deberá acompañarse de un resumen no mayor de 150 palabras, en español y la correspondiente traducción inglesa. Si el autor no desea enviar la traducción, ésta correrá a cargo de la Redacción.

(Pasa a la Pág. 54)

Displasia fibrosa poliostótica de la cara

(presentación de un caso)*

Dr. Bernardo GROBEISEN ROUDY*
Dr. Sergio DE LA TORRE RANGEL**

Summary.—Fibrous displasia is a pathological entity characterized by substitution of bone with fibrous tissue in varying degrees of metaplasia.

Among possible etiologies, endocrinological alterations and repetitive microtrauma are frequently mentioned. It occurs most frequently during the first and second decades of life. It causes malformities of those bones affected.

Treatment should be directed at restoring function and correction of anaesthetic deformities. Radical surgical or radiation treatment is formally contraindicated.

INTRODUCCION

Una neoformación se la designa según el tejido predominante; si es el tejido óseo el que ocupa la mayor parte de la lesión, será un osteoma; si el tejido fibroso es el predominante, será un fibroma; cuando el tejido óseo que ocupa la lesión no ha alcanzado su ma-

durez, se denomina "displasia fibrosa"¹ —término acuñado por Lichtenstein² en 1937— aunque existen varios sinónimos: osteodistrofia, osteitis fibrosa, fibroma osificante, osteoma fibroso, etc.

Es una lesión de carácter benigno, en la que el tejido óseo es reemplazado por tejido fibroso con diversos grados de metaplasia ósea, observándose ocasionalmente algunos islotes de cartilago hialino y quistes (resultado de la necrosis o hemorragia).

La clasificación propuesta por Beleva y Schneider³ en 1953, parece ser la más relevante y sencilla:

Tipo I (Monostótica): Una o varias lesiones confinadas a un solo hueso.

Tipo II (Poliostótica): Múltiples lesiones en más de un solo hueso, pero con tendencia a la distribución unilateral.

Tipo III (Diseminada): Lesiones múltiples localizadas en cualquier parte del esqueleto, a menudo unilaterales y ocasionalmente acompañadas por manifestaciones extraesqueléticas (pigmentación cutánea, pubertad precoz, precocidad en el desarrollo esquelético, hiperparatiroidismo, etc.)

Se describe una discreta predominancia para el sexo femenino y en cuanto a la edad de la aparición de los síntomas, existe una marcada preponderancia para la primera y segunda décadas, dis-

minuyendo notablemente a partir de la tercera.

La manifestación inicial es generalmente el aumento de volumen en alguno de los huesos de la cara (existe cierta selectividad por los maxilares superior e inferior) siendo su consistencia dura y rara vez dolorosa. No son pocos los pacientes que cursan con una lesión asintomática haciéndose su diagnóstico de manera accidental. Algunos síntomas secundarios son la proptosis, epistaxis y cefalea; generalmente los pacientes refieren más de uno de esos síntomas.

El tiempo de evolución es corto, lo que consideramos, se debe a que el síntoma principal —una tumoración en el macizo craneofacial— es sumamente notable y alarmante para el paciente.

El maxilar inferior es el sitio más comúnmente afectado siguiéndoles en frecuencia el maxilar superior y el etmoides; se han publicado algunos casos con lesiones esqueléticas extrafaciales: tibia, peroné, fémur, parrilla costal, llamando la atención la distribución ipsilateral.

Muy a menudo se presentan también, ciertos cambios en las cavidades sinusales. B. Colágero⁴, concluye que los cambios sinusales aparecen de diferentes maneras, que de cualquier forma no son característicos y no pueden agruparse para hacer una clasificación básica, pero incluye un es-

* Trabajo leído en el XXVIII Congreso Nacional de Otorrinolaringología, Monterrey, Nuevo León, Mayo de 1978.

** Ex Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", ISSSTE.

Residente de Otorrinolaringología del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", ISSSTE.



Fig. 1. Asimetría facial del lado izquierdo con desviación del globo ocular hacia la región temporal.



Fig. 2. Vista superior que demuestra la asimetría facial y la proptosis del ojo izquierdo.



Fig. 3. Radiografía en posición de Cadwell donde se demuestra engrosamiento y obliteración de los senos frontal, etmoides y maxilar izquierdos.

quema que sugiere los principales cambios:

a).—Un tipo hiperostótico o de osteocondensación con obliteración sinusal.

b).—Un tipo disneumático.

c).—Un tipo pseudoquistico.

El diagnóstico de esta entidad nosológica, es difícil mediante el estudio radiológico, ya que su imagen puede confundirse y sugerir desde los más benignos (un quiste) hasta el más maligno (sarcoma osteogénico). Si la lesión es extensa o contiene un quiste, se apreciará una imagen radiolúcida. Si el tejido involucrado tiene un grado considerable de osificación, tendrá una apariencia arenosa con la densidad del vidrio. Pudiendo observarse variaciones entre estos dos extremos⁵.

Algunos autores⁶ informan de niveles de fosfatasa alcalina y calcio sérico elevados, sin embargo, con estas alteraciones deben sospecharse gran variedad de padecimientos, por lo que pensamos que su valor diagnóstico es limitado.

Macroscópicamente la lesión muestra distintas apariencias; por ejemplo: un cierto grado de osificación, vascularización y hemorragia; la corteza reducida a un delgado cascarón, y el defecto cen-

tral conteniendo tejido esponjoso o duro. Al corte, se aprecia aspecto arenoso, secundario a la imperfecta formación metaplástica de las trabéculas. Algunas lesiones pueden presentarse como una zona encapsulada, mientras que otras son de tipo infiltrativo con márgenes mal definidos y difusos.

Histológicamente las lesiones son variables, pero básicamente consisten en la presencia de masas de tejido fibroso conectivo con trabéculas de células fusiformes, algunas con mayor concentración celular que otras, fragmentos de cartilago incluido y formaciones óseas metaplásticas reemplazando la médula y desplazando la corteza. Escasos vasos sanguíneos y poca actividad osteolítica⁷.

CASO CLINICO

B.C.L.M. paciente femenino de 16 años de edad, que es vista por primera vez en enero de 1977, con deformación paulatina y progresiva del lado izquierdo de la cara, obstrucción nasal izquierda sin rinoorrea, con un período de evolución de 10 años.

A la exploración física presenta desviación y proptosis del globo ocular izquierdo hacia la región temporal (Figs. 1 y 2). Aumento

de volumen del maxilar superior izquierdo con pérdida del contorno natural y deformación tumoral de la rama ascendente y ángulo del maxilar inferior del lado izquierdo. Nariz: el septum se encontró rechazado a la derecha, a expensas de un crecimiento exagerado del cornete medio izquierdo.

Radiología: presenta un aumento de grosor y espesor de los maxilares superior e inferior, hueso frontal, etmoides y esfenoides, con opacidad completa de los huesos antes mencionados. (Figs. 3, 4 y 5)

Diagnóstico diferencial: entre los diagnósticos considerados y estudiados anotamos la displasia fibrosa polioestótica diseminada, hiperparatiroidismo (tumor café).⁸ Se llevaron a cabo interconsultas con los Servicios de Oftalmología, Ginecología y Endocrinología, informando el primero de ellos: miopía, estrabismo divergente, proptosis y desplazamiento del globo ocular izquierdo. Ginecología: dentro de los límites normales. Endocrinología, practicó determinaciones de fosfatasa alcalina, calcio y fósforo sérico, que se hallaron dentro de los límites normales.

Se procedió al tratamiento quirúrgico en dos tiempos. El primer tiempo consistió en el remodelado

del maxilar, órbita, etmoides y esfenoides, para lo cual se practicaron incisiones de Lynch y sublabial de tipo Caldwell Luc izquierdo, procediéndose mediante la fresa neumática a la reducción en espesor y remodelamiento de las estructuras antes mencionadas.

En el segundo tiempo operatorio, se usó una incisión submaxilar por debajo del margen óseo. Se separaron los tejidos blandos hasta llegar al periostio que se cortó y despegó para exponer el hueso en su totalidad. Se procedió a la reducción del espesor de este hueso con la fresa neumática. Los cortes histológicos demostraron tejido conectivo fibroso denso con trabéculas y espículas óseas incluidas en el estroma, corroborándose nuestra impresión diagnóstica preoperatoria. Fig. 6.

La evolución postoperatoria inmediata fue excelente tanto desde el punto de vista funcional como estético.

La paciente fue vista durante 3 meses a intervalos cortos en la consulta externa de este Centro Hospitalario, después de lo cual no se volvió a presentar a consulta, por lo cual no podemos anexar las fotografías postoperatorias.

COMENTARIOS

Debido a la naturaleza benigna de esta deformación y gracias a la experiencia de otros autores, consideramos que la cirugía radical en este caso, requeriría de una maxilectomía y exenteración orbital que resultaría en una deformación irreparable. Por lo cual procedimos en la forma menos agresiva para restaurar el contorno facial y las diferentes funciones de los huesos afectados, teniendo conciencia del mínimo de recidivas por este procedimiento, ya que después de la pubertad, la actividad metaplástica decrece rápidamente.

La radiación es considerada como una contraindicación, debido a varios factores: a) No restaura el contorno facial, b) Produce al-

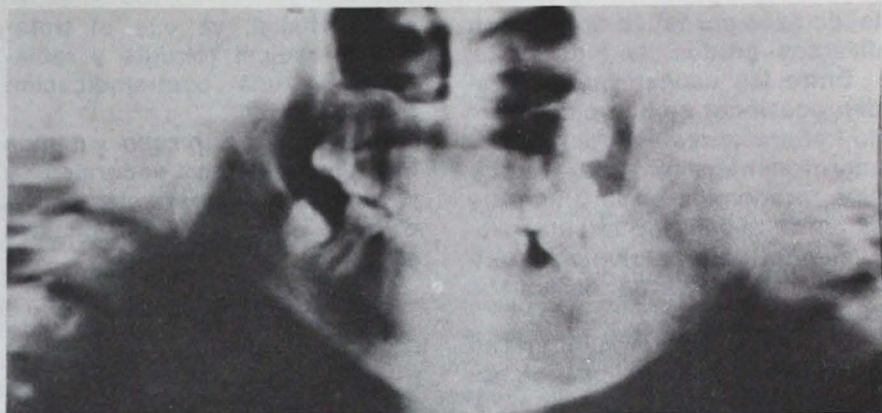
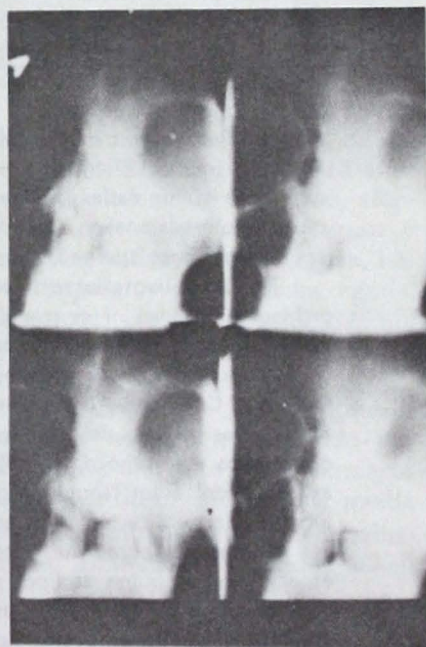


Fig. 4. Panorax: Se encuentra engrosamiento y asimetría del cuerpo y la rama ascendente de la mandíbula en su segmento izquierdo.

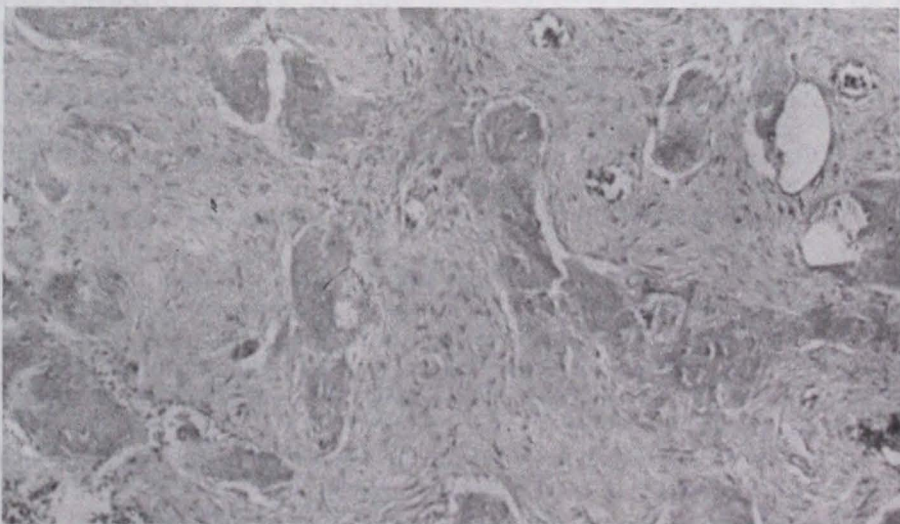
Fig. 5. Tomografía anteroposterior de los huesos de la cara en que se demuestra engrosamiento y deformación de las siguientes estructuras: senos maxilar y etmoidal; cornete medio izquierdo y desplazamiento de la órbita izquierda.



teraciones secundarias en mucosas y glándulas de secreción externa e internas, c) Propiedades carcinogénicas a largo plazo.

Resumen.—La displasia fibrosa es una enfermedad que se caracteriza por el reemplazo del

Fig. 6. Microfotografía de la lesión que presenta masas de tejido fibroso conectivo con trabéculas de células fusiformes, fragmentos de cartilago incluidas y formaciones óseas metaplásicas.



tejido óseo por tejido fibroso con diversos grados de metaplasia.

Entre las causas que la pueden ocasionar se han considerado alteraciones endocrinas y microtraumatismos de repetición; predomina en la primera y segunda década de la vida, produciendo deformaciones estéticas y funcionales de los huesos afectados.

La conducta terapéutica en esta entidad nosológica debe ser encaminada hacia la restauración de la función y de la apa-

riencia física, ya que el tratamiento radical (cirugía y radiación) es una contraindicación formal.

Presentamos un caso, y damos los lineamientos generales y particulares del tratamiento quirúrgico seguidos en nuestro caso.

BIBLIOGRAFIA

1. Rogers, J. H.: et all.: Management of Cysts, Bening Tumors, and Bony Dysplasia of the Maxillary Sinus.

Otol. Clinica of N. A. 9: 233-247, 1976.

2. Lichtenstein, L. and Jaffe, H. L.: Fibroma Dysplasia of Bone. Arch. Pat., 33: 777-816, 1942.
3. Beleva, G. S. and Scheider, R. W.: Fibrous Dysplasia of Bone. Cleveland Clin. Quar., 21: 58-68, 1953.
4. Colágero, B.: Les Cavités Sinusiennes dans les Dysplasies ostéo-fibereuses Cranio-Faciales, Rev. de Lar. Otol. Rhinol. 5: 29-40; 1967.
5. Ramsey, H. E.: et all.: Fibrous Dysplasia of the Craneofacial Bones. Am. Journal of Surg. 116: 542-547, 1963.
6. Ward, P. H.: et all.: Monostotic Fibrous Dysplasia of the Maxilla, Laryngoscope 79: 1295-1306, 1969.

(Viene de la Pág. 50)

7. Todas las medidas que se citen deberán corresponder a los sistemas: Métrico Decimal, C.G.S., M.K.S.A. (metro, kilogramo, segundo, amperio) o al S.I. (Sistema Internacional de Unidades) o a cualquiera de las unidades basadas o fundamentadas en los sistemas citados y aceptadas por los diversos organismos internacionales. Quedan formalmente excluidos los sistemas de pesas y medidas usados en los países anglosajones (pulgadas, yardas, libras, grados Fahrenheit, etc.).

8. La bibliografía se ordenará de acuerdo con las citas en el cuerpo del artículo. No se utilizarán los órdenes alfabético ni el cronológico. Cada cita bibliográfica debe incluir necesaria y precisamente en el orden que exponemos: (1) apellido o apellidos del autor, seguidos de la inicial de su nombre propio, (2) título completo del trabajo en su idioma original, (3) nombre de la revista utilizando la abreviatura del Quarterly Cumulative Index Medicus, (4) número del volumen, en números arábigos, (5) números inicial y final de las páginas del artículo, separadas por un guión y a su vez separados de la cifra del volumen por dos puntos y (6) año de la publicación. Si se trata de libros, los datos serán los siguientes: (1) apellido o apellidos del autor, seguidos de la inicial de su nombre propio, (2) título, (3) nombre de la editorial, (4) lugar de la publicación y (5) año de la misma.

9. Las colaboraciones deben venir escritas en papel blanco tamaño carta, por una sola cara, a doble espacio, con máquina de tipo "standard", de tal manera que una línea corresponda a 72 caracteres, contando espacios y puntuación. Se enviará el original y dos copias.

10. Las figuras, tablas, fotografías, etc., se enviarán en tamaño postal, se colocarán fuera del texto, cada una por separado en una sola página, con el correspondiente pie, precedido del número de la figura, cuadro, etc.

11. Los trabajos aceptados se clasificarán por riguroso turno de recepción y se comunicará al autor, por escrito, su aceptación. En los casos en que se sugieran modificaciones que sobrepasen las estrictas correcciones ortográficas o gramaticales, se consultará previamente con el autor. La redacción no está obligada a dar ninguna explicación por la no aceptación de una colaboración. En este caso, devolverá al autor los originales, quedándose en posesión de una de las copias.

12. El único conducto para la entrega de trabajos, es el envío al Director, por correo certificado o la entrega personal al mismo. La Dirección no se hace responsable de las colaboraciones enviadas por cualquier otro conducto.

13. Los gastos ocasionados por los clichés de las ilustraciones, cuando sobrepasen el número de cuatro, correrán por cuenta de los autores. Si desean separatas, deben manifestarlo previamente por escrito y enviar de inmediato el importe que se les comunique.

14. Las cartas al Director para ser publicadas en la sección correspondiente, pueden enviarse siempre que se trate en ellas de temas médicos y de preferencia ORL. No deben exceder de una cuartilla mecanografiada.

15. Se ruega a los miembros de la Soc. Mex. de ORL, que nos envíen notas de eventos locales, personal o sociales que crean de interés general.

EVOKED ELECTROMYOGRAPHIC TEST APPLIED FOR RECURRENT LARYNGEAL NERVE PARALYSIS.

La Electromiografía evocada aplicada a la parálisis del Nervio laríngeo recurrente.

Satosh, I., *The Laryngoscope*; 88: 2022-2031, 1978.

Tomando en cuenta que la prueba más útil para determinar el grado de lesión del sistema neuromuscular en etapas iniciales, es la "Electromiografía evocada" (EMG), que permite establecer un pronóstico y un plan de tratamiento, el autor aplica la prueba EMG a la laringe con objeto de determinar su utilidad en el diagnóstico de pacientes con parálisis del recurrente.

Se practicó EMG bilateral en 5 personas normales como punto de comparación, describen los resultados obtenidos y los analizan. Encuentra que la onda evocada en los músculos intrínsecos de la laringe por estimulación de la rama interna del nervio laríngeo superior (músculo cricotiroides), del vago (músculo tiroaritenoides) y del nervio recurrente mostró: No obstante el valor del umbral, los autores no lo miden por encontrar que existen factores de error, causados por la colocación de los electrodos. En relación a la latencia, la encontraron útil en el estudio de la onda evocada en el nervio vago y en el recurrente no así en el laríngeo superior. La forma de la onda de contracción varía según el método y tipo de electrodos, sin embargo anotan que en estos casos la onda producida durante la estimulación del vago o del recurrente fue di o trifásica en la mayoría de los casos.

Se midió la amplitud y la duración de la onda evocada en estos casos.

El autor describe seis casos representativos de parálisis laríngea, en los cuales la EMG fue particularmente ilustrativa, para determinar la etiología de la parálisis y describe el significado y la utilidad de la prueba.

Concluye que la prueba fue útil para: 1.—Diagnóstico topográfico de la lesión, por ausencia o anomalía de la onda evocada. 2.—Considera que la prueba de la EMG evocada es determinante para evaluar el grado de lesión neural y en el pronóstico. En los casos sin onda el grado de lesión es alta y el pronóstico es pobre, en los casos con prolongación de la latencia y cambio en la forma de la onda probablemente es indicativo de mejor pronóstico. 3.—Finalmente la prueba puede indicar el grado de regeneración neural. Los hallazgos encontrados en alguno de los casos, sugieren que la EMG evocada puede indicar el estado de regeneración neural más pronto que en la EMG ordinaria.

R. Andrade-Gallegos.

ANESTHESIA OF THE HUMAN TYMPANIC MEMBRANE BY IONTOPHORESIS OF A LOCAL ANESTHETIC.

Anestesia de tímpanos humanos por iontoforesis con anestésico tópico

Comeau, M. y Brummet, R.
Laryngoscope 88: 277, 1978.

Se efectuó un estudio en humanos para determinar la efectividad de la anestesia de la membrana timpánica, utilizando el anestésico con diferentes concentraciones de adrenalina y aplicando

A cargo del:
Dr. Andrés DELGADO

corrientes eléctricas de distintas intensidades.

Estudiaron dos grupos de sujetos, unos fueron voluntarios normales, en quienes determinaron los parámetros básicos para obtener una anestesia adecuada de la membrana timpánica por iontoforesis. Encontraron como efectiva la solución de lidocaína al 2% con epinefrina en dilución al 1 por 2000. En lo que se refiere a la corriente eléctrica, la máxima intensidad tolerada fue de 1 mA.

En el segundo grupo efectuaron la iontoforesis a 60 oídos de 49 enfermos, 27 niños de 4 a 15 años y 25 adultos de 16 a 77 años, afectados por: otitis media serosa y mucosa, otitis media subaguda, hemotímpano y otitis media aguda, a quienes efectuaron miringotomía y colocación de tubos ventilatorios.

Concluyen que estos procedimientos no deben realizarse en: Enfermos alérgicos a los fármacos que se utilizan, en la otitis media aguda, tímpanos atróficos y adheridos, tímpanos perforados y enfermos que no cooperan.

En contraposición, lo recomiendan en enfermos cooperadores con otitis serosas o mucosas y en las otitis medias subagudas. Las ventajas del método son: seguridad y confiabilidad, que es económico, que no requiere premedicación, que no requiere anestesia general ni hospitalización y finalmente que comporta menores posibilidades de sangrado.

En el trabajo se proporcionan al otorrinolaringólogo clínico, bases prácticas para el empleo de la iontoforesis, técnica que con sus limitaciones, representa un arma útil para efectuar procedimientos quirúrgicos menores sobre el tímpano.

P. Vilar-Puig.

Actividades de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

Acta de la sesión ordinaria efectuada el día 9 de enero de 1979.

Siendo las 21:00 hrs., y bajo la presidencia del Dr. Jorge Corvera, dio principio la Sesión con la asistencia de 48 personas.

Como primer número de la Orden del día se dio lectura al Acta de la Sesión Anterior, la cual fue después puesta a consideración de la asamblea la que aprobó por unanimidad.

A continuación el Dr. Guillermo Quiroz Torres, hizo la presentación e introducción al tema "Manejo de la Parálisis Facial Periférica y sus Complicaciones". El Dr. Roberto Castillo hizo una revisión de la Anatomía del Nervio Facial y sus variantes y peculiaridades que lo hacen susceptible a lesión. Posteriormente mencionó las teorías que existen para explicar la Parálisis de Bell. En seguida el Dr. José Luis Chávez Olvera describió los estudios electrodiagnósticos y las medidas de fisioterapia que se utilizan en el tratamiento de la P. de Bell presentando casos clínicos ilustrativos. Para terminar el Dr. Quiroz Torres hizo el enfoque otorrinolaringológico del problema diferencial.

Como último número se trataron asuntos varios, reportando el Dr. Smoler el estado de la organización del Congreso Nacional en Mazatlán y se anunció un Curso para los días 3 y 4 de Febrero en la Ciudad de Veracruz, Ver., con el Dr. Joseph Ogura como profesor invitado y organizado por el Dr. Jerónimo Vila Santos.

Sin más asuntos que tratar se dio por terminada la Sesión a las 22:15 horas.

Dr. Luis Benítez Díaz.
Secretario.

Acta de la Sesión Ordinaria llevada a cabo el día 6 de febrero de 1979.

Siendo las 21:00 hrs., en ausencia de Dr. Corvera, bajo la presidencia del Dr. Pelayo Vilar Puig, dio principio la Sesión, con la asistencia de 58 personas.

Como primer número se dio lectura al Acta de la Sesión anterior, la cual fue sometida a la consideración de la asamblea, quien la aprobó por unanimidad.

Las actividades científicas de esta Sesión estuvieron a cargo del Hospital General de Concentración PEMEX y dieron principio con el trabajo del Dr. Eduardo Jiménez Ramos, acerca del uso de la sonda de Foley en el manejo post-operatorio de los enfermos de seno maxilar. Reportó 50 casos de pacientes con patología que ameritó operación de Caldwell-Luc., al final de la cual se dejó la sonda introducida por la antróstomía, del meato inferior y con el globo inflado dentro del seno. El globo era vaciado a las 24 hrs., y la sonda retirada a las 36-48 hrs. En los casos en que se usó con fines de reducción e inmovilización de fracturas se retiró la sonda a las 10-12 días. Como ventajas del método se señaló la estabilidad que proporciona a las frac-

turas, la compresión que evita el sangrado post-operatorio, la fácil salida de secreciones y que impide que las partes blandas de la mejilla penetren al seno.

El segundo trabajo fue presentado por el Dr. José Espinosa Ruiz, sobre el Tema "IONTOFORESIS" Describe el método que tiene por objeto lograr la anestesia de la membrana timpánica mediante una corriente eléctrica que se hace pasar entre el conducto auditivo externo (polo positivo) y la región retroauricular. Reportó los resultados obtenidos con 25 enfermos, señalando que la corriente máxima es de 1 milliamperes durante 10 minutos.

El Tercer trabajo titulado "Homoinjertos Tímpano-Osciculares" fue presentado por el Dr. Vilar Puig, quien primero hizo una revisión histórica, describió el método de extracción de los injertos de cadáveres, su conservación en formaldehído. Describió las diferentes técnicas de colocación de los injertos y señaló los resultados obtenidos en casos traumáticos, infecciosos y congénitos.

Hubo numerosos comentarios y preguntas a los tres trabajos.

Como último punto de la orden del día se trataron asuntos varios. El Dr. Smoler reportó el estado de organización del Congreso Nacional, señaló las fechas límite para la entrega de resúmenes de trabajos libres y describió los diferentes premios que se otorgarán en Mazatlán.

Sin otro asunto que tratar se dio por terminada la sesión a las 22:45 hrs.

Dr. Luis Benítez Díaz.
Secretario.

CIRUGIA DE OIDO

Del 5 al 9 de febrero de 1979 se llevó a cabo en la Unidad de Otorrinolaringología del Hospital General un curso de cirugía de oído impartido por el Dr. Juan Andrade Pradillo acompañado por un grupo de maestros nacionales y extranjeros. Además de la buena asistencia al curso destacan los excelentes medios audiovisuales con que cuenta este Servicio, tales como circuito cerrado de televisión a color, diapositivas en tercera dimensión, modelos anatómicos y un extraordinario laboratorio para trabajo en hueso temporal que permite a 7 alumnos trabajar simultáneamente con microscopio, fresa y equipo de succión.

VERACRUZ

Los días 3 y 4 de febrero de 1979, en el puerto de Veracruz se presentó el Dr. Ogura con una serie de temas actuales de la especialidad, el nutrido grupo de asistentes además de su activa participación pudo gozar de la hospitalidad de la Sociedad de Otorrinolaringología de Veracruz, que preparó un ameno programa social.

SUSCRIPCIONES

Los Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología han estado publicando puntualmente sus últimos números. Su distribución es gratuita para los miembros de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, pero queremos, que nuestra revista, la única de la

especialidad publicada en el país, llegue a todos los especialistas o médicos interesados en nuestros temas, para ello, los Anales han emprendido una campaña de suscripciones que esperamos permita aumentar nuestro tiraje y contenido. Incluido en este número encontrarán la forma para solicitar para usted o sus compañeros sus suscripciones.

COLABORACIONES

Se recuerda a todos los colaboradores de la revista que para la presentación de sus trabajos científicos al comité editorial, deben seguir las instrucciones que se incluyen en cada número, para evitar repeticiones y revisiones a los autores.

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



Penglobe

bacampicilina

Penglobe bacampicilina— antibiótico de amplio espectro bactericida.

Está indicado para el tratamiento de las infecciones, de las vías respiratorias.- Bronquitis, amigdalitis, sinusitis, etc. infecciones gastrointestricas.- salmonelosis, shigelosis, etc. infecciones vías urinarias.- cistitis, pielonefritis, etc.

Penglobe bacampicilina — con farmacocinética distinta por sus características:

Absorción casi completa 98% (Bergan, T., Sjöval, J., Magni, L., 1975).

Mayor penetración y persistencia en tejidos. (Simón, 1976).

Prácticamente sin efectos secundarios (Ekström et al, 1977).

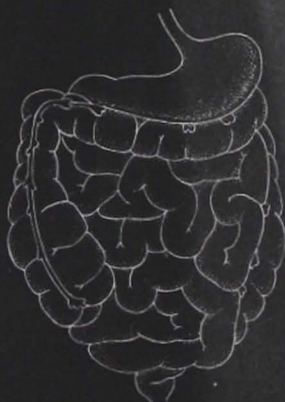
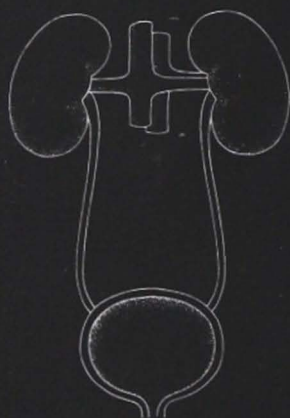
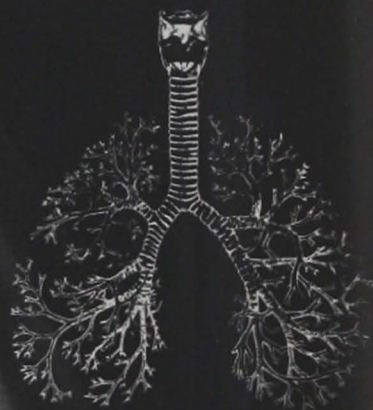
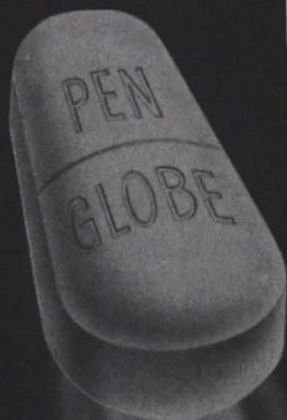
Fácil dosificación —adultos y niños mayores de 7 años 1 tableta 3 veces al día.

Contraindicaciones.- Las alergias comunes a las penicilinas y a las cefalosporinas.

Efectos secundarios: Puede producirse una hipersensibilidad a la ampicilina, como ocurre con otras penicilinas. Los casos que se han presentado con Penglobe son poco frecuentes

Penglobe —bacampicilina— se presenta en caja con 6 tabletas.

Penetración global



Este medicamento es de empleo delicado.

Penglobe investigación original de **ASTRA**
MEXICO - SUECIA

Reg. No. 90370 S.S.A.

I. Med. EKE 12450 / J