

DIRECTORIO

ANALES DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA*Director-Editor*
Dr. Pelai VILAR*Consejo de Redacción*DR. RAFAEL ANDRADE-GALLEGOS
DR. LUIS BENITEZ
DR. JORGE CORVERA
DR. ANDRÉS DELGADO
DR. RAFAEL GARCÍA PALMER
DR. MARIANO HERNÁNDEZ GORIBAR
DR. JUAN SANCHEZ MARLE
DR. PELAYO VILAR-PUIG*Gerente General*
LIC. JOAQUIN BOHIGASDir. Gral. de Derecho de Autor
Registro No. 238-78Abreviatura para citas bibliográficas
en trámiteen el Quarterly Cumulative
Index Medicus, Washington, D. C.Eugenia 13-403. Col. Nápoles
Tel.: 543-93-63SOCIEDAD MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIAEugenia 13-403, Col. Nápoles
Tel.: 543-93-63
México 18, D.F.*Presidente*

DR. JOSÉ SMOLER BERKOWSKY

Vicepresidente

DR. ANTONIO SODA MERHY

Secretario

DR. GABRIEL GUTIÉRREZ BRINGAS

Tesorero

DR. RAFAEL GARCÍA PALMER

Impreso en México por:
IMPRESOS REFORMA, S. A.
Dr. Andrade No. 42
Col. Doctores, México 7, D. F.
Tels.: 578-81-85 y 578-67-48

PAGINA DEL DIRECTOR (*)

No quisiera olvidar nada en mis palabras de hoy. Por eso, voy a leer estas líneas que incluyen una circunstancia y una carta.

La circunstancia

Hoy, mis queridos amigos, es un día grande para mí, porque es la fecha, en la que se me da el privilegio de contemplar en binocular de lujo con objetivo 100 X, el panorama más halagüeño que es dable obtener para un humano con emociones disponibles.

El binocular Zeiss es esta Asamblea de amigos, maestros y discípulos. El objetivo 100 X, es la Directiva que tuvo la iniciativa de distinguirme con la nominación de miembro honorario de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología. El panorama es la vieja amistad y las esperanzas entusiastas de verla viva por siempre.

No es fácil hallar palabras para expresar el agradecimiento. En este momento poco se me hace decir gracias.

La distinción de que he sido objeto, el espíritu de simpatía que envolvía a esta iniciativa y la cordialidad de esta invitación dejan al lenguaje en grave compromiso de insuficiencia y por eso les doy a todos un abrazo muy emocionado.

El recuerdo de esta noche estará vigente, siempre que me queden útiles dos que tres neuronas.

Al Sr. Dr. Pelayo Vilar Puig, nuestro presidente, mi justo reconocimiento. Con calidad de profesional y científico de primera, con firmeza, bonhomía y generosidad dirige el timón y da a esta Sociedad y a la Otorrinolaringología Mexicana un rumbo lleno de logros y conquistas.

(*) Nuestra acostumbrada charla, hoy sustituida por las palabras del Dr. Humberto Alcoer, al ser nombrado Socio Honorario de nuestra Sociedad.

La carta

Coyoacán, abril de 1980.

Sr. Dr. Ignacio Chávez
Circuito Patriotas
Sección Sabios
Allá

Muy respetado Maestro:

El año de 1954 dio usted una conferencia en la Sorbona que intituló "Evolución de la Medicina en México" en la que en su parte final, hizo mención de la importante obra de Dn. Gustavo Baz quien como Secretario de Salubridad dió al país muchos Hospitales y nuevas Instituciones de metas muy ambiciosas.

Después de analizar esos nuevos recursos del país hacia usted un cuestionamiento que transcribo a continuación:

"Queda en pie una pregunta que nosotros, mexicanos, nos formulamos con un cierto grado de angustia. ¿Y el hombre? ¿El médico sin el cual nada vale ninguna de las reformas apuntadas, el médico de hoy, vale lo que valen esos nuevos y suntuosos edificios, su nueva Escuela de Medicina, sus nuevos hospitales, sus nuevos laboratorios de investigación? El médico mexicano, que ha recorrido la larga, la penosa ruta que acabo de trazar, primero a través de su Colonia y su enseñanza medieval; después a través del siglo XIX y su lento, su duro acomodo al ritmo universal, ese médico, ¿está ya ahora, listo, maduro, para la producción científica de valor internacional?"

Hay preguntas —sigue diciendo usted— que ningún hombre está seguro, honradamente de poder contestar. Esta para mí, es una de ellas. El tiempo nos dará la respuesta."

Hasta aquí su discurso de la Sorbona. Para fortuna de nuestro país y de nuestra Medicina, usted Maestro Chávez, vivió lo suficiente para observar por usted mismo lo que el tiempo dio como respuesta y supo usar muy bien el cuarto de siglo que sobrevivió a esa ocasión de su conferencia en Francia siempre trabajando, siempre indagando con pupila y oído atentos, muy alerta el pensamiento y muy vivo el sentimiento en el balance día a día renovado en el acontecer de la Medicina en México.

Esta carta le lleva a usted algunos datos más bien sentimentales que podrían complementar su información en el capítulo de la Otorrinolaringología.

Estará usted de acuerdo de que es a través de la enseñanza de una disciplina como puede uno juzgar adecuadamente de la calidad humana y científica de quienes la practican.

Voy a hacer mención de los Maestros de Otorrinolaringología en forma genérica con la única excepción de su queridísimo amigo y mi respetadísimo maestro Don Daniel Gurriá Urgell.

Usted supo desde siempre que el destino de la Otorrinolaringología en nuestro país era brillante en función del pequeño grupo de maestros de esta especialidad en los treinta y cuarentas entre los que estaba Don Daniel y ya para 1954 cuando su pregunta de la Sorbona, el grupo de maestros era grande y era importante. En todos los hospitales y escuelas cuál más, cuál menos la Otorrinolaringología estaba bien cimentada y bien enseñada y el resultado es la especialidad que usted conoce hoy. Esto ocurrió lo mismo en el Hospital Infantil, en el Juárez, en el General, el Militar, el Instituto de Cardiología, el Seguro Social y el ISSSTE. También la Otorrinolaringología de Provincia

se perfiló como disciplina con mayoría de edad, lo mismo en Torreon que en Morelia, en Guadalajara y Monterrey, en Hermosillo y Mérida, en León y en San Luis.

El tiempo habló y dijo que sí, que sí había hombre. Si viera usted Maestro Chávez en este año de ochenta, nuestra Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, cuán productiva, cuán cumplida . . . cuán celosamente cumplida en sus tareas educativas!

Hoy martes 8 de abril de 1980, el Maestro Pelayo Vilar Puig, Presidente de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología me ha invitado a recibir el nombramiento de Miembro Honorario y me voy a presentar casi con las manos vacías a tan inmerecido homenaje.

Me consuela saber que usted, indirectamente, es algo participe en lo de mis manos vacías . . . usted me conoce y soy hombre de sentimiento . . . Cuando aquella plebe insolentada lo corrió a usted de la Rectoría, ese mismo día mandé mi renuncia a la Dirección de la Facultad y jamás volví a pesar de instancias muy amables de los Directores y a pesar de mi gran gusto por la enseñanza. Esto no lo supo usted nunca pero ahora si se lo platico. Me consuela haber sido fiel a mi determinación pero esto me deja como decía yo antes, con las manos vacías en lo que a enseñanza respecta de 1966 a la fecha.

¿Se acuerda usted de aquel diploma que me dieron en 1957 mis alumnos? Cómo nos reíamos! Lo firmaba el Presidente de la Generación 1953, "El Fraile" Romero de Terreros. En ese diploma me concedieron el envidiable título del maestro más "a toda madre" de ese año.

Este recuerdo jocoso, sirve de apoyo para confirmar mi gozo por la enseñanza y mi sentimiento de frustración al verme obligado a suspenderla con tan justificada renuncia.

Le traigo a cuento también de mi alegría por participar desde 1948 con el Dr. Bustamente y el Dr. Zozaya en la Escuela de Graduados y en la Clínica de Otorrinolaringología de la Facultad, primero como adjunto en 1946 y después como titular en 1951.

Grande es mi satisfacción de haber formado parte del grupo pionero de la Neurotología y de haber podido encauzar en este terreno a algunos de mis más distinguidos discípulos.

Asimismo, me satisface ver a la distancia de veinte años mi aceptación de la responsabilidad de la presidencia de esta Sociedad ante el reto de un programa que para aquel entonces resultaba ambicioso.

Bueno, Maestro, me despido. Como siempre fue un gran gusto y un privilegio charlar con usted y como siempre, le abrazo con admiración y respeto.

Humberto Alcocer

P. D. Una tarde de estas irá usted a la peña de los filósofos . . . seguro el silogismo, confirmada la esencia . . . la hipótesis ya sin sentido, negada la utopía. Ahí estará en regocijo pleno Don Daniel. Cuénteles de esto de la Otorrinolaringología Mexicana.

Confiabilidad del diagnóstico audiológico en la enfermedad de Ménière *

Dra. Yolanda PEÑALOZA

Summary.— In this paper, the possibility of relations between Ménière's Disease and cortipathy of obscure origin is analyzed. A search for correlations between both clinical entities is made and results, indicate a clear difference between them.

JUSTIFICACION

Habiéndose considerado a la enfermedad de Ménière (EM), como una afección de etiología no determinada, creímos oportuno efectuar una comparación estadística, entre ella y otro padecimiento audiológico, la cortipatía del adulto de etiología no determinada (CAEND). Nuestro objetivo fue determinar si la enfermedad de Ménière, presenta un comportamiento audiológico particular, que la diferencie de la CAEND y que por tanto nos brinde una confiabilidad aceptable de su diagnóstico audiológico.

MATERIAL Y METODO

Del archivo clínico del Instituto Nacional de la Comunicación Humana (INCH), se separaron todos los casos con diagnóstico de enfermedad de Ménière, que resultaron ser un total de 45. De los mismos archivos, se tomaron, al azar, otros 45 casos, correspondientes a las mismas fechas, de

cortipatía del adulto de etiología no determinada.

Se anotó el comportamiento de las siguientes variables: edad, sexo, síntomas principales, síntomas agregados, audiograma tonal, profundidad de la afección, localización mono o bilateral, captación fonémica mayor de 90 %, id menor del 80 %, existencia o ausencia de reclutamiento (determinado por las frecuencias en el audiograma de Békésy), fluctuaciones de la audición y alteraciones del nistagmo térmico.

Para efectos estadísticos los casos se manejaron como N. 90 y los oídos como N. 180. Finalmente se realizó una comparación entre los diversos parámetros observados en una y otra de ambas entidades clínicas y se obtuvo la significancia de la diferencia entre ambos, mediante la aplicación de la prueba de Ji al cuadrado, fijando un alfa de 0.05, como límite de significancia.

RESULTADOS

El promedio de edad para los afectados por la EM, fue de 40 años y para la CAEND de 42 años. El sexo predominó ligeramente en la mujer en la EM y en el hombre en la CAEND. El promedio de duración de la afección fue de 8 años para la EM y de 9 para la CAEND.

El acúfeno se presentó en la EM en el 100 % de casos y sólo

64 % en la CAEND. El vértigo en el 97 % de casos de EM y únicamente en el 8 % en la CAEND. La hipoacusia se presentó en el 88 % en la EM y en la CAEND en el 95 %. Otros síntomas diversos no vagales, se presentaron en un 95 % en la EM y sólo el 13% de los pacientes con CAEND. Además en la EM se presentaron con gran predominio, los síntomas vagales (57 % de los casos).

La significancia de la diferencia entre ambas enfermedades, alcanza un alfa menor de 0.005.

Por lo que respecta a la mono o bilateralidad de la afección, la comparación entre ambos síndromes no ofrece diferencia significativa mediante la aplicación de la prueba de Ji al cuadrado, que arroja alfa mayor de 0.05.

En cuanto a la profundidad de la afección, predomina la hipoacusia de intensidad media en ambas enfermedades, por lo que el alfa que se obtiene es mayor de 0.05 y no representa diferencia significativa.

La morfología de la curva tonal, fue de tipo ascendente en la EM, aunque en menor grado se obtuvieron curvas descendentes y en menor grado aún, curvas planas. En cambio en la CAEND predominó definitivamente la curva descendente. Al aplicar la prueba de significancia se obtuvo un alfa menor de 0.05, lo que es altamente significativo para esta variable.

* Recibido el 24 de noviembre de 1979. Aceptado para su publicación el 10 de marzo de 1980.

SINTOMAS, 1979
No. 90 Casos

	MENIERE	CORTIPATIA DEL ADULTO END
HIPOACUSIA	40	43
ACUFENO	45	29
VERTIGO	44	4
OTROS	43	14

Ji^2 Observada 27.63
 Tabulada 7.815
 Logra $\alpha < 0.005$
 Se rechaza H_0

Fuente Archivo Clínico del I.N.C.H.

PROFUNDIDAD DE LA AFECCION, 1979
No. 180 Oídos

	MENIERE	CORTIPATIA DEL ADULTO END	
NORMAL	9	4	
SUPERFICIAL	25	23	
MEDIA	36	35	
PROFUNDA	19	25	
ANACUSIA	1	3	
TOTAL	90	90	180

Ji^2 Observada 4.01
 Tabulada 9.488
 Logra $\alpha > 0.05$
 Se acepta. H_0

Fuente Archivo Clínico del I.N.C.H.

OTROS SINTOMAS, 1979
No. 180 Oídos.

	MENIERE	CORTIPATIA DEL ADULTO END
FENOMENOS VAGALES	26 57%	1 2.2%
INESTABILIDAD Y/O LA TEROPULSION.	14 31%	9 10. %
CEFALEA	1 1.1%	1 1.1%
SENSACION DE OIDO TAPADO.	10 11. %	1 1.1%
ALGIACUSIA	10 11. %	3 3.3%
DIPLOACUSIA	6 6.6%	3 3.3%
OTROS	3 3.3%	0 0. %

FUENTE ARCHIVO CLINICO DEL I.N.C.H.

FLUCTUACIONES DE LA AUDICION, 1979
No. 180 Oídos

	MENIERE	CORTIPATIA DEL ADULTO END
LEVE	18 20%	0 0%
FRANCA	29 32%	0 0%
ESTABLE	14 16%	6 7%
NO VALORABLE	29 32%	84 93
TOTAL	90 100%	90 100%

FUENTE ARCHIVO CLINICO DEL I.N.C.H.

A F E C C I O N

UNILATERAL - - BILATERAL 1979
No. 90 Casos

	MENIERE	CORTIPATIA DEL ADULTO DE END
UNILATERAL	9	4
BILATERAL	36	41
TOTAL	45	45

Ji Observada 3.516
 Tabulada 3.841
 Se logra $\alpha > 0.05$
 Se acepta H_0

Fuente Archivo Clínico I.N.C.H.

MORFOLOGIA TONAL

No. 180 oídos - 1979

	MENIERE	CORTIPATIA DEL ADULTO END
DESCENDENTE	33	65
ASCENDENTE	36	7
PLANA	11	11
NORMAL	9	4
ANACUSIA	1	3
TOTAL	90	90

Ji^2 Observada 30.13
 Tabulada 5.991
 Se logra $\alpha < 0.005$
 Se rechaza H_0

Fuente Archivo Clínico I.N.C.H.

FLUCTUACIONES DE LA AUDICION 1979

No. 180 Oídos

	MENIERE	CORTIPATIA DEL ADULTO END	
LEVE	18	0	
FRANCA	29	0	
ESTABLE	14	6	
NO VALORABLE	29	84	
TOTAL	90	90	180

Ji^2 Observada 15.49
 Tabulada 5.991
 Se logra $\alpha < 0.005$
 Se rechaza H_0

Fuente Archivo Clínico I.N.C.H.

CAPTACION FONEMICA, 1979

No. 180 Oídos

	MENIERE	CORTIPATIA DEL ADULTO END	
90% ó mas	46	48	
80% ó mas	34	35	
normales	9	4	
Anacusia	1	3	
TOTAL	90	90	180

Ji^2 Observado .491
 Tabulado 3.841
 Se logra $\alpha > 0.05$
 Se acepta H_0
 Fuente Archivo Clínico I.N.C.H.

REGRESION FONEMICA, 1979

No. 180 Oídos

	MENIERE	CORTIPATIA DEL ADULTO END	
SI	25	10	
NO	55	73	
NORMALES	9	4	
ANACUSIA	1	3	
TOTAL	90	90	180

Ji^2 Observada 8.41
 Tabulada 3.841
 Se logra $\alpha < 0.005$
 Se rechaza H_0
 Fuente Archivo Clínico I.N.C.H.

RECLUTAMIENTO, 1979

No. 180 Oídos

	MENIERE		CORTIPATIA DEL ADULTO END	
SI	60	67%	32	36%
NO	20	23%	51	57%
NORMALES	9	10%	4	4.
NO VALORABLE	1	1.1	3	3.3
TOTAL	90	100%	90	100%

FUENTE ARCHIVO CLINICO DEL I.N.C.H.

RECLUTAMIENTO

No. 180 Oídos

	MENIERE	CORTIPATIA DEL ADULTO END	
SI	60	32	
NO	20	51	
NORMALES	9	4	
NO VALORABLES.	1	3	
TOTAL	90	90	180

Ji^2 Observada 22
 Tabulada 3.841
 Se logra $\alpha < 0.005$
 Se rechaza H_0
 Fuente Archivo Clínico I.N.C.H.

RECLUTAMIENTO SEGUN FRECUENCIAS, 1979

No. 180 Oídos

	MENIERE	CORTIPATIA DEL ADULTO END
GRAVES	3	0
MEDIAS	4	0
AGUDAS	27	8
MEDIAS Y AGUDAS	14	19
TODO EL CAMPO - AUDITIVO.	12	5
TOTAL	60	32

Ji^2 Observada 13.65
 Tabulada 9.488
 Se logra $\alpha = 0.01$
 Se rechaza H_0
 Fuente Archivo Clínico I.N.C.H.

En cuanto a las fluctuaciones de la audición, no se pudieron estudiar todos los casos y así resultó que sólo el 68 % de los casos de EM fueron valorados a este respecto y únicamente el 7 % de CAEND se estudió en cuanto a audición fluctuante. Sobre estas cifras, el 47 % de los méniéricos evidenciaron fluctuaciones de la audición, en tanto que el total de los CAEND presentaron audición estable. El alfa resultante fue *menor* de 0.05, lo que se acepta como diferencia significativa.

Por lo que respecta a la captación fonémica, se aprecia un comportamiento muy similar en ambas enfermedades y se obtuvo un alfa de 0.05, o sea que no existe diferencia significativa.

No sucede lo mismo en cuanto a la regresión fonémica, en la que se obtiene una diferencia altamente significativa, con un alfa *menor* de 0.005. La presencia de reclutamiento en el EM fue de 67 % de los casos, mientras que en la CAEND sólo se presentó en 37 %. La prueba de significancia dió un alfa *menor* de 0.005, es decir altamente significativo. El reclutamiento tabulado según las frecuencias, denotó en la EM un predominio de las frecuencias agudas, seguido de las medidas y en tercer término de un reclutamiento en todo el campo auditivo. En la CAEND el comportamiento de esa variable resultó parecido pero en proporción bastante menor. Se obtuvo una diferencia significativa de 0.01.

Las alteraciones del nistagmo térmico, se observaron en el 82 % de casos en la EM y sólo en el 13 % en la CAEND. En la EM la alteración predominante del ENG fue la hiporreflexia y en menor grado la preponderancia direccional, en tanto que en la CAEND casi todos los casos (85 %) no presentaron alteraciones. Ello dió por resultado una diferencia altamente significativa del 0.005.

COMENTARIO

Los resultados obtenidos en cuanto a edad, sexo y duración de la afección, corroboran que la enfermedad de Ménière, es una enfermedad del adulto, sin predominio de sexo y nos indican que la enfermedad elegida (CAEND) para ser confrontada con ella, es útil para obtener los elementos más importantes que den confiabilidad al diagnóstico de enfermedad de Ménière.

Llama la atención, la elevada significancia que se logra en casi todas las variables analizadas, ya que únicamente el comportamiento en cuanto a mono o bilateralidad de la afección, la profundidad de pérdida tonal y el por ciento de captación fonémica, no mostraron diferencias significativas en las enfermedades confrontadas.

En cuanto a las fluctuaciones de la audición, si bien mostraron diferencia significativa, ésta no

puede ser aceptada como tal, a causa de lo disímulo de las muestras (68 % de casos de EM estudiados, contra sólo 7 % de casos de CAEND).

Creemos que los resultados obtenidos, nos permiten afirmar, que el estudio del cuadro clínico y la aplicación de los recursos audiológicos al diagnóstico de la enfermedad de Ménière, nos pueden proporcionar entre un 95 a un 99 % de confiabilidad en el diagnóstico positivo de la enfermedad de Ménière.

REFERENCIAS

1. Berendes, J.: Tratado de Otorrinolaringología. Editorial Científico Médica, 1969.
2. Herman, L.: Static Compliance of the Eardrum in Ménière's Disease. Arch. Otolaryng. 103: 84, 1977.
3. Hugh, W.: Metabolic Aspects of Ménière's Disease. The Laryngoscope 88: 122, 1978.
4. Juhn, S. K.: Osmolarity Changes in Perilymph After Systemic Administration of Glycerin. Arch. Otol. 85: 791, 1976.
5. Kimura, R.: Electronic Observations in Ménière's Disease. Ann. Otol. 85: 791, 1976.
6. Schuknecht, H.: Delayed Endolymphatic Hydrops. Ann. Otol. 87: 743, 1978.
7. Sze Sun, Y., Schuknecht, H.: Vestibular Aqueduct and Endolymphatic Duct in Ménière's Disease. Arch. Otolaryng. 96: 553, 1972.
8. Shaver, E.: Allergic Management of Ménière's Disease. Arch. Otolaryng. 101: 96, 1975.

Tratamiento quirúrgico de la sinusitis crónica en pacientes con asma bronquial*†

Dr. Jorge VELAZQUEZ URIBE **
Dr. José SMOLER ***

Summary.— There is a definite relationship between sinusitis and bronchial asthma. When sinusitis has disappeared, the medical treatment of asthma is more effective, acute asthmatic episodes become less frequent and less severe.

For these reasons it is imperative to actively search for septic foci in asthmatic patients. These can act by direct bronchial contamination through post-nasal discharge, by reflex (neural) pathways or by causing hypersensitivity. We report here a retrospective study of the evolution of asthmatic patients with sinus disease treated medically only and surgically (Caldwell-Luc operation). We find best results with the second alternative.

INTRODUCCION

Varios son los autores que han señalado a la sinusitis como factor desencadenante o concomitante del asma bronquial, (ya sea alérgico o bacteriano) desencadenando mecanismos extrínsecos

(descarga retranasal) e intrínsecos (hipersensibilidad, factor, nervioso, etc.).

Obvio es señalar el mecanismo que representa el cuadro sinusítico con rinorrea posterior que cae directamente a las vías respiratorias inferiores y los fenómenos alérgicos nasales, que a su vez repercuten en la función bronquial, sin olvidar los fenómenos de hipersensibilidad bacteriana, dados por la sinusitis crónica bacteriana o mixta.

El factor extrínseco ha sido descrito desde 1924 por Blumgart¹ explicando que el material mucopurulento retenido en senos se absorbe por vía sanguínea o linfática o por ambas, produciendo asma; se prueba experimentalmente ese mecanismo con la aplicación de tinta china en los senos, detectada posteriormente en los ganglios peribronquiales.

Respecto al tratamiento del asma bronquial, al haberse demostrado la gran frecuencia de problemas rinosinuales, encontramos una diversidad de opiniones con respecto a la solución del problema sinusal, ya sea desde la consulta al alergólogo y su tratamiento conjunto a base de hiposensibilización, antibiototerapia y antihistamínicos con buenos resultados, en algunos, o al demostrarse sinusitis crónica hipertrófica, en cuyo caso nos encontramos ante un dilema respecto al tratamiento, principalmente en

los niños, ya que varios autores recomiendan únicamente el tratamiento médico o quirúrgico mínimo, rechazando los métodos radicales como la operación Caldwell-Luc u otras similares.

Con este trabajo tratamos de exponer nuestra experiencia en el manejo de la sinusitis crónica hipertrófica, tratada con la técnica de Caldwell-Luc, en niños con diagnóstico establecido de asma bronquial.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio retrospectivo de las operaciones de senos maxilares y etmoidales, realizadas en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del I. M. S. S., durante los años 1976, 1977 y 1978 con diagnóstico de sinusitis crónica hipertrófica, obteniéndose un total de 142 operaciones.

Se revisaron los expedientes clínicos, detectándose 10 pacientes con diagnóstico de asma bronquial sometidos a tratamiento quirúrgico con la técnica de Caldwell-Luc, los cuales se analizan en este trabajo.

Se señala que estos pacientes habían sido manejados previamente por los servicios de Cardiopulmonar, Alergia e Inmunología y canalizados a nuestro servicio por cuadro rinosinusal.

La distribución por sexos se señala en la Tabla I.

* Leído en el II Congreso de la Federación de Sociedades de ORL, Guanajuato, 1979.

† Recibió el 10 de marzo 1980. Aceptado para publicación el 7 abril 80.

** Residente de 3er. año del Dep. ORL del Hospital de Pediatría del Centro Médico. IMSS.

*** Médico Jefe del mismo Departamento.

RESULTADOS

Se detectó sinusitis crónica hipertrófica en niños con asma bronquial en diez pacientes, siete del sexo masculino y tres del sexo femenino, correspondiendo esta diferencia a la frecuencia del asma bronquial conforme al sexo, informándose de una relación de 2 a 1 en favor del sexo masculino, sin una razón que explique la diferencia. Podemos observar una mayor incidencia en pacientes en edad escolar (ocho pacientes), explicable porque en esa edad se encuentran los procesos infecciosos repetitivos y de exposición a los alérgenos (Tabla II), desencadenando maduración inmunológica y patológicamente hipersensibilidad. Estos a su vez explican los antecedentes de localización de otros focos infecciosos en vías respiratorias superiores como el problema ótico en seis pacientes y en faringe y amígdalas (Tabla III).

Respecto a la hipersensibilidad se detectaron dos pacientes con antecedentes de familiar asmático y manifestaciones en otros aparatos como la piel (uno con lesiones de eczema y otro con eritema facial), sin olvidar que cabe la posibilidad de que los cuadros tanto óticos y faringoamigdalinos hubieran sido de etiología mixta (alérgica y bacteriana).

Analizando la sintomatología, encontramos que en todos los pacientes se detectaron manifestaciones a nivel nasal: rinorrea en siete, estornudos en tres, obstrucción nasal en dos y prurito en uno, con otros dos focos infecciosos, uno a nivel ótico y dos pacientes con amigdalitis, independientemente del cuadro asmático referido (Tabla IV).

A la exploración física se encontró hipertrofia de cornetes en cinco pacientes, rinorrea hialina en cinco más, alteraciones en la mucosa con palidez y problema infeccioso nasal en dos pacientes y otros dos que mostraban hipermia de mucosa nasal, tres casos

con amígdalas hipertróficas juntamente con un proceso ótico latente en uno, manifestado por retracción timpánica y otro con manifestaciones hiperérgicas cutáneas. Todos ellos mostraban signología característica de paciente asmático como son los estertores, sibilancias y los tiros exacerbados; todos éstos durante el cuadro agudo (Tabla V).

Respecto a los exámenes de laboratorio encontramos que a todos se les practicó búsqueda de eosinófilos en moco nasal, siendo francamente positivos en cuatro pacientes, cinco con resultado dudoso y un caso negativo; lo que nos hace pensar que el dato positivo nos ayuda a confirmar la sospecha diagnóstica de alergia; pero en caso de ser negativo, no la descarta (Tabla VI).

La fórmula diferencial con eosinofilia demostrada en nueve pacientes, confirma el factor alérgico sin olvidar que en un paciente se halló Giardia, la que podría elevar los eosinófilos en sangre. En tres casos cultivó estafilococo aureus en el exudado faríngeo y en un caso, el mismo germen a nivel nasal.

Un estudio que cada día se vuelve más específico, relacionado con el fenómeno de hipersensibilidad, lo constituye la determinación de IgE que estuvo elevada en siete pacientes, recordando que actualmente se realizan detecciones de IgE específica y cuantificaciones de IgE nasal que suelen hallarse elevadas en problemas rinosinuales en pacientes asmáticos.

Los hallazgos radiológicos en nuestros pacientes fueron concluyentes para establecer el diagnóstico definitivo de sinusitis, tomándose la opacidad maxiloetmoidal bilateral como predominante en cinco casos y la opacidad maxilar bilateral en tres casos, lo que muestra un predominio de alteraciones bilaterales.

Dentro de las manifestaciones radiológicas se describen otros

TABLA I

DISTRIBUCION POR SEXOS	
Masculino	7
Femenino	3
Total:	10

TABLA II

EDAD	
Preescolar	1
Escolar	8
Adolescente	1
Total:	10

TABLA III

ANTECEDENTES PATOLOGICOS	
Otitis	6
Varicela	3
Atopia familiar	2
Amigdalectomía	1
Eczema atópico	1
Eritema facial	1

TABLA IV

SINTOMATOLOGIA		
Nariz {	Rinorrea	7
	Estornudos	3
	Obstrucción	2
	Prurito	1
Otorrea	1	
Amigdalitis de repetición	2	
Cuadro asmático	10	

TABLA V

SIGNOLOGIA			
Nariz {	Mucosa {	Pálida	2
		Hiperémica	2
	Rinorrea hialina	5	
	Cornetes hipertróficos	5	
Oído	Cresta septal	1	
	Retracción timpánica	1	
Amígdalas	Hipertróficas	3	
Piel	Pápulas	1	
Pulmones {	Estertores	10	
	Sibilancias	10	
	Tiros	10	

TABLA VI

EXAMENES DE LABORATORIO		
Eosinófilos en moco nasal {	++++	5
	+++ o más	4
	Negativo	1
Eosinofilia en la biometría	9	
Cultivo faríngeo, estafilococo aureus	3	
Cultivo nasal, estafilococo aureus	1	
IgE sistémica elevada	7	
Coproparasitocópico: giardia lamblia	1	

TABLA VII

RADIOLOGIA DE SENOS PARANASALES			
Opacidad	Maxilar	uni.	1
		bil.	2
Engrosamiento de mucosa	Max. y etm.	uni.	1
		bil.	5
Hipertrofia adenoidea		uni.	4
		bil.	3
			1

TABLA VIII

TRATAMIENTO MEDICO PREVIO	
Antihistamínicos	9
Hiposensibilización	8
Antibióticos	5
Corticoides locales	1
Adrenalínicos	1

TABLA IX

CIRUGIA PRACTICADA	
Caldwell-Luc bil. + etm. bil.	4
Caldwell-Luc bil. + etm. uni.	2
Caldwell-Luc bil.	2
Caldwell-Luc uni.	2
total:	10
Adenoamigdalectomía previa	3

TABLA X

INFORMES ANATOMOPATOLOGICOS	
Sinusitis crónica	2
Sinusitis crónica polipoide	1
Sinusitis hiperplásica	1

factores, tales como el engrosamiento mucoso, que se presentó unilateralmente en cuatro casos y bilateral en tres, sin haberse detectado el otro parámetro, o sea el nivel hidroaéreo, como señalan algunos autores. En un caso hallamos hipertrofia adenoidea (Tabla VII).

El tratamiento médico instituido basado en las manifestaciones sintomatológicas y signológicas, llevaron al uso de antihistamínicos en nueve pacientes, hiposensibilización en ocho, anti-

bióticos en cinco casos, en un caso la aplicación de corticoides locales y en otro de asma grave los adrenalínicos. Todos con resultados pobres al persistir manifestaciones sinusales y bronquiales, lo que llevó a realizar cirugía para erradicación de focos infecciosos. Se realizaron tres adenoamigdalectomías sin mejoría en la evolución del paciente (Tabla VIII).

Una vez establecido el diagnóstico de sinusitis crónica nos llevó a practicar Caldwell-Luc con etmoidectomía bilateral en cuatro pacientes, Caldwell-Luc bilateral en dos niños y Caldwell-Luc unilateral en los dos últimos pacientes (Tabla IX). Se hicieron los estudios anatomopatológicos en cuatro pacientes, dos con sinusitis crónica, uno con sinusitis crónica polipoide y uno con sinusitis hiperplásica (Tabla X).

Nuestros resultados definitivos en la evolución de los pacientes los podemos resumir como sigue: en un total de diez pacientes con cuadros asmáticos repetitivos, hubo mejoría en ocho casos, uno abandonó tratamiento y otro persiste en las mismas condiciones. La mejoría se obtuvo en 80% de los casos y consistió en una reducción de la frecuencia de las crisis asmáticas, que de una cada quince días, se redujeron a una cada dos meses y en algunos casos, a cada seis meses. Después de la cirugía, hubo pacientes, que tardaron 2 años en presentar una nueva crisis. Por otra parte,

TABLA XI

EVOLUCION		
CASO	FRECUENCIA PREOPERATORIA	FRECUENCIA POSTOPERATORIA
I	1 cada 2 meses	Abandona tratamiento
II	2 veces por mes	1 cada 3 meses
III	1 cada 3 meses	1 cada año
IV	1 cada 2 meses	1 cada 2 meses
V	1 cada 3 meses	A los 5 meses una leve, 7 meses negativo alta
VI	1 cada 15 días	1 mes control s/cuadro no regresa
VII	1 cada mes y medio	1 cuadro a los 2 años
VIII	2 veces por mes	1 cada 6 meses
IX	1 cada mes	A 2 meses asintomático alta
X	1 cada mes y medio	Cada 2 meses cuadro leve, al año uno grave

la intensidad de los ataques asmáticos fue mucho menor, después de que se operó a estos pacientes (Tabla XI).

COMENTARIO

Escasos son los artículos que señalan, estadísticamente, la participación de la sinusitis en el paciente asmático, describiéndose que en el proceso alérgico de las vías aéreas superiores existe la posibilidad de desarrollar complicaciones asmatiformes en un 30 a 60 % (Hyde²); a su vez, las respuestas encontradas con rinitis alérgica respecto a la hiperreactividad en la invasión de las vías aéreas inferiores (Dziedzicko³) en un 58 % en pacientes con rinitis alérgica y en 22 % en pacientes con rinitis vasomotora. Fish⁴ señala alteraciones espirométricas en la inspiración profunda de este tipo de pacientes.

Así encontramos que la participación de la sinusitis en los problemas de rinitis alérgica, en pocos trabajos se señala claramente. Es importante detectar la participación sinusal como lo señala Rachelsky⁵ desde la historia clínica como son: tos, dolor de cabeza, rinorrea posterior, edema facial, poliposis nasal, conjuntamente con la determinación de eosinófilos en moco nasal y el diagnóstico definitivo con las radiografías de senos paranasales, sin olvidar que en ocasiones se pueden detectar manifestaciones

clínicas y de laboratorio con placas normales.

Y es así como revisando la literatura encontramos un artículo de Monterisi⁶ en 1978, en que específicamente señala la frecuencia de la sinusitis en el paciente pediátrico con asma, detectando una frecuencia de 36.2 % y a su vez la posibilidad de los mecanismos de desarrollo de este problema sinobronquial, independientemente de los señalados en el síndrome de Kartagener y en la fibrosis quística del páncreas.

Los mecanismos que se pueden señalar van desde el mecanismo extrínseco mecánico, como son las secreciones que se descargan desde los senos paranasales hacia la laringe y a su vez hacia las vías respiratorias inferiores en un paciente con la predisposición a padecer cuadros repetitivos en vías inferiores y el desencadenamiento del asma.

A su vez el segundo mecanismo intrínseco, el relacionado a los fenómenos de hipersensibilidad bacteriana de localización sinusal y desencadenamiento de la reacción inmunológica.

En un tercer nivel se encuentra la posibilidad teórica de un bloqueo parcial de los receptores beta-adrenérgicos, común en los pacientes asmáticos, por estímulo reflejo, más que de origen bacteriano.

Y como última posibilidad tenemos un posible mecanismo de broncoespasmo reflejo a través del sistema nervioso autónomo, desde los nervios nasales, vía nervio vidiano y plexo carotídeo a través del fascículo cervical y salida a ganglio estrellado con inervación broncopulmonar por medio de un broncoespasmo reflejo, como señala el artículo de Phipatanakul⁷.

Habiéndose establecido el diagnóstico de sinusitis en el paciente asmático, se señala que el manejo de este tipo de paciente es más fácil, desde el punto de vista alé-

rgico, si se elimina el problema sinusal, por medio de tratamiento médico a base de antibióticos, antihistamínicos y ocasionalmente el uso de vasoconstrictores, mismo método que se siguió inicialmente en nuestros pacientes, pero ante la persistencia del problema de sinusitis crónica hipertrófica los autores, como Bernstein⁸ y Dixon⁹ proponen el tratamiento quirúrgico consistente en antróstomías endonasales, con procedimientos microquirúrgicos principalmente en pacientes pediátricos, rechazando la cirugía radical del tipo Caldwell-Luc.

Nosotros hemos propuesto como tratamiento definitivo en nuestros pacientes la cirugía del tipo Caldwell-Luc, ya que el tratamiento médico no dio resultado satisfactorio y de acuerdo a nuestra experiencia, no hubo complicaciones en el paciente asmático.

CONCLUSIONES

- 1- El tratamiento médico del cuadro asmático es más efectivo en los pacientes en que se soluciona el problema sinusal.
- 2- Los cuadros asmáticos agudos se vuelven menos frecuentes y son menos intensos.
- 3- El procedimiento de Caldwell-Luc con o sin etmoidectomía, es el más efectivo para el tratamiento de la sinusitis hipertrófica que acompaña a otras entidades infecciosas de vías aéreas superiores (otitis media crónica, asma bronquial, etc.).
- 4- El alergólogo encuentra más fácil el manejo médico del paciente asmático si se eliminan los focos infecciosos.

Resumen.— Se ha demostrado la participación de la sinusitis como desencadenante de cuadros agudos de asma bronquial, ha-

biéndose establecido la necesidad de buscar siempre, en este tipo de pacientes, focos infecciosos a nivel de vías respiratorias superiores y la eliminación de estos para la mejoría del paciente. Se ha informado de un 36.2 % de cuadros sinusales que pueden actuar al escurrir el proceso infeccioso o por vías nerviosas reflejas, así como de hipersensibilidad. Se hace un estudio retrospectivo de la evolución de pacientes asmáticos con sinusitis manejadas con tratamiento médico sin buenos resultados y se exponen los resultados de nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico con la técnica de Caldwell-Luc.

REFERENCIAS

1. Blumgart, H.L.: A Study of the Mechanisms of Absorption of Substances from the Nasopharynx. Arch. Intern. Med. 33: 415, 1924.
2. Hyde, J. et al.: Chronic Rhinitis in the Pre-School Child. Annals of Allergy. 41: 216-19, 1978.
3. Dziedzicko, A., Gniadzowski, R.: The frequency and importance of bronchial hyperreactivity in patients with allergic and non allergic rhinitis. Acta Otolaryngol. 84: 422-8, 1977.
4. Fish, J. et al.: Effect of deep inspiration on airway conductance in subjects with allergic rhinitis and allergic asthma. J. Allergy Clin. 60: 41-6, 1977.
5. Rachelefsky, G. et al.: Sinus disease in children with respiratory allergy. J. Allergy clin. 61: 310-4, 1978.
6. Monterisi, N. et al.: Il ruolo della sinusite nell'asma allergico del bambino. Minerva Pediatrica 30: 1577-84, 1978.
7. Phipatanakul, C. S., Slavin, R. G.: Bronchial asthma produced by paranasal sinusitis. Arch. Otolaryngol. 100: 109-12, 1974.
8. Bernstein, L.: Pediatric Sinus Problems. Otolaryngol. Clin. of North A. 4: 127-42, 1971.
9. Dixon, H.: Microscopic antrastomies in children. A review of literature in chronic sinusitis a plan of medical and surgical treatment. Laryngoscope. 86: 1796-814, 1976.

Fístula laberíntica y parálisis facial, como complicaciones más frecuentes de la otitis media crónica*

(Conceptos actuales)

Dr. Luis A. de J. ORTIZ ARMENTA *
 Dr. Marcelino COVARRUBIAS TAVERA **
 Dr. Antonio RODRIGUEZ ALCAZAR ***
 Dr. Mariano HERNANDEZ GORIBAR ****
 Dra. F. Elizabeth ALLEN VAZQUEZ *****

Summary.— The discovery of the antibiotics, the refinement of the microsurgical otological techniques, and the constant improvement of the residency programs in Otolaryngology, have decreased the incidence of the complications of the Chronic Middle Ear Infection.

Classically we can divide them into intracranial and otological complications, being potentially life-threatening the first type, but fortunately the least frequent.

The most common otological complications from chronic otitis media are labyrinthine fistulae and facial nerve paralysis. Their early diagnosis and correct surgical management will achieve 90 to 100 % of functional restoration.

The case records in a series of 737 septic middle ear operations between January and October 1979, at the Otolaryngology Department of the Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, were analyzed to find the incidence of otological complications, and their management. We found a 2.3 % incidence of labyrinthine fistulae and a 0.27 % incidence of peripheral facial paralysis. The treat-

ment methods used in each case are discussed.

INTRODUCCION

Actualmente la frecuencia de las complicaciones de la otitis media crónica, es baja, pese a que la infección del oído medio es un padecimiento común.

Son muchos los factores que han producido esta disminución de la frecuencia y entre los más importantes se deben mencionar: el descubrimiento de los antibióticos, el refinamiento de las técnicas microquirúrgicas y la constante mejoría de los programas de residencia en Otorrinolaringología.

Las complicaciones de la infección crónica del oído medio, pueden clasificarse en otológicas y/o intracraneales (Tabla 1), siendo hoy en día la fístula laberíntica y la parálisis facial periférica las más frecuentes. Ambas pueden ser manejadas mediante microcirugía, pudiéndose obtener de un 90 a 100 % de restauración funcional, en tanto que las complicaciones intracraneales continúan siendo fatales casi siempre.

Fístula laberíntica. Frecuencia. Las publicaciones de la literatura internacional, van desde un 3.6 % en la serie de T. Palva¹, hasta un 9 % en la serie de Sheehy². En nuestro estudio encontramos un 2.3 % de incidencia.

Fisiopatología. La erosión ósea con exposición del laberinto guarda una estrecha relación con la infección crónica del epitelio columnar bajo (no ciliado) que reviste el ático y las celdillas mastoideas³, cuya agresividad y extensión difusa la hacen más difícil que las lesiones colesteatomatosas^{4,5}.

La erosión ósea causada por colesteatoma, puede ser explicada como resultado de la presión del mismo, con producción de isquemia y necrosis ósea. En presencia de tejido granulomatoso, la erosión ósea puede ser resultado de una acción enzimática lítica derivada del tejido infectado⁶.

Cualquiera que sea el mecanismo osteolítico, el resultado es el mismo: la exposición del laberinto generalmente a la altura del

TABLA I

COMPLICACIONES DE OTITIS MEDIA CRONICA	
OTOLOGICAS BAJA MORBI-MORTALIDAD	INTRACRANEALES ALTA MORBI-MORTALIDAD
Parálisis facial periférica	Absceso { extradural subdural cerebral
Fístula laberíntica	Meningitis
Laberintitis serosa	Tromboflebitis seno lateral
Laberintitis supurativa	Hidrocefalia óptica
Petrositis	

* Recibido el 10 de marzo 80. Aceptado el 27 de abril 80.
 ** Residente de 2o. año, Ser. ORL, Hosp. Gral. Centro Med. La Raza, IMSS.
 *** Residente de 1er. año del mismo Servicio.
 **** Médico externo del mismo Servicio.
 ***** Jefe del mismo Servicio.



Fig. 1. Fístula laberíntica (de promontorio), observada a través del conducto auditivo externo, mediante microscopio quirúrgico otológico, (10X).



Fig. 2. Acercamiento del vestíbulo observado en una radiografía simple en posición de Stenvers, en la que se observa amputación del conducto semicircular horizontal. Conducto semicircular superior y vestíbulo, normales.

conducto semicircular externo y menos frecuentemente a la altura del promontorio o de los otros conductos semicirculares con escape de perilinfa⁷.

Diagnóstico. Puede ser realizado en presencia de todos o algunos de los siguientes parámetros:

- Otitis media crónica, con otorrea de más de 10 años de evolución e hipoacusia de diversos grados, generalmente mixta.
- Vértigo generalmente asociado a movimientos de la cabeza y acompañado de síntomas neurovegetativos que lleguen al vómito, así como de nistagmo postural, hacia el oído infectado si es de tipo irritativo y en presencia de buena reserva laberíntica o hacia el lado contrario en presencia de un laberinto muerto.
- Signo de la fístula positivo, producido ya sea al aspirar

(nistagmo hacia el oído sano), o al introducir presión positiva en el oído medio (nistagmo hacia el oído enfermo), pudiéndose presentar náusea y vómito (Síndrome de la fístula)⁸.

- Ocasionalmente es posible ver a través de la exploración microscópica en el consultorio, especialmente en presencia de grandes destrucciones de la membrana timpánica y de la cadena o oscular, retracciones de la mucosa, debidas a fístulas laberínticas (fig. 1).
- Evidencia radiológica de erosión o amputación de alguno de los conductos semicirculares (fig. 2), o inclusive del promontorio, en las placas simples de mastoides en posición de Stenvers o en cortes tomográficos (Tabla II).

Tratamiento. El primer paso debe ser la detección de la dehiscencia ósea por medio de palpación roma, aunque en ocasiones debido a las características de las lesiones y a lo pequeño de la fístula, ésta no es detectable antes de iniciar la erradicación del proceso infeccioso, pero si ésta se detectó, se erradicarán primero las lesiones circundantes, ya sea mediante la conservación de la pared posterior del conducto auditivo externo o por medio de una técnica de cavidad abierta, de acuerdo con los hallazgos operatorios.

El segundo paso, debe ser el manejo de la fístula misma y es aquí en donde hay muchas opiniones, que han dado lugar a las siguientes preguntas.

¿Se deben dejar las lesiones que cubren la fístula, o se deben eliminar?

¿Si se decide eliminar las alteraciones que cubren la fístula, se deben eliminar en la primera operación o en una operación posterior?

¿Cuál es el mejor tejido para cubrir la fístula, si se decidió retirar las alteraciones que la obliteraban?

Para poder analizar adecuadamente la respuesta a cada una de esas preguntas, debemos subrayar, que cuando se expone el laberinto, hay de un 8 a un 13% de posibilidades de obtener un oído muerto postquirúrgico, especialmente cuando se está operando en un oído supurativo; por otro lado, si se decide dejar la patología sobre la fístula, se corre el riesgo de que el paciente no vuelva a acudir a control postoperatorio, estando en peligro de tener complicaciones inclusive fatales.

La premisa mencionada, ha dado lugar a diferentes conductas:

Palva¹ limpia quirúrgicamente la fístula en todos los casos.

Gacek¹⁰ recomienda eliminar las lesiones que están sobre pequeñas fístulas del canal semicircular horizontal, pero si ésta es extensa o muy adherente a la dehiscencia, o si está confinada al promontorio, entonces deja la patología sobre la fístula.

Smyth¹¹ realiza el tratamiento quirúrgico por estadios: en el primer tiempo preserva la patología sobre la fístula mediante una técnica de conservación de la pared posterior del conducto auditivo externo y en una segunda opera-

TABLA II

COMPLICACIONES DE OTITIS MEDIA CRONICA	
FISTULA LABERINTICA DIAGNOSTICO	
1.-	Otitis media crónica.
2.-	Vértigo periférico.
3.-	Signo o síndrome de la fístula.
4.-	Retracciones de mucosa del oído medio.
5.-	Erosión o amputación de canal semicircular lateral o promontorio en placas simples de mastoides en posición de Stenvers o en tomografía.

TABLA III

COMPLICACIONES DE OTITIS MEDIA CRONICA	
PARALISIS FACIAL PERIFERICA DIAGNOSTICO	
1.-	Otitis media crónica.
2.-	Paresia facial periférica ipsilateral.
3.-	Pólipo de conducto auditivo externo, obstructivo.
4.-	Diagnóstico topográfico.
5.-	Diagnóstico funcional.

ción, retira la patología de la dehiscencia ósea, pero si ésta es muy extensa, entonces deja la patología *in situ* y exterioriza la cavidad de oído medio mediante una técnica abierta.

Sheehy² y Brackmann y Sheehy¹² afirman que: "el procedimiento a realizar dependerá del estado del oído opuesto, de la extensión de la fístula, de la función sensorineural del oído sobre el que está operando y del tamaño de la mastoides". En la mayoría de los casos ellos procuran realizar el tratamiento por estadios. En presencia de un oído único sobre el que se está operando, ellos realizarán una mastoidectomía tipo Bondy, dejando la patología sobre la fístula para control postquirúrgico cuidadoso.

Una vez que se han eliminado las alteraciones que cubren la fístula, ésta puede ser obliterada con piel¹³, músculo¹⁴, aponeurosis temporal^{2, 12} o astillas óseas y aponeurosis temporal¹⁰.

Parálisis Facial Periférica.

Frecuencia. En los últimos 10 años, ha habido una importante disminución en la frecuencia de esta complicación, pues mientras Cawthorne¹⁵ en 1969, informó de una frecuencia de 5 %, publicaciones recientes, Soda y cols.¹⁶ hablan de menos del 0.2 %. En nuestro presente estudio, encontramos un 0.27 %.

Fisiopatología. El proceso inflamatorio puede alcanzar el conducto de Falopio a través de las siguientes rutas, solas o en combinación:

- Dehiscencias óseas congénitas del conducto de Falopio
- Orificios naturales del con-

ducto de Falopio para la salida de la cuerda del tímpano y del nervio del músculo del estribo¹⁸.

- Conexiones vasculares normales entre el conducto de Falopio y las celdillas mastoideas¹⁹.

El mecanismo intrínseco de la parálisis, es una neuritis aguda²⁰, representada por hiperemia, infiltración celular, trombosis venosas y hemorragias, con producción de edema inflamatoria del nervio, con isquemia subsecuente dentro del conducto de Falopio. Otro posible mecanismo de producción de parálisis facial periférica otógena, sería la compresión directa del nervio en un sitio dehisciente o lítico del conducto de Falopio, por un proceso coles-teatomatoso o granulomatoso, con isquemia y edema subsecuentes.

Diagnóstico. (Tabla III) Puede ser realizado en presencia de todos o algunos de los siguientes datos:

- Infección crónica del oído medio, sin relación con el tiempo de evolución, asociada con diversos grados de hipoacusia.
- Paresia facial ipsilateral, que incluye el área frontal, de evolución lentamente progresiva.
- En todos nuestros casos, había un pólipo gigante proveniente de oído medio que protruía a través del conducto auditivo externo, obstruyéndolo completamente (fig. 3).
- El diagnóstico topográfico mediante la prueba de lagri-



Fig. 3. Pólipo obstructivo del conducto auditivo externo, observado con microscopio quirúrgico otológico, (10X).

mación²¹, del reflejo estapedial²², de la electrogustometría²³, o de la secreción de las glándulas salivales submaxilares²⁴, son de vital importancia cuando se está evaluando la parálisis facial secundaria a fracturas de hueso temporal^{25, 26}, secundaria a procesos tumorales intrínsecos de oído²⁷ o extrínsecos²⁸, o la de tipo Bell²⁹ o la que es debida al síndrome de Ramsey Hunt³⁰.

Sin embargo, cuando el proceso es secundario a una otitis media crónica, las alteraciones anatómicas debidas al proceso infeccioso, tales como la perforación de la membrana timpánica, la lisis de los huecillos o de la cuerda del tímpano, invalidarán el diagnóstico topográfico por abajo del ganglio geniculado.

Antolí Candela Jr.²⁰ ha demostrado que el sitio más común de involucreo del nervio facial secundario a un proceso infeccioso, es la porción timpánica o la porción piramidal.

- Las pruebas pronósticas, como son la prueba de la excitabilidad nerviosa³¹, la electromiografía³² y/o la electroneuronografía³³, tienen que ser analizadas en la misma forma que las pruebas para el topodiagnóstico, es decir, mientras que son de necesidad básica en las patologías antes mencionadas, para valorar el estado funcional del



Fig. 4. Con gancho romo, se están retirando los fragmentos de pared superior del acueducto de Falopio, para exponer el nervio facial, en el lado izquierdo. Vista a través de microscopio quirúrgico otológico (16X).



Fig. 5. Nervio facial parcialmente expuesto en el acueducto de Falopio, desde el ganglio geniculado hasta el agujero estilomastoideo, en el lado izquierdo. Microfotografía. (16X).



Fig. 6. Nervio facial totalmente descubierto, desde el ganglio geniculado hasta el agujero estilomastoideo. Nótese la cabeza del estribo, señalada con una pica. Microfotografía (16X).



Fig. 7. Se procede a incidir el epineuro del nervio facial, en sentido vertical para evitar la arteria estilomastoidea. Microfotografía (16X).

nervio³⁴, así como parálisis faciales periféricas tardías secundarias a fractura de cráneo, o en aquellas otras secundarias a proceso infeccioso agudo de oído medio, y por lo tanto de importancia en la decisión del momento óptimo para realizar un tratamiento quirúrgico, cuando estamos en presencia de una parálisis facial periférica secundaria a un proceso infeccioso crónico de oído medio, no son necesarias las pruebas pronósticas, ya que existe un acuerdo general en el sentido de que debe de realizarse una descompresión quirúrgica inmediata.

Tratamiento. Primariamente, se erradica la patología infecciosa ya sea a través de una técnica de conservación de la pared posterior del conducto auditivo externo, o más frecuentemente a través de una técnica de cavidad abierta y posteriormente se realizará la descompresión quirúrgica del nervio facial.

Existen diversas técnicas para descomprimir quirúrgicamente el nervio, que varían de acuerdo con la etiología de la parálisis y con la experiencia de los autores: a través de una timpanotomía posterior^{16, 35} a través de mastoidectomía radical³⁵ o a través de fosa craneana media³⁶, cuando la etiología de la parálisis es un proceso crónico del oído medio de tipo infeccioso, como ya se mencionó anteriormente. La vía de descompresión quirúrgica será a través de una mastoidectomía radical en la mayoría de los casos, debiéndose puntualizar que el fresado del muro del facial, para rebajarlo al máximo posible, debe realizarse mediante el uso de microscopio otológico, fresas de diamante, continua irrigación-succión y siempre en sentido paralelo al nervio, habiendo tomado como guías anatómicas la fosa del yunque, el conducto semicircular horizontal y la cisura digás-

trica. Una vez que por transparencia se observa el nervio facial y se ha fracturado su cubierta ósea, ésta se retira cuidadosamente con instrumento angulado romo, hasta exponer el nervio desde el ganglio geniculado, hasta el agujero estilomastoideo; finalmente se incide el epineuro en toda la extensión del nervio descubierta, en forma vertical, para evitar la arteria estilomastoidea³⁷. Si el nervio conserva suficiente viabilidad, al incidir el epineuro aumentará su diámetro al doble o más, lo que significa un buen pronóstico funcional (fig. 4, 5, 6, 7).

La operación se termina cubriendo el nervio con gelfoam humedecido en dexametasona o algún otro corticoide³⁵, para prevenir el crecimiento de tejido conectivo dentro del nervio, que eventualmente reemplazaría al tejido nervioso³⁸, debiéndose tener sumo cuidado en no traumatizar el nervio, en ninguna de las maniobras mencionadas, pues el más mínimo traumatismo puede dar lugar a la formación de neuromas traumáticos³⁹.

MATERIAL Y METODO

Los expedientes quirúrgicos de una serie de 737 operaciones de oído séptico, realizadas en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital General del Centro Médico La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de enero a octubre de 1979, fueron analizados, para detectar la frecuencia de las complicaciones otógenas más frecuentes: la fístula laberíntica y la parálisis facial periférica, analizando al mismo tiempo su manejo quirúrgico.

RESULTADOS

(TABLAS IV y V)

Se realizaron 616 operaciones de tipo funcional (83.3 %), ya sea en forma primaria o en estadíos, en contraposición con 108 operaciones con técnica de cavi-

dad abierta (14.6 %), encaminadas exclusivamente a la erradicación de la infección.

En las 737 operaciones de oído séptico efectuadas, se encontraron 17 fístulas laberínticas (2.3 %), de las que 13 estaban confinadas al conducto semicircular horizontal (76.4 %) y 4 estaban situadas en el promontorio (23.5 %).

Las fístulas del conducto semicircular horizontal, fueron manejadas eliminando las lesiones que las cubrían, en la primera operación y usando aponeurosis temporal para la obliteración.

Las fístulas que involucraban el promontorio, fueron manejadas con la eliminación de las lesiones en la primera operación y su obliteración con músculo, a excepción de un caso, en el que se trataba de oído único y la fístula del promontorio era extensa, que fue manejado dejando la patología *in situ*, mediante una técnica de cavidad abierta, estando el paciente bajo control periódico estricto.

En nuestra serie de cirugía de oído séptico, solamente se realizaron dos descompresiones quirúrgicas del nervio facial, mediante mastoidectomía con técnica abierta, correspondiendo a una incidencia de 0.27 %, descomprimiendo el nervio desde el ganglio geniculado hasta el agujero estilomastoideo, (figs. 4, 5 y 6 y 7).

En los casos de fístula laberíntica y/o de promontorio, el vértigo pre-operatorio (si estaba presente), desapareció pocas semanas después de la operación, logrando que el 100 % de nuestros pacientes se reintegraran a sus actividades normales.

En nuestros dos casos de parálisis facial periférica de origen otógeno, se restauró la función perdida en un 90 % más en el periodo post-operatorio tardío (70. día postoperatorio, figs. 8 y 9). Ambos casos estaban asociados a fístula laberíntica y a pólipo obstructivo de conducto auditivo

TABLA IV

CIRUGIA OIDO SEPTICO ENERO A OCTUBRE, 1979. ORL. CMR. IMSS.			
CIRUGIA FUNCIONAL PRIMARIA		CIRUGIA FUNCIONAL ESTADIOS	
Timpanoplastía	279 (37.8 %)	Mast. modificada	97 (13.1 %)
Timp/mastoidectomía	198 (26.8 %)	Mast. radical mod.	42 (5.6 %)
Total:	477 (64.6 %)	Total:	139 (18.7 %)
Cirugía radical (técnica de cavidad abierta)		108 (14.6 %)	

externo procedente de caja timpánica.

COMENTARIO

El paso de mayor importancia en el diagnóstico temprano de las complicaciones más frecuentes de la otitis media crónica, es su

TABLA V

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES MAS FRECUENTES			
Fístula laberíntica	17	2.3	%
Canal semicircular lateral	13	76.4	%
Promontorio	4	23.5	%
Parálisis facial periférica	2	0.27	%



Fig. 8. Fotografía preoperatoria de un paciente con parálisis facial periférica izquierda, otógena.

sospecha, lo que nos obligará a un estudio más sistematizado y racional de nuestros pacientes.

En el servicio de Otorrinología del Hospital General del Centro Médico La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social, la incidencia de las complicaciones más frecuentes de la infección crónica del oído medio es baja: la fístula laberíntica, que se presentó en el 2.3 % y la parálisis facial periférica que se presentó en el 0.27 %, en una serie

de 737 pacientes operados de oído séptico.

El tratamiento de la parálisis facial periférica otógena, siempre que las condiciones del paciente lo permitan debe ser, la descompresión quirúrgica del nervio facial, ya sea con técnica de conservación de la pared posterior del conducto auditivo externo y timpanotomía posterior, o con técnica de cavidad abierta, de acuerdo con las lesiones que se encuentren e independiente-

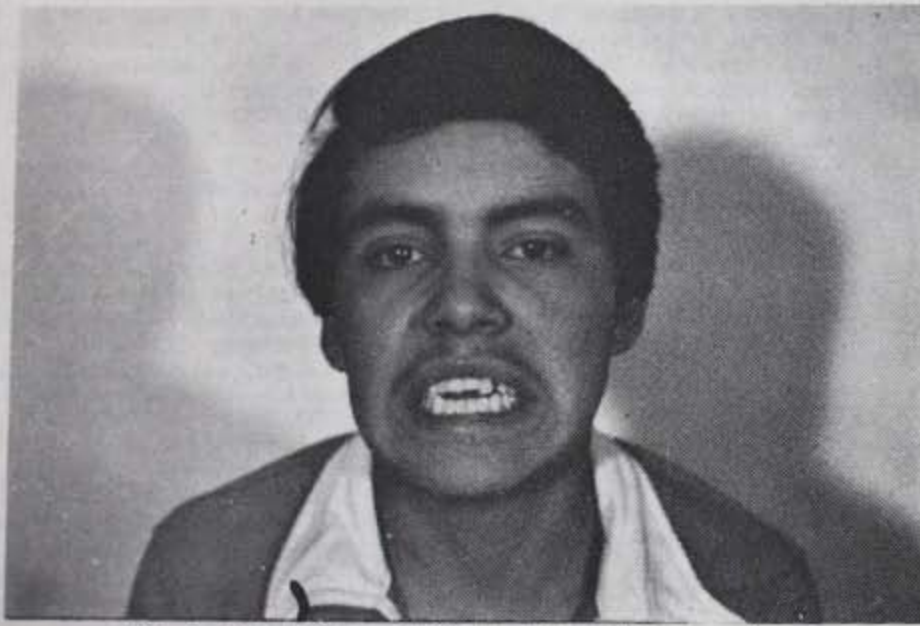


Fig. 9. Fotografía en el séptimo día postdescompresión quirúrgica del nervio facial del mismo paciente.

mente del resultado de las pruebas funcionales pre-operatorias.

Debido a la baja cultura médica de la mayoría de nuestros pacientes institucionales, un gran porcentaje de ellos dejará de acudir a control postoperatorio, tan pronto como tengan un oído seco, independientemente del daño otológico funcional, por lo tanto, nosotros preferimos retirar la patología que cubre la fístula laberíntica en la primera operación, habiendo advertido previamente al paciente que puede producirse un 8 a un 13 % de anacusias postoperatorias, pero no podemos arriesgarnos a enfrentar complicaciones mayores al dejar la patología *in situ*, en un paciente que probablemente no acudirá adecuadamente a su control postoperatorio, o que inclusive no volverá a tener una valoración otológica especializada.

Nosotros usamos la aponeurosis temporal cuando la fístula es menor de 4 mm. de diámetro y está limitada al conducto semicircular horizontal o a algún otro, pero en forma única, o músculo cuando la fístula es más extensa o está en promontorio.

En todos los casos las oblitera-

ciones nos han dado excelentes resultados. En ninguno de nuestros pacientes hubo necesidad de realizar laberintectomía.

El tratamiento de la fístula laberíntica, secundaria a infección crónica del oído medio, no puede ser generalizado; numerosos factores deben de entrar en juicio antes de tomar una decisión:

- a) El paciente acudirá o no a control postoperatorio periódico.
- b) El fin que perseguimos con el tratamiento otológico quirúrgico: la restauración funcional, o sólo la erradicación de la infección o ambos.
- c) El estado funcional del oído opuesto.
- d) La reserva coclear y vestibular del oído que estamos operando.
- e) El tipo de infección: coles-teatoma o tejido difuso de granulación.
- f) El tamaño y la localización de la fístula.

Por sobre todo, se debe enfatizar que para obtener los mejores resultados posibles, se debe valorar cada caso en particular.

Resumen.— El descubrimiento de los antibióticos, el refinamien-

to de las técnicas microquirúrgicas otológicas y la mejoría constante en los programas de residencia en Otorrinolaringología, han disminuído importantemente la frecuencia de las complicaciones de la infección crónica del oído medio.

Clásicamente podemos dividir dichas complicaciones en intracraneales y otológicas, siendo potencialmente poco frecuentes.

Dentro de las complicaciones otológicas, las más comunes son la fístula laberíntica y la parálisis facial periférica. Su diagnóstico temprano y manejo quirúrgico correcto, producirán un 90 a 100 % de recuperación funcional.

Se revisaron los expedientes quirúrgicos en una serie de 737 operaciones de oído séptico, realizadas de enero a octubre de 1979, en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, analizando la incidencia de las complicaciones otológicas y su manejo.

REFERENCIAS

1. *Palva Tauno, Juhani Kärjä, and Palva, A.*: Opening of the Labyrinth during chronic ear surgery. *Arch. Otolaryng* 93: 75-78, 1971.
2. *Sheehy, J. L. and Brackmann, D. E.*: Cholesteatoma Surgery: Management of the Labyrinthine Fistula. A report of 97 cases. *Laryngoscope* 89: 78-79, 1979.
3. *Mawson, S. R.*: Diseases of the Ear. *Edward Arnold (Eds) London* 1963.
4. *Soda, M. A., Rodríguez, A. A., Valenzuela, E. G. y Hernández, G. M.*: Resultados a corto plazo de la timpanotomía posterior. *Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología* 1: 69-85 1975.
5. *Soda M. A.*: Correlación clínica y anatomopatológica de la infección otomastoidea. *Rev. Médica del Hospital General de México* 36: 381-398, 1973.
6. *Sadé, J. and Halery, A.*: Etiology of bone destruction in Chronic Otitis Media. *J. Laryngol. Otol.* 83: 139-143, 1974.
7. *Alford, B. R.*: Complications of suppurative Otitis Media and Otomastoiditis. *Otolaryngology*.

- Paparella and Shumrick (Eds.) Saunders Co. Philadelphia P. Vol. 2: 153-160, 1973.
8. Kohut, R. I.; Waldorf, R. A.; Haenel, J. L. and Thompson, J. N.: Minute perilymph fistulas: vertigo and Hennebert's sign without hearing loss. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 88: 153-159, 1979.
 9. Valvassori, G. E.: Laminography of the Ear, pathologic conditions. *Am. J. of Roentgen* 89: 1168, 1963.
 10. Gacek, R. R.: Surgical Management of Labyrinthine fistula in chronic Otitis Media with cholesteatoma. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. Suppl.* 10, Vol. 83: 1974.
 11. Law, K. P.; Smyth, G. D. and Kerr, A. G.: Fistula of the Labyrinth treated by staged combined approach tympanoplasty. *J. Laryngol. Otol.* 89: 471-478, 1975.
 12. Sheehy, J. L.: Surgery of Chronic Otitis Media. Otolaryngology Harper & Row Publishers Inc. Marynoland, Vol. 11 Chapter 10 1972.
 13. Echel, W.: Beiträge zum Problem der Labyrinthfistulen. *H N O*, 8: 1-11, 1959.
 14. Palva, T.: Middle Ear Surgery in Northern Europe. *Arch. Otolaryng.* 78: 363-370, 1963.
 15. Cawthorne T.: Intratemporal Facial Palsy. *Arch. Otolaryng.* 90: 789, 1969.
 16. Soda M. A., Hernández G. M., Yáñez N. F.: Descompresión del Nervio Facial. Análisis de 25 casos. *Anales Soc. Mex. Otorrinolaringol.* 24: 107-111, 1979.
 17. Kettel, K.: Peripheral Facial Palsy. Pathology and Surgery. Charles C. Thomas (Eds). Springfield, Illinois, pp 91-113-142-149-175-181-199. 1959.
 18. Tschiasny, K.: Is Facial Palsy, when complicating cases of acute otitis media indication for immediate mastoid operation? *Cincinnati J. Med.* 25: 262, 1944.
 19. Anson, B. J.; Donaldson, J. A.; Warpeha, R. L. and Reusink M. J.: The Facial Nerve Sheath and Blood Supply in relation to the surgery of decompression. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 79: 710, 1970.
 20. Candela, F. A. Jr. and Stewart, T. J.: The pathophysiology of otologic facial paralysis. *The Otolaryn. Clin of North Am.* 7: 323-325, 1974.
 21. Tschiasny, K.: Topognosis of Lesions of the Facial Nerve. *J. of the Int. Col. Surg.* 23: 381, 1955.
 22. Pulec, J. L.: Total decompression of the facial nerve. *Laryngoscope*, 76: 1015-1028, 1966.
 23. Pulec, J. L.; Urban, J. and House, W. F.: A new taste tester. *Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. (ORL)* 68: 890, 1964.
 24. Blatt, I. M.: Submaxillary Salivary Flow: a test of Chorda Tympani nerve function as a basis for surgical intervention in Bell's Palsy. A study of 61 patients. *Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. (ORL)* 66: 723-735, 1962.
 25. McHugh, H. E.: Facial Paralysis in birth injury and skull fractures. *Arch. Otolaryng.* 78: 443, 1963.
 26. Jonkees, L.: Facial Paralysis complicating skull trauma. *Arch. Otolaryng* 81: 518, 1965.
 27. Pulec, J. L.: Facial nerve Neuro-ma. *Laryngoscope*, 82: 1160-1176, 1972.
 28. Schuknecht, H. F.; Allam, A. F. Murakami, Y.: Pathology of secondary malignant tumors of the temporal bone. *Ann Otol. Rhinol. Laryngol.* 77: 4-22, 1968.
 29. Brackmann, D. E.: Bell's Palsy: incidence, etiology and results of medical treatment. *The Otolaryn Clin. of North Am.* 7: 357-367, 1974.
 30. Crabtree, J. A.: Herpes Zoster Oticus. *Laryngoscope*, 78: 1853, 1968.
 31. Campbell, E.; Hickey, R. P.; Nixon, K. H. and Richardson, A. T.: Value of nerve-excitability measurements in prognosis of Facial Palsy. *British Med. J.* 5296: 7-10, 1962.
 32. Granger, C. V.: Toward an earlier forecast of recovery in Bell's Palsy. *Arch. of Phys. Med. and Rheab.* 48: 273-278, 1967.
 33. Fisch, H.: Diagnostic Studies on Idiopathic Palsy. Proceedings of the Shambaugh Fifth International Workshop on Middle Ear Microsurgery and fluctuant hearing loss. Shambaugh Jr. and Shea J. (Eds). The Strode Publishers Inc. Huntsville. Alabama U. S. A. 219-224, 1977.
 34. Jonkees, L.: Surgery of the Facial Nerve. Proceedings of the Shambaugh Fifth International Workshop on Middle Ear Microsurgery and fluctuant hearing loss. Shambaugh Jr. (Eds). The Strode Publishers Inc. Huntsville, Alabama U. S. A. 219-224, 1977.
 35. Nasaki Yanagihara; Kiyofumi Gyo; Eiji Yumoto and Masahiko Tamaki: Transmastoid decompression of the facial nerve in Bell's Palsy. *Arch. Otolaryng.* 105: 530-534, 1979.
 36. Fisch, H.: Total Facial Nerve Decompression and Electroneurography. *Neurological Surgery of the Ear.* Herbert Silverstein and Horace Norrell (Eds.) Aesculapius Publishing Co. Birmingham, Alabama U. S. A. 21-31 1977. (Vol.1).
 37. Shambaugh, Jr.: Surgery of the Ear. Second Edition. W. B. Saunders Co. Philadelphia P. USA. 584-587, 1967.
 38. Janssen, F. P.: Over de postoperatieve facialis verlamming. Thesis Universiteit van Amsterdam Holland, 1963.
 39. Crabtree, J. A.: Facial Nerve Decompression. *Arch. Otolaryng.* 95: 395-399, 1972.

Amiloidosis laríngea*

(segunda parte: presentación de diez casos)

Dr. Pelai VILAR (*)

Summary.— As a sequence to the first part of this paper, already published, the clinical description of each ten cases studied by the author is given. The clinical variations of the disease are emphasized as well as the fact that this is the fifth largest series published.

Some new concepts about the amyloid substance are added and the complete list of references of all the published cases of primary amyloidosis of the larynx is also included.

JUSTIFICACION

La primera parte de esta comunicación fue leída en la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología el 15 de marzo de 1966 y posteriormente se presentó en el XXV Congreso Nacional de Otorrinolaringología (Puerto Vallarta, 1975).

Aunque fue aceptada para su publicación en nuestra revista, no llegó a publicarse, entre otras causas, por la larga etapa en que los Anales no se publicaron. Nosotros hemos seguido interesados en el tema de la amiloidosis primaria de la laringe, y al revisar el año pasado, una copia del trabajo original, consideramos que no había perdido actualidad en su as-

pecto clínico, pero que era de interés completarlo señalando los avances que se habían producido en la investigación de la patología del padecimiento.

En un principio pensamos refundir el material contenido en la "primera parte", con lo que exponemos en ésta otra, y hacer una puesta al día unificada, pero nos pareció tan preciso lo que expusimos hace 13 años, que preferimos publicarlo en la forma en que fue concebido.

En esta "segunda parte", además de incluir la casuística completa, pondremos al día algunos conceptos sobre amiloidosis y completaremos la revisión bibliográfica desde 1963 a la fecha.

Si bien los autores anteriores a 1963, sostenían que la amiloidosis primaria de la laringe era una rareza (Starck², Milliken³, Creston⁴) criterio que combatíamos en nuestras conclusiones, todavía Ryan⁵ en 1977 mantiene ese error, aunque ya en ese mismo año Barnes⁶ escribe "la laringe frecuentemente se halla afecta de amiloidosis".

Entre nosotros sólo se preocupan del problema Hollinger y Delgado⁷, pero los casos son anteriores a 1963 y pese a que se publicaron de nuevo en nuestros Anales, nadie se volvió a preocupar de la amiloidosis laríngea en nuestro país. Creemos que es necesario pensar en ella y buscarla sistemáticamente en las biopsias, pues el número de casos hallados por

nosotros en la clientela privada, indica que su frecuencia debe ser alta.

CASOS CLINICOS

La inclusión de pequeños resúmenes de las historias clínicas de los 10 casos de nuestra serie, así como la inclusión de los aspectos iconográficos de la laringe de los pacientes, tienen por objeto interesar a nuestros lectores en la *clínica* de esta afección mucho más frecuente de lo que se cree.

CASO I. W. L. M. 43 años profesor.

Presenta disfonía desde hace tres semanas. Fuma una cajetilla diaria.

Laringoscopia indirecta: formación tumoral roja sesil, sobre borde libre y cara superior de c. v. d. en la unión de los tercios anteriores (fig. 1).

Tres días después practicamos biopsia con laringoscopia de comisura bajo anestesia local (fig. 2). Obsérvese la diferencia de imágenes obtenidas con los dos tipos de laringoscopia. El resultado de la primera biopsia fue el de poliposis laríngea, pero una parte del informe dice: "El tejido conjuntivo contiene abundantes vasos sanguíneos y gruesos haces colágenos, en algunos cortes se ven en el pequeñas masas hialinas acidófilas".

15 días después de la biopsia, una laringoscopia muestra la imagen de la fig. 3, en la que aparece en la zona biopsiada y por debajo de la c. v. d. una masa alargada de coloración azulada que en aquel entonces nos sugirió la posibilidad de una amiloidosis. Propusimos nueva biopsia, a lo que se opuso el paciente, el cual no hemos vuelto a ver.

* Véase la primera parte de esta comunicación en Anal. Soc. Mex. ORL 24: 73-74, 1979.

(*) Clínica Londres, Durango 33, México, 7, D. F.

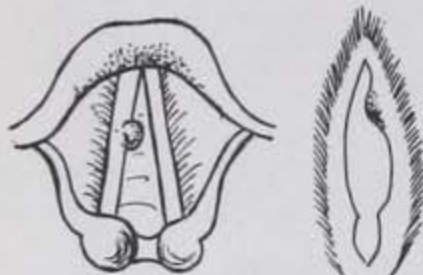


Fig. 1. Caso I

Fig. 2. Caso I

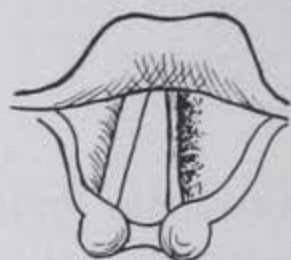


Fig. 5. Caso II



Fig. 3. Caso I

CASO II. P. C. R. 55 años, minero.
Desde hace un mes ha iniciado una disfonía que aumenta y disminuye, pero que no desaparece. Todas las exploraciones laringeas practicadas, mostraban lesiones de laringitis crónica banal, pero la practicada el 7 de marzo ofrece el aspecto que se aprecia en las figuras 4-A y 4-B.

La biopsia efectuada cuatro días después bajo anestesia local con laringoscopia de comisura, confirma el diagnóstico de amiloidosis. La voz mejoró inmediatamente y dos meses después era totalmente normal apreciándose la imagen laringoscópica que se muestra en la fig. 5.



Fig. 4-A Caso I



Fig. 4-B. Caso II

CASO III. J. B. H. 52 años, comerciante.

Desde hace tres meses presenta disfonía constante. Es fumador de una cajetilla diaria.

Ha sufrido una intubación anestésica de 3 horas. La imagen laringoscópica es la que se aprecia en la fig. 6. Se practicó biopsia por laringoscopia directa bajo anestesia general con el siguiente resultado: amiloidosis laringea en área de pólipo cornificado (fig. 6). A este paciente no lo hemos vuelto a ver.



Fig. 6. Caso III

CASO IV. J. CH. M. 43 años, agente viajero.

Disfonía desde hace dos años, permanente, con altibajos. Fuma una cajetilla diaria. No ha mejorado en los tres meses en que ha dejado de fumar.

Presenta una voz quebrada, que no es propiamente bitonal pero con variaciones constantes de un momento a otro durante la conversación.

Por laringoscopia vemos una tumoración redondeada, gris, sesil por debajo de la c. v. I., pero un nuevo exámen, vemos que la tumoración ha cambiado de posición, situándose de bajo de la comisura anterior y que tiene forma de pólipo azul grisáceo muy pediculado, lo que explica que los cambios de posición del pólipo causan las variaciones de la voz (figs. 7-A y 7-B).

Pocos días después, bajo anestesia general, practicamos biopsia escisional, comprobando que la tumoración se halla implantada en plena comisura y un

poco al lado de la D. Practicamos decorticación de la mucosa en toda la zona de implantación, obteniendo al despertar una voz normal, que se mantenía así dos meses después de operado.

Diagnóstico anatomopatológico: pólipo laríngeo, amiloidosis focal.



Fig. 7-A Caso IV



Fig. 7-B. Caso IV

CASO V. J. R. O. 53 años, Profesor normalista, Jefe de agentes de una compañía de seguros.

Habla apasionadamente durante 6 horas de clase diarias.

Afonía casi total desde hace 10 días pero larga historia de disfonías desde hace años.

Hace 13 años, le extirparon un pólipo de c. v. cuyo resultado biopsico fue de fibroma, al decir del paciente. Desde entonces no había vuelto a fumar, ni a presentar disfonía de importancia.

Laringoscopia indirecta: muestra una tumoración sesil del borde libre del tercio anterior de la c. v. D, que no invade la comisura y que es de coloración rosada, destacándose de una cuerda intensamente amarillenta (fig. 8).

Al día siguiente practicamos biopsia bajo anestesia general, que nos informó alteraciones de las cuerdas (infiltraciones en diversas partes de las mismas) y cuyo resultado fue el de amiloidosis en medio de un tejido con fuerte reacción inflamatoria.

Este paciente fue enviado a rehabilitación.

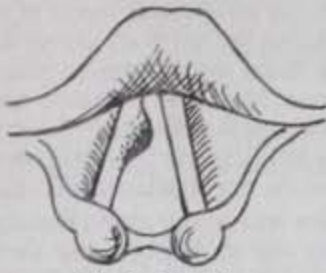


Fig. 8. Caso V

CASO VI. P. M. G. de 45 años. Comerciante vendedor y viajero.

Fumador mediano, presenta disfonía desde hace nueve meses, sin otras molestias más que comezón y ardor.

Por laringoscopia se aprecia una tumoración grisácea azulada que aparece por debajo de la comisura anterior y del tercio anterior de la c. v. D. (fig. 9).

Días después practicamos biopsia escisional con decorticación. El informe anatomopatológico confirma el diagnóstico presuntivo de amiloidosis.

Hemos podido seguir a este paciente durante dos años, al cabo de los que se mantiene la curación clínica.



Fig. 9. Caso VI

CASO VII. C. M. de R. de 49 años. Laborista del hogar.

Con disfonía escasa, se queja de múltiples parestesias laríngeas.

A la exploración hallamos una tumefacción difusa y lisa de color amarillento, que abarca casi los tres tercios de la c. v. D. (fig. 10).

Días después practicamos biopsia bajo anestesia general obteniendo el resultado de amiloidosis laríngea, que ya habíamos previsto.

Esta paciente mejoró bastante y pasó a rehabilitación.



Fig. 10. Caso VII

CASO VIII. A. A. de 46 años. Sexo masculino.

Fumador y persona que hace un uso inadecuado de la voz. Presenta una disfonía que dura desde hace meses.

Por laringoscopia indirecta apreciamos un fuerte engrosamiento del tercio medio de ambas c. v. que en la fonación montan una sobre otra. La coloración es azul-morado (fig. 11).

Después de un tratamiento conservador se logra la desaparición de la formación de la c. v. I, que era la más pequeña. Desaparecidos los signos inflamatorios, persiste más precisa la tumoración del LD y una biopsia escisional bajo laringoscopia directa, nos da como resultado: amiloidosis y cornificación del epitelio de la c. v. D.



Fig. 11. Caso VIII

CASO IX. L. V. de R. de 43 años sexo femenino.

Disfonía que data de 5 años, con variaciones. Fumadora y profesional de la voz.

Por laringoscopia indirecta presenta una tumoración rugosa sesil, sobre el borde libre y cara superior de la c. v. I. (fig. 12). La biopsia escisional nos da como resultado: pólipo con áreas de leucoplaquia y depósitos amiloides.



Fig. 12. Caso IX

CASO X. E. S. E. de 72 años, sexo femenino.

Viene acompañada del cancerólogo que la operó hace años, de carcinoma axilar de glándulas apocrinas. Desde hace unos meses presenta disfonía.

Al examen laringoscópico muestra una tumoración difusa de la banda ventricular D. con mucosa normal y

coloración amarillenta que nos sugirió el diagnóstico de amiloidosis (fig. 13).

La biopsia confirmó ese diagnóstico.



Fig. 13. Caso X

NUEVOS CONCEPTOS SOBRE AMILOIDOSIS

Remitimos al lector a la clasificación clínica de la amiloidosis en general, que proponíamos en la primera parte de este trabajo. Consideramos que sigue siendo válida y que para completarla, a los puntos A, B, C de que consta, añadiremos el D, que corresponderá a la forma de amiloidosis congénita, descrita por Muckle y Wells,⁸ forma que corresponde a un síndrome con urticaria, sordeza y amiloidosis, de tipo hereditario familiar.

Insistimos en que en este trabajo, sólo nos referimos a la forma A de nuestra clasificación, o sea "la amiloidosis primaria localizada de la laringe". Bueno será añadir, para evitar confusiones que "tumores amiloidosis de la laringe", "amiloidosis primaria localizada", "amiloidosis primaria de la laringe" son expresiones sinónimas que significan: depósitos amiloideos tumorales o infiltrativos en la laringe, sin manifestaciones de amiloidosis generalizada.

La aplicación del microscopio electrónico al estudio de la sustancia amiloide, así como otros estudios fisicoquímicos e inmunobiológicos, han traído a la luz nuevos conceptos, que si bien por ahora tienen poca importancia en su aplicación clínica, son los que en un próximo futuro, no sólo nos van a proporcionar

la compresión "total" de la etiología y la patogenia de la amiloidosis, sino la posibilidad de su tratamiento médico y, como veremos enseguida, hacer diagnósticos que eliminen la pseudoamiloidosis.

Vista al microscopio electrónico, se comprueba que la sustancia amiloide tiene una estructura físico-química fibrilar, que precisamente es la responsable de su dicroísmo (propiedad de ciertas sustancias, de cambiar de color según se las examine por reflexión o refracción) y también es responsable de la polarización al verde.

Estas propiedades son las que nos permiten diagnosticar con seguridad la amiloidosis, cuando los especímenes de biopsia son examinados mediante procedimientos electrónicos y establecer así el diagnóstico diferencial con los depósitos de pseudoamiloidosis.

Por otra parte, el análisis cristalográfico bajo Rayos X, ha demostrado que la sustancia amiloide está formada por dos partes iguales de proteína, cuyas cadenas de polipéptidos, están distribuidas en forma antiparalela formando una especie de banda beta plegada.

Busutil y cols. han podido confirmar la marcada elasticidad del material amiloide, mostrando que los aspectos ultraestructurales de las sustancia amiloide, podían aún hallarse en las piezas tratadas para ser estudiadas en el microscopio óptico, aún después de numerosas manipulaciones e inclusiones.

Los estudios más recientes mediante procedimientos físico-químicos a inmunoquímicos han demostrado que el continente proteico más importante de la sustancia amiloide, es una inmunoglobulina, o más estrictamente el segmento aminoterminal de una de las cadenas de polipéptidos, que constituyen la molécula del anticuerpo.

La importancia de lo que acabamos de citar consiste en que puede llevarnos a la comprensión de la patogénesis de la formación de los depósitos amiloideos.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Si bien es verdad que en la revisión de McAlpine y Fuller se recogen 273 casos de amiloidosis primaria, sólo 177 de ellos son verdaderamente laríngeos, por lo que las cifras que nosotros asentamos en la primera parte de este trabajo, están falseadas por haber tomado la cifra de 273 casos y no la de 177.

A ellos hay que añadir los 10 de nuestra comunicación, con lo que se obtiene la cifra de 187 casos publicados, de amiloidosis primaria de la laringe hasta 1963.

Una revisión posterior basada en la Excerpta Médica ORL y en dos "corridos" de dos computadoras diferentes, nos descubre otros 97 casos publicados desde 1964 hasta 1979, lo que eleva la cifra total a 284 casos en la literatura mundial disponible^{5, 6, 11} al 28

En las referencias, sólo vamos a citar los casos publicados desde 1963 en adelante, es decir, después de la revisión de McAlpine y Fuller.

En cuanto a las series con mayor número de casos son las siguientes: Ryan⁵ con 17 casos, Misra²⁴ con 14, Schreiner¹⁴ también con 14 casos, Triantafilidi¹⁷ con 11 y Vilar con 10.

Resumen.— Se justifica la publicación de esta segunda parte, por el hecho de que se sigue considerando la amiloidosis primaria de la laringe como una enfermedad rara.

Se publican las historias clínicas resumidas de los 10 casos estudiados por el autor en la "primera parte", para hacer hincapié en los aspectos clínicos y por ser la 5a. serie más numero-

sa de las publicadas hasta el momento en la literatura universal.

Se hace un puesta al día de algunos conceptos nuevos sobre la sustancia amiloide.

Se publica una bibliografía que pretende ser bastante completa, de los casos de amiloidosis primaria de la laringe que se han publicado desde 1963 hasta la fecha.

BIBLIOGRAFIA

1. Costero, I.: Tratado de Anatomía Patológica. Ed. Atlante. Tomo I, págs. 683 y sgs. México, 1946.
2. Stark, D. B.: Amyloid Tumors of the Larynx and Trachea. Med. Clins. North América, 43: 1145, 1950.
3. Milliken, J. A.: Primary Systemic Amyloidosis. Canad. M. A. J. 73: 458-462, 1955.
4. Creston, J. E.: Primary Amyloidosis of the Larynx. Arch. Otolaryng. 74: 556-561, 1961.
5. Ryan, R. E. Jr.; Pearson, B. W. y Weiland, L. H.: Laryngeal Amyloidosis Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. 84: 872-877, 1977.
6. Barnes, E. L. Jr. y Zafar, T.: Laryngeal amyloidosis. Clinicopathologic Study of seven cases. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 89: 856-863, 1977.
7. Holinger, P. H., Johnston, K. C. y Delgado, A.: Amyloid Tumors of the Larynx and Trachea. Arch. Otolaryng. 70: 555-561, 1959.
8. Muckle, T. J. y Wells, M.: Urticaria Deafness, and Amyloidosis: a new heredo-familial Syndrome. Quarterly Jour. Med. 31: 235-248, 1962.
9. Busutil, A.; More, I. A. R. y Glyn Jones, D.: Amyloid deposits in the trachea and esophagus. Ultrastructural confirmation. Laryngoscope, 86: 850-856, 1976.
10. McAlpine, J. C. y Fuller, A. P.: Localized laryngeal amyloidosis, a report of a case with a review of the literature. J. Laryng. 78: 296-314, 1964.
11. Fagen, A. P., Towers, R. P. y Cantwell, D. F.: Primary Amyloidosis of the Upper Air Passages. J. Irish Med. Ass. 54: 143-145, 1964.
12. Vieta, L. J. y Guraieb, S. R.: Laryngeal Involvement in Amyloidosis. Arch. Otolaryng. 79: 480-497, 1964.

13. *Shah, H. S. y Marthur, B. L.*: Localized Amyloidosis of the Larynx. A clinicopathologic study of 8 cases. *Indian J. Med. Sci.* 18: 648-654, 1964.
14. *Schreiner, L.*: Zur Pathogenese und Klinik des Amyloids im Kehlkopf. *M Schr. Ohrenheiek*, 98: 107-112, 1964.
15. *Mira, E. y Del negro.*: Indagini sulla composizione della sostanza amiloide in un caso di amiloidosi circoscritta della laringe. *Arch. Ital. Otol.* 1967. (Excerpta ORL).
16. *Szövérfy, L. y Nyéki, T.*: Tumor amiloideo primario de la laringe (texto en húngaro). *Ful-Orr-Gegegyog*, 14: 51-55, 1968. (Excerpta ORL)
17. *Triantafilidi, I. G. y Kaliteevsky, P. F.*: (Moscú) Localized amyloidosis of the Larynx. *Vestn. Oto-rino-laring.* 30: 76-81, 1968.
18. *Lippi, L. y Tomassetti, L.*: Considerazioni su di un caso di amiloidosi della laringe. *Clin. ORL Univ. de Firenze*, 1968. (Excerpta ORL)
19. *Eliachar, y Lichtig, C.* (Haifa): Local amyloid deposits of the Larynx. Electronmicroscopic studies of three cases. *Arch. Otolaryng.* 1970. (Excerpta ORL).
20. *Mootz, W. y Schondorf, J.*: Localisierte Amyloidose des Kehlkopfes. *Zeit. Laryng. Rhinol.* (Excerpta ORL).
21. *Schindel, J. y Ben Bassat, H.* (Tel Aviv.) *Annals Otol.* (Saint Louis Mo) Amyloid tumor of the Larynx. Case report with electronmicroscopic studies. 1972.
22. *Kubreja, H. K.; Jain, H. K.*: Amyloidosis of the epiglottis. *Indian J. Otolaryng.* 26: 27-29, 1974.
23. *Nigam, J. P. y Anand, C. S.*: Primary amyloidosis of larynx. *Indian J. Otolaryng.* 26: 30-32, 1974.
24. *Misra, S. C.; Shukla, G. K. y Dayal, D.*: Laryngeal Amyloidosis. *Indian J. Otolaryng.* 26: 22-26, 1974.
25. *Onsory, N. A.*: Kehlkopfamyloid. (Isolated amyloid of the larynx) *H. N. O. (Berlín)* 23: 162-164, 1975.
26. *Bonfils, R. E.; Marx, A. J. y Nealon, T. F. Jr.*: primary amyloidosis of the respiratory tract. *Ann. Thorac Surg.* 19: 313-318, 1975.
27. *Emani-Nouri, M.*: Amyloid tumor of the Larynx. *Laringol. Rhinol. Otol. Ihre Grenzgeb (Iran)*. 56: 996-998, 1977.
28. *Piquet, J. J.; Desaulty, A.; Ansart, G. y Decroix, G.*: Amylose laryngo-tracheale. traitement endoscopique. *J. Franç. Oto-rhinolaryng.* 27: 127-128, 1978.
29. *Eggston, A. y Wolff, D.*: Hystopathology of the Ear, Nose and Throat. *Williams & Wilkins Co.* Baltimore E. U. A. pgs. 265 y 893. 1947.
30. *Kilburn, K. H.*: Secondary Amyloidosis and Hepatic Failure in Hodgkin's Disease. *Am. Jour. of med.* 24: 654, 1958.
31. *Briggs, G. W.*: Amyloidosis. *Ann. Internal Med.* 55: 943-957, 1961
32. *Van Buchen, F. S. P.; Mandena, E. y Arends, A.*: Amyloidosis of the Heart. *Acta Médica Scand.* 171: 159-160, 1962.
33. *Revol, L.; Mounier-Kuhn, P. et allies.*: L'amyloïdose primitive de l'arbre tracheo-bronchique. *Rev. Lyon Med.* 1965.
34. *Prechtel, K. y Fateh, H.*: Patología General. La amiloidosis. *Münchener Mediz. Wochenss.* Edición española. 116: 109-114, 1974. México D. F.

Utilidad de la laringoestroboscopia en el diagnóstico y pronóstico de los padecimientos de las cuerdas vocales**

Dr. Rolando R. FUENTESBERAIN *

Summary.— The application and usefulness of laryngostroboscopy in the diagnosis and prognostic evaluation of laryngeal diseases is analyzed. Twenty two patients with laryngeal pathology were studied with this method, and in each case the frequency, amplitude and motion of the vocal cords was measured before and after treatment. These measurements are found useful to differentiate between organic and functional changes of the larynx and in evaluating the effectiveness of the treatment.

INTRODUCCION

La estroboscopia es el método que permite observar en reposo un objeto que se mueve regularmente, es decir el ojo percibe como un movimiento continuo una serie de imágenes interrumpidas.

La estroboscopia laríngea es un método diagnóstico clínico que permite observar la función de las cuerdas vocales estudiando en detalle sus características vibratorias: frecuencia, amplitud, forma y cierre glótico.

* Residente del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Central de Concentración Nacional Pemex, México D. F.

** Recibido el 24 nov. 1979. Aceptado para su publicación el 10 marzo de 1980. Trabajo de ingreso a la Soc. Mex. de ORL.

La literatura mundial sobre laringoestroboscopia laríngea en los últimos 20 años, es relativamente escasa, y la mayoría corresponde a autores europeos.

OBJETIVO

Se pretende demostrar la utilidad clínica de la laringoestroboscopia para el diagnóstico y pronóstico de los padecimientos de las cuerdas vocales, ya que es un procedimiento poco utilizado por el otorrinolaringólogo general.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron veintidos pacientes con afecciones de las cuerdas vocales, once del sexo masculino y once del femenino; tres casos en la primera década de la vida, cuatro en la segunda, cinco en la tercera, ocho en la cuarta, uno en la quinta y una en la séptima.

Para el estudio se usó un laringo-sincrono-estroboscopia marca Timcke modelo Ks 3, que consta de un micrófono aplicado al cuello del paciente, (que lleva a un analizador de frecuencias), una fuente de luz de gas xenón, una unidad de control electrónico y un pedal para variar la frecuencia de los destellos luminosos.

A todos los pacientes se les hizo historia clínica otorrinolaringológica completa, historia foniatría que incluyó el perfil general de la voz (intensidad, timbre, tono, tensión laríngea, alteración

neumofónica y velocidad), laringoscopia indirecta y estudio laringoestroboscópico, antes y después del tratamiento médico y/o quirúrgico y/o foniatría.

Los casos se siguieron durante seis meses. Para la tabulación de los datos, se empleó una forma de historia foniatría con los parámetros antes mencionados y se dibujó un esquema de la imagen laringoscópica indirecta, antes y después del tratamiento.

RESULTADOS

TABLA I

PROFESION	
Amas de casa	7
Obreros	7
Estudiantes	3
Maestros	3
Ingenieros	2

TABLA II

SINTOMAS LARINGEOS	
Disfonía	22 casos
Sensación cuerpo extraño	16 casos
Dolor	10 casos
Sequedad	9 casos
Ardor	8 casos
Secreciones laríngeas	5 casos
Prurito	3 casos
OTROS SINTOMAS	
Obstrucción nasal	3 casos
Rinorrea	2 casos
Descarga posterior	2 casos
Tos	2 casos

TABLA III

TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO	
Agudos	3 casos
Subagudos	4 casos
Crónicos	15 casos

TABLA IV

LOCALIZACION DE LAS LESIONES	
Cuerda vocal derecha	6 casos
Cuerda vocal izquierda	4 casos
Bilateral	12 casos

TABLA V

DIAGNOSTICOS ETIOLOGICOS	
Laringitis crónica hiperplástica	1
Cicatrices de nódulos (postquirúrgicas)	1
Laringitis crónica	3
Lesión yatrogénica	1
Carcinoma epidermoide	1
Nódulos	5
Papilomas	3
Parálisis unilateral	1
Granuloma postintubación	1
Atrofia de cuerdas	2
Úlcera de contacto	1
Laringopatía funcional	2

TRATAMIENTO

A todos los pacientes se les indicó fundamentalmente cuidados de la voz. Se les prescribieron diferentes tratamientos, en algunos casos combinándolos, tanto médicos como quirúrgicos y foniátricos (tabla VIII).

COMENTARIO

Para valorar los resultados obtenidos, se usaron las tablas de las variaciones normales de las vibraciones de las cuerdas vocales en ciclos por segundo, según la tesitura musical de cada sujeto. Dichas tablas nos indican que en un hombre adulto, la vibración de las cuerdas vocales se encuentra entre 90 y 200 c. p. s. y en la mujer adulta entre 180 y 290 c. p. s.

Respecto a la tesitura musical, se consideran como parámetros normales los siguientes registros:

Soprano	250 a 300 c. p. s.
Mezo-soprano	260 a 320 "
Contralto	190 a 250 "
Tenor	125 a 200 "
Barítono	120 a 180 "
Bajo	90 a 160 "

Todos los pacientes estudia-

TABLA VI

PERFIL GENERAL DE LA VOZ			
		PRETRATAMIENTO	POSTRATAMIENTO
Intensidad	Disminuída	17 casos	3 casos
	Normal	2 casos	18 casos
	Aumentada	3 casos	1 caso
Tono	Agudo	--	--
	Normal	--	18 casos
	Grave	22 casos	4 casos
Timbre	Cubierto	11 casos	17 casos
	Velado	3 casos	--
	Rasposo	8 casos	1 caso
	Blanco	--	--
	Normal	--	4 casos
Tensión	Disminuída	1 caso	--
	Normal	11 casos	18 casos
	Aumentada	10 casos	4 casos
Alteración neumofónica	Normal	7 casos	18 casos
	Aumentada	15 casos	4 casos
Velocidad	Disminuída	1 caso	--
	Normal	17 casos	22 casos
	Aumentada	4 casos	--

TABLA VII

LARINGOESTROBOSCOPIA							
		FRECUENCIA		AMPLITUD		MOVILIDAD	
		PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
CASO	1	100 c. p. s.	180 c. p. s.	Dism.	Dism.	NI.	NI.
	2	100	200	NI.	NI.	NI.	NI.
	3	180	210	Au.	NI.	NI.	NI.
	4	160	180	NI.	NI.	NI.	NI.
	5	140	180	NI.	NI.	NI.	NI.
	6	100	160	Dism.	NI.	Dism.	Dism.
	7	100	110	NI.	NI.	NI.	NI.
	8	170	185	Dism.	NI.	NI.	NI.
	9	140	160	Dism.	Dism.	NI.	NI.
	10	180	185	NI.	NI.	NI.	NI.
	11	100	120	NI.	NI.	NI.	NI.
	12	160	180	NI.	NI.	NI.	NI.
	13	160	180	NI.	NI.	NI.	NI.
	14	100	150	Dism.	Dism.	NI.	NI.
	15	110	160	Abol.	NI.	NI.	NI.
	16	140	140	Dism.	Dism.	Dism.	Dism.
	17	140	150	Dism.	NI.	NI.	NI.
	18	150	210	NI.	NI.	NI.	NI.
	19	125	150	NI.	NI.	NI.	NI.
	20	130	200	NI.	NI.	NI.	NI.
	21	150	150	Dism.	Dism.	NI.	NI.
	22	180	190	NI.	NI.	NI.	NI.

dos, pudieron encuadrarse en estos registros, observándose un aumento en la frecuencia de la vibración de las cuerdas vocales en veinte casos, la amplitud volvió a la normalidad en cinco casos en que estaba disminuída, en diecisiete era normal en cuanto a la

TABLA VIII

Medicamentos	Parametasona	3 casos (caso Nos. 5, 10 y 9)
	Cefalosporina	2 casos (casos Nos. 2 y 17)
	Estreptoquinasa	2 casos (casos Nos. 2 y 21)
	Total:	7 casos
Ejercicios fonoiátricos	Para corregir hiperquinesia	9 casos (casos Nos. 1, 3, 4, 9, 10, 11, 19, 20 y 22)
	Para corregir hipoquinesia	3 casos (casos Nos. 6, 16 y 18)
	Total:	12 casos
Cirugía	Decorticación	2 casos (casos Nos. 1 y 17)
	Extirpación	7 casos (casos Nos. 8, 9, 11, 12, 13, 14 y 15)
	Total:	9 casos
Fisioterapia: Corrientes farádicas y galvánicas:		1 caso (caso No. 20)
Reposo de la voz.		4 casos (casos Nos. 5, 15, 17 y 21)

movilidad, no se observaron variaciones después de los tratamientos instituidos.

Es importante consignar que nuestras observaciones coinciden con las de otros autores, así en el caso 7, en una enferma con antecedentes de carcinoma epidermoide de cuerda vocal derecha, durante la estroboscopia se observó abolición de la onda glótica en la cuerda vocal lesionada. Este signo fue descrito entre otros por Alberti, Damsté, Emolaev, Hass y Precechtl, quienes hacen notar la detención parcial o total de la vibración de las cuerdas vocales, cuando se ha desarrollado la queratosis fijando la cuerda vocal; anotan también un aumento en la frecuencia de vibración después de la decorticación y/o radioterapia, hecho que también se corroboró en nuestro estudio.

Por otro lado, hacen hincapié en la importancia de realizar este estudio en pacientes con lesiones precancerosas, remarcando la indicación para decorticar y tomar biopsia en aquellos casos con sospecha de malignidad. En el caso No. 1, en el que se diagnosticó laringitis crónica hiperplásica, se siguió este criterio. El estudio histopatológico indicaba sólo cambios por inflamación crónica.

En el único caso de parálisis de cuerda vocal estudiado en una anciana de 70 años (caso 16), hubo dificultad para observar por completo las cuerdas vocales, pues las bandas ventriculares hacían movimientos de compensa-

ción. Jacobi y colaboradores, informan de casos con esa dificultad, que atribuyen a una excesiva tirantez en las cuerdas vocales y flujo aéreo muy débil por enfisema.

En otros padecimientos laríngeos, el método es útil para diferenciar los cambios orgánicos de los funcionales. En el caso 21, diagnosticado como laringopatía funcional crónica, no se vieron cambios en las características vibratorias de las cuerdas vocales, (observación hecha por Cvejic y Spaljokovic). Por otra parte es obvio que si el método es útil en los padecimientos infiltrativos, lo será igualmente en los casos de tumoraciones benignas como pólipos, papilomas, granulomas postintubación etc.. En esos casos, la movilidad de los ligamentos de las cuerdas vocales estarán conservados lo mismo que la onda glótica, lo que permite diferenciarlos de lesiones infiltrantes malignas.

Esto se observó en los casos 8, 9, 10, 11, y 12 de nódulos, en el 17 de granuloma post-intubación y en el 20 de úlcera de contacto.

En cuanto a los pacientes con papiloma (casos 13, 14 y 15) se comprobó mejoría en la vibración de las cuerdas vocales. Heidelberg menciona haber observado más lesiones y menor aumento en las vibraciones vocales en los sometidos a extirpación quirúrgica, que en aquellos en los que se hizo tratamiento con ultrasonido. Bekbulatov, incluso

afirma que los resultados funcionales postoperatorios no son valorables por simple laringoscopia indirecta aconsejando la estroboscopia como método único de revisión final.

Saito y otros autores han adaptado un estroboscopia laríngeo al microscopio operatorio realizando con gran precisión todo tipo de intervenciones sobre las cuerdas vocales y valorando transoperatoriamente las características vibratorias.

Para finalizar sólo nos queda recalcar el hecho de que la laringoestroboscopia es un método de gran utilidad clínica que debe ser utilizado en todos los pacientes con alteraciones de la voz, ya que como se ha visto en este trabajo es de gran ayuda para el diagnóstico laringológico, pudiendo seguir la evolución durante el tratamiento ya sea médico-quirúrgico o fonoiátrico y nos orienta con mayor precisión hacia un mejor pronóstico de los padecimientos de las cuerdas vocales; esto puede ser de gran importancia en los padecimientos malignos incipientes, y sobre todo es útil para el estudio de los profesionales de la voz.

Resumen.— Se presenta un estudio clínico de 22 pacientes con diferentes afecciones de las cuerdas vocales, haciendo especial énfasis en la aplicación clínica que la laringoestroboscopia tiene para el diagnóstico y pronóstico de los diferentes padecimientos laríngeos. Se hace hincapié que esta prueba debe estar al alcance del otorrinolaringólogo general.

REFERENCIAS

1. Alberti, P.: The diagnostic role of laryngeal stroboscopy. *Otolaryngologic Clinics of North America*, Vol. II, No. 2 junio 1978.
2. Perelló, Dalmau y Suriá: Exploración Fonoaudiológica. Ed. Científico Médica.
3. Seidner, W. Wendler, J. and Haldbedi: G. Micro stroboscopy. *Folia Phoniatica* 24/2, 81-85, 1972.

4. *Timcke, R., Von Leden, H. and Moore, P.: Laryngeal Vibrations: Measurements of the Glottic Wave (Part I). Arch. Otolaryng 68: 1-9, 1957.*
5. *Timcke R., Von Leden, H. and*

Moore, P.: Laryngeal Vibrations; Measurements of the Glottic wave (Part II) Arch Otolaryng. 69: 438-444, Abril, 1959.

6. *Von Leden, H.: The electronic synchron stroboscope. Its value*

for the practicing Laryngologist. Laryngoscope. 71/12, 1961.

7. *Von Leden, H., Moore, P. and Timcke, R.: Laryngeal vibrations: Measurements of the glottic wave (Part III). Arch. Otolaryng. 71: 16-35, 1960.*

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

Resumen bibliográfico

STAPEDIUS REFLEX QUANTIFICATION IN ACOUSTIC TUMOR PATIENTS.

(Medición del reflejo estapedial en pacientes con tumor del acústico).

Mangham, C. A.; Lindeman, R. C. y Dawson, W. R. *The Laryngoscope*, 90: 242-250, 1980.

Los autores consideran que la responsabilidad en la detección temprana de los tumores del acústico ha aumentado, en función de los avances en su tratamiento quirúrgico.

Los medios audiológicos para su diagnóstico han sido poco satisfactorios, lo que origina que muchos pacientes sean sometidos a procedimientos agresivos como la mielografía, para descartar la presencia de un tumor acústico.

Ha sido demostrado con anterioridad, que la respuesta a potenciales evocados es mejor método para el diagnóstico de los tumores del acústico, que el umbral y la caída del reflejo estapedial; siendo ambas medidas audiofisiológicas, los autores consideraron en potencia a ambas pruebas con un valor diagnóstico semejante.

En un trabajo experimental en monos, los autores demostraron: que la amplitud, la latencia y la elevación del reflejo estapedial tiene mayor significado diagnóstico en la compresión del nervio auditivo que el umbral y la caída del reflejo, por lo que decidieron ampliar su investigación en un grupo de 21 pacientes (8 con tumor acústico corroborado y 13 sin tumor), con objeto de evaluar la sensibilidad de estas pruebas en la detección de los tumores del acústico.

Describen el método y sus resultados.

Concluyen que a todos los pacientes de este grupo se les hizo mielografía y TAC como parte de los estudios diagnósticos, lo que confirma la poca confianza que se tiene en los estudios

audiométricos y en el umbral y la caída del reflejo estapedial en el diagnóstico diferencial de los pacientes con sospecha de tumores del acústico.

En su estudio encontraron que el umbral del reflejo fue de utilidad diagnóstica en el 83 % de los pacientes con tumor, pero en forma incorrecta diagnosticó la presencia de tumor en el 88 % de los pacientes en los que se demostró por otros medios que no tenían tumor del acústico.

La caída del reflejo no es útil cuando se usan 10 db y su sensibilidad aumentaría si se mide usando 20 db.

El parámetro más útil en el diagnóstico diferencial de pacientes con sospecha de tener un tumor acústico fue la normalización de la amplitud del reflejo estapedial.

Aconsejan que la prueba del reflejo estapedial debe practicarse, en todos los pacientes en que se sospeche la presencia de un tumor del acústico. Debe medirse la caída del reflejo tanto en las frecuencias 0.5 y 1.0 kHz por que de esta manera se reduce la posibilidad de error; además deberá medirse, en más de una intensidad.

El estudio demostró que la caída patológica del reflejo desaparece en los pacientes sin tumor, al aumentar la intensidad.

Cuando la amplitud del reflejo es menor de 90 % en relación al oído sano, debe sospecharse la presencia de un tumor del acústico.

En vista de que las medidas de elevación y latencia varían según la técnica y el equipo usados, los valores observados en su estudio no son de aplicación general.

La alta sensibilidad de la amplitud, latencia y elevación del reflejo, son indicación para incluirlos en el estudio audiométrico de rutina, una vez que se cuenta con equipos que permiten su rápida determinación.

Las pruebas de caída y normalización del reflejo estapedial pueden hacerse con los impedanciómetros clínicos existentes.

La cuantificación del reflejo estape-

A Cargo del:
Dr. Rafael ANDRADE-GALLEGOS

dial tiene dos aplicaciones clínicas: 1. El aumento de la sensibilidad determinará la decisión de hacer mielografías o TAC en los pacientes con signos tempranos de compresión del VIII par y 2. Evitará el hacer estos estudios en los pacientes en que no sean estrictamente necesarios.

Concluimos que se trata de un estudio interesante en el que se demuestra que la cuantificación del reflejo estapedial, hace que aumente la utilidad diagnóstica de la prueba, pero que por el momento la falta de equipo adecuado a la clínica para hacerla en corto tiempo, limita su aplicación en la práctica diaria.

R. Andrade Gallegos

CEREBELLAR INFARCTION. A PRESENTATION OF VERTIGO.

(Vértigo como manifestación de infarto del cerebelo).

Rubenstein, R. L.; Norman, D. M.; Schindler, R. A. y Kaseff, L. *The Laryngoscope*, 90: 505-514, 1980.

Los autores consideran que entre los diagnósticos que deben de tomarse en cuenta en pacientes con vértigo súbito, está el infarto del cerebelo. Creen que en el pasado el diagnóstico de esta entidad clínica se hacía solo en aquellos casos de grandes infartos del cerebelo, en los cuales la tasa de mortalidad es muy alta (50 al 80 %) y en los que el diagnóstico se hacía muchas veces en los estudios postmortem, quedando el vértigo enmascarado por síntomas más llamativos.

En la actualidad, con el uso de la tomografía axial computada (TAC), es posible detectar pequeñas zonas de infarto del cerebelo, que no son demostrables por los medios radiológicos convencionales o con medio de contraste.

Presentan siete casos estudiados en el año de 1979, en los que el síntoma principal fue vértigo de aparición súbita, como el que se presenta en casos de laberintopatía periférica y en los que mediante la tomografía axial

computada, se llegó al diagnóstico de infarto mínimo del cerebelo.

Hacen un análisis de la fisiopatología en aquellos casos en los que hay alteración de la circulación vértebro-basilar, especialmente en las áreas irrigadas por las arterias cerebelosa antero-inferior y posteroinferior.

La oclusión de la arterioinferior puede producir además del vértigo, hipoacusia sensorineural y de acuerdo con la extensión de la zona afectada otros síntomas como ataxia, disartria, disfasia, síndrome de Horner, parestesia facial y visión borrosa.

La lesión de la posteroinferior, es la más frecuente en los cuadros de hemorragia o infarto del cerebelo y afecta a los núcleos vestibulares del bulbo, rara vez se acompaña de hipoacusia, pero afecta con frecuencia a los pares craneales inferiores.

Consideran el TAC como el método más efectivo para el diagnóstico de las lesiones vasculares del cerebelo, describen el aspecto físico de las lesiones con o sin medio de contraste en el TAC, tanto en el caso de hemorragia del cerebelo o de zona de infarto.

Han observado que el margen de error es de un 20 % en el TAC simple y de sólo un 5 % cuando se hace con medio de contraste.

De los siete casos estudiados por los autores, en uno se trató de hemorragia del cerebelo y en los otros de infarto no hemorrágico.

Presentan un análisis de los métodos clínicos y de gabinete usados para el diagnóstico, así como los síntomas, signos y causas predisponentes.

De este análisis concluyen que los síntomas más frecuentes son: vértigo, náusea, vómito y ataxia cerebelosa; respecto a las causas predisponentes, encuentran que la hipertensión, alteración de la curva de tolerancia a la glucosa y la hormonoterapia son las más comunes; y de los estudios especiales únicamente el TAC mostró ser de valor en el diagnóstico de estas lesiones.

Concluyen, que con la ayuda del TAC en la actualidad es posible detectar pequeños infartos del cerebelo como causa de vértigo de aparición súbita. Contrariamente a lo publicado, ellos observaron que los adultos jóvenes del sexo femenino están más pre-

dispuestos a este tipo de lesiones vasculares del cerebelo.

Los autores están convencidos que el TAC de la fosa posterior deberá incluirse en los estudios de gabinete de aquellos pacientes con vértigo agudo.

Consideramos de interés el artículo, pero debe tomarse con las reservas del caso, en función de la pequeña casuística presentada.

R. Andrade-Gallegos

BRAIN STEM AUDITORY EVOKED POTENTIALS IN DETERMINING SITE OF LESION OF BRAIN STEM GLIOMAS IN CHILDREN.

(Potenciales auditivos evocados del tallo central, en la localización de los gliomas del tallo cerebral en los niños).

Nodar, R. H.; Hahn, J. y Levine, H. L. The Laryngoscope, 90: 258-266, 1980

La prueba de los potenciales auditivos evocados del cerebro, es un nuevo método de diagnóstico en la evaluación electrofisiológica de la vía auditiva y que en la actualidad se usa para determinar el sitio de la lesión.

Los autores analizan: 1. El papel de la prueba en la determinación del sitio de la disfunción. 2. El criterio para evaluar la prueba. 3. Informan de siete niños con neoplasias cerebrales. 4. Correlacionan los resultados de la prueba con las observaciones quirúrgicas y tomográficas.

Para establecer un criterio en la evaluación de la prueba consideran siete parámetros: 1. Latencia de la onda, especialmente de la onda V en comparación con la media para sujetos normales a una intensidad de 65 db. 2. La latencia interna entre las ondas, en el mismo oído. 3. La latencia entre la onda V de un oído comparada con el otro. 4. Estabilidad de la respuesta a estímulos sucesivos. 5. La amplitud de la onda, es sospechosa de disfunción cuando está reducida en un 50 % en relación a la contralateral. 6. La forma de la onda. 7. La presencia o ausencia de una onda; tomando en cuenta que la onda I corresponde al VIII par, las ondas II y III al pedúnculo cerebeloso, IV y V al lemnisco lateral y al colículo inferior; las ondas VI y VII aún no se ha establecido qué valor diagnóstico tengan.

Los autores describen el método usado y los siete casos estudiados.

Concluyen que la prueba mostró ser efectiva en determinar el sitio de la lesión en todos los casos, en los cuales en seis fueron positivos cuatro o más de los siete parámetros estudiados y en un caso sólo lo fueron dos de ellos. Sin embargo consideran que con uno de los parámetros que fuera positivo, esto sería indicación para ampliar los estudios de la vía auditiva. La prueba de potenciales evocados es útil para determinar el sitio de la lesión, pero no la causa.

No obstante que está bien determinado que la prueba de potenciales auditivos evocados, es una más entre los métodos diagnósticos, esta técnica debe considerarse como un método seguro, exacto, de valor e inocuo en la evaluación de la vía auditiva y por lo tanto es indispensable entre los métodos diagnósticos para determinar el sitio de la lesión del VIII par craneal y de las alteraciones cerebrales.

R. Andrade-Gallegos

CLINICAL STATUS OF EVOKED RESPONSE AUDIOMETRY.

(Estado actual de la aplicación clínica de la audiometría por respuestas evocadas).

Vivion, C. M. The Laryngoscope, 90: 437-447, 1980

El autor hace una revisión del estado actual de las respuestas evocadas del tallo cerebral y su aplicación clínica.

Desde la pasada década, cuando se inicia el estudio de las respuestas evocadas del tallo cerebral a estímulos auditivos, los diferentes autores han estudiado sólo tres tipos de respuesta: la respuesta evocada del tallo cerebral, la respuesta y las respuestas de latencia media. Los tres tipos de respuesta se han analizados desde el punto de vista audiológico y el neurológico.

La aplicación audiológica de las respuestas evocadas del tallo cerebral, se inició en 1967 con Sohmer y Feinmesser. Actualmente se sabe que consisten en siete ondas vértex positivas, que aparecen durante los primeros 10 milisegundos posteriores al estímulo audi-

tivo y se aplican a la evaluación de la sensibilidad auditiva de los recién nacidos, lactantes, niños con malformaciones de oído externo, simuladores, sordomudos y retrasados mentales. También se usan criba de la audición en los niños. Recientemente se han empleado en estudios de las vías aérea y ósea, para comprobar los resultados de la audiometría conductual y para diferenciar las lesiones cocleares de las retrococleares.

Las aplicaciones neurológicas se describen en 1974 por los mismos autores y en la actualidad se utilizan para el diagnóstico topográfico de las lesiones del tallo cerebral, tales como tumores o lesiones estructurales.

R. Ramos-Alcocer

LARYNGEAL RHEUMATOID ARTRITIS.

(Artritis reumatoide de la laringe).

Bridger, M.; Jahn, A. y Van Nostrand, P. The Laryngoscope, 90: 296-303, 1980

Los autores presentan cinco casos de artritis reumatoide con participación laríngea, a quienes se les practicó estudio histopatológico postmórtem, con particular interés a las articulaciones cricotiroides y cricoaritenoides.

Los cinco casos mostraron cambios degenerativos en ambas articulaciones encontrando lesiones compatibles con sinovitis y proliferación sinovial características de la etapa aguda y destrucción articular con anquilosis en la etapa crónica. Cuatro de los casos presentaban granulomas reumatoides localizados en la región tirohioidea y post-

cricoidea muy similares a los nódulos que caracterizan a este padecimiento; la presencia de estas lesiones específicamente en estas zonas obedece a la frecuencia con que son expuestas a traumatismo en forma crónica.

Los autores mencionan que en la artritis reumatoide con participación laríngea en una fase aguda, los síntomas pueden estar ausentes o circunscribirse a disfonía por edema de la mucosa laríngea; en este momento las lesiones son reversibles, de ahí la utilidad del uso de esteroides en el momento oportuno. La etapa crónica requiere de una evaluación más minuciosa ya que el paciente suele estar asintomático en reposo aún con articulación cricoaritenoides fija; de acuerdo a la progresión hacia la cronicidad existe retracción del orificio glótico lo que con cualquier proceso inflamatorio agudo agregado puede poner en peligro la vida del paciente.

El interés del artículo estriba en que sus autores han dejado bien definidas las manifestaciones de la artritis reumatoide en la laringe, exponiendo una secuencia clínico-histopatológica de la evolución de la enfermedad y han expuesto los lineamientos terapéuticos a seguir.

M. Hernández-Palestina

ESTROGENS RECEPTORS IN NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMAS.

(Receptores de estrógenos en los fibromas nasofaríngeos).

Johns, M. y cols. The Laryngoscope 90: 628-634, 1980

Los autores presentan seis casos de angiofibroma juvenil, cuyo estudio tiene por objeto determinar la presencia de receptores estrogénicos en dichos tumores, buscando corroborar una teoría que explica la eficiencia de la estrogénoterapia en esos tumores. En ninguno de los seis casos los autores lograron demostrar que existieran receptores estrogénicos, pero en dos de los casos se observó franca disminución del tamaño y de la vascularización de los tumores sujetos a estrogénoterapia, pero al no hallar los susodichos receptores, concluyeron que el mecanismo de acción de debía a un efecto indirecto, que probablemente consiste en que el crecimiento del tumor depende del estímulo de la testosterona y al administrar estrógenos, se produce el efecto observado en los dos casos mencionados, con el resultado que en el acto quirúrgico, disminuye notablemente la pérdida sanguínea. Mediante gráficas, detallan los porcentajes de pérdidas hemáticas en un total de 24 pacientes, operados en los últimos 22 años, con y sin tratamiento estrogénico previo. Los resultados parecen apoyar el criterio expuesto.

Finalmente sugieren una clasificación de acuerdo con la extensión tumoral, que es la siguiente: T1, tumor confinado a nasofaringe y fosas nasales; T2, la misma extensión que la anterior con extensión a fosa ptérigomaxilar y a seno maxilar. T3, la misma extensión, pero con mayor invasión, que no debe ser intracraneana y T4, con invasión intracraneana.

A. Morales-Cadena

Actividades de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

Acta de la Sesión Ordinaria del día 4 de marzo de 1980.

Siendo las 21.00 hrs. y bajo la presidencia del Dr. Pelayo Vilar Puig, en el Salón Feria del Hotel Presidente Chapultepec, dió principio la Sesión con la asistencia de 98 personas.

Como primer punto de la orden del día se dió lectura al Acta de la Sesión anterior, la cual fue sometida a la consideración de la asamblea. Esta votó y el acta fue aprobada por unanimidad.

Como segundo punto se procedió a efectuar la Mesa Redonda de discusión coordinada titulada "Uso y abuso de medicamentos ototóxicos", coordinada por el Dr. Pedro Barruecos V., Presidente de la Sociedad Mexicana de Audiología y Foniatría y con la presencia de los Dres. Alfredo Espinosa Moret, Roberto Flores Guerrero, Jorge Hill Juárez, Horacio Rubio Monteverde y Antonio Soda Merhy, durante la cual se expusieron los diferentes tópicos en relación al uso de medicamentos ototóxicos, así como a las lesiones yatrogénicas y los mecanismos posibles para su control. El Dr. Pelayo Vilar Puig agradece a Nombre de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología la presentación de la mesa redonda la Dr. Pedro Barruecos V. así como a los distinguidos ponentes.

Acto seguido se informa a la asamblea del desarrollo de los cursos que integran los diferentes módulos a cargo de la Comisión de Enseñanza Continua, así como de la invitación de que nuestra Sociedad ha sido objeto por parte de la Academia de Otorrinolaringología de los Estados Unidos para la sesión conjunta que tendrá verifi-

cativo en Anaheim, California, E. U. A. el próximo mes de septiembre.

A continuación el Dr. Antonio Soda Merhy informa del estado de preparación para el XXX Congreso Nacional de Otorrinolaringología y de los cursos pre-congreso.

No habiendo otro asunto que tratar, siendo las 22.30 hrs., se levanta la Sesión.

Dr. Guillermo Quiróz Torres
Secretario

Acta de la Sesión Ordinaria del día 8 de abril de 1980.

Tuvo lugar en el Salón Feria del Hotel Presidente Chapultepec, siendo las 21.00 hrs., bajo la presidencia del Dr. Pelayo Vilar Puig y con la asistencia de 80 personas y se llevó a cabo bajo la siguiente orden del día:

Lectura del acta de la sesión anterior siendo ésta aprobada por unanimidad. Sesión a cargo del Instituto Nacional de la Comunicación Humana, S. S. A. "Diagnóstico otoneurológico en niños" del Dr. José Antonio Arroyo Castelazo presenta una serie de casos ilustrativos y desglosa el diagnóstico diferencial de la sintomatología. El Dr. Cal y Mayor comenta el trabajo "Cortipatías hereditarias dominantes y su importancia para la Comunicación" Presentado por las Dras. Silvia Trejo Rayón y Yolanda Peñaloza López hace una relación de estas cortipatías y se plantean varias preguntas, las cuales son contestadas con el estudio de casos vistos durante los años 1977-1979 y se seleccionan 25 pacientes. Se presentan los resultados y conclusiones.

El trabajo "Estudio de potenciales presinápticos del órgano de Corti de cobayos, expuestos a trauma acústico" de la Dra. Virginia Inclán y el Dr. Manuel Mojica Roa, presenta los estudios realizados en 21 cobayos, con y sin trauma acústico con los datos obtenidos con implante de electrodos intracocleares en la primera y tercera vueltas de la coclea obteniendo el estudio de la microfónica coclear.

El trabajo "Correlación de los patrones electrococleográficos normales y los de pacientes con diagnóstico de trauma acústico" de la Dra. Virginia Inclán y el Dr. Manuel Mojica Roa Presenta el estudio realizado en 18 normooyentes y 16 pacientes con trauma acústico. Demuestran y describen el equipo utilizado así como los resultados obtenidos.

Asuntos varios: El Dr. Pelayo Vilar Puig agradece al Instituto Nacional de la Comunicación Humana y a su Director Dr. Francisco Hernández Orozco, la presentación de sus trabajos.

Hace entrega del diploma que acredita al Dr. Humberto Alcocer Gutiérrez de Velazco como Socio Honorario de nuestra Sociedad.

El Dr. Humberto Alcocer toma la palabra para agradecer a la Sociedad esta distinción, lee carta que dirige al Dr. Ignacio Chávez en relación con la Otorrinolaringología mexicana anterior y actual.

El Dr. Ramón Ruenes invita a los presentes a que asistan a los Cursos Pre-Congreso del XXX Congreso Nacional de Otorrinolaringología.

El Dr. Antonio Soda Merhy relata que los programas tanto científicos

como sociales están completos y exhorta a los presentes a asistir al Congreso.

El Dr. Pelayo Vilar Puig recuerda el Curso que sobre cirugía del nervio facial tendrá lugar en esta ciudad en el mes de mayo bajo la dirección del Dr. Andrés Bustamante Balcárcel y con la asistencia del Dr. Hugo Fisch.

El Dr. Pelayo Vilar Puig informa que la próxima Sesión del día 8 de junio de 1980 tendrá lugar en el Salón Feria del Hotel Presidente Chapultepec., con una mesa de discusión coordinada sobre estenosis subglótica en niños, presentada por el Instituto Nacional de Pediatría, bajo la coordinación del Dr. Ernesto Deutsch.

Dando por terminada la sesión, se levanta ésta siendo las 22.00 hrs.

Dr. Guillermo Quiróz Torres
Secretario

Charles Skinner Hallpike 1900-1979

*Charles Skinner Hallpike.
1900-1979.*

El Dr. Charles S. Hallpike falleció el 26 de septiembre de 1979.

Quizá el nombre más conocido en la neurología moderna, Hallpike fue un otólogo de gran originalidad de pensamiento, que hizo progresar la disciplina en numerosos aspectos.

Fue un distinguido cirujano de oído hasta mediados de los cuarentas, y como tal, ideó una lámpara frontal que aún se usa, que combina la capacidad de dar una luz brillante y poder ser utilizada con lupas de aumento. Este diseño, fabricado en los Estados Unidos con otro nombre, permitió a Lempert realizar la fenestración en un sólo tiempo. También, preocupado siempre por obtener buena visión, diseñó un otoscopio (llamado actualmente de Hallpike-Blackmoore) que aumenta la imagen timpánica hasta seis veces, constituyendo un verdadero microscopio de mano. Hubo de retirarse de la cirugía debido a la anquilosis coxofemoral que sufrió desde la infancia.

Son sus numerosas contribuciones neurotológicas las que mayor fama le dieron. Entre ellas destaca el descubrimiento de los cambios anatómicos del oído interno en la enfermedad de Mé-

nière, y el desarrollo de la técnica de estimulación térmica laberíntica que mercedamente lleva su nombre.

Para Hallpike, a diferencia de muchos estudiantes de la neurología, ésta no es sólo motivo de investigación teórica de laboratorio, sino una disciplina eminentemente médica al servicio del diagnóstico, y por ende, del tratamiento de los pacientes. Desde este punto de vista, precisó el valor de la demostración del fenómeno del reclutamiento en el diagnóstico de las lesiones sensoriales en la cóclea y aclaró la entidad que hasta antes de él se agrupaba como "vértigo aural", distinguiendo primero clínicamente y demostrando después, el sustrato patológico del vértigo postural paroxístico benigno y caracterizando el síndrome de privación vestibular aguda, al que denominara neuronitis vestibular.

En 1942, Hallpike fue nombrado otólogo del Hospital Nacional para enfermedades neurológicas en Londres, y posteriormente Director de la Unidad de Investigación Otológica en ese establecimiento.

En 1960 fundó, con Carl Olof Nylen (1892-1978), la Sociedad Barany, con objeto de promover los estudios clínicos y de investigación en el campo de neurología.

Hallpike recibió numerosas distinciones, entre las que destacan la membresía en la Sociedad Real, la Orden de Caballero del Imperio Británico, el premio Shambaugh y las medallas Barany, la de la Universidad de Uppsala y Guyot de la Universidad de Groningen.

Hallpike es justamente considerado como guía de numerosas generaciones de otólogos, en quienes influyó a través de sus escritos que aunan la calidad técnica, con un lenguaje siempre claro, elegante y de enorme valor literario. Tuvo pocos alumnos directos, quizá por su impaciencia con la mediocridad y por el compromiso de trabajo y dedicación constante que, al igual que a sí mismo, exigía de los que lo rodeaban. De trato inmediato más bien seco y aún brusco, para aquellos que lograban ser distinguidos por su confianza, se tornaba en un guía generoso y solícito, que nunca escatimaba muestras de aliento y de amistad aún después de que la distancia y el tiempo hubieran separado al maestro del discípulo.

Quienes tuvimos la fortuna de tratarlo, recordaremos a Charles Hallpike como el dedicado médico, inspirado investigador y estimulante Maestro que siempre fué.

Jorge Corvera

Notas e informaciones

CONGRESO PANAMERICANO

El XVII Congreso Panamericano de Otorrinolaringología y Broncoesofagología se llevará a cabo en Santiago de Chile del 7 al 10 de diciembre de 1980. Para informes del congreso, se pueden dirigir al secretario general, Dr. Jorge Otte, Avenida Vitacuva 2653, Santiago de Chile.

SIMPOSIUM DE OIDO

El II Simposium Ecuménico Internacional de Clínicas de Oído se celebrará del 11 al 13 de diciembre, en Santiago de Chile, a continuación del Congreso Panamericano. Este evento está copatrocinado por la Universidad de Minnesota, la Universidad Chilena, la Asociación Médica Chilena, la Asociación de Otorrinolaringología Chilena y el Centro Internacional de Audición del Club de Leones. Los temas del simposium son: conceptos nuevos en la cirugía otológica y problemas clínicos en la otitis media. En la reunión participarán destacados especialistas de los Estados Unidos y de Hispanoamérica.

Para mayores informes: Dr. Michel Paparella ó Dr. Marcos V. Goycoolea, Department of Otolaryngology, Medical School A-605 Mayo Memorial Building, 420 Delaware Street S. E. Minneapolis, Minnesota 55455. U. S. A.

CONGRESO MUNDIAL

El comité organizador del XII Congreso Mundial de Otorrinolaringología en Budapest nos recuerda que las fechas del congreso serán del 21 al 27 de junio de 1981. Los principales temas a tratar han sido citados en nuestra revis-

ta en el número de mayo de éste año. Está abierta la posibilidad para registrar trabajos libres para el congreso y también para el Segundo Festival Cinematográfico de películas de la especialidad. Habrá también una exhibición científica en la que podrán participar "posters", libros, etc.; están en planeación varios cursos precongreso de los que oportunamente informaremos. El programa social contempla interesantes visitas a museos, excursiones y banquetes, tanto para las acompañantes como para los congresistas.

Para mayores informes favor de dirigirse a:

12th World Congress of ORL
c/o Professor Dr. L. Surján
Budapest/Hungria
P. O. B. 112
H-1389

COLESTEATOMA Y CIRUGIA DE MASTOIDES

La Segunda Conferencia Internacional sobre Colesteatoma y Cirugía de la Mastoides se celebrará en Tel-Aviv, Israel, del 22 al 27 de marzo de 1981, en el hotel Tel-Aviv Hilton, entre los expositores estarán presentes los Dres. Sadé, Mac Cabe, Palva, Paparella, Austin, Lim, Amyth y Tos. Para mayores datos: P. O. Box 16271, Tel-Aviv, Israel.

XXX CONGRESO NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Del 1 al 5 de mayo se realizó en Ciudad Juárez el XXX Congreso Nacional con un gran éxito; asistimos a dicho evento más de 170 especialistas

Sección a cargo del:
Dr. Rafael GARCIA-PALMER

de todo el país y varios profesores extranjeros.

En nuestro próximo número aparecerán los pormenores del congreso, por lo que no nos extendemos, simplemente queremos felicitar al Dr. Antonio Soda por la brillante organización del congreso.

XXXI CONGRESO NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

En la sesión de negocios de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología efectuada el 4 de mayo de 1980, fue electo el Dr. Fernando Romero como Presidente del comité organizador del XXXI Congreso Nacional de Otorrinolaringología, la sede recayó en la ciudad de Oaxaca. El Dr. Fernando Romero ha iniciado ya la organización del evento y próximamente por éste y otros medios recibirán los detalles del congreso.

CURSO DE CIRUGIA DEL NERVIU FACIAL

Los días 23 y 24 de mayo de 1980 se celebró en el Hotel María Isabel de la Ciudad de México el Curso sobre Cirugía del Nervio Facial que organizó la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología con la participación de 90 personas. El profesor del curso fue el Dr. Andrés Bustamante B. y como profesor invitado tuvimos al Dr. Hugo Fish quien con sencillez y profundidad abordó todos los temas tratados durante el curso.

CURSOS DE APOYO PARA RESIDENTES

Rogamos tomar nota de los próxi-

mos cursos que organiza la Sociedad como apoyo a los programas de especialización en Otorrinolaringología: 4 y 5 de septiembre: Medicina Psicosomática en otorrinolaringología, profesor del curso: Dr. César Pérez de Francisco. 7 y 8 de noviembre, Farmacología Otorrinolaringológica, profesor del curso: Dr. Jorge Corvera.

CONGRESO DE LA FESORMEX

Recibimos la siguiente comunicación, que con gusto publicamos:

"A la Sociedad de Otorrinolaringología del Noreste A. C. le ha tocado la organización del III Congreso Nacional de la FESORMEX, la sede del mismo es el Hotel Holiday Inn de Monterrey en donde contaremos con todas las comodidades. Se cuenta con la confirmación del Dr. Michael Portmann que con algunos de sus colaboradores se encargarán de dar un curso sobre diversos temas que involucran todas las áreas de nuestra especialidad. Se cuenta con diversos premios para los trabajos mejor elaborados. El comité organizador está trabajando arduamente en el programa social científico para proporcionar a los congresistas una feliz estancia durante los días del Congreso, que serán el 8, 9 y 10 de septiembre del presente año. Por medio de la Revista de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, queremos hacer llegar a todos los otorrinolaringólogos del país una atenta invitación a participar en nuestro congreso, ya que la presencia de cada uno de ustedes, le dará mayor brillantez y prestigio, misma que tan merecidamente se ha ido ganando en cada Congreso de la Fesormex."

*Dr. Angel Quijano y
Dr. Sergio Decanini.*

ACLARACION

Por razones fuera de nuestro control, en el trabajo titulado "Mucormicosis Rinorbitaria" fue omitido el nombre del Dr. Guillermo Alatorre Sánchez de la B., Residente de 2o. año de Otorrinolaringología del Hospital Centro Médico "La Raza". El trabajo en cuestión, salió publicado en el volumen XXIV, número 4 del mes de noviembre de 1979.

XXXIV REUNION ANUAL DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD PUBLICA

Bajo el tema principal de "Salud para Todos en el año 2000", la XXXIV Reunión Anual de nuestra Sociedad, que en este año se caracterizará por ser de tipo Internacional, ya que se han girado las invitaciones y oficios necesarios para que a ella asistan especialistas médicos de reconocido prestigio mundial, se planea el siguiente programa técnico:

Lunes 10 de noviembre

PRIMERA SESION PLENARIA: "Salud para Todos en el Año 2000".

PRIMER SIMPOSIO: "Delimitación Conceptual y Práctica de los Niveles de Atención a la Salud".

SEGUNDO SIMPOSIO: "Financiamiento de los Servicios de Salud".

Martes 11 de noviembre:

SEGUNDA SESION PLENARIA: "La Reforma Administrativa como Instrumento para Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000".

TERCER SIMPOSIO: "Aprovechamiento Máximo de los Recursos para Extender la Cobertura de Atención a la Población".

CUARTO SIMPOSIO: "La Coordinación de Actividades a Nivel Central, Intermedio y Local en México".

TERCERA SESION PLENARIA: "Regulación de la Población y Control de las Enfermedades para el año 2000".

DISCUSION COORDINADA.—GRUPO 1: "Influencia de los Factores Sociales y Económicos de la Salud. Proyección a 20 Años".

DISCUSION COORDINADA.—GRUPO 2: "Urbanismo y Crecimiento de la Población".

DISCUSION COORDINADA.—GRUPO 3: "Modelo para Pronosticar la Morbi-Mortalidad en el Año 2000".

Miércoles 12 de noviembre

CUARTA SESION PLENARIA: "La Atención Primaria como Estrategia para Alcanzar la Salud para Todos en el Año 2000".

DISCUSION COORDINADA.—GRUPO 4: "Programas Prioritarios de la Atención Primaria a la Salud".

DISCUSION COORDINADA.—GRUPO 5: "Cooperación Técnica entre las Diversas Entidades Gubernamentales en la Atención Primaria a la Salud".

mentales en la Atención Primaria a la Salud".

DISCUSION COORDINADA.—GRUPO 6: "Organización Familiar y Participación de la Comunidad en los Programas de Atención Primaria a la Salud".

QUINTA SESION PLENARIA: "Estrategias a 20 años en la formación de Recursos Humanos de la Salud para los Diferentes Niveles de Atención".

QUINTO SIMPOSIO: "Formación de Recursos Humanos en Diferentes Disciplinas de la Salud".

SEXTO SIMPOSIO: "Planes de Adestramiento, Control y Aprovechamiento de los Recursos Humanos para la Salud".

Jueves 13 de noviembre:

SESION MAGISTRAL: "Ecología y Salud para Todos en el Año 2000".

La XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, se llevará a cabo del 10 al 14 de noviembre del presente año, en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México.

Para mayor información dirijase a:
Dr. Ramón Alvarez Gutiérrez
Presidente

Sociedad Mexicana de Salud Pública
Leibnitz No. 32 - 1er. Piso
México 5, D. F.
o al Apartado Postal 37 - 453
México 6, D. F.

NUEVO MIEMBRO DEL CONSEJO DE REDACCION

Con fecha 4 de mayo de 1980, ha pasado a formar parte del Consejo de Redacción de nuestra revista, el Dr. Mayor Médico Cirujano, Juan Sánchez Marle. La designación de ha hecho tomando en cuenta no sólo la calidad científica y humana del Dr. Sánchez Marle, sino que también la necesidad de ampliar el equipo de los Anales, con vistas a su futura expansión.

AVISO IMPORTANTE

Por instrucciones del Dr. José Smoler, Presidente de nuestra Sociedad, insistimos en que por ningún motivo se modificarán las normas para la publicación de artículos en nuestra revista. Esta disposición se refiere muy particularmente al apartado 13, de las INS-

TRUCCIONES A LOS COLABORADORES, que a la letra dice:

"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".

NUEVO ACADEMICO

Es muy satisfactorio felicitar al Dr. Luis Benítez por haber obtenido uno de los sítiales de la Academia Nacional de medicina. El Dr. Benítez es uno de nuestros auténticos investigadores en la rama de la neurología y tanto sus

aportaciones científicas originales, como su real valer, lo hacen merecedor a esta distinción, con la que se hace justicia a uno de nuestros valores.

Otro motivo de satisfacción, es que el Dr. Benítez es nuestro compañero de redacción en los Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

TRABAJOS QUE APARECERAN EN EL PROXIMO NUMERO

La interrelación profesional y personal en la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

Dr. Oscar Farías

Estudio de los movimientos oculares en el llamado "nistagmo congénito".

Dra. E. Limón, Dr. M. A. García García y Dr. M. F. Ayora

Investigación de la velocidad de los movimientos oculares de tipo sacádico en humanos.

Drs. M. F. Ayora y M. A. García García.

Umbral normal del reflejo estapedial con tonos puros y ruido blanco filtrado.

Drs. S. E. Díaz Ferman, N. Larralde y A. Prado Abarca

Un modelo experimental para el abordaje del conducto auditivo interno por la vía de la fosa craneana media.

Dr. L. Ortiz Armenta

Información completa del XXX Congreso Nacional de Otorrinolaringología.