

ANALES

DE LA SOCIEDAD MEXICANA
DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL

FUNDADA EN 1949

ORGANO OFICIAL



PAGINA DEL DIRECTOR	1
REVISIONES CON CASUISTICA ORIGINAL	
Tratamientos de las estenosis faríngeas <i>Dres. Andrés Delgado Falfari, Elías Curioca Karana y J. Francisco Peña García</i>	3
Reconstrucción de la cadena osicular con prótesis de plasti-pore, porp y torp (*) <i>Dres. Luis Giorgana Frutos y Manuel Lee Kim</i>	7
Estenosis del conducto auditivo externo. Descripción de una técnica para su tratamiento <i>Dres. J. Ramón Escajadillo, Adolfo Zapata Zamora y Mariano Hernández Goribar</i>	12
CASOS CLINICOS	
La cirugía de los músculos extra-oculares cambia los mecanismos de los movimientos vestibulo-oculomotores <i>Dres. Miguel Angel García García, Jorge Corvera Bernardelli y Ema Limon</i>	16
Hemangiomas de la punta nasal <i>Dres. Antonio Soda Merhy, José R. Escajadillo y José García Velasco</i>	20
REVISION DE UN TEMA	
Descompresión transtrantral de la órbita y presentación de un caso <i>Dres. Juan Felipe Sánchez Marle, Armando González Romero, Felipe Rodríguez Cuevas y Fernando Guzmán Lozano</i>	24
TEMAS DOCTRINARIOS	
La ética médica en la práctica médica y quirúrgica <i>Dr. Jorge Corvera Bernardelli</i>	29
NOTAS HISTORICAS	
Apuntes para la historia de la Otorrinolaringología en México <i>Dr. Humberto Alcocer</i>	32
RESUMEN BIBLIOGRAFICO	37
ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA	42
CONSEJO MEXICANO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, A. C.	44
NOTAS E INFORMACIONES	45
SOCIOS DE NUEVO INGRESO	46

NOVEDAD
UN INSTRUMENTO QUE SATISFACE
LAS MAXIMAS EXIGENCIAS EN
LA MICROCIRUGIA MODERNA.

ZEISS

Carl Zeiss
D-7082 Oberkochen
Alemania Occidental



Microscopio
OPMI 1
con
Estativo móvil
Contraves

El diseño de este estativo responde a las exigencias especiales de la cirugía otorrinolaringológica. Se presta para intervenciones en pacientes en decúbito o sentados. Gracias a su construcción, el estativo permite desplazar el microscopio operatorio con una libertad inimaginable hasta ahora.

para mayores informes comuníquese a

Carl Zeiss de México, S. A. de C. V.
Av. Patriotismo 604
México 19, D. F.
Conmutador: 598-07-77

1980





Toda persona lucha por realizar algo en la vida. El médico, estudia y se prepara para combatir los males que aquejan la salud del hombre; es un profesionalista

que se esfuerza por alargar la vida humana y lucha contra la enfermedad y la muerte... en favor del ser humano.



BANCO DEL ATLANTICO

Institución de Banca Múltiple

todo un océano de posibilidades

PENGLLOBE*

BACAMPICILINA

ASTRA



MAÑANA

4 veces más ampicilina
en los tejidos



NOCHE

INDICACIONES: Infecciones de las vías respiratorias altas e inferiores, infecciones del tracto urinario, infecciones gastrointestinales.

CONTRAINDICACIONES: Las alergias comunes a las ampicilinas y cefalosporinas.

POSOLOGIA: 1 Tableta de Penglobe cada 12 horas es suficiente en los padecimientos más comunes.

PRESENTACION: Caja con 6 Tabletas de 400 mg de bacampicilina.

Su venta requiere receta médica.

Reg. 90370 S.S.A. I. Méd. GLE-11337/J.



Porque fácilmente se puede
convertir en neumonía...

...Penamox Mucolítico

(Amoxicilina + Bromhexina)

es la terapia
lógica para la
bronquitis
bacteriana

Presentaciones: Caja con 9 cáps. 500 mg
Frasco con 60 ml. 250 mg.

Contraindicaciones: Sensibilidad a la
penicilina.

Reacciones Secundarias: Como en todas
las penicilinas pueden presentarse
reacciones alérgicas.

Antes de prescribir PENAMOX
MUCOLITICO*, deberán observarse
las disposiciones de la SSA, para los
productos que contengan Penicilina
en cualquiera de sus formas o tipos.

Hecho en México por: **Laboratorios COR,
S.A. DE C.V.** Bajo licencia de BEECHAM
Research Laboratories M.A. de Quevedo
No. 307 México 21, D.F.



Beecham

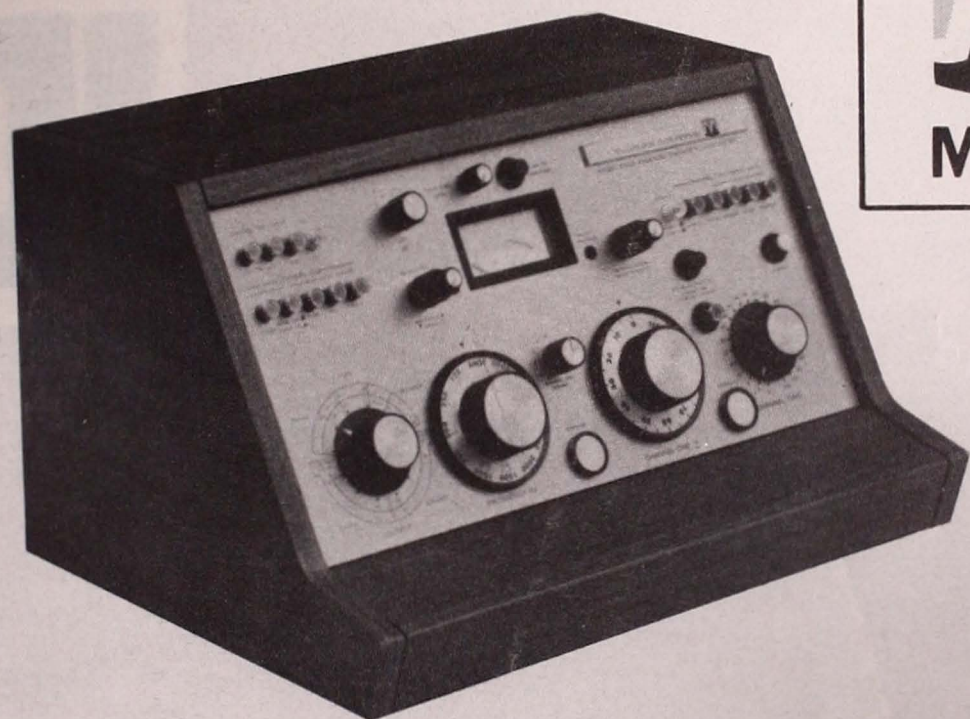
Research Laboratories

Regs. Nos. 89407 y 89408 S.S.A.

I. Méd. GFE-4699/J

AUDIOMETRO PROFESIONAL

MA-32



**2 CANALES INDEPENDIENTES CON SUS RESPECTIVOS ATENUADORES.
PARA EXPLORACIONES LIMINARES Y SUPRALIMINARES DE ACUERDO
CON LAS TÉCNICAS MAS AVANZADAS.**

11 frecuencias vía aérea, de 125 Hz a 8.000 Hz, pudiendo alcanzar los 120 dB HL desde 750 Hz a 4.000 Hz.

8 frecuencias vía ósea de 250 Hz a 4.000 Hz.

Tono continuo, pulsado en un solo canal, pulsado en los dos canales simultáneamente o pulsado alternadamente.

Tono modulado en frecuencia \pm 5 o/o (warble tone).

Prueba de SISI. Incrementos de 1-3-5- dB.

Enmascaramiento de ruido blanco, y de banda angosta.

Entrada extra para grabadora (logoaudiometría por voz grabada).

Vumetro para control de la señal de entrada del micrófono de los canales.

Pulsador - 10dB atenuación.

Con accesorios normales: Diadema con auriculares para vía aérea, diadema con vibrador óseo, señal de paciente, diadema con monitor, micrófono para logoaudiometría con voz viva, micrófono para talkback, cubierta de plástico y block de audiógramas.

Distribuido en México
MAICO DE MEXICO
Puebla 163 - B
México 7, D. F. *

En EE. UU.
MAICO LATIN AMERICA
4619 So. Carrollton Ave.
New Orleans, La 70119

Algo ha surgido en el campo de la alergia...



— **GRAN EFICACIA
ANTIALERGICA POR SU
DOBLE MECANISMO DE
ACCION:**
actividad antihistaminica y
antiserotonínica.

ACCIONES:

IDULAMINE posee actividad antihistaminica, antiserotonínica y antipruriginosa, y propiedades antianafilácticas. Sus principales ventajas en la terapia antialérgica son: alto grado de actividad que permite el empleo de dosis terapéuticas bajas, alto índice de seguridad y menor efecto sedante como resultado de su baja dosificación, y acción prolongada inherente. La combinación de estas ventajas permite obtener un control eficaz y sostenido de los síntomas alérgicos cutáneos y respiratorios, con una dosis baja en sólo dos tomas al día.

INDICACIONES:

IDULAMINE en tabletas y jarabe está indicado para el alivio sintomático de trastornos alérgicos respiratorios y dermatológicos. El primer grupo incluye trastornos tales como rinitis alérgica aguda y crónica, polenosis (fiebre del heno), y la rinitis vasomotora. El segundo grupo incluye la urticaria aguda y crónica, el eczema alérgico, la dermatitis de contacto, las picaduras de insectos, el prurito vulvar y anal, así como el de origen inespecífico; reacciones medicamentosas, reacciones a suero homólogo, y dermatografismo. IDULAMINE está también indicado como tratamiento coadyuvante en las reacciones de tipo anafiláctico.

CONTRAINDICACIONES:

El maleato de azatadina no deberá utilizarse en niños recién nacidos y/o prematuros, mujeres embarazadas, ni en madres en periodo de lactancia. Como todos los antihistaminicos, no debe utilizarse para tratar síntomas de las vías respiratorias inferiores incluyendo el asma bronquial. Así mismo, está contraindicado en

Tabletas/Jarabe

IDULAMINE*

(maleato de azatadina)

**Una Estructura Química con Doble Acción
Antialérgica y Menor Efecto Sedante**

Un fruto de la investigación antialérgica
de Scheramex, que le ofrece:

— **ALTO GRADO DE
ACTIVIDAD A DOSIS
TERAPEUTICAS BAJAS:**

1 a 2 mg dos veces al día.

— **EFFECTO RAPIDO Y**

SOSTENIDO: su acción se
inicia a los 20 ó 30 minutos
y se mantiene por 12
horas.

— **MENOR EFECTO**

SEDANTE: como
resultado de su baja
dosificación.

casos de hipersensibilidad al maleato de azatadina o a otras sustancias de estructura química similar.

PRECAUCIONES:

Aún cuando IDULAMINE es bien tolerado, durante su administración debe prevenirse al paciente para que no desempeñe operaciones mecánicas que requieran agudeza mental hasta no conocer su reacción individual al medicamento. También se debe prevenir al paciente de la posible potencialización del efecto sobre el sistema nervioso central con la ingestión de alcohol. Debido al ligero efecto anticolinérgico de la droga, debe usarse con precaución en presencia de trastornos tales como: hipertrofia prostática, retención urinaria, glaucoma, úlcera péptica estenosante y obstrucción pilórica. No debe emplearse la droga concomitantemente con inhibidores de la monoamino-oxidasa. No se ha establecido la seguridad del producto en el embarazo o la lactancia.

REACCIONES SECUNDARIAS:

Los efectos colaterales con IDULAMINE son raros, generalmente transitorios y relacionados con la dosis. Entre ellos se observan: debilidad general, sequedad de la boca, aumento del apetito, anorexia, náusea, cefalea, mareos, disuria y visión borrosa.

POSOLOGIA Y ADMINISTRACION:

Adultos y Niños mayores de 10 años: generalmente 1 mg. [1 tableta ó 2 cucharaditas] en la mañana y en la noche. En casos refractarios o severos, puede administrarse 2 mg. dos veces por día.

Aún no se ha establecido un régimen de dosificación para niños menores de 10 años. En esos casos, la dosis deberá ser a criterio del médico de acuerdo con la edad y peso del paciente.

PRESENTACIONES:

IDULAMINE TABLETAS: Caja con 20 tabletas de 1 mg. de maleato de azatadina.
IDULAMINE JARABE: Frasco con 80 ml. [0.5 mg. de maleato de azatadina por cada 5 ml.].

OFTASA, S. A. de C. V.

Tiene el gusto de
comunicar a los señores médicos
OTORRINOLARINGOLOGOS,
que ha adquirido los
prestigiados productos
de la **LINEA ORLA,**
para proporcionar
SERVICIO EXCLUSIVAMENTE
a **SU ESPECIALIDAD,**
en nuestro país.



O R L A

Especialista en Oídos,
Nariz y Garganta
... Como Usted, Dr.

DIRECTORIO

ANALES DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA

Director-Editor

DR. PELAYO VILAR-PUIG

Jefe de Redacción

DR. RAFAEL ANDRADE-GALLEGOS

Consejo de Redacción

DR. JORGE BARRERA-IGLESIAS

DR. ANDRÉS BUSTAMANTE-
BALCARCEL

DR. JORGE CORVERA-BERNARDELLI

DR. SERGIO DECANINI-TORNESSI

DR. ANDRÉS DELGADO-FALFARI

DR. RAFAEL GARCÍA-PALMER

DR. ENRIQUE GÓMEZ-SCHAEFFER

DR. MARIANO HERNÁNDEZ GORIBAR

DR. JUAN SÁNCHEZ-MARLE

DR. OSCAR SOLÍS-DA COSTA

Gerente General

LIC. JOAQUÍN BOHIGAS

Dir. Gral. de Derecho de Autor
Registro No. 238-78

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

Eugenia 13-403 C.P. 03810
México, D. F. Tel.: 543-93-63

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
1981-1982

Presidente

DR. ANTONIO SODA-MERHY

Vice-Presidente

DR. ANTONIO RODRIGUEZ-ALCARAZ

Secretario

DR. EDUARDO JIMÉNEZ-RAMOS

Tesorero

DR. ARMANDO REYES-MONTES DE OCA

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

Es un hecho universalmente aceptado, que la Medicina de nuestro tiempo está en una etapa de crisis, depende esto de la concurrencia de complejos factores, tales como el progreso científico y los cambios que la sociedad moderna sufre. Hace unas generaciones, el médico tenía una formación humanística sólida cuya escala de valores éticos ocupaba un lugar destacado; el médico se desarrollaba en una sociedad de corte burgués, donde su perfil estaba bien determinado y en consecuencia conocía bien su posición frente a la comunidad; hoy en día se ve enfrentado a disyuntivas que hace dos generaciones nuestros colegas jamás habrían pensado. El profesionalista médico de hoy se encuentra ante una sociedad compleja y cambiante, en donde la escala de valores se modifica con tal rapidez, que a veces le es difícil asimilarla; bajo esta situación tanto en lo individual como en lo colectivo, se pierde en cierta forma identidad y por ende se cede terreno ante la sociedad.

El médico de hace 80 ó 100 años se movía, como ya mencionamos, en una sociedad con reglas bien establecidas, donde los cambios sociales se producían con lentitud, el código ético estaba bien definido y por lo tanto le era fácil adaptarse, no importando que las normas éticas del momento, fueran escritas o tácitas, dentro o fuera de un marco legal, es decir la sociedad establecía bien lo que esperaba del médico y éste tenía una formación adecuada a esas necesidades. Hoy en día esa escala de valores está en una etapa de cambio, lo que genera en el médico cierto grado de incertidumbre, que a su vez modifica la interrelación con la sociedad.

Por otra parte, hace unos años el grado del conocimiento médico, la cultura médica de la población, la organización misma de la sociedad y la escasez de médicos, colocaban a nuestros colegas en una posición, que si bien era de gran responsabilidad, porque ejercían la profesión individualmente, tenían un gran prestigio ante la sociedad, al compensar sus limitaciones técnicas con cualidades auténticamente humanísticas.

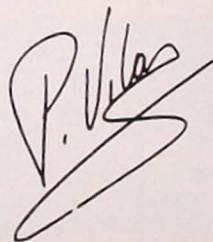
Quienes estén familiarizados con la literatura médica de hace dos o tres generaciones o hayan tenido la suerte de recibir el testimonio vivo de los sobrevivientes de esas generaciones comprenderán la importancia que tenía la formación humanística del médico y como parte de ella el código ético ocupaba un lugar relevante. Estos valores a menudo son mal conocidos y aun ignorados por sectores importantes de generaciones de jóvenes médicos. La vastedad y complejidad del conocimiento técnico que tiene que asimilar el profesionalista de hoy, hace que un poco

cada día, se desligue de los aspectos humanísticos. Es muy probable que el médico de hoy esté mejor preparado técnicamente que el de hace 50 años, pero dudo si el médico actual se encuentra adecuado integralmente a las necesidades de la presente sociedad.

En otro orden de ideas, el tipo de organización de cada sociedad según el país (industrial o agrícola, socialista o capitalista, desarrollado o subdesarrollado y los patrones culturales en general) le dan modalidades importantes al perfil personal y colectivo del profesional de la Medicina y en consecuencia a la Medicina misma.

Por todo lo expresado es que dedicamos estas líneas a la ética, consideramos que los programas de enseñanza, no deben limitarse a la transmisión de aspectos puramente técnicos; deben buscar el justo equilibrio entre la tecnología y el marco humanístico que todo médico debe poseer, es necesario por lo tanto adecuar la escala de valores éticos a la Medicina actual, pero no hacerlos a un lado para dejar paso a la técnica fría.

Por las razones expuestas, solicitamos al Profesor Corvera el ensayo sobre la ética en general y sus peculiaridades en el campo de la Medicina, que aparece publicado en la sección doctrinaria de este número; buscamos con ello, que los que ejercemos nuestra profesión con entrega, reflexionemos por un momento y tratemos de pensar en lo que somos, cómo somos y cómo deberíamos ser.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Villanueva', with a large, sweeping underline.

Tratamientos de las estenosis faríngeas

Dr. Andrés DELGADO FALFARI *
Dr. Elías CURIUCA KARANA *
Dr. J. Francisco PEÑA GARCIA *

Summary.— Clinical experience on 10 patients with benign pharyngeal and esophageal lesions is reported. It is stressed that the surgical treatment must provide ventilation, phonation and deglutition.

The authors proposed the resection of stenotic tissues, grafting of this areas and the creation of control fistulas in order to derivate secretions.

INTRODUCCION

La hipofaringe y esófago cervical suelen ser sitios de lesiones de diferentes tipos como son los traumatismos, las infecciones y los tumores tanto benignos como malignos.

Las lesiones de esta porción alta del tubo digestivo resultan en la mayoría de los casos con estenosis que se manifiestan, según el sitio, en incapacidad para deglutir, para respirar, para fonar y frecuentemente se asocian con la aspiración de secreciones y alimentos.

En los padecimientos tumorales o infecciosos el tratamiento se indica en base a la enfermedad que le dio origen, por lo que para el presente trabajo se han escogi-

do 10 pacientes que tuvieron lesiones de diversa índole y que fueron vistos en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital General del Centro Médico Nacional durante los últimos 4 años; se presentaron a tratamiento con problemas de diferentes etiologías, pero su manejo dio lugar a problemas similares, los cuales se discuten en el presente trabajo.

MATERIAL Y METODOS

De los 10 pacientes, 5 iniciaron su padecimiento al ingerir sustancias corrosivas, 4 con fines suicidas y 1 accidentalmente, los 5 restantes tuvieron como causa de su padecimiento lo siguiente: 1 lesión traumática en el curso de una tiroidectomía, 3 recibieron traumatismos de diferentes índoles, un cuerpo extraño gigante, un traumatismo directo en el cuello en un accidente automovilístico y otro recibió una herida por arma de fuego. En un caso no hubo antecedentes de importancia según lo muestra la tabla No. I.

Todos los pacientes fueron del sexo masculino excepto 2, el menor fue de 16 años y el mayor de 35.

La historia clínica guió el tipo de estudios; todos los pacientes crónicos se presentaron con diversos grados de desnutrición, lo que tuvo que ser valorado y

corregido. Los estudios radiológicos dependiendo del sitio de la lesión, correspondieron a radiografías laterales de cuello para tejidos blandos, faringografías con medio de contraste, laringografías y otros de acuerdo con el caso. Todos los pacientes fueron estudiados endoscópicamente mediante faringoscopías, laringoscopías directas, esofagoscopías y broncoscopías de acuerdo con las indicaciones que se presentaron a su llegada o durante el curso del tratamiento; igualmente, se practicaron traqueostomías y gastrostomías para garantizar la ventilación y la nutrición adecuada en el curso del tratamiento.

A continuación se describen los métodos utilizados dividiéndolos en 3 categorías: Los primeros, ya mencionados, tuvieron por objeto completar el estudio, valorar el progreso y asegurar las condiciones óptimas del paciente.

El segundo tipo de métodos se refiere a aquellos que tuvieron por objeto la corrección del problema faríngeo. La vía de acceso fue de 2 tipos, una faringotomía anterior con resección parcial o total de hueso hioides y una faringotomía lateral cuando el problema se situó a un nivel inferior, en algunos casos, se puede añadir un tercer tipo de abordaje que consistió en la combinación de ambos métodos.

En cada paciente se diseñó un

* Servicio de cirugía de cabeza y cuello. Hospital General del Centro Médico Nacional. IMSS, México D. F.

método de abordaje que permitiría la visualización adecuada de la patología y su tratamiento.

El tipo de estenosis fue variable en los casos en que hubo ingestión de cáusticos, se encontró un diafragma situado por arriba de las cuerdas, a través del cual era posible la fonación en forma más o menos defectuosa.

En el caso No. 6 la estenosis se situó en la parte distal del seno piriforme, se encontró una pérdida de contigüidad como de 1 cm. ocupada por tejido granuloso que contenía supuración y que se comunicaba por una fístula a la superficie del cuello. El caso No. 7 presentó una estenosis concéntrica cubierta con mucosa aparentemente sana. En el caso No. 8 el cuerpo extraño obstruía completamente y estaba rodeada de una importante reacción inflamatoria perifaríngea y periesofágica. En el caso No. 9, además de la patología laríngea consistente en el colapso de la región subglótica por destrucción del arco anterior del cricoides y parte del cartílago tiroideos, se encontró una comunicación con faringe a través de la placa del cartílago cricoides de aproximadamente 6 mm de diámetro.

En el caso No. 10 se observó herida del seno piriforme izquierdo con tejido de granulación no estenosante y con reacción infla-

matoria severa alrededor de la faringe y esófago.

En la tabla No. II están resumidos los hallazgos patológicos.

Asociados a la lesión faringo esofágica se encontraron otros tipos de problemas que se atribuyeron a la misma causa etiológica, por lo que su manejo fue incluido en el tratamiento del paciente como son la quemadura del resto del esófago que se presentó en 4 de los 5 pacientes que ingirieron cáusticos, también se incluyeron dentro de este grupo la sección del nervio recurrente en el caso No. 6 y la estenosis subglótica del caso No. 9. El caso No. 7 en donde el tejido fibroso abarcó parte de la tráquea.

Las lesiones asociadas se encuentran resumidas en la tabla No. III.

TABLA III	
LESIONES ASOCIADAS	
CASO No.	
1	Estenosis esofágica total.
2	Idem
3	Idem
4	Idem
5	-----
6	Sección del recurrente derecho
7	Fibrosis intersticial pared posterior de tráquea
8	-----
9	Estenosis subglótica
10	-----

El tratamiento de la lesión faríngea consistió en la resección del tejido cicatricial y la reparación de la pérdida de tejido resultante, esta reparación se llevó a cabo por dos métodos, la sutura primaria de la mucosa como en los casos 4 y 5, la introducción de injertos libres de piel para epitelizar la pérdida de sustancia como sucedió en los casos 1, 2 y 3. En el caso No. 6 fue necesario resecar un fragmento de seno piriforme y anastomosar la faringe con el esófago cervical. En otros casos como el caso No. 9, la fístula laringo-esofágica tuvo que ser cerrada con un colgajo miocutáneo.

En los casos como el de la fibrosis intersticial difusa la resección del tejido fibroso fue suficiente para eliminar la constricción del esófago cervical.

En los casos agudos como en el cuerpo extraño y la herida de bala la reacción inflamatoria perifaríngea o periesofágica creó problemas y su solución consistió en el drenaje adecuado de la región y la extracción del cuerpo extraño.

Los procedimientos efectuados en la faringe y el esófago cervical se encuentran en la tabla IV.

En los casos 1, 2, 3 y 4 se hizo la substitución del esófago. En el caso No. 1 se utilizó el estómago, el cual fue ascendido al cuello de

TABLA I	
ANTECEDENTES	
CASOS No.	
1	Quemadura faringo-esofágica con ácido sulfúrico.
2	Quemadura faringo-esofágica con sosa cáustica.
3	Quemadura faringo-esofágica con sosa cáustica.
4	Quemadura faringo-esofágica con sosa cáustica.
5	Quemadura faríngea sosa cáustica.
6	Tiroidectomía.
7	Ninguna-tratamiento psiquiátrico.
8	Deglución de cuerpo extraño, intentos endoscópicos, S. de Down.
9	Trauma en cuello en accidente automovilístico.
10	Herida de bala tratada en otra institución.

TABLA II	
PATOLOGIA FARINGEA	
CASOS No.	
1 a 5	Formación de diafragma de tejido cicatricial en faringe arriba de glotis.
6	Estenosis faringo-esofágico, fístula faringo-cutánea.
7	Estenosis circunferencial de esófago y faringe.
8	Cuerpo extraño, ulceración de mucosa inflamación periesofágica.
9	Fístula laringo-faríngea.
10	Herida de seno piriforme inflamación perifaríngea y fístula faringo-cutánea.

acuerdo con la técnica de Akiyama y fue completado con un colgajo delto pectoral. Los casos 2 y 3 de sustitución se llevó a cabo con un tubo gástrico hecho de acuerdo con la técnica de Gabrieliu, el cual fue anastomosado a la faringe. En el caso No. 4 fue necesario utilizar 2 colgajos deltopectorales para conectar el tubo gástrico con la faringe. En el caso No. 6 se llevó a cabo una inyección de teflón y en el caso No. 9 en la lesión laríngea fue manejada con un injerto dérmico intralaríngeo y con un injerto cartilago-pericóndrico de acuerdo con la técnica descrita por Cotton. Ver tabla V

RESULTADOS

De los 10 pacientes intervenidos, 7 obtuvieron la solución de sus problemas por períodos que varían de 6 meses a 1 año, degluten normalmente sin problemas respiratorios ni fonatorios como aparecen en la tabla VI.

Corregidas las complicaciones todos los pacientes degluten, respiran y fonan correctamente.

COMPLICACIONES

Ningún paciente falleció a consecuencia de los procedimientos quirúrgicos y sus complicaciones; el caso No. 2 presentó una estenosis, posiblemente péptica a nivel de la sutura faringogástrica; el

TABLA VI RESULTADOS	
CASOS No.	
2	No puede deglutir
4	No puede deglutir ni respirar
9	No puede respirar
Corregidas las complicaciones todos los pacientes degluten, respiran y fonan correctamente.	

caso No. 3 presentó 6 meses después una fístula que comunicaba el tubo gástrico con la piel, el No. 4 tuvo una necrosis del primer colgajo deltopectoral y una estenosis; en la anastomosis del segundo colgajo en la faringe los casos 6 y 7 presentaron fístula faringocutánea temporal que cerró espontáneamente y en el caso No. 9 persiste una estenosis subglótica residual. Ver tabla VII

TABLA VII COMPLICACIONES	
CASOS No.	
2	Estenosis (péptica) al nivel de sutura faringo gástrica
3	Fístula tubo gástrico-cutánea
4	Necrosis del colgajo delto pectoral
6	Estenosis del segundo
7	Fístula faringo cutánea temporal
9	Fístula faringo cutánea temporal
	Estenosis subglótica residual

TABLA IV PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN FARINGE	
CASOS No.	
1	Plastia de injerto dérmico
2	Plastia de injerto dérmico colgajo de base de lengua
3	Plastia en injerto dérmico
4	Plastia cierre primario de mucosa
5	Idem
6	Resección de estenosis y anastomosis faringo-esofágica
7	Resección de tejido fibroso
8	Resección de cuerpo extraño
9	Colgajo miocutáneo
10	Drenaje, cierre espontáneo por segunda intención.

TABLA V PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ASOCIADOS	
CASOS No.	
1	Ascenso gástrico (Akiyama) colgajo delto pectoral
2	Tubo gástrico (Gabrieliu)
3	Idem
4	Idem
5	----
6	Traqueostomía, inyección de teflón
7	Gastrostomía
8	Gastrostomía
9	Injerto endolaríngeo, injerto cartilago-pericóndrico dérmico
10	Cotton

COMENTARIO

La mayor parte de la información encontrada en la literatura se refiere a los tumores faríngeos en donde el problema es el propio tumor, por la que la resección en bloque con la laringe da lugar a otro tipo de problemas de reconstrucción, la que tiene por objeto restituir la deglución ya que el estoma traqueocutáneo resuelve el problema de ventilación y la fonación se corrige por otros métodos. Así por más de 40 años la operación de Wookey¹ ha sido utilizada con éxito y posteriormente ha sido substituida por procedimientos tales como el ascenso gástrico, la retroposición de la laringe,² fragmentos de intestino revascularizado³ o bien mediante la combinación de colgajos delto-pectorales.

La ingestión de cáusticos produce habitualmente lesión del esófago distal, las lesiones faríngeas por cáusticos son raras y producen un diafragma de tejido cicatricial en donde se encuentran incluidos restos de la epiglotis que se pegan anormalmente a la faringe, junto con ellos hay diferentes grados de reacción cicatricial en el paladar blando y la base de la lengua, dicho diafragma da lugar a dos cavidades, una por arriba que se presenta como un fondo de saco por encima de la glotis y otra inferior que comprende parte del vestíbulo

laríngeo, los aritenoides y restos de los senos piriformes.

La resección del tejido estenosante fue suficiente para resolver el caso No. 5, en los 4 restantes fue necesario ampliar dicha cavidad con objeto de anastomosar el sustituto del esófago, la resección de un fragmento de cartílago tiroides permite crear un espacio lo suficientemente grande para dicha anastomosis, tal y como lo describió Ogura y Col. 4. el resultado de dichos procedimientos es la formación de un tubo sin función que debe recibir el bolo alimenticio y llevarlo hasta el estómago abdominal, la progresión depende fundamentalmente de dos factores, el impulso primario provocado por la lengua y la capacidad de la glotis para hacer un cierre perfecto y evitar la aspiración, dicho proceso puede alcanzarse mediante un período de entrenamiento, el cual varía de acuerdo con las Instituciones. Nosotros utilizamos una dieta a base de sustancias pastosas que se degluten al mismo tiempo que se provoca un cierre exagerado de la glotis. Este proceso fue difícil y solamente pudo realizarse después de múltiples intentos. Nuestros procedimientos quirúrgicos en los casos de quemadura fueron muy ambiciosos y solamente la mitad de ellos pudieron realizar sus funciones normales; a la complejidad del proceso es necesario recordar que 4 de los 5 pacientes quemados llegaron a esa situación después de uno o varios intentos de suicidio, de donde es posible pensar que la idiosincrasia de dichos enfermos hace que su colaboración sea muy limitada.

El caso No. 6 la lesión se produjo al confundir un seno piriforme con tejido tiroideo; esta situación no es rara y no tiene mayor importancia en la medida en que se identifique y sea suturada en

el curso de la intervención sobre la glándula tiroides. Dicha lesión dio lugar a una estenosis completa con formación de fístula, su resección en bloque y la anastomosis primaria asociada a la inyección de teflón resolvió el problema.

En el caso No. 7 la estenosis fue provocada por la formación de tejido fibroso, que dio lugar a una estenosis circunferencial, la cual según el tipo de alimentos, provocaba incapacidad para deglutir intermitentemente, motivo por el cual el paciente fue enviado a tratamiento psiquiátrico. La resección del músculo, dejó una mucosa desprotegida que se fistulizó en el postoperatorio.

En el caso No. 8 el cuerpo extraño permaneció durante un lapso de 7 días, su magnitud hizo imposible su extracción por métodos habituales, por lo que al extraerlo a través del cuello la mucosa presentó múltiples ulceraciones y una reacción inflamatoria periesofágica.

El caso No. 9 representa una complicación poco común de las estenosis subglóticas postraumáticas, en más de 30 casos manejados en este Servicio la fístula laríngeo-esofágica ha sido encontrada solamente en este caso, la lesión se produjo al impacto y dio lugar a la destrucción del arco anterior del cricoides, parte del cartílago tiroides y provocó una perforación de aproximadamente 6 mm de diámetro en el arco posterior del cartílago cricoides; el manejo de la estenosis fue bastante satisfactoria, pues se pudo reponer una buena cantidad del tejido perdido con el injerto pericóndrico; la pérdida de sustancia se manejó muy satisfactoriamente con la aplicación de un colgajo miocutáneo de la parte inferior del esternocleidomastoideo.

La formación de fístulas temporales fueron una complicación común en los casos no debidos a quemaduras, lo cual nos hace pensar en la conveniencia de la formación de fístulas controladas en la porción alta de la laringe, con el objeto de derivar las secreciones y colocar tubos de alimentación, en sustitución de las gastrostomías.

La formación de fístulas espontáneas aumenta la morbilidad de los procedimientos, ya que van precedidas de un proceso infeccioso, en cambio las fístulas controladas disminuyen la morbilidad y favorecen la cicatrización primaria; esto ha sido práctica común en otros casos no incluidos en esta serie.

Resumen.— Se presentan diez casos de pacientes con lesiones benignas de la faringe y el esófago cervical de diferentes etiologías. Se describe su manejo, cuyo objetivo es restituir las funciones de ventilación, deglución y fonación. Para ello se requirió de la resección de las áreas estenosadas el recubrimiento de las superficies cruentas resultantes y la derivación de secreciones mediante la apertura de fístulas controladas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Wookey, H.: The surgical treatment of cancer of the pharynx and upper esophagus. *Surg. Gynecol. Obstet.* 75: 499, 1942.
- 2.- Sánchez Marle, J. F.: Comunicación personal.
- 3.- Nakayama, K. Yamamoto, K., Tamiya, T., et al.: Experience with free autografts of the bowel with a new venous anastomosis apparatus. *Surgery* 55: 796, 1964.
- 4.- Ogura, J. H., Roper, C. L., y Burford, T. H.: Functional restoration of the food passages in extensive stenosing caustic burns of the pharynx and esophagus. *Laryngoscope* 71: 885, 1961.

Reconstrucción de la cadena osicular con prótesis de plasti-pore, porp y torp (*)

Dr. Luis GIORGANA FRUTOS (**)
Dr. Manuel LEE KIM (***)

Summary.— Results in 41 patients using Plasti-pore prosthesis for total and partial replacement of middle ear ossicles are reported. Torp was used in 13 cases and Porp in 28, cartilage between the tympanic membrane and the prosthesis was applied in the majority of patients.

With Torp prosthesis the gap was closed to 10 dB in 33 % of patients and to 20 dB in 77 %. With Porp the gap was closed to 10 dB in 52 %. Extrusions were observed in four patients.

This series confirm usefulness of Plastipore prosthesis, however a prolonged observation period is required in order to evaluate the long term results.

INTRODUCCION

La reconstrucción de la cadena osicular ha sido un reto para el otólogo desde hace muchos años y hasta la fecha continúa siendo un problema aún no resuelto.

Desde los inicios de la timpanoplastia en los años cincuentas, se han intentado diferentes métodos en obtener el óptimo resultado funcional utilizando múlti-

ples materiales para la reconstrucción osicular.

En este trabajo, reportamos nuestra experiencia con las nuevas prótesis de reemplazo osicular (TORP y PORP) de uno de los implantes llamados biocompatibles, el Plastipore.

MATERIALES BIOCOMPATIBLES

Es de todos conocido que el uso de plásticos y metales en otorrinolaringología y cirugía máxilo-facial, tiene una larga historia; los resultados con estos implantes fueron muy pobres debido a su migración, expulsión y penetración al oído interno; ha sido un acuerdo general que estos plásticos sólidos e implantes metálicos no tienen un lugar en el tratamiento quirúrgico de la otitis media crónica.

En años recientes con la colaboración de expertos en materiales, los cirujanos ortopedistas, plásticos y otorrinolaringólogos han dilucidado los criterios biológicos y funcionales para el material de implante. Estos criterios han guiado al desarrollo de un nuevo tipo de materiales, el Proplast y el Plastipore. El Proplast está preparado mediante la combinación de dos familias de polímeros, el pilitetrafluoroetileno, conocido como teflón, y el carbón vítreo que contiene pó-

ros que ocupan del 70 al 90 % de su volumen. El tamaño de los poros promedia entre 100 y 500 micras con interconexiones dendríticas de aproximadamente 200 micras de diámetro. La superficie de carbón elemental hace al Proplast extremadamente absorbente al líquido, permitiendo la precipitación de las proteínas dentro de los poros en una forma relativamente artificial que protege al implante del mecanismo de rechazo inmunológico del cuerpo.¹

Janeke y Col.² condujeron el primer trabajo experimental con Proplast en Otorrinolaringología y no encontraron evidencia de rechazo o respuesta inflamatoria adversa; la reacción tisular fue semejante al proceso normal de cicatrización de una herida estéril.

Shea y Homsy³, y Janeke y Shea⁴, fueron los primeros en reportar el uso de Proplast en la cirugía otológica. Martínez⁵ posteriormente describió la reconstrucción de la parte posterior de la pared del conducto y obliteración mastoidea con el Proplast después de la mastoidectomía radical.

En su primer reporte con Proplast, Janeke y Shea⁴ describieron la prótesis original de reemplazo total (TORP) que consistía en dos discos redondos de Proplast fijados a una columna de teflón.

Aunque el concepto de la pró-

(*) Trabajo presentado en el XXXI Congreso Nacional en la Ciudad de Oaxaca, Oax.

(**) Médico de base. Servicio de ORL. Hospital General. C. M. N. - IMSS. México D. F.

(***) Jefe del Servicio de ORL del mismo Hospital.

tesis fue promisorio, hubo problemas por la falta de variabilidad en la longitud de la columna de teflón. Poco tiempo después se dispuso de un nuevo material biocompatible, una esponja blanca de polietileno de alta densidad conocido como Plastipore, teniendo propiedades de no reactividad similares a las del Proplast, con la suficiente porosidad para promover la invasión de tejido.

Al contrario de la densa consistencia (como filtro) del Proplast, el Plastipore es más rígido y puede ser moldeado en una variedad de formas, por lo que permite por sí mismo una variedad de diseños de prótesis. Shea⁶ ha diseñado una TORP hecha enteramente de Plastipore. Sus ventajas comparadas con la rígida columna de teflón de la TORP de Proplast original, son que es más flexible y la longitud puede acortarse en la operación.

El examen microscópico de secciones de Proplast y Plastipore, quitado después de muchos meses en el oído medio de pacientes humanos, muestran que han sido invadidas por una cadena interligada de tejido conectivo fibroso sin evidencia de inflamación crónica o aguda¹. Sin embargo, Belal⁸ presentó recientemente un estudio histopatológico de prótesis extraídas del oído medio, en que demuestra cómo éste responde al Plastipore con una reacción

de cuerpo extraño, demostrado por la abundancia de células gigantes y macrófagos detectados en la substancia de la prótesis y por la presencia de partículas de material extraño dentro de estas células.

Existen actualmente dos tipos básicos de prótesis disponibles comercialmente, una es la de membrana a platina o "TORP" ahora hechas enteramente de Proplast o Plastipore, usadas cuando la superestructura del estribo está perdida. La otra, hecha también de Proplast o Plastipore, es la de membrana a estribo o prótesis de reemplazo parcial, PORP, cuyo centro de la columna es hueca y se coloca sobre la cabeza del estribo. Ambas prótesis vienen en varias longitudes y pueden contarse al tamaño y forma deseadas por el cirujano durante la operación.

MATERIAL Y METODOS

Revisamos 41 expedientes de pacientes operados por el autor principal, en forma consecutiva durante un período de dos años, de octubre de 1978 a noviembre de 1980, en los que se utilizaron como prótesis osculares, 28 PORPS de injerto a estribo y 13 TORPS, de reemplazo total.

Se contó con un control postoperatorio que varió de 3 a 30 meses con un promedio de 9.2 meses. El 65 % con más de 6

meses y el 27.5 % más de un año. (Tabla I)

Se excluyó del estudio un caso en el que se colocó una PORP que presentó en su postoperatorio una hidropesía endolinfática con importantes fluctuaciones en su audición haciendo difícil la valoración del resultado funcional de la operación (caso No. 5).

Para valorar el resultado funcional se tomaron en cuenta dos parámetros: a) la ganancia en dB de la conducción aérea, tomando el promedio de las frecuencias 500, 1000 y 2000 Hz. y b) el déficit conductivo postoperatorio determinado por la diferencial aérea-ósea, comparando el nivel de conducción aérea postoperatoria con el mejor nivel de conducción ósea obtenido preoperatoriamente o en cualquier tiempo del postoperatorio, sacando el promedio de las 3 frecuencias ya anotadas.

RESULTADOS

Se operaron 18 hombres y 22 mujeres (Tabla II) de las cuales el 40 % presentaron patología bilateral.

El promedio de edad fue de 33 años siendo el menor de 15 y el mayor de 57 años.

TIPO DE OPERACIONES

Se operaron 16 pacientes de mastoidectomía con conserva-

TABLA I

RECONSTRUCCION CON PORP Y TORP CONTROL POSTOPERATORIO			
	TOTAL	PORP	TORP
RANGO (meses)	3-30	3-30	3-24
PROMEDIO (meses)	9.2	3.6	8.5
+ DE 6 MESES (%)	65	74	46
+ DE 12 MESES (%)	27.5	33	15

TABLA II
RECONSTRUCCION CON PORP Y TORP

VARIABLES CLINICAS	TOTAL (N=40)	PORP (N=27)	TORP (N=13)
EDAD PROMEDIO (años)	33	31	35
MENOR	15	15	18
MAYOR	57	56	57
SEXO: HOMBRES	18 (45%)	11	7
MUJERES	22 (55%)	16	6
PATOLOGIA: UNILATERAL	24 (60%)	16	8
BILATERAL	11 (40%)	11	5
EXPULSIONES	4 (10%)	3	1

ción de la pared del conducto auditivo externo, de los cuales la mitad fueron PORPS y la otra TORPS, de éstos, 12 fueron segundos tiempos planeados (75 %) (Tabla III). Operados de timpanoplastía fueron 20, a 13 se les colocó la prótesis en un tiempo (65 %) y el resto (35 %), en un 2o. tiempo planeado.

Se puso un TORP en una revisión de estapedectomía, en la que el yunque estaba luxado y se había colocado un pistón y grasa sellando la ventana.

Dos PORP fueron colocadas en un tiempo, en mastoidectomías radicales modificadas y otra en una mastoidectomía con timpanoplastía.

En total se realizaron 19 segundos tiempos planeados, de los cuales 9 correspondieron a TORPS, siendo el 70 % de éstas. De 27 prótesis de la cabeza del estribo a la membrana timpánica o injerto, en 21 se colocó cartílago de trago entre la prótesis y la membrana timpánica, en 5 se puso la prótesis por abajo del mango del martillo y en un caso no se colocó ningún material entre la prótesis y el injerto de membrana timpánica (expulsión). En todos los casos de TORP, se utilizó cartílago de trago entre la prótesis y la membrana timpánica. Cuando se colocó la prótesis directamente a la ventana, sin platina, (4 casos), se usó pericon-

drio de trago entre la prótesis y el vestíbulo, siendo colocada en estos 4 casos con la membrana timpánica íntegra; por otosclerosis o timpanoesclerosis.

RESULTADOS AUDITIVOS

PORP.— El 70 % mantuvo menos de 20 dB de déficit conductivo, tomado por la diferencial aérea-ósea. El 52 % cerró la diferencial a menos de 10 dB y una tercera parte de los enfermos a 5 dB o menos (Tabla IV).

El promedio total de ganancia auditiva tomado por la vía aérea fue de 23 dB, presentando en el 62 % una ganancia mayor de 20 dB (Tabla VI).

TORP.— En el total de las 13 prótesis, el 76 % resultó con un cierre de la diferencial de 20 dB o menos y el 30 % con 10 dB o menos (Tabla V).

No se presentó una diferencia importante entre las prótesis que se colocaron sobre una platina móvil o directamente en la ventana.

El promedio total de ganancia en dB fue de 22 y en el 61 % de los casos se obtuvo una ganancia mayor de 20 dB (Tabla VI), en la vía aérea.

FRACASOS

Se presentaron 4 expulsiones (10 %) 3 fueron PORP y 1 TORP.

En un caso se expulsó a los 8 meses; en la operación se colocó pegamento para unir la prótesis y el cartílago, encontrando después de la expulsión pegamento cubriendo toda la prótesis. En otro caso se inició expulsión en etapas tempranas, a los 7 meses, en el momento de terminar este estudio (9 meses), una parte de la cabeza de la prótesis se encontraba fuera de la membrana timpánica, no se observa el cartílago, que probablemente se movilizó.

Un caso fue revisado a los 30 meses, después de haber estado ausente de la consulta durante 1 año y medio, este fue el único caso en el que no se colocó material entre la prótesis y el injerto encontrando a la prótesis sobre la membrana timpánica sellada.

El cuarto caso fue una TORP que se expulsó a los 5 meses, no se tiene explicación para ello.

Se presentaron 2 casos (5 %) de lesión sensorineural. Una PORP con daño moderado, principalmente con caída en la logaudiometría y el segundo caso, una TORP con lesión severa tanto en la audiometría tonal como en la discriminación.

REVISIONES

Hasta la fecha se han revisado 3 casos con prótesis, por fracasos en el cierre de la diferencial y poca ganancia auditiva.

TABLA III

RECONSTRUCCION CON PORP Y TORP
TIPO DE OPERACIONES REALIZADAS

OPERACIONES		PORP	TORP
*M. P. I.	2o. TIEMPO PLANEADO EN UN SOLO TIEMPO	6	6
		2	2
TIMPANOPLASTIA	2o. TIEMPO PLANEADO EN UN SOLO TIEMPO	4	3
		12	1
	REVISION DE ESTAPEDECTOMIA		1
	MASTOIDECTOMIA CON TIMPANOPLASTIA	1	
	MASTOIDECTOMIA RADICAL MODIFICADA	2	
*M. P. I. MASTOIDECTOMIA CON PARED DEL CONDUCTO INTACTA			

TABLA IV
RECONSTRUCCION CON PROTESIS DE PORP
RESULTADOS AUDITIVOS

DEFICIT CONDUCTIVO RESIDUAL	N-27	%
0 - 5 dB	9	33
0 - 10 dB	14	52
0 - 15 dB	16	59
0 - 20 dB	19	70
0 - 25 dB	22	81
0 - 30 dB	22	81
más de 30 dB	5	18

Dos fueron PORP, en un caso la prótesis fue muy corta y el cartílago no hacía contacto con la membrana timpánica, en otro caso la prótesis estaba bien colocada, pero se encontró tejido fibroso abundante en oído medio entre promontorio y membrana timpánica. Un tercer caso fue una TORP que se encontró fuera de la platina. Las operaciones iniciales del primer caso y del tercero, fueron realizadas por otros cirujanos. No contamos con el estudio histopatológico de las prótesis extraídas.

COMENTARIO

Hemos considerado que un cierre de la diferencial aérea ósea de 20 dB en el 77 % de nuestras TORPS y un 60 % de nuestras PORPS dentro de 15 dB es satisfactorio.

Aunque estos resultados son a corto plazo, es de esperarse que no habrá grandes diferencias, si comparamos nuestros resultados con los de otros autores.^{9,10}

Los reportes de expulsión han sido variables en los pocos reportes que se han hecho hasta la fecha, Shea¹ 2.1 % en TORPS; Smyth⁷ 4.4 % en TORPS y posteriormente usando cartílago⁹ 2 %; Hicks¹¹ 9.2 % en ambas prótesis; Brackmann y Sheehy en 106 casos usando cartílago no reportan expulsiones. Nuestras 4 expulsiones (10 %) representan un alto porcentaje, 2 de ellas se

podrían haber evitado en uno, si se hubiera estabilizado con cartílago de trago y para evitar así su movilización y en el otro si se hubiera evitado el uso de pegamento que como es sabido puede dañar el cartílago o la membrana.

El estudio de Belal⁸ ha confirmado el hallazgo de Shea, en el sentido que el Plastipore promueve el crecimiento de tejido fibroso, dejando una columna de tejido vivo con un esqueleto plástico, pero ha puesto en evidencia también, que hay una respuesta franca de cuerpo extraño. Será por lo tanto necesario series grandes con periodos de seguimiento prolongados, para poder predecir el futuro final de las prótesis. Recomendamos indudablemente la colocación de cartílago entre la prótesis y el injerto. Esta necesidad de separar el material plástico de la membrana timpánica es fácilmente entendible y ha sido demostrado a través de los años con otros materiales plásticos. El cartílago no sólo nos ayuda a evitar las expulsiones, sino también nos permite colocar la prótesis con ligera tensión contra la membrana timpánica; en ocasiones permite al mismo tiempo tapar defectos del anulus para evitar bolsas de retracción¹⁰. Shea¹ para prevenir expulsiones, recomienda colocar la prótesis por abajo del mango del martillo, cuando se cuenta con éste. En varios de nuestros casos utilizamos esta técnica con buenos resulta-

dos, pero pensamos que las ventajas de la PORP en estos casos, son mínimas comparadas con el ensamble martillo-estribo con hueso moldeado.

En el comercio existen actualmente una variedad muy grande de estas prótesis. Es preferencia del autor usar la PORP excéntrica totalmente ahuecada y la TORP excéntrica modificada por Austin. En ambas, la cabeza plana de la prótesis, puede ser modificada de acuerdo a las necesidades del cirujano o las características del oído, especialmente para facilitar en su colocación y estabilización (Figura 1).

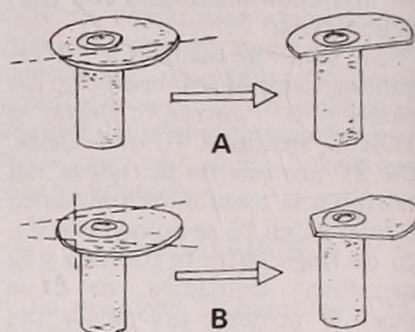


Figura 1.- A: La cabeza de la prótesis puede modificarse reduciendo su tamaño y permitiendo mejor visualización para su colocación. B: Forma tipo Fisch (12).

En el asta de la PORP puede hacerse una pequeña muesca para fijarla sobre el tendón del músculo del estribo y darle mayor fijez a la cabeza del estribo en el

TABLA V
RECONSTRUCCION CON TORP
RESULTADOS AUDITIVOS

DEFICIT CONDUCTIVO RESIDUAL	TOTAL DE CASOS N-13 %	A PLATINA N-9 %	A VENTANA N-4 %
0 - 5 dB	1 7.6	0 0	1 25
0 - 10 dB	4 30.7	3 33.3	1 25
0 - 15 dB	5 38.4	3 33.3	2 50
0 - 20 dB	10 76.9	7 77.7	3 75
0 - 25 dB	10 76.9	7 77.7	3 75
0 - 30 dB	11 84.6	7 77.7	4 100
más de 30 dB	2 15.3	2 22.2	0 0

TABLA VI
RECONSTRUCCION CON PORP Y TORP
GANANCIA EN dB

GANANCIA EN dB	PORP N-27 %	TORP N-13 %
- 0 dB	1 3.7	1 7.6
0 - 5 dB	2 18.5	2 15.3
6 - 10 dB	1 3.7	0 0
11 - 20 dB	3 11.1	2 15.3
21 - 30 dB	6 22.2	5 38.4
31 - 40 dB	7 25.9	2 15.3
más de 40 dB	4 14.8	1 7.6
PROMEDIO	23 dB	22 dB

huevo del asta (Fig. 2). Para evitar que la prótesis se fije con tejido conectivo a las estructuras óseas vecinas, es recomendable aislarla con pequeños pedazos de Gelfoam como lo recomienda Shea¹, tomando en cuenta su expansión cuando se humedece, ya que puede movilizar la prótesis.

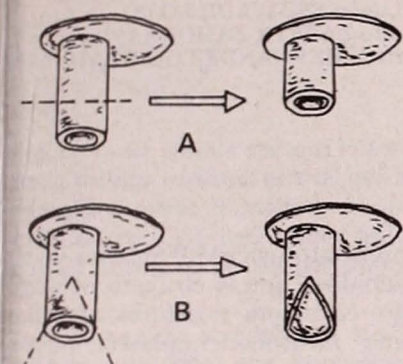


Figura 2.- A: El asta de la prótesis puede recortarse al tamaño adecuado. B: Se hace una muesca que se adapta al tendón del estribo.

Las ventajas del uso de esta prótesis han sido ya señaladas por Smyth⁹ y son: a) su rápida disponibilidad, b) el ahorro del tiempo, c) su fácil manipulación d) la posibilidad de mejores resultados en las operaciones iniciales, e) pueden moldearse de acuerdo a las necesidades y f) son fáciles de colocar y estabilizar.

Resumen.— Se reporta la experiencia de los autores con el uso de las prótesis de Plasti-pore de reemplazo total y parcial. Se revisaron 41 casos operados en forma consecutiva; en 13 de ellos se utilizó el Torp y en 28 el Porp asociado, en la mayoría de los casos con cartílago colocado entre la prótesis y el tímpano.

Con las prótesis de reemplazo total (Torp) el 33 % de los casos logró el cierre de la diferencial aéreo-ósea dentro de los 10 dB y un 77 % dentro de los 20 dB. Con las prótesis de reemplazo parcial (Porp) se obtuvo un cierre dentro de los 10 dB en el 52 % de los casos. Se presentaron en total 4 expulsiones de la prótesis.

Los resultados obtenidos por los autores confirman la utilidad de estas prótesis, sin embargo se considera que los casos aquí presentados, requieren de un lapso mayor de observación, para determinar los resultados a largo plazo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Shea, J. J., Emmett, J. R.: Biocompatible Ossicular Implants. Arch. Otolaryng; 104: 191-196, 1978.
- 2.- Janeke, J. B., Komor, R. M., Cohn, A.: Proplast in Cavity Obliteration and Soft Tissue Aug-

mentation: Arch. Otolaryng; 100: 24-27, 1974.

- 3.- Shea, J. J., Homsy, Ch. A.: The use of Proplast in Otologic Surgery. Laryngoscope, 84: 1835-1845, 1974.
- 4.- Janeke, J. B., Shea, J. J.: Self-Stabilizing Proplast total Ossicular Replacement Prosthesis in Tympanoplasty. Laryngoscope, 85: 1550-1556, 1975.
- 5.- Martínez, D. M.: Ear Reconstruction and Mastoid Obliteration with Proplast after Radical Mastoidectomy. Laryngoscope, 86: 1828, 1976.
- 6.- Shea, J. J.: Plastipore total Ossicular replacement prosthesis. Laryngoscope, 86: 239-240, 1976.
- 7.- Shea, J., Emmett, J., Smyth, G. D. L.: Biocompatible Implants in Otology. O. R. L. Digest., 39: 9-15, 1977.
- 8.- Belal, Jr. A., Odnert, S.: Torps and Porps: What happens in the Middle Ear. A Preliminary Report. Am. J. Otol., 2: 10-13, 1980.
- 9.- Smyth, G. D. L., Hassard, T. H., Kerr, A. G., Houlihan, F. P.: Ossicular replacement prosthesis. Arch. Otolaryng 104: 345-351, 1978.
- 10.- Brackmann, D. E., Sheehy, J. L.: Tympanoplasty: Torps and porps Laryngoscope, 89: 108-114, 1979.
- 11.- Hicks, G. W., Wright, J. W.: Use of Plastipore for Ossicular Chain Reconstruction: an evaluation Laryngoscope, 88: 1024-1033, 1978.
- 12.- Fisch, U.: Tympanoplasty and Stapedectomy: A Manual of Techniques. Stuttgart, New York, 1980.

Estenosis del conducto auditivo externo

Descripción de una técnica para su tratamiento

Dr. J. Ramón ESCAJADILLO (*)
Dr. Adolfo ZAPATA ZAMORA (**)
Dr. Mariano HERNANDEZ GORIBAR (***)

Summary.— Three cases of acquire external ear canal stenosis treateh with meatal and conchal plasty are reported. It is sustain that with this technique a wide and healed external ear canal is obtained.

INTRODUCCION

Las estenosis del conducto auditivo externo, aunque bien conocidas por todos los otorrinolaringólogos, han sido objeto de relativamente pocos reportes en la literatura mundial.^{1,2}

Estas lesiones pueden ser congénitas o adquiridas.³ Las congénitas son debidas a malformaciones durante la llamada "fase sensitiva" del desarrollo de la placoda ótica, que ocurre durante los días 35 a 46 de la embriogénesis,⁴ y en las que se han desarrollado técnicas plásticas y microquirúrgicas para su corrección con buenos resultados funcionales.^{5,6,7}

Por otro lado, las estenosis del conducto auditivo externo adquiridas pueden subdividirse en traumáticas, inflamatorias, postoperatorias y neoplásicas.^{8,9} Las pri-

meras son debidas a laceraciones sobre la piel del tercio medio del conducto, las que a menudo no son reconocidas médicamente y en las que el proceso reparativo forma un diafragma ocluyendo al conducto y produciendo hipoacusia de tipo conductivo.^{9,10} Las de origen inflamatorio pueden producirse por otitis externas crónicas, patología que es muy común, y que en la mayoría de los casos responde adecuadamente a un apropiado tratamiento local, dando, por lo tanto, una muy baja incidencia de estenosis. Algunos pacientes, sin embargo, acuden a consulta cuando existe un engrosamiento permanente de la piel, debido a una dermatitis crónica producida por una otoreea continua, efecto que puede dar grados diversos de estenosis, siendo la total una raramente vista y descrita en la literatura.^{8,9} Shambaugh¹² reporta la presencia de una estenosis cicatrizal del conducto auditivo externo óseo posterior a una otitis externa crónica, en donde la epidermis del conducto y la superficie externa de la membrana timpánica se habían ulcerado y estenosado, hallazgos que pueden también encontrarse secundarios a una otitis media crónica supurada.¹³

Las estenosis postoperatorias, se producen por una abertura meatal inadecuada durante la ci-

rugía otológica,^{14,15} muchas veces debido a que el cirujano otólogo no considera necesario efectuar una meatoconchoplastia posterior a una mastoidectomía radical; afortunadamente, en la mayoría de los casos estas estenosis son parciales.

Por último, las estenosis producidas por padecimientos neoplásicos, son comunes pero escapan del objetivo del presente reporte.

Hasta el momento, todas las técnicas descritas para el tratamiento de las estenosis adquiridas del conducto auditivo externo, se basan en la resección de la piel engrosada, aplicando para su restauración injertos libres de piel,^{9,10,14,15,16} la mayoría de los cuales se obtienen de la porción anterior del antebrazo. Otras técnicas describen la elaboración de colgajos de piel retroauricular para cubrir el defecto intrameatal^{6,7}, pero basándonos en las consideraciones efectuadas por Beales⁸ la introducción endomeatal de un tipo de piel diferente más gruesa y con abundantes glándulas sebáceas, sudoríparas y folículos pilosos, no es ideal para reemplazar a una piel tan delgada y especializada como la del conducto auditivo, sobre todo en su porción ósea, por lo que este método debería estar contraindicado. Es por esto que decidimos realizar una técnica de

(*) Médico Residente. Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General del Centro Médico La Raza. IMSS. México D. F.

(**) Otorrinolaringología del mismo hospital.

(***) Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del mismo hospital.

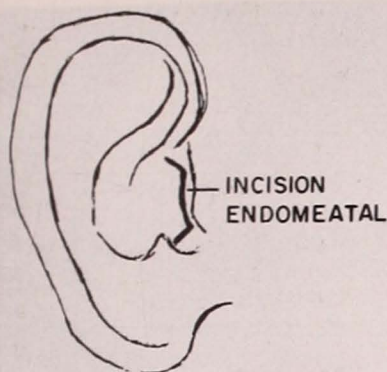


Figura 1.- Se aprecia marcada la zona de la incisión endaural vertical que se realizará a medio centímetro de profundidad del CAE para formar así el colgajo rectangular de base posterior.

reconstrucción modificada de la original descrita por Portmann, utilizando fascia temporal en lugar de injerto libre de piel, como lo sugiere Tos,¹⁷ esta técnica se aplicó en tres pacientes vistos en nuestro Servicio con estenosis totales adquiridas, con resultados desde el punto de vista estético y funcional, adecuados.

DESCRIPCION DE LA TECNICA

1. Se realiza una incisión endaural vertical aproximadamente a medio centímetro de profundidad del CAE; posteriormente se realizan incisiones oblicuas, una superior y otra inferior, obteniendo así un pequeño colgajo rectangular de base posterior. (Ver Figura 1)

2. Incisión retroauricular amplia, obteniendo fascia temporal de la región supra-auricular; a continuación, se procede a efectuar el levantamiento del periotio alrededor de la incisión original para rechazar posteriormente el pabellón auricular hacia adelante.

3. Se adelgaza con tijeras el colgajo meatal elaborado, retirando el tejido celular subcutáneo, ayudándose con el dedo índice de la mano contralateral para

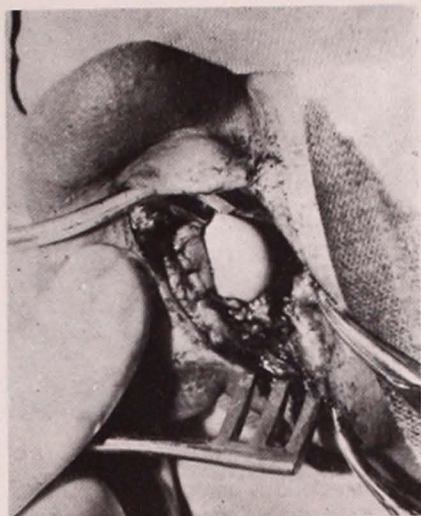


Figura 2.- El colgajo rectangular se ha formado y es rechazado hacia atrás con la ayuda del dedo índice. Nótese los puntos con seda dados sobre los bordes lateral y medial del colgajo.

obtener una mejor exposición del colgajo. Por medio de 2 a 3 puntos con seda atraumática dos ceros, se fijan los bordes laterales y medial del colgajo hacia la región posterior. (Ver Figura 2)

4. En este paso, se valora la cantidad de tejido fibro-adiposo existente en el conducto, y mediante un corte circular con bisturí y luego con pinzas de Adson y tijeras, se inicia a retirar meticulosamente todo este tejido. (Ver Figura 3)

5. Se valora el estado del conducto óseo; si está estrecho, se inicia un fresado con el empleo del microscopio sobre sus paredes hasta obtener una adecuada luz.

6. Se valora el estado de la membrana timpánica, pudiendo realizar los procedimientos timpanoplásticos que se juzguen necesarios.

7. Se aplica la fascia temporal obtenida sobre las paredes anteriores y posteriores, sin dar puntos de fijación, aplicando posteriormente gelfoam e hidrocortisona.

8. Se sutura la herida retroauricular en la forma convencional.

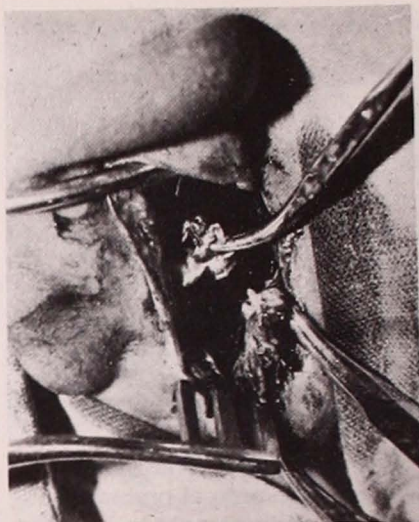


Figura 3.- Fotografía en la que se aprecia el inicio de la escisión de tejido fibro-adiposo existente en el conducto.

9. Se introduce sobre el conducto una cinta umbilical para mantener en su posición la fascia y moldear nuevamente el CAE. (Ver Figura 4)

10. Se procede a retirar entre el décimo y décimo quinto días, la cinta umbilical, realizando consultas a intervalos de 2 a 3 días durante el primer mes, para valorar la evolución y en caso necesario, retirar el tejido de granulación que se vaya formando.

PRESENTACION DE CASOS

Caso No. 1.— Se trata de un paciente masculino de 11 años de edad, a quien se le practicó una mastoidectomía radical izquierda a la edad de 6 años desarrolló en el postoperatorio una estenosis del conducto que ameritó revisión de mastoidectomía con plastía de conducto en dos ocasiones, sin resultados satisfactorios. Fue visto por nosotros en enero de 1980, programándose para una nueva plastía con la técnica ya descrita. El paciente presentaba una hipoacusia mixta de predominio conductivo moderada a profunda, con una estenosis izquierda completa. (Ver Figura 5). Durante la cirugía, se observó abun-

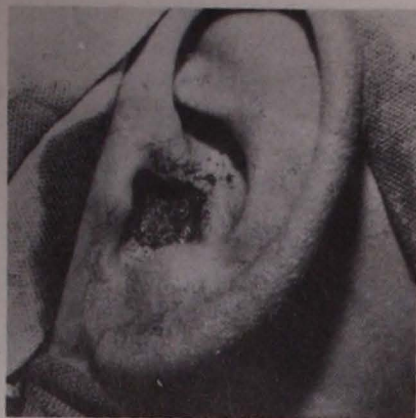


Figura 4.- Se aprecia el estado del CAE al haber terminado el procedimiento, en el que previamente se ha introducido una cinta umbilical para mantener la luz del conducto.

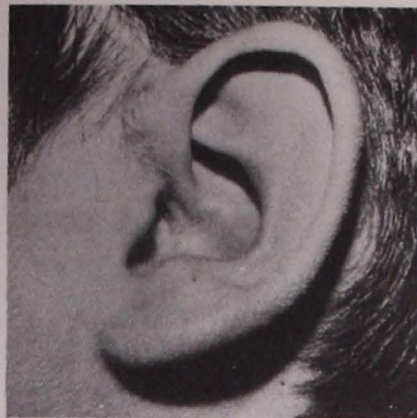


Figura 5.- Caso clínico número 1.- Nótese la estenosis completa del conducto, después del segundo intento de plastía realizado con otra técnica.

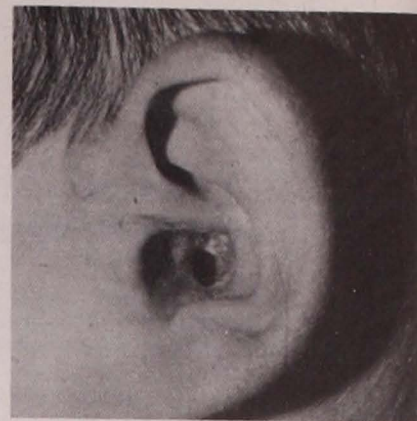


Figura 6.- Caso clínico número 1.- Aspecto del conducto un año después de la plastía del conducto con la técnica descrita. Nótese la adecuada luz del conducto.

dante tejido fibroadiposo y al extraerlo se apreció una cavidad de mastoides amplia y epiteliada. En este caso se procedió a aplicar la fascia temporal sólo sobre la pared anterior del CAE. La evolución a un año muestra un lumen patente sin tendencia a la estenosis. (Ver Figura 6)

Caso No. 2.— Paciente masculino de 15 años de edad, quien desarrolla una estenosis bilateral y completa en ambos conductos, secundaria a una otitis externa crónica desarrollada hacia cuatro años, posterior a la práctica de deportes acuáticos en el mar, refiriendo en ese entonces otalgia intensa, acompañada de prurito y otorrea bilateral, así como una reacción eczematoide sobre el pabellón auricular. Fue tratado por varios otorrinolaringólogos y dermatólogos, teniendo remisiones y exacerbaciones del cuadro acompañado de hipoacusia progresiva más aparente del lado derecho, así como acufeno moderado bilateral. Fue visto por nosotros en abril de 1980 y a la exploración encontramos la presencia de estenosis total en ambos conductos, con discretos cambios eczematoides sobre el pabellón. El cartílago auricular y

los conductos auditivos se encontraban endurecidos y rígidos. Se procedió a realizar la plastía del conducto derecho en mayo de 1980 y la del izquierdo en julio del mismo año. Al retirar el tejido fibroso de ambos conductos, se apreció una estenosis discreta de los conductos óseos, motivo por el que se fresaron. La evolución hasta el momento es favorable desde el punto de vista estético y funcional. El reporte histopatológico mostró la presencia de un gran infiltrado, de células inflamatorias crónicas y tejido fibroadiposo abundante no encapsulado.

Caso No. 3.— Paciente masculino de 7 años de edad, quien desarrolla una estenosis del conducto derecho posterior a un traumatismo producido por la punta de un rehilete sobre el tercio externo del CAE a la edad de 6

años; el traumatismo produjo dolor intenso y otorragia durante dos días. En el Servicio de Urgencias al que acudió, no se le dio importancia aparente a esto y tres meses después inicia hipoacusia progresiva derecha. Al acudir a nuestro Servicio, se apreció una estenosis total del conducto y el estudio audiológico reveló una hipoacusia superficial de tipo conductivo, motivo por el que se efectuó en julio de 1980 plastía del conducto, retirando tejido fibroadiposo en moderada cantidad, más notable sobre la pared anterior e inferior de la porción cartilaginosa. Su evolución hasta el momento es satisfactoria y la audición es normal.

COMENTARIO

Con esta técnica, relativamente simple, hemos intervenido a

TABLA I				
PACIENTE	OIDOS	ETIOLOGIA	LUMEN DEL CAE	EVOLUCION
1	1	Postoperatoria	100 %	12 meses
2	2	Otitis externa	90 %	11 meses
	3	Otitis externa	100 %	9 meses
3	4	Post-traumática	100 %	9 meses
Total pacientes: 3. Total oídos: 4.				

tres pacientes (4 oídos) en quienes la causa de la estenosis del conducto ha sido diferente, pero en todos la permeabilidad se ha mantenido durante períodos mayores a los nueve meses. (Ver Tabla I)

Otros autores, como Beales,⁸ prefieren el uso de prótesis de acrílico, con lo que obtienen resultados también muy favorables: nosotros no tenemos experiencia con su empleo.

Nuestra técnica es sólo una variante de otras ya reportadas en la literatura, pero consideramos que su simplicidad la hace práctica. Asimismo, recalamos que, aun cuando la cantidad de piel y hueso que debe researse varía de un paciente a otro, es esencial tener en mente la conveniencia de dejar un conducto lo más amplio posible, auxiliándonos con el empleo del microscopio quirúrgico para evitar el daño a la membrana timpánica o a las estructuras del oído medio.

Resumen.— Se presentan 3 casos de estenosis adquiridas del conducto auditivo externo y se

propone el empleo de la meatoconchoplastia con el uso de fascia autóloga del temporal, ya que con esta técnica los autores logran mantener el conducto permeable y bien cicatrizado.

REFERENCIAS

- 1.- *Friedberg, J.*: Correction of congenital meatal atresia of the ear, Utilizing a superiorly based post auricular pedicle flap. *J. Otolaryngol.*, 6: 5-10, 1977.
- 2.- *Sekitani, T.*: Congenital atresia of the external auditory meatus; one stage reconstruction technique. *Otolaryngology* 49: 25-29, 1977.
- 3.- *Gunderson, T.*: Atresia of the external auditory meatus following eczematous otitis externa. *Acta Otolaryngol.*, 52: 473-476, 1960.
- 4.- *Heidelberg, J. G.*: Atresia of the external auditory canal. *Z. Arzti. Fortbild* 73: 218-222, 1979.
- 5.- *Jahrsdoerfer, R. A.*: Congenital atresia of the ear. *Laryngoscope*, 88 (Suppl. 13): 1-48, 1978.
- 6.- *Pulec, J. L. y Freedman, H. M.*: Management of congenital ear abnormalities. *Laryngoscope*, 88: 420-434, 1978.
- 7.- *Schramm, V. L. y Myers, E. N.*: Reconstruction of conchal defects. *Laryngoscope*. 88: 1868-1870, 1978.
- 8.- *Beales, P. H.*: Atresia of the external auditory meatus. *Arch. Otolaryngol.* 100: 209-211, 1974
- 9.- *Eichel, B. S. y Simonton, K. M.*: Stenosis of the external auditory meatus secondary to chronic external otitis treated by a simplified surgical method: Report of case. *Laryngoscope*. 75: 16-21, 1965.
- 10.- *Paparella, M. M. y Kurkjian, J. M.*: Surgical treatment for chronic stenosing external otitis. *Laryngoscope*. 76: 232-245, 1966.
- 11.- *Conley, J. J.*: Atresia of the external auditory canal occurring in military service. *Arch. Otolaryngol.* 43: 613-622, 1946.
- 12.- *Shambaugh, G. E.*: Surgery of the ear. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1959.
- 13.- *Cohen, L. y Fox, S. L.*: Atresia of the external auditory canal. *Arch. Otolaryngol.* 38: 338, 1943
- 14.- *Portmann, M.*: The ear and temporal bone. Masson Publishing USA, Inc. 1979.
- 15.- *Paparella, M. M. y Shumrick, D. A.*: Otolaryngology, Vol. 2 W. B. Saunders Company, Filadelfia, 1973.
- 16.- *Moritsch, E.*: Surgical treatment of acquired stenosis of the external auditory meatus. *Laryngol. Rhinol. Otol. Ihre Grezgeb*, 56: 800-804, 1977.
- 17.- *Tos, M. y Bonding, P.*: Treatment of postinflammatory acquired atresia of the external auditory canal. *ORL* 41: 85-90, 1979.

La cirugía de los músculos extra-oculares cambia los mecanismos de los movimientos vestibulo-oculomotores

Presentación de un caso

Dr. Miguel Angel GARCIA GARCIA (*)
 Dr. Jorge CORVERA BERNARDELLI (*)
 Dra. Emma LIMON (**)

Summary.— An 11 year old girl with strabismus, latent and gaze nystagmus and saccadic eye tracking, showed complete absence of retinal inhibition of vestibular nystagmus on the alternate rotatory test.

Surgical intervention on the extra ocular muscles corrected the strabismus, and also restored completely the inhibition of vestibular nystagmus by retinal fixation. All other anomalies of eye movement persisted unchanged.

The authors feel that this finding has clinical importance because points to diagnostic difficulties in similar cases, and has physiological connotations since it shows the independence of different oculomotor mechanisms.

INTRODUCCION

Tradicionalmente se conoce que la fijación visual es capaz de inhibir las respuestas oculo-motoras de origen vestibular, incluyendo las respuestas patológicas.

La supresión por fijación visual del nistagmus, que ocurre a consecuencia de la destrucción

vestibular o de cualquier otra lesión que altere el tono vestibular, es la base del reconocimiento del tipo de nistagmus espontáneo llamado "vestibular" por Jung y Kornhuber.¹

El papel de la visión en la inhibición del nistagmus producido por estímulos térmicos, (que no deja de ser una forma de nistagmus anormal, puesto que en condiciones normales no se produce), es también bien conocida. Cuando el paciente que está siendo sometido a una prueba térmica cierra los ojos, se le cubren, o se le coloca en obscuridad absoluta, el nistagmus térmico se incrementa. Esto es tan constante, que ha permitido a Demanez² proponer el índice de fijación visual, en el cual se divide el valor obtenido multiplicando la amplitud por la frecuencia del nistag-

mus con los ojos abiertos, entre el valor respectivo, obtenido de igual manera, con los ojos cubiertos, y se multiplica por 100. Esto mide la capacidad retiniana de inhibir el nistagmus vestibular térmico.

Por otra parte, se ha podido demostrar que el mismo fenómeno inhibitorio ocurre en nistagmus más fisiológicos. En la prueba del nistagmus rotatorio alternante, Corvera³ ha señalado que el nistagmus en la obscuridad o con los ojos cubiertos, es inhibido totalmente cuando al paciente se le coloca un blando de fijación visual que se mueve al unísono con la silla.

Por otra parte, la ausencia del fenómeno de la inhibición visual del nistagmus vestibular, ha sido reconocida como significado de una lesión de las vías inhibito-

TABLA I
ELECTRO-OCULOGRAFIA

NOMBRE:	O. E. R	EDAD:	11 años
FECHA:	10 Junio de 1980	EXP.:	55396
AGUDEZA VISUAL	O. D.	20/60	O. I. 20/60
PATRON DE FIJACION:			
PREFERENCIA: NO HAY			
POSICION PRIMARIA LEJOS	FIJANDO O. D. ENDO 35°		FIJANDO O. I. ENDO 35°
CERCA BALANCE MUSCULAR			DUCCIONES NORMALES

(*) Departamento de Otorrinolaringología. Hospital General "Dr. Manuel Gea González" S. S. A. México D. F.

(**) Departamento de Oftalmología del mismo hospital.

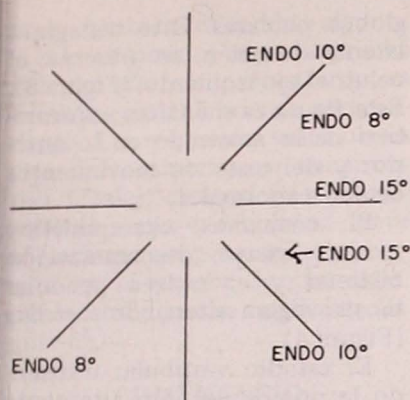


Figura 1.- Exploración Estrabológica.

rias centrales, que pueden estar localizadas en el cerebro, en el tallo cerebral o en el cerebelo. 4,5,6,7 y 8

OBJETIVO

El presente trabajo tiene por objeto presentar un caso en que la inhibición visual del nistagmus vestibular estaba afectada por un mecanismo puramente periférico, como era la presencia de un estrabismo. Hasta donde hemos podido investigar, no existe ninguna comunicación en la literatura médica, señalando este hecho.

CASO CLINICO

Niña de 11 años de edad, enviada para estudio neuro-otológico por presentar estrabismo convergente y nistagmus.

Los resultados del estudio estrabológico de importancia para el caso se muestran en la Fig. 1. En ella se observa que no hay un ojo con mejor agudeza visual que el otro. Existe estrabismo convergente en todas las posiciones de la mirada sin aparente paresia muscular.

La exploración neuro-otológica rutinaria mostró nistagmus espontáneo en posiciones extremas de la mirada, de tipo reajo, con ambos ojos abiertos. Con el ojo derecho cubierto (Figura 2) se pone de manifiesto un nistagmus latente, que aparece en ambos

MOVIMIENTOS OCULARES ESPONTANEOS. (NISTAGMUS ESPONTANEO)

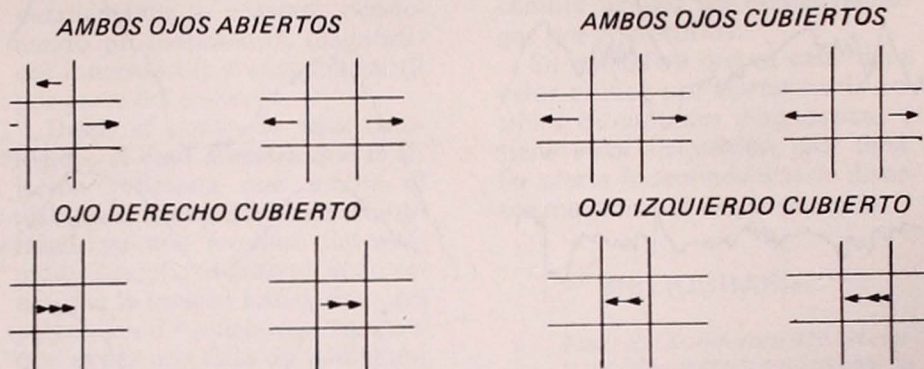


Figura 2.- Nistagmus espontáneo de reajo y Nistagmus Latente en posición primaria

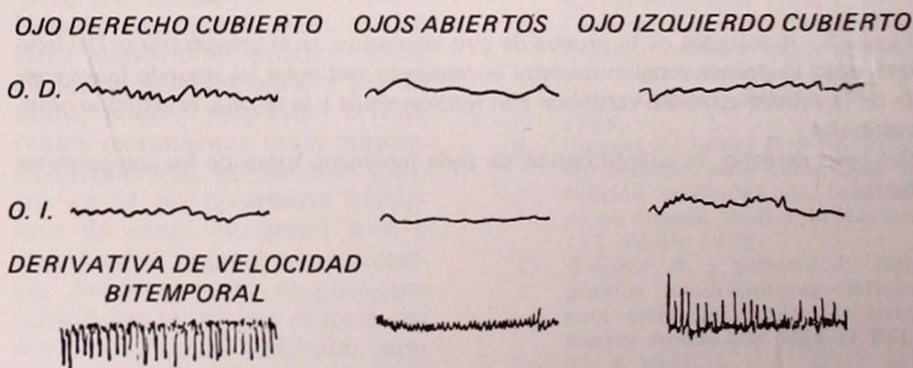


Figura 3.- Nistagmus Latente, mayor al ocluir el ojo derecho.

NISTAGMUS OPTOQUINETICO

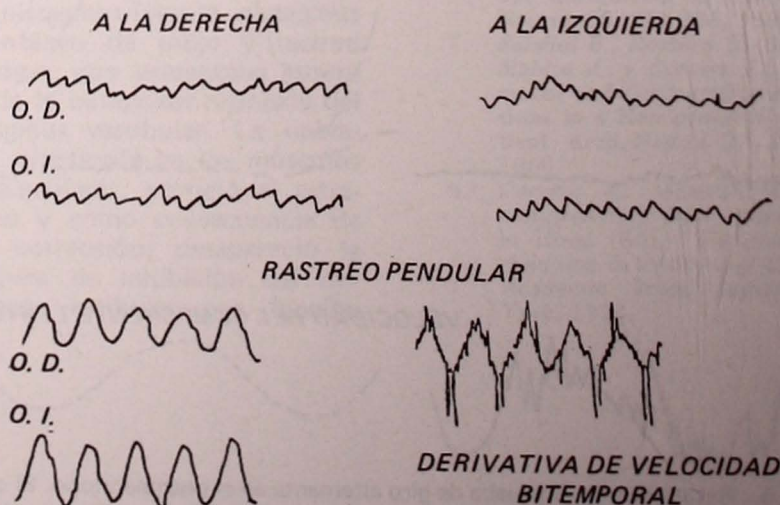


Figura 4.- Nistagmus Optoquinético ligeramente deprimido y con movimientos oculares algo disyuntivos. Rastreo Pendular con sinusoide conservado y con movimientos rápidos sobreañadidos (Rastreo Sacádico).

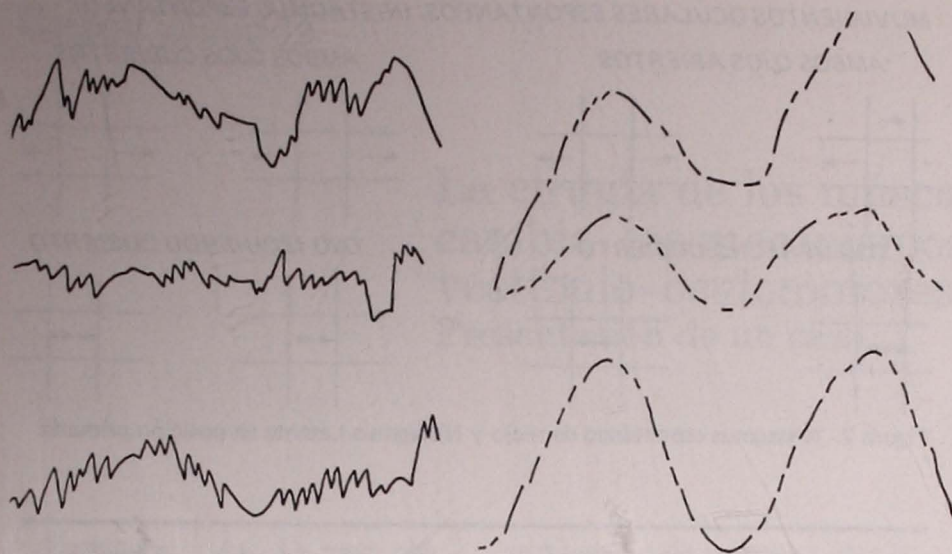


Figura 5.- Resultados de la prueba de giro alternante, en el preoperatorio. Del lado izquierdo el primer renglón muestra la respuesta vestibular, el segundo la respuesta de la prueba estímulo vestibular con fijación visual y la tercera, el estímulo opto-vestibular. Del lado derecho, la cuantificación de cada fenómeno sumando los componentes lentos.

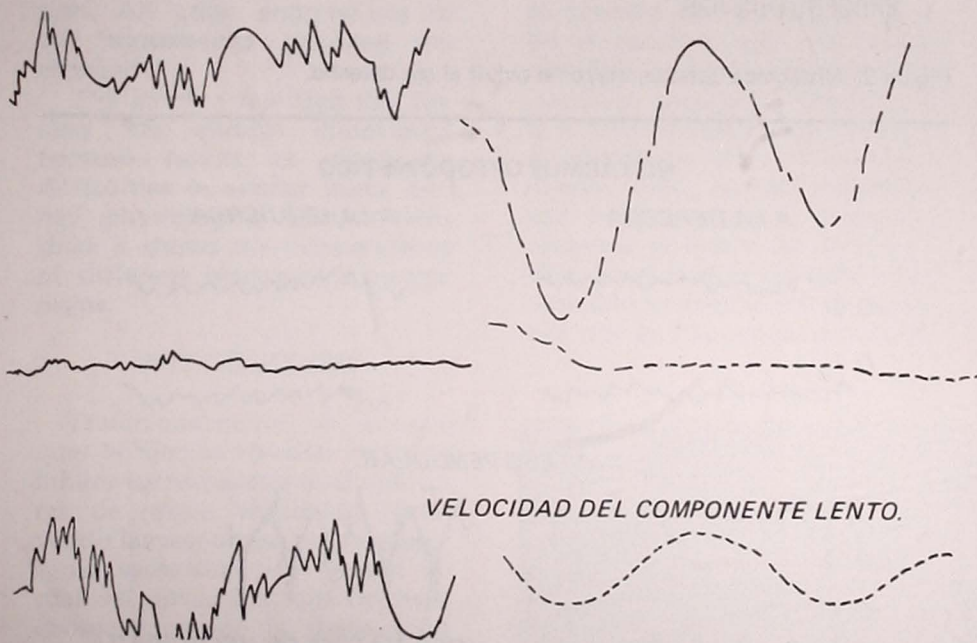


Figura 6.- Resultados de la prueba de giro alternante en el postoperatorio. El orden de las pruebas es igual que en la figura 5, excepto que en ésta se cuantifica la respuesta opto-vestibular en función de la velocidad del componente lento. Se observa completa desaparición del nistagmus obtenido en el preoperatorio durante la prueba de estímulo vestibular con fijación visual.

globos oculares. Este nistagmus latente también se observa al ocluir el ojo izquierdo. (Figura 3). Esta figura es el análisis esquemático de lo mostrado en lo anterior y del resto de movimientos oculares anormales.

El nistagmus optoquinético mostró cierta desorganización bilateral y el rastreo pendular mostró ligera alteración sacádica (Figura 4).

El estudio vestibular utilizando la prueba del giro alternante descrito por Corvera⁴, manifestó respuestas vestibulares con depresión del nistagmus vestibular hacia la derecha. (Figura 5). El giro con fijación retiniana mostró una desinhibición casi completa del nistagmus vestibular. Se aprecia que la respuesta nistágmica con fijación visual es equivalente en magnitud a la respuesta vestibular hacia la derecha y un poco menor que la respuesta vestibular hacia la izquierda.

La respuesta opto-vestibular aparece normal.

Con los datos anteriores, especialmente la presencia de rastreo sacádico, nistagmus latente y desinhibición de la fijación retiniana del nistagmus vestibular, se llegó a la conclusión de que además del estrabismo que padecía la paciente, sufría un trastorno que afectaba la reactividad vestibular hacia la derecha y la inhibición vestibular de origen cerebeloso.

La paciente fue operada del ojo derecho, practicándose resección del músculo recto externo derecho de 5 mm y retro-inserción del recto interno derecho de 4 mm.

Cuatro y seis meses después de la operación, se practicaron nuevos estudios neuro-otológicos. En ambos casos, los resultados fueron semejantes. En estas ocasiones la paciente tenía corregido su estrabismo, presentando únicamente exoforia de 4°.

Los nistagmus espontáneo, latente y optoquinético se encontraban idénticos al estudio preoperatorio; el rastreo se encon-

traba también sin cambio alguno.

Las respuestas ante la prueba del giro alternante mostraron un cambio particularmente sorprendente. Las respuestas vestibulares con ojos cubiertos se encontraron iguales, al igual que las respuestas opto-vestibulares, pero la paciente no presentaba nistagmus en la prueba de giro alternante con fijación retiniana. (figura 6).

COMENTARIO

El caso presentado tiene importancia desde dos aspectos: clínico y fisiológico.

Desde el punto de vista clínico, debe alertar a los neuro-otólogos ante la posibilidad de observar desinhibición del nistagmus vestibular en padecimientos no neurológicos. Hasta la fecha, todas las publicaciones habían señalado en forma unánime, que la ausencia de inhibición óptica del nistagmus vestibular se debía a lesiones en el sistema nervioso central.^{5,6,7,8} Estas lesiones suelen ser consecuencia de enfermedades graves y por lo tanto debe obligar al clínico en su búsqueda. Por primera vez se presenta un caso en que la desinhibición del nistagmus vestibular es debida a un trastorno enteramente mecánico, periférico y no amenazante para la vida como lo es un estrabismo. Es lógico que a medida que se estudien más casos similares, se encontrarán numerosos como éste y no es remoto suponer, que estrabismos pequeños que puedan no llamar la atención del neuro-otólogo, sean capaces de producir la alteración de la inhibición retiniana del nistag-

mus vestibular que alarmen innecesariamente al clínico, ocasionando procedimientos diagnósticos innecesarios y angustia inútil por parte del paciente.

Desde el punto de vista fisiológico, el caso muestra que la fijación retiniana que inhibe el nistagmus vestibular, es bastante frágil, ya que requiere del estímulo macular bilateral simultáneo por la imagen visual. Por otra parte, Hood⁵ señala que siempre que exista una falta de inhibición retiniana del nistagmus vestibular, aparecerá trastorno en la prueba de seguimiento pendular y nistagmus de reojo, lo que identifica trastornos cerebelosos. Nuestro caso parece indicar que estas alteraciones pueden cursar en forma independiente y por lo tanto, pueden responder a diferentes mecanismos de la mirada. Efectivamente, la paciente mostró en el pre-operatorio nistagmus de reojo en grado leve y ataxia en el rastreo; estos hallazgos persistieron en el post-operatorio, en tanto que el mecanismo de inhibición vestibular cambió radicalmente, de estar prácticamente ausente a estar completamente normal.

Resumen.— Se presenta un caso de estrabismo convergente con nistagmus latente, nistagmus espontáneo de reojo y rastreo sacádico, que presentaba ausencia de la inhibición retiniana del nistagmus vestibular. La operación practicada en los músculos extra-oculares, corrigió el estrabismo y como consecuencia de esta corrección, desapareció la ausencia de inhibición del nistagmus vestibular por fijación

retiniana, conservándose sin cambio alguno los demás hallazgos pre-operatorios.

Se considera que el caso tiene valor clínico por alertar hacia posibles dificultades diagnósticas y tiene valor fisiológico, por señalar cierta independencia de diversos mecanismos oculo-motores.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Jung, H., Kornhuber HH.: Results of electronystagmography in man. The value of optokinetic, vestibular and spontaneous nystagmus for neurologic diagnosis and research. In Bender M. (editor). The oculomotor system. Harper Row, New York, 1964.
- 2.- Demanez J. P.: L'Influence de la fixation oculaire sur le nystagmus post calorique. Acta Oto-Rhino-Laryng. Belgica 22: 7, 1968.
- 3.- Corvera J.; López Ríos G.: Nuevo método para cuantificar la función vestibular con fines clínicos. Gaceta Médica de México. 115: 23-30, 1979.
- 4.- Romero R. y Corvera J.: Respuestas oculomotoras reflejas ante estímulos rotatorios alternantes. Anales Soc. Méx. O. R. L. 23: 2, 1977.
- 5.- Hood J. D. y Korres S.: Vestibular suppression in peripheral and central vestibular disorders. Brain 102: 785, 1979.
- 6.- Estañol B., Romero R. y Corvera J.: Effects of cerebellectomy on eye movements in man. Arch. Neurol. 36: 281-284, 1980.
- 7.- Estañol B., Romero R., Sáez M., Mateos J. y Corvera J.: Oculomotor and Oculovestibular functions in a Hemispherectomy patient. Arch. Neurol. 37: 365-368 1980.
- 8.- Corvera J.: Quantification of compensatory eye movements, in Hood (Ed), "Vestibular mechanisms in health and disease". Academic Press. London-New York. 1978.

Hemangiomas de la punta nasal

Dr. Antonio SODA MERHY (*)
Dr. José R. ESCAJADILLO (**)
Dr. José GARCIA VELASCO (***)

Summary.— Two cases of nasal tip hemangiomas are reported. First case was a 13 months old boy with a capillary hemangioma, that was removed through a flap obtained of nasal skin with an incision in the columella. Second case was a 42 years old man, with a cavernous hemangioma with an evolution of 29 years. A facial arteriography was done and both facial arteries were ligated before surgical removal of the tumor. A medial frontal flap (indian flap) was used to removed the hemangioma.

INTRODUCCION

Edgerton ha indicado que los hemangiomas constituyen los defectos humanos más frecuentes en el nacimiento¹. Malan y Azzoline, en 1968,² reportaron que el 50 % de todas las malformaciones vasculares ocurren en la región de la cabeza y cuello.

Aunque cualquier órgano o tejido de la economía puede afectarse, los hemangiomas usualmente se localizan en la piel, los tejidos subcutáneos y las mem-

branas mucosas de la cavidad oral, nariz y labios.

Durante la embriogénesis, el sistema vascular se inicia como una malla de lechos endoteliales, que forman el llamado estadio endotelial. Una falta en la diferenciación de este estadio produce la formación de hemangiomas de tipo capilar o cavernoso.³

Los hemangiomas capilares están compuestos de vasos sanguíneos, que en su mayor parte son del calibre de los capilares normales, diferente a los de tipo cavernoso, en que básicamente están compuestos por canales vasculares de mayor calibre que los capilares, siendo esta una característica histopatológica básica en su diferenciación.

Wynn,⁴ ha denominado a los hemangiomas de la punta nasal "hemangiomas tipo Pinocho", por la gran similitud que presentan estos pacientes con el personaje de los cuentos infantiles conocido por todos nosotros. Por lo general, estas tumoraciones se encuentran sobre los cartílagos laterales superiores e inferiores, pudiendo llegar a afectar en ocasiones hasta el tercio medio de la columela, así como dar infiltraciones a estructuras del dorso y pirámide nasal.

A los hemangiomas capilares se les ha denominado "hemangiomas tipo fresa"; éstos se presentan más frecuentemente en re-

cién nacidos y tienen tendencia a crecer rápidamente en los primeros meses, y en un 80 % de los casos sufren regresión a la edad de 5 años. Este hecho se debe a múltiples microinfartos que progresivamente disminuyen el flujo sanguíneo, dando por resultado trombosis y fibrosis,⁵ situación que no se presenta en hemangiomas de personas adultas y sobre todo en los hemangiomas de tipo mixto y/o cavernoso.

Los tratamientos utilizados han sido múltiples y van desde su sola observación hasta la escisión quirúrgica local,⁴ con o sin el uso de colgajos de piel para su reconstrucción estética,^{6,7,8,9} pasando por el empleo de agentes esclerosantes con el objeto de producir fibrosis,^{1,3,4,10} el empleo de hielo seco para destruir al hemangioma mediante la formación de tejido cicatricial,⁴ la compresión local,¹⁰ crioterapia,¹¹ la cual es muy utilizada para hemangiomas de mucosas, terapia esteroidea con prednisona,¹ o prednisolona,¹² y el uso del CO₂ LASER,^{7,13} o el LASER de argón.¹⁴

El propósito del presente artículo estriba en el estudio de dos casos clínicos de hemangioma de la punta nasal, que motivan interés por lo raro de su localización, ya que éstos son más frecuentes en la mucosa de la nariz, sobre todo en la región del vestíbulo nasal y en el cornete

(*) Médico adscrito al Servicio de ORL. Hospital General Centro Médico La Raza. IMSS. México D. F.

(**) Médico Residente del Servicio de ORL del mismo hospital.

(***) Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del mismo Hospital.



Figura 1.- Fotografía en la que se aprecia la tumoración existente en la punta de la nariz. (Caso No. 1) Esta producía un estrechamiento de la luz vestibular con retracción de la columnela.

inferior. El primero de los casos presentados es un lactante de 13 meses, con un hemangioma de tipo capilar, el cual se resecó por medio de un levantamiento de la piel y dorso nasal, mediante una incisión en la base de la columnela; el segundo caso es un paciente de 42 años con un hemangioma de tipo mixto, en el que se empleó un colgajo medio frontal (colgajo indio) para su reconstrucción. Asimismo, comentamos los resultados obtenidos desde el punto de vista funcional y estético, haciendo énfasis sobre la utilidad del tratamiento quirúrgico en estas lesiones.

PRESENTACION DE CASOS

Caso No. 1. Paciente de sexo femenino, de 13 meses de edad, producto del tercer embarazo de término, con amenaza de aborto en el primer trimestre, por lo que se dio a la madre progestágenos. El parto fue eutócico y sin complicaciones durante el período neonatal.

Su padecimiento lo inició desde el nacimiento, con la presencia de una coloración rojo-violácea de la punta nasal, acompañada de crecimiento lento en la

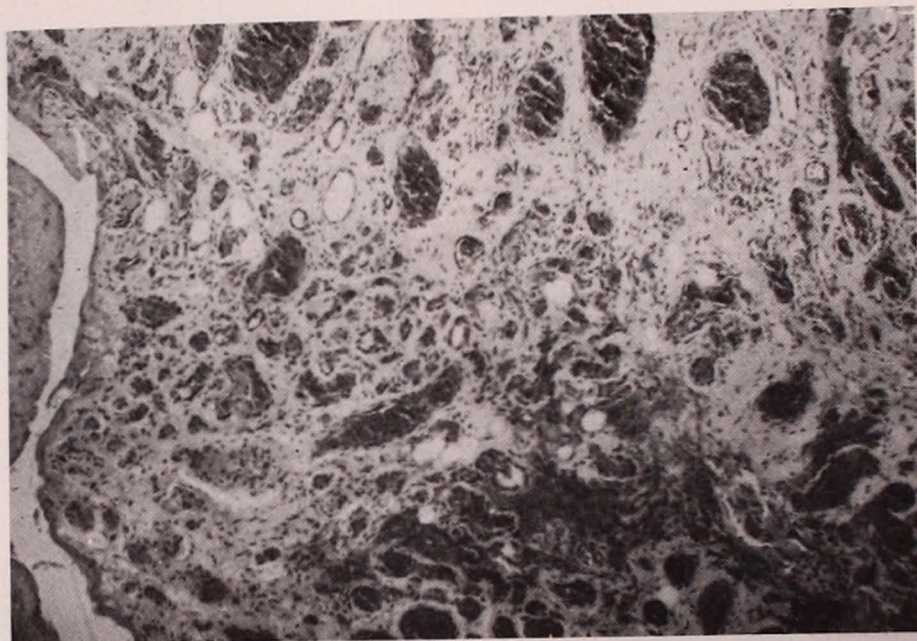


Figura 2.- Microfotografía en la que se observa la presencia de abundantes canales vasculares del calibre de los capilares normales. Aspecto característico del hemangioma capilar. (Hematoxilina-eosina; magnificación 1 x 40).

misma región, que producía una deformación nasal importante. Es vista en nuestro Servicio en febrero de 1980, y a la exploración física encontramos una tumoración de color rojo-vinoso en la punta nasal, de consistencia blanda ahulada, no dolorosa, y que producía un estrechamiento de la luz vestibular con retracción de la columnela. (Ver Figura 1) El resto de la exploración fue normal. En marzo del mismo año se sometió a resección quirúrgica de la tumoración por medio de una incisión en la base de la columnela con un levantamiento de la piel y dorso nasal; los hallazgos quirúrgicos mostraron una tumoración de aproximadamente 2 x 3 cm que se encontraba algo adherida sobre los cartílagos laterales superiores, el domo y parte de las cruras laterales. El estudio patológico de la tumoración con tinciones de hematoxilina y eosina mostró la presencia de un hemangioma de tipo capilar (Ver Figura 2). La evolución post-operatoria, hasta el momento, no ha mostrado re-

cidiva tumoral, pero es de enfatizar que al no haber retirado la piel de la punta nasal, persiste ésta con una coloración vinosa, no favorable desde el punto de vista estético.

Caso No. 2. Paciente de sexo masculino de 42 años de edad, que entre sus antecedentes de importancia cuenta con cuadro de melena y hematemesis 4 meses previos a ser visto en nuestro Servicio, debido a un proceso ulceroso duodenal confirmado mediante serie esófago-gastro-duodenal y estudio endoscópico.

Su padecimiento lo inicia a la edad de 13 años, caracterizado por cambio en la pigmentación de la piel de la punta nasal, presentando una coloración rojo-vinosa, así como aumento de volumen en la misma región. En mayo de 1980, al ser visto por nuestro Servicio, se detecta la presencia de una tumoración rojo-vinosa en la punta nasal de 3.5 cm de diámetro y elevada 1.5 cm sobre el dorso nasal, de consistencia ahulada, no dolorosa y pulsátil. Producía estrecha-

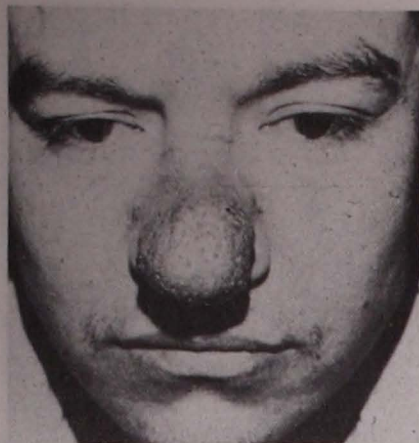


Figura 3.- Fotografía del paciente No. 2. Nótese la deformidad estética tan aparente, así como la irregularidad en los bordes de la lesión, la cual afectaba la punta y parte del dorso nasales.



Figura 4.- Angiografía carotídea realizada en el caso No. 2. Se aprecia claramente la irrigación del hemangioma, que provenía de las ramas terminales de la arteria facial.

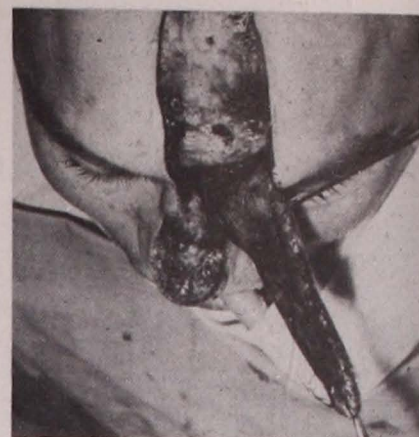


Figura 5.- La tumoración nasal ha sido retirada (caso No. 2) y para la reconstrucción del defecto se emplea un colgajo medio frontal, el cual se muestra claramente en la fotografía.

miento de la luz vestibular con desplazamiento del septum hacia la izquierda (Ver Figura 3). Se realiza angiografía carotídea, la cual muestra que la irrigación de la tumoración provenía básicamente de ramas terminales de la arteria facial (Ver Figura 4).

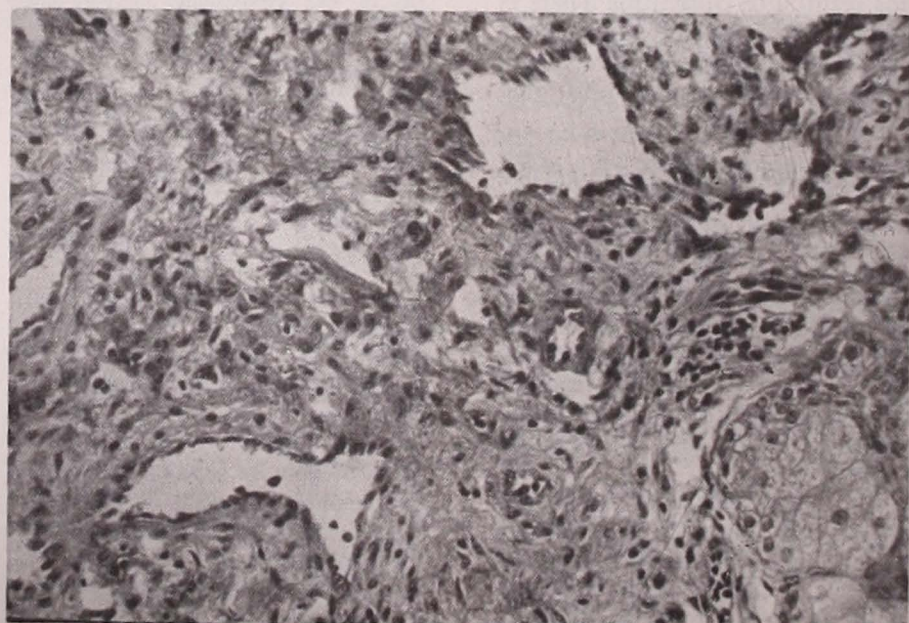
Dado lo anterior, se decide en junio de 1980, junto con el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, la escisión quirúrgica de la tumoración, empleando para la reconstrucción del defecto nasal un colgajo medio frontal (colgajo indio) (Ver Figura 5), el cual se rotó 180 grados, teniendo cuidado de conservar los vasos supratrocleares incluidos en éste. En un segundo tiempo quirúrgico, efectuado a los 15 días, se procedió a remodelar y liberar dicho colgajo. Su evolución post-operatoria ha sido satisfactoria desde el punto de vista estético y funcional (Ver Figura 6). El resultado del estudio histopatológico fue el de hemangioma mixto de predominio cavernoso de la punta nasal. (Ver Figura 7).

COMENTARIO

El hemangioma de la punta nasal constituye una patología rara,

Figura 6.- Fotografía en la que se aprecia el resultado estético obtenido con el empleo del colgajo medio frontal (caso No. 2).

Figura 7.- Microfotografía que muestra la presencia de canales vasculares de tamaño diferente, rodeados por músculo liso. Característico del hemangioma de tipo mixto (caso No. 2). (Hematoxilina-eosina; magnificación 1 x 64).



pues los más de éstos ocurren en las mucosas y sobre todo en la región del vestíbulo nasal y del cornete inferior.¹⁵

El tratamiento, hasta el momento, se encuentra en controversia, debido a que muchos de ellos, sobre todo los de tipo capilar, tienden a involucrar, aunque también es difícil poder precisar cuál de éstos sufrirá dicho proceso.

Debido a la simpleza de algunos procedimientos quirúrgicos desarrollados para su tratamiento, el esperar más de dos años por la posibilidad de una regresión espontánea, no es admisible, porque ésta puede no ocurrir y sin embargo, el crecimiento del hemangioma continuar, pudiendo llegar a producir destrucción sobre la piel circundante, así como una gran infiltración a estructuras óseas y cartilaginosas, dando cambios irreversibles y la realización de tratamientos más agresivos, que darán resultados estéticos poco satisfactorios.

Nosotros proponemos, para hemangiomas sólo localizados a la punta nasal, y que se desarrollan en los primeros meses de la vida, como en el caso 1, su extirpación quirúrgica, empleando la técnica de Wynn,⁴ que consiste básicamente en su remoción local mediante una incisión elíptica sobre la punta nasal realizando posteriormente una liberación de la piel con sutura de ambos domos, y auxiliándonos desde el principio de la cirugía con unas pinzas de Scudder fenestradas que se aplicarán sobre las paredes laterales nasales, lo que ayudará a tener un campo quirúrgico con poco sangrado. Preferimos en estos casos la técnica descrita, ya que la utilizada en el caso 1 tiene la desventaja de no retirar el ex-

ceso de piel sobre la punta nasal, lo que da un resultado poco estético, quedando además latente la posibilidad de recidiva.

Por otro lado, en el caso de tumoraciones mayores que no sólo afectan la punta sino también el dorso nasal, y que por ende requieren de una reconstrucción subtotal de la nariz,^{8,16} como en el caso 2, consideramos que el empleo del colgajo medio frontal (colgajo indio) ofrece las mejores posibilidades desde el punto de vista práctico, estético y funcional, como lo demuestra la evolución obtenida en el segundo caso presentado.

Resumen.— Se presentan dos casos de hemangioma de la punta de la nariz. El primero fue de tipo capilar en un paciente de 13 meses de edad, a quien se le resecció la tumoración mediante el levantamiento de la piel y dorso nasales, a través de una incisión en la base de la columela. El segundo caso fue el de un enfermo de 42 años, con un hemangioma de tipo cavernoso de 29 años de evolución, a quien se le realizó preoperatoriamente arteriografía selectiva de la arteria facial. Antes de la extirpación del tumor se ligaron ambas arterias faciales. La resección del hemangioma se hizo mediante un colgajo medio frontal (colgajo indio) para la reconstrucción posterior de la nariz.

REFERENCIAS

1. Edgerton, M.T.: The treatment of hemangiomas: with special reference to the role of steroid therapy. *Ann. Surg.* 183: 517-532, 1976.
2. Malan, E. Azzoline, A.: Congenital arteriovenous malformations

- of the face and scalp. *J. Cardiovasc. Surg.* 9: 109-140, 1968.
3. Orbach, S.: Congenital arteriovenous malformations of the face. *Oral Surg.* 42: 2-12, 1976.
4. Wynn, S. K.: Aesthetic reduction of "Pinocchio" -nose hemangioma. *Arch. Otolaryngol.* 102: 416-419, 1976.
5. Matthews, D. N.: Hemangioma. *Plast. Reconstr. Surg.* 41: 528-535, 1968.
6. García Velasco, J.: Half nose reconstruction. *Br. J. Plast. Surg.* 26: 412-413, 1973.
7. Sawhney, C. P.: A longer angular midline forehead flap for the reconstruction of nasal defects. *Plast. & Reconstr. Surg.* 58: 721-723, 1976.
8. Sawhney, C. P.: Use of a larger midline forehead flap for rhinoplasty, with new design for closure of donor site. *Plast. & Reconstr. Surg.* 63: 395-397, 1979.
9. Henley-Cohn, J.: Surgical excision and primary reconstruction of a moderate size tumor involving the nasal tip and dorsum. *Laryngoscope* 91: 306-309, 1981.
10. Miller, S. H., et al.: Compression treatment of hemangiomas. *Plast Reconstr. Surg.* 58: 573-579, 1976.
11. Gapanovich, V. Gapanovich, S. V.: Cryoaction in angioma in the oral cavity, pharynx and nose. *Otorinolaringol. (Russ)* 40: 55-57, 1978.
12. Zarem, H. A., Edgerton, M. T.: Induced resolution of cavernous hemangioma following prednisolone therapy. *Plast. Reconstr. Surg.* 39: 76-83, 1967.
13. Shafir, R., et al.: Excision of buccal hemangioma by carbon dioxide LASER beam. *Oral Surg.* 44: 347-350, 1977.
14. Goldman, L., Dreyer, R.: LASER treatment of extensive mixed cavernous and port wine stains. *Arch. Derm.* 113: 504-505, 1977.
15. Yao-Shi Fu, Perzin, K. H.: Non-epithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses, and nasopharynx. A clinicopathologic study. *Cancer* 33: 1275-1288, 1974.
16. Millard, D. R.: Hemirhinoplasty. *Plast. & Reconstr. Surg.* 40: 440-445, 1967.

Descompresión transantral de la órbita Revisión del tema y presentación de un caso

Dr. Juan Felipe SANCHEZ MARLE (*)
Dr. Armando GONZALEZ ROMERO (*)
Dr. Felipe RODRIGUEZ CUEVAS (*)
Dr. Fernando GUZMAN LOZANO (*)

Summary.— This is a review article where the principal trends of malignant exophthalmus secondary to hyperthyroidism are analyzed. A case treated with decompression of orbital fat tissues through a transantral approach is presented.

INTRODUCCION

La relación anatómica entre el seno maxilar, el etmoidal y la órbita ha hecho posible la vía transantral para descomprimir los contenidos orbitarios y así aliviar los efectos del aumento de presión de estos últimos sobre el globo ocular. Este aumento de presión es debido a un aumento de volumen de los tejidos periorbitales intra-orbitarios, lo que hace que en una cavidad no elástica, de paredes óseas, se compriman las estructuras más débiles como son los vasos venosos y se proyecten hacia adelante las estructuras más anteriores como es el globo ocular, buscando la única vía de escape posible del cono orbitario. Este fenómeno produce el exoftalmos que desencadena cambios fisiológicos visuales y cosméticos.

Esta condición se produce frecuentemente como consecuencia del hipertiroidismo, en cuyo caso

se le denomina exoftalmo endocrinológico.¹ Cuando el exoftalmo pone en riesgo total o parcialmente la visión se le ha denominado exoftalmo maligno.²

HISTORIA

La situación y características anatómicas de la órbita, hacen posible que sus paredes externa, superior, interna e inferior puedan resecarse aislada o conjuntamente para proporcionar una vía de escape del contenido orbitario sin más limitaciones que la dificultad de la vía de abordaje y el espacio disponible. Por tal motivo se han descrito diversos procedimientos quirúrgicos.

En 1931 Naffziger³ describió la vía superior para descomprimir la órbita. La técnica consiste en abordar la órbita a través de la pared superior por medio de la retracción encefálica y a través de la fosa anterior. Esta técnica adolece de la limitación en el espacio existente para la expansión del tejido descomprimido, lo que causó que se buscaran nuevas técnicas operatorias.

Klonlein describió la vía externa o sea la descompresión hacia los tejidos blandos de la llamada fosa infratemporal. Aquí nuevamente la vía de abordaje no es del todo fácil y no existe realmente una cavidad que actúe

como receptáculo del tejido orbitario bajo presión.⁴

En 1936, E. Sewall describió la técnica operatoria para descomprimir la órbita hacia el laberinto etmoidal. Aquí sí existe o más bien se crea, una cavidad para actuar como receptáculo, aunque pequeña. Su vía de abordaje es de menor morbilidad que las anteriores.⁵

En 1950, O. Hirsch describe la descompresión inferior hacia el seno maxilar, con una mayor cavidad que actúa como recipiente y con poca morbilidad.⁶ En 1957 T. Walsh y J. Ogura describen una técnica en la cual a través de un abordaje tipo Cadwell-Luc se practica una descompresión interna e inferior de la órbita disponiendo así de una gran cavidad para actuar como receptáculo, con una mínima morbilidad.⁷ Los resultados de esta técnica son evaluados en 1971 nuevamente por J. Ogura y L. Pratt² en 76 pacientes, sin complicaciones intraorbitarias secundarias a procesos infecciosos nasales o de los senos; la baja morbilidad, la ausencia de mortalidad atribuible al procedimiento y los buenos resultados cosméticos y fisiológicos obtenidos, hacen de esta vía la de elección para el tratamiento quirúrgico de este padecimiento.

Debe también mencionarse

+ Grupo APO. Guadalajara, Jalisco.

que existen otras formas de tratamiento para el exoftalmos. Se han usado corticoides sistémicos en aquellos casos que se convierten en urgencias oftalmológicas.⁸ Se ha usado yodo radiactivo para destruir totalmente la glándula tiroidea, basados en la observación de que el exoftalmos sólo se produce cuando existe tejido tiroideo activo aunque sea en pequeñas cantidades⁹ y finalmente podemos mencionar la hipofisectomía ya sea quirúrgica o por radiación, con el objeto de suprimir la producción de la substancia productora de exoftalmos¹. Desafortunadamente los resultados de estas modalidades no son uniformes, la respuesta no es inmediata, en algunos casos representan mayor riesgo o no se pueden utilizar por períodos prolongados. Por todo lo mencionado la descompresión orbitaria en casos de exoftalmos endocrinológicos, tiene indicaciones bien precisas.

ETIOLOGIA

El exoftalmo o proptosis ocular puede ser unilateral o bilateral, estacionario o progresivo y su grado variar de mínimo a muy intenso.

El exoftalmo bilateral es en su inmensa mayoría debido a hipertiroidismo y no es forzosamente simétrico en su grado. Otras causas de exoftalmo bilateral incluyen: trombosis del seno cavernoso, fístulas caverno-carotídeas, infiltrados leucémicos, tumores metastásicos bilaterales y en raros casos hipertensión arterial.¹⁰

El exoftalmo unilateral hace pensar en una neoplasia orbitaria, pero una serie grande de casos consecutivos, muestra que el hipertiroidismo es la causa más común de exoftalmo unilateral que cualquier otro tumor orbitario aislado. Su etiología ha sido clasificada en 5 grupos principales por Walsh y Hoyt¹⁰. Condiciones anatómicas (hemorragia retrobulbal, defectos del techo orbitario, los encefaloceles, miopía unilate-

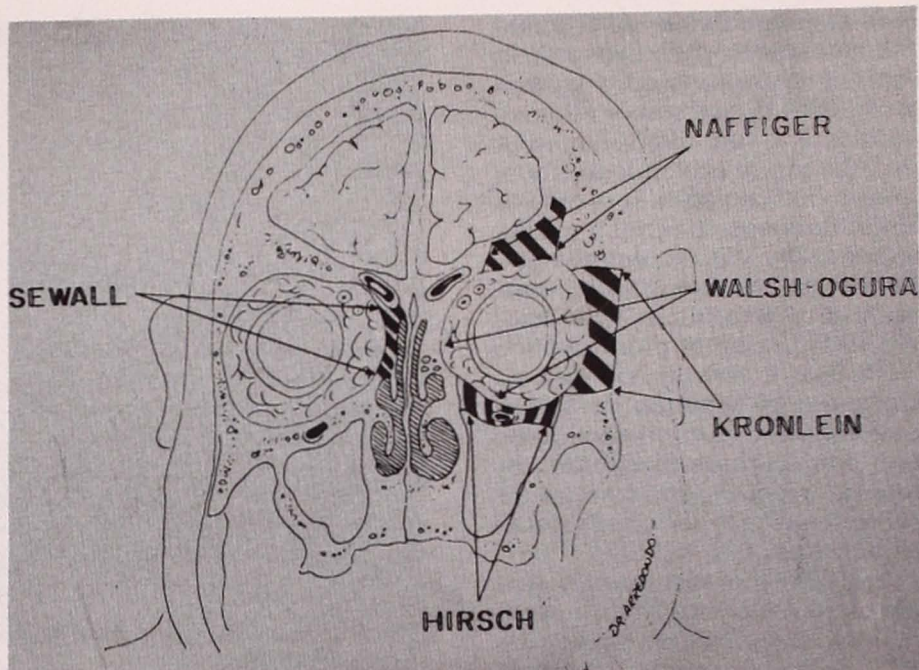


Figura 1.- Esquema de las diferentes técnicas y con los nombres de los autores que las han propuesto, con el objeto de descomprimir el contenido de la órbita.

ral severa, tirotoxicosis, etc. . .) Condiciones traumáticas (Fracturas orbitarias, tosferina etc. . .) Condiciones inflamatorias (absceso retrobulbar, periostitis sifilítica o tuberculosa, actinomicosis, pseudo tumor micótico, triquinosis, quistes dermoides o colesteatomas etc. . .). Enfermedades hemáticas y sistema hematopoyético (linfoma, Hodgkin, raquitismo, escorbuto, hemofilia etc. . .) y lesiones que ocupan espacio (tumores orbitarios - hemangioma, linfangioma, meningioma, glioma, rhabdomyosarcoma, neurofibroma - granuloma crónico o pseudo tumor orbitario, tumores de glándulas lacrimales, tumores metastásicos-glándula mamaria, - etc. . .).¹¹

Entre las lesiones que invaden secundariamente la órbita por vecindad anatómica y de interés para el otorrinolaringólogo podemos mencionar la nasofaringe, la cavidad nasal, los senos paranasales y para el oftalmólogo el globo ocular y los párpados.¹¹

Estas múltiples etiologías, sobre todo en los casos de exoftal-

mo unilateral, hace imprescindible el trabajo en equipo de un oftalmólogo, endocrinólogo y otorrinolaringólogo cuando éste sea solicitado para efectuar una descompresión orbitaria.

FISIOPATOLOGIA DEL EXOFTALMO ENDOCRINO

Si bien en animales de laboratorio se ha inculcado al simpático como causa de exoftalmos en el humano, esta relación ha sido denegada.¹² La hormona tiroidea y sus niveles sanguíneos, no guardan relación con el exoftalmo y esto guarda relación con la observación clínica, de que los casos de exoftalmo maligno se presentan en pacientes ya eutiroides posteriormente a tratamiento quirúrgico o radiactivo para el hipertiroidismo.¹³ Soley y Dobyns mencionan que una tiroidectomía nunca está indicada para alivio del exoftalmo.^{14,15} La observación de que extractos hipofisarios inyectados en animales han producido exoftalmos y que la hormona tiroide estimulante no

es la responsable de este fenómeno, han creado el concepto de la substancia productora de exoftalmos (EPS) la cual parece estar relacionada a una forma anormal de TSH y a la cual se le ha denominado estimulador tiroideo de larga duración o LATS (Long acting Thyroidstimulator) que parece guardar una relación más cercana al exoftalmo, que cualquier otro extracto pituitario.¹⁶

Hanson e Iverson han demostrado que el aumento de mucopolisacáridos que se produce en la órbita, en casos de exoftalmos, éste se produce por la relación cercana que guardan con la retención de agua.¹⁴

Poppen¹⁷ ha mencionado que un paciente de cada mil hipertiroideos tratados por tiroidectomía, producirá un exoftalmo maligno que requerirá de una intervención quirúrgica de descompresión. Habitualmente este tipo de exoftalmos se producirá en individuos eutiroideos o hipotiroideos que han sido tratados de su hipertiroidismo inicial y se presenta en una relación de 2 mujeres a un hombre y es más frecuente entre los 35 y 55 años de edad.

INDICACIONES QUIRURGICAS

Habitualmente estos pacientes se encuentran bajo el control del oftalmólogo por los cambios visuales que presentan o bajo el control del endocrinólogo por su padecimiento básico, y es hacia estos núcleos médicos hacia los cuales debe de orientarse la educación con respecto a las bondades de la técnica motivo del presente trabajo.

Las indicaciones quirúrgicas para la descompresión orbitaria pueden dividirse en 2 grupos. El primero, el que abarca los cambios visuales y el segundo el que comprende el aspecto cosmético.

Los cambios visuales que justifican la cirugía son: a) la disminución de la agudeza visual atri-

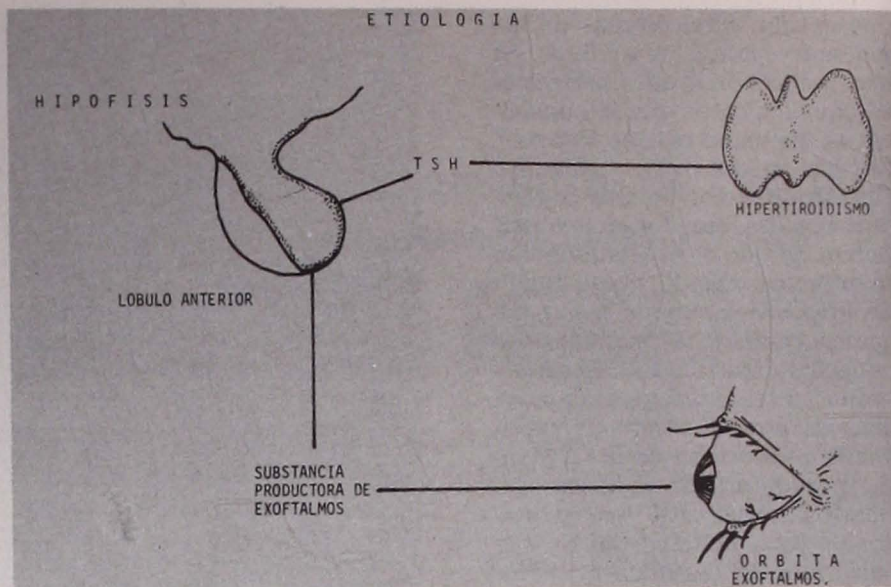


Figura 2.- Esquema que se ha propuesto para explicar el desarrollo del exoftalmo en el hipertiroidismo.

buble al aumento de presión intraorbitaria, b) los cambios en el epitelio de la córnea, por la inadecuada función palpebral condicionada por el mismo exoftalmo, c) la pérdida progresiva de la función de la musculatura extraocular, quemosis y edema conjuntival. Todas estas alteraciones deben ser valoradas por el oftalmólogo, quien de común acuerdo con el endocrinólogo indicará el tratamiento quirúrgico.

La persistencia de un exoftalmo acentuado y/o asimétrico, aunque no produzca cambios visuales, puede convertirse en una seria desventaja social y psicológica, en cuyo caso la intervención quirúrgica es deseable. La validez de estas indicaciones, se hace más palpable cuando recordamos que el hipertiroidismo, alcanza su máxima incidencia en las mujeres jóvenes, entre la segunda y cuarta década de la vida.

TECNICA QUIRURGICA

El procedimiento quirúrgico se lleva bajo anestesia general, lo que hace necesario un control previo endocrinológico del hipertiroidismo, el anestesiólogo debe-

rá estar ampliamente informado y preparado, ya que la anestesia general puede desencadenar una crisis tiroidea, que puede ser de graves consecuencias.

Se coloca al paciente en decúbito, aunque algunos autores como Ogura⁹ prefieren la posición de semisentado. No hemos encontrado casos de sangrado que nos moleste durante la intervención que es la razón por la que Ogura coloca al enfermo en la posición mencionada.

Se practica una incisión en el surco gingivo-labial en el lado afectado como en la operación de Caldwell-Luc o si es bilateral se practica escalonada en ambos lados durante el mismo acto quirúrgico. Se procede a reseca ampliamente la pared anterior del seno maxilar hasta llegar al reborde orbitario inferior sobre todo en su porción supero-interna para facilitar el abordaje al laberinto etmoidal. Se preserva el nervio maxilar superior y su canal óseo. A continuación y previa aplicación de vasoconstrictores tópicos sobre la mucosa del antro maxilar, se procede a despejar ésta de toda la pared superior del seno y se inicia en el ángulo supero in-

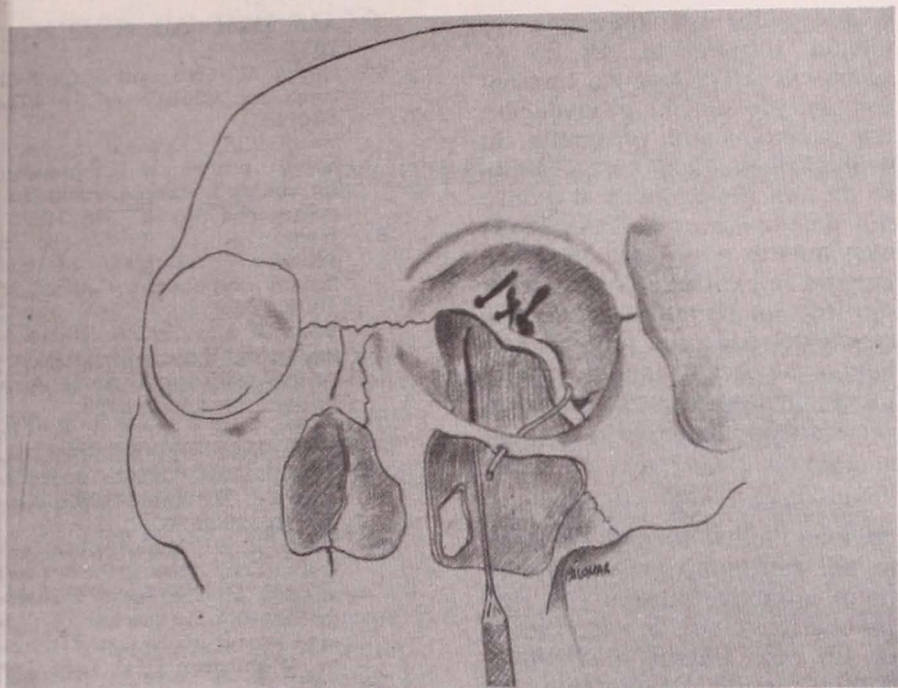


Figura 3.- Esquema que representa los límites de la resección ósea que se efectúa con la técnica-quirúrgica de Walsh y Ogura.

terno la resección del hueso, con el objeto de entrar al laberinto etmoidal, que debe de ser ampliamente exenterado en todos sus grupos de celdillas -anteriores, medias y posteriores -hasta un nivel superior marcado por los vasos etmoidales anteriores y posteriores y hacia atrás teniendo la certeza que el grupo etmoidal posterior ha sido resecaado pero con la certeza de los límites con el agujero óptico para evitar lesionar el segundo par craneano a su paso por esta estructura anatómica. Posteriormente se procede a fracturar el piso de la órbita y a quitar el delgado hueso que la forma, teniendo cuidado en mantener intacto el periostio de la cavidad periorbitaria. El piso óseo orbitario es quitado desde el reborde orbitario inferior anteriormente, hasta la pared posterior del seno y lateralmente hasta aproximadamente un centímetro por fuera del nervio maxilar inferior, sitio en el cual el hueso se vuelve muy grueso. Es necesario conservar el nervio maxilar superior y su conducto óseo tanto



Figura 4.- Fotografía trans-operatoria que muestra la grasa orbitaria herniada hacia la cavidad del seno maxilar.

por su actividad sensitiva como por su necesaria función de sostén al globo ocular posterior a la intervención quirúrgica.

Una vez resecaado el hueso se procederá con un bisturí de cirugía otológica (cuchillo en hoz o tipo I de House) a practicar incisiones antero-posteriores en el

periostio orbitario expuesto, iniciando en el área etmoidal y terminando en el área cigomática, teniendo cuidado que estas incisiones sólo abarquen el periostio y no los contenidos de la cavidad orbitaria. El número y la amplitud de las incisiones será variable según el caso y la experiencia del cirujano, pues de ellas dependerá la herniación de la grasa orbitaria y por lo tanto la recesión deseada en el globo ocular. Esto sólo puede obtenerse por experiencia personal, pero en general las incisiones deben de ser amplias y en buen número para aprovechar nuestra cavidad de descompresión al máximo. Es indispensable entender que no todo el periostio se quita sino que queda una pequeña malla en forma de cintas antero-posteriores, que actúan como sostén de las estructuras intraorbitarias mayores, permitiendo únicamente la herniación de la grasa. El procedimiento quirúrgico puede ser valorado durante la misma intervención por inspección, palpación y comparación de los globos oculares.

Finalmente se procede a practicar una amplia ventana nasosinusal y se coloca un taponamiento poeo apretado para fijar la mucosa antral previamente despegada; se retira a las 72 horas.

EVALUACION

En el post-operatorio se evaluarán los distintos parámetros clínicos que antes mencionamos. El exoftalmo debe de ser medido pre y post-operatoriamente con un exoftalmómetro. En general a mayor exoftalmo, mayor será la recesión que se obtenga que puede llegar a un cm. La visión tiende a mejorar y sólo en casos extremos no se obtienen resultados satisfactorios. La función muscular extra-ocular cuando está afectada, mejora en dos terceras partes de los casos⁹ y en los restantes se puede necesitar de procedimientos oftalmológicos que van

desde la cirugía muscular específica, hasta el uso de prismas. El daño sobre el epitelio corneal, la quemosis y la función palpebral, mejoran casi en el 100 % de los casos. Finalmente el resultado cosmético variará según la gravedad del caso, la simetría y el grado de descompresión. Es indispensable evaluar los resultados con fotografías pre y post-operatorias.

PRESENTACION DE UN CASO

Femenino de 62 años de edad que en 1972 nota proptosis ocular izquierda que progresa lentamente. Es valorada por el servicio de Oftalmología del Hospital Militar Regional de Guadalajara encontrándose en la exoftalmometría una medición de 0.D 15 mm. 0. I. 20 mm. Agudeza visual 0. D. 1/ 40 0. I. 1/ 200. No existe quemosis, ni daño en el epitelio corneal. Radiografías de senos paranasales y agujeros ópticos normales. No existen alteraciones en la función muscular extra-ocular. En 1975 se encuentran las mismas medidas exoftalmométricas y no ha variado la visión. Campos visuales normales. Radiografía de silla turca normal. Arteriografía retiniana dentro de lo normal. En agosto de 1979 la paciente refiere imposibilidad para bañarse con regadera por irritación corneal y la exoftalmometría muestra 0. D. 15 mm. y 0. I. 21 mm. y daño al epitelio corneano. Se propone descompresión orbitaria. La evaluación endocrinológica muestra una paciente eutiroides, con antecedentes de cuadro de hipertiroidismo en la década de los 60

y que cedió aparentemente sin ningún tratamiento. El 25 de agosto de 1979 por vía transantral se efectúa la intervención con la técnica aquí propuesta. Su evolución es satisfactoria, dándose de alta del hospital al quinto día post-operatorio. Es evaluada nuevamente a un mes y se encuentra la exoftalmometría en el ojo izq., en 18 mm, con desaparición del daño del epitelio corneano. La paciente refiere que ya puede bañarse y que duerme con el ojo izquierdo cerrado.

Resumen.— Se presenta una revisión de los aspectos principales del exoftalmo maligno secundario a hipertiroidismo y se ilustra el artículo con la presentación de un caso tratado mediante la descompresión del contenido orbitario a través de un abordaje transantral, resecaando las paredes inferior e interna de la órbita.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Walsh, F. B. y Hoyt, W. F.: Clinical Neuro-Ophthalmology Third edition. The Williams and Wilkins Co. Baltimore 1969 Volume II pag. 1084-1091.
- 2.- Ogura J. H. y Pratt L. L.: Transantral descompression for malignant exophthalmos. Otolaryngologic Clinics of North America Vol. 4 No. 1 Feb. 1971. Pag. 193-203.
- 3.- Naffziger, H. C.: Progressive exophthalmus following Thyroidectomy: Its pathology and treatment. Ann. Surg 94: 582-586, 1931.
- 4.- Kronlein: Practice of Surgery, Dean Lewis, Iv.: 1-203. Alan V. Woods.
- 5.- Sewall, E. C.: Operative control of progressive exophthalmus.

- Arch. Otolaryngol. 24: 621-624, 1936.
- 6.- Hirsch, O.: Malignant exophthalmos. Arch. Otolaryngol. 51: 325-334, 1950.
 - 7.- Walsh, T. E. y Ogura, J. H.: Transantral orbital de compression for malignant exophthalmus. Laryngoscope, 65: 544-568, 1957.
 - 8.- Werner, S. C.: Prednisone in emergency treatment of malignant exophthalmos. Lancet, 1: 1004, 1966.
 - 9.- Bauer, F. K. y Catz, B.: Radioactive iodine therapy for progressive malignant exophthalmus. Acta Endocr. 51: 15-22, 1966.
 - 10.- Walsh, F. B. y Hoyt, W. F.: Clinical Neuro-Ophthalmology 3a. Edición. The Williams and Wilkins Co. Baltimore 1969. Vol. III, pag. 2008-2009.
 - 11.- Reese, A. B.: Tumors of the eye and adnexa. Atlas of the eye and adnexa. Atlas of Tumor Pathology. Section X. Fascicle 38. Armed Forces Institute of Pathology. Washington D. C. 1956 pag. 196-197.
 - 12.- Duke-Elder, S.: Textbook of Ophthalmology, Vol. V. pag. 5497. St. Louis, The C. V. Mosby Company 1952.
 - 13.- Hill S. R. y Selenkow H. A.: Diseases of the Thyroid gland En: Principles of Internal Medicine. Harrison. 4a. Edición 1962. McGraw-Hill Book Co. New York pag. 594.
 - 14.- Dobyns, B. M. y Rawson R. W.: A comparison of exophthalmus and tissues changes induced by active and inactive thirotopic hormone. Endocrinology 49: 15-20, 1951.
 - 15.- Soley, M. H.: Exophthalmus in patient with various types of Goiter. Arch. Inter. Med. 70: 206-220, 1942.
 - 16.- Mckenzie, J. M.: Further evidence for a Thyroid activator in hyperthyroidism. J. Clin Endocr. 20: 380-388, 1960.
 - 17.- Poppen, J. L.: The surgical treatment of progressive exophthalmus. J. Clin. Endocr. 10: 1231-1236, 1950.

La ética médica en la práctica médica y quirúrgica (*)

Dr. Jorge CORVERA BERNARDELLI (**)

El título de mi breve charla de esta noche, me recuerda el de un pequeño libro en una vitrina que me llamó la atención hace ya varios años: "La Medicina en doce lecciones".

El tema es por demás vasto, y sólo el tratar de definirlo correctamente llevaría demasiado. Por ello, solamente intentaré exponer, en forma por demás esquemática, algunas ideas respecto a la ética en general y a la ética médica, y cuál es el interés que pueden tener desde el punto de vista de la práctica médica cotidiana.

La palabra "ética" define, tanto una rama del estudio de la filosofía como el sujeto mismo de dicho estudio. El sustantivo ética y el adjetivo ético se utilizan como sinónimos de moral, en base a su etimología semejante: ética se deriva del griego *ethos* y moral del latín *mores* y ambas significan hábitos o costumbres.

Sin embargo, en el uso común de estas palabras, se advierte otro significado: Lo ético y lo moral, no sólo se refieren a lo que la gente hace habitualmente o por costumbre, sino lo que considera que es bueno hacer, o lo que es obligación y debe hacer.

Las acciones de los humanos a menudo suelen ser diferentes de sus creencias y tanto las acciones como las creencias, pueden diferir de lo que, en el consenso general de su sociedad, se considera que deben hacer o que deben creer.

La ética como disciplina filosófica, se aboca a dos tipos de tareas: en primer lugar, analiza el significado y naturaleza de los elementos normativos morales de las acciones, ideas y pensamientos humanos, análisis que engloba bajo el término "meta ética"; en segundo lugar, evalúa dichos elementos, estudiando las bases y criterios que justifican las reglas y los juicios de los que es moralmente correcto o equivocado, bueno o malo. Esto constituye la "ética normativa".

Numerosas teorías se han propuesto, histórica y actualmente, acerca de aspectos de ética normativa y de meta ética. De hecho, no hay escuela filosófica que no haya abordado estos temas.

Respecto a la meta ética, los filósofos difieren sobre la lógica de los conceptos y de los juicios morales. Entre las escuelas más importantes, los llamados descriptivistas naturalistas, sostienen que los conceptos éticos describen entidades naturales o sobrenaturales, del universo. Otra escuela los descriptivistas no naturalistas, está de acuerdo en que los conceptos morales describen entidades del universo, pero sostienen que éstas son de naturaleza única y por lo tanto, no referibles a otras entidades o a otros conceptos.

Por último, los no descriptivistas, sostienen que los conceptos morales funcionan no para describir algo, sino para expresar actitudes o emociones, para dar órdenes o prescripciones, para recomendar o para condenar.

Respecto a conceptos de ética

normativa, la principal división ha sido entre deontólogos y teleólogos.

En la ética deontológica, las acciones se consideran buenas gracias al carácter de la acción en sí y no por sus consecuencias. En contraste, la ética teleológica, considera que la acción se valora por sus resultados.

La ética deontológica se ha llamado formalista, debido a que su principio cardinal reside en la conformidad entre una acción y una regla o ley.

Entre los sistemas filosóficos que aceptan principios deontológicos en ética, se incluyen históricamente los estoicos, para los que el principio cardinal estaba enunciado en función de "vivir de acuerdo con la naturaleza". Las éticas religiosas, en particular la judeo cristiana, enfatizan el deber de la obediencia a la voluntad divina. La ética kantiana, desarrolla el concepto de "imperativos categóricos" en que las reglas morales deben ser universalizables sin contradicciones internas.

Entre los deontólogos del presente siglo, destacan los nombres de Pritchard y de Ross, considerados desde el punto de vista meta ético como "intuicionistas no descriptivistas".

Pritchard sostenía que lo que moralmente debe hacerse no es analizable ni comprobable bajo términos de otras consideraciones, y que no se puede ofrecer ninguna razón para explicar o justificar la obligación moral para realizar una acción.

Ross 1 distinguía entre obliga-

(*) Trabajo leído ante la Sociedad Potosina de Estudios Médicos. San Luis Potosí el 22 de julio de 1981.

(**) Academia Nacional de Medicina.

ciones condicionales, que llama "prima facie" y obligaciones actuales o absolutas y que éstas son evidentes por sí mismas.

Se ha criticado a los intuicionistas desde el punto de vista tanto epistemológico como ontológico. Epistemológicamente, la postura de que los hombres tienen una percepción de lo correcto y de lo equivocado, como la tienen del verde y del rojo, se encuentra en conflicto tanto en sus bases lógicas como ante el hecho cotidiano de la aparición de intuiciones conflictivas. Los hombres rara vez difieren en su opinión entre rojo y verde y ciertamente lo hacen frecuentemente entre bueno y malo.

En la ética teleológica, las acciones se consideran buenas solamente en función de los resultados que dicha acción acarrea. Entre las escuelas más conocidas, se encuentra la aristotélica, que consideraba que las acciones morales deben ser concebidas como desarrollando y tendiendo a llevar a término el destino natural humano. Probablemente la ética teleológica más conocida es el utilitarismo expuesto por Hume, por Bentham y en particular por John Stewart Mill² quienes consideran que la base de la moral es el principio del mayor bienestar, mayor bien o mayor felicidad, no del individuo sino de todos los afectados. Las acciones son buenas en tanto que incrementen la suma total del bienestar, y malas en tanto que incrementen la desdicha.

El utilitarismo en ocasiones es un tanto ambiguo respecto al término "el bien general" ya que se puede emplear de dos maneras: en la primera, el mayor bien o felicidad, se aplica sin importar en quién recaiga, en tanto que en la segunda, se enfatiza la distribución del bien entre el mayor número posible de seres. Tanto Bentham como Stewart Mill, se orientaban hacia la segunda actitud y de hecho, de ellos es originalmente la frase "el mayor bien

para el mayor número".

La ética médica no puede ser otra cosa que la aplicación de los principios generales de la ética a la situación particular de la práctica de la medicina. Sin embargo, esto, aparentemente tan sencillo, se torna complicado en su aplicación efectiva.

Ladd³ señala los problemas metodológicos causados por la particularidad y lo concreto de los problemas morales en el contexto médico, que los hace difíciles de relacionar con el tipo de teorías abstractas tratadas apropiadamente por los filósofos. Cita a Stewart Mill como refiriéndose a esto cuando señala que el principio de la utilidad es, por sí mismo, demasiado general y abstracto para resolver el problema de que se debe hacer aquí y ahora.

La ética médica no debe confundirse con la jurisprudencia médica ni tampoco con meros códigos de conducta.

Ramsay⁴, aunque acepta las conexiones entre la ética y la ley y señala el efecto de ésta en aquélla, por su influencia moral y su papel en su enseñanza, distingue claramente entre lo ético y lo legal.

Aun cuando frecuentemente se hacen juicios de correcto y equivocado en función de legal, o ilegal esta actitud misma representa un dilema ético: ¿cuándo debe considerarse ético desobedecer una ley? Jonsen y Hellegers señalan, que es concepto popular asimilar la ética médica con un cuerpo de prescripciones y prohibiciones, especialmente si éstas se presentan con particular relevancia. Se ha definido "ética médica" por el lexicón de la Sociedad Sydenham como "las leyes de los deberes de los médicos hacia el público, hacia otros médicos y hacia sí mismos respecto al ejercicio de su profesión". Esto puede ejemplificarse con los diversos códigos de conducta, desde el juramento hipocrático hasta las reglas pragmáticas de compor-

tamiento en las relaciones comunes que propiamente deben ser consideradas como códigos de etiqueta.

Leake señala que la etiqueta médica se refiere a la conducta de los médicos entre sí, en tanto que la ética médica se refiere a las consecuencias últimas de la conducta de los médicos en relación con sus pacientes individuales y en relación con la sociedad en su conjunto, teniendo en consideración los motivos y deseos que condicionan su conducta.

En esencia, todos los códigos son limitantes. La ética médica significa el juicio crítico y la reconstrucción de estos cuerpos de prescripciones y prohibiciones, en el contexto de una teoría total de la moralidad humana.

Jonsen y Hellegers señalan que la ética médica debe basarse en tres teorías esenciales de la ética general: la teoría de la virtud, la teoría del deber y la teoría del bien común.

Vilardell⁶ refiere: "la ética trata de aquellos problemas de correcto y equivocado, bueno o malo, en que personas inteligentes y con sentido humano pueden sinceramente y de buena fe, tener diferentes opiniones". Esto apunta hacia la última confusión respecto de la ética médica: la mentira, el fraude y el latrocinio no son problemas éticos sino de patología del comportamiento humano que propiamente deben caer dentro de conceptos que en su extremo incluyen los de crimen y delito.

¿Qué papel debe jugar el estudio de la ética médica, y de ética en general, en la práctica cotidiana del médico?

Pellegrino⁷ señala: "El estudio de la ética y de las humanidades puede afinar la sensibilidad hacia las dimensiones humanas y personal del cuidado médico y desarrollar la habilidad intelectual necesaria para tomar decisiones responsables moralmente. No puede esperarse (de dicho estudio) que haga seres humanitarios y sensiti-

vos, y no puede corregir trastornos de personalidad, motivaciones equivocadas o simplemente grosería".

Se puede considerar que el estudio de la ética médica se justifica fundamentalmente en base a que la práctica médica es, por sí misma una actividad moral, en que los objetivos se definen en función de valores. Constantemente el médico se encuentra ante alternativas en las que "debe" tomar una decisión que sea "buena" para el paciente. Es importante recordar que, como señala Siegler, en ética médica como en medicina clínica, rara vez hay una sola y única decisión correcta. Sin embargo, en ambos quehaceres, hay decisiones mejores que otras.

El médico, en el momento de su acción terapéutica, no tiene otro recurso que su propio juicio. El carácter rápidamente cambiante de la medicina moderna, lo confronta ante situaciones no sólo no previstas, sino a veces inimaginables unos cuantos años atrás. Guiar la conducta por códigos o por leyes es impracticable, y puede en un momento dado, ser inmoral. Las leyes y códigos se expresan en el seno de la sociedad, en el mejor de los casos, de manera lenta y anacrónica. Como ejemplo, hasta hace unos cuantos años, las leyes mexicanas vigentes hacían ilegal la transfusión sanguínea. Quien por obedecer las leyes de entonces, no hubiese utilizado ese recurso en casos perentorios, siendo su acción perfectamente legal, era también inmoral.

Entre las decisiones más frecuentes y más difíciles se cuentan las que se refieren a la seguridad o peligro de procedimientos, tanto farmacológicos como quirúrgicos.

En general, las drogas con que contamos han sido estudiadas exhaustivamente y han demostrado ser útiles, conociéndose bien sus acciones y sus riesgos, en tanto que, como señala Etsioni, los procedimientos quirúrgicos se si-

guen practicando sin más juicio que el del cirujano. Aun en casos de que éste esté consciente de la dudosa utilidad de un procedimiento, se puede encontrar ante el dilema de someter a un paciente a un riesgo en base a la posibilidad de beneficio, o negar ésta ante la posibilidad de causar daño.

Se puede argumentar que los aspectos formales de la ética no son necesarios, que el médico, en estas situaciones, hará un juicio técnico en forma instintiva y escogerá el camino más apropiado. Esto a mi manera de pensar, no pasa de ser sino un buen deseo. Evidentemente, cuando las alternativas son muy distintas, no suele haber conflicto, pero cuando la balanza no se inclina en forma clara, el médico decide en base a actitudes que deben ser valoradas constantemente en forma objetiva e impersonal. Esta valoración puede facilitarse si se utilizan enmarques lógicos, éticos, y aun psicológicos.

¿Qué tan valiente resulta un cirujano que arriesga audazmente la vida de un paciente, cuando su motivo básico es sólo el narcisismo de contemplar su propia habilidad? y, ¿qué pasa si gracias a ello el paciente recibe un beneficio?

Particularmente en el acto quirúrgico, suelen borrarse las fronteras entre práctica médica y la investigación en humanos. ¿Se debe someter a un paciente a un procedimiento, cuyo principal objeto es adquirir conocimientos y destrezas, que sólo serán útiles a pacientes subsecuentes?

Me parece que es claro que en estos ejemplos, el conocimiento de las bases metaéticas o de ética normativa, y entre éstas, la distinción clara de principios deontológicos y teleológicos, permite que la decisión sea más convincente y quizá más adecuada. Cuestionar si se está violando un imperativo categórico, (en caso de que uno los acepte), tal como el que se expresa en la frase "Primero, no hacer daño" o alterna-

tivamente si se está incrementando la suma total del bienestar humano, no son ejercicios fútiles, sino que realmente "afinan la sensibilidad y desarrollan la habilidad intelectual" para citar de nuevo a Pellegrino.

Para concluir, es evidente que el conocimiento de la ética, como de otras muchas disciplinas humanísticas, se ha descuidado en los currículos de las escuelas de medicina en favor de la enseñanza científica. El resultado puede ser mejores técnicos, pero no mejores médicos. La labor de la Sociedad Potosina de Estudios Médicos y de la Academia de Medicina, debe dirigirse, como hasta ahora lo ha hecho, a promover las inquietudes en éste, como en otros muchos campos del saber humano.

REFERENCIAS

- 1.- Ross, W. D.: What makes right acts right? (1930) en: REISER SJ, DYCK AJ Y CURRAN W J (Editores) Ethics in Medicine, MIT PRESS, 1977.
- 2.- Mill, J. S.: Utilitarianism (1871) Reimpreso en parte en REISER SJ, DYCK AJ, CURRAN WJ (Editores) Ethics in Medicine, MIT PRESS 1977.
- 3.- Ladd, J.: Legalism and medical Ethics. The Journal of Medicine and Philosophy, 4: 70-79, 1979.
- 4.- Ramsay, P.: The nature of medical ethics, en VEATCH R, GAYLIN W, MORGAN C (Editores) The teaching of medical ethics. Hastings on Hudson, 1971.
- 5.- Jonsen ar, Hellegers ae.: Conceptual foundations for an ethics of medical care en TANCREDI LR (Editor) Ethics of health care. Washington, National Academy of Sciences 1971.
- 6.- Vilardell F.: ETHICAL Issues in gastroenterology En: BANKOWSKI Y CORVERA-BERNARDELLI, (Editores Medical Ethics and Medical education CIOMSS (Geneve) 1981.
- 7.- Pellegrino, E.: A concept, professional ethics in medical education. En: BANKOWSKI Y CORVERA-BERNARDELLI (Editores), Medical Ethics and Medical Education. CIOMSS (Geneve) 1981.

Apuntes para la historia de la Otorrinolaringología en México (*)

Dr. Humberto ALCOCER (**)

Unos 300 años antes de Cristo, sucedió en Grecia que un escritor leía a sus pacientes amigos un largo manuscrito....

Por fin, dejó ver una hoja en blanco.

Valor. . . Amigos . . . ! exclamó Diógenes el Cínico

. . . Descubro tierra !!!

Después de esta desalentadora advertencia, quiero agradecer muy cumplidamente al Sr. Dr. Ignacio Ortega la invitación que me hizo y al propio tiempo, manifestar a esta Audiencia mi emoción por participar en una reunión de esta jerarquía y que me da oportunidad de saludar a todos mis amigos, principalmente a mi viejo y querido amigo y colaborador el Sr. Dr. Mariano Hernández Gorívar y a mi querido amigo el Sr. Dr. Rafael Andrade Gallegos, Presidente y Vicepresidente de esta Sociedad.

Traigo a su consideración tan sólo unos apuntes para la historia de la Otorrinolaringología en apremio que me es dable satisfacer acallando escrúpulos de conciencia por no haberlo hecho antes.

El objetivo de la Historia, es el

mismo que el de otras ciencias sociales: la investigación del comportamiento del hombre en sociedad. Lo que le da a la Historia un carácter específico, del que dimanar otras diferencias, es que estudia dicho comportamiento en el pasado.

La Historia es una compleja ciencia que hoy día la entendemos y la exigimos dinámica, como un diálogo no interrumpido. Cada quien tiene la obligación de comunicar lo que supo o lo que entendió, discutirlo, corregirlo, modificarlo, ampliarlo con otros interesados y tratar de hacer la luz para juzgar con sanas entendederas a un fenómeno dado.

Se dice que el tiempo, así que transcurre, es un factor saludable para que el concepto histórico, lejos del aturdimiento y la confusión, no sea deformado por intereses baratos. Esto nos alienta para pensar que algún día, en la Historia como ciencia, podamos desempaquetar el atado de dudas y mentiras del informe Warren y conocer de la muerte de Kennedy o bien de Tlatelolco '68 y de tantos sucesos aún ausentes de asideros para alcanzar la verdad.

Voy a comunicar a ustedes en unos minutos lo que supe y entendí de épocas y personajes sumamente interesantes de la historia corporativa de la Otorrinolaringología con la esperanza de

despertar en alguien, ese interés tan necesario para divertirse como enano en una biblioteca número uno y participar activamente en la integración de una historia nuestra-número dos-.

Antes de entrar en materia manifiesto mi reconocimiento al Sr. Dr. Dn. Francisco Fernández del Castillo, Jefe del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina, al Sr. Dr. Dn. Ricardo Tapia Acuña y al Sr. Dn. Alejandro Somolinos, encargado de la Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina por su inestimable ayuda.

Desde que el hombre pasó de la simple condición de ser viviente a la más compleja de ser cultural, ha luchado contra las enfermedades y ha buscado los medios para conservar la salud y prolongar su vida. En consecuencia, la Medicina es una de las más tempranas manifestaciones de la cultura humana.

La Medicina pre-hispánica en México y Mesoamérica es un "bocato-di Cardinali" y justo es decirlo hay muchos historiadores, arqueólogos y médicos interesados. No obstante, las enfermedades del oído, nariz y garganta integran un capítulo casi virgen. Que yo sepa, sólo existe la tesis recepcional del Dr. Ramón López Espinoza de 1965, que

(*) Conferencia Magistral leída en el XXVII Congreso Nacional de Otorrinolaringología en la Ciudad de Zacatecas, Zac.

(**) Ex-Presidente y Socio Honorario de la Sociedad Mexicana de ORL.

trata este tema muy sucintamente en cuanto que prevalece en ella, un aporte elemental a la herología y algunas equivalencias médicas en lenguas autóctonas. No sé si Dn. Federico Reinking Sr. con su gran afición al México Precolombino hizo algún estudio al respecto. Mucho aprendemos del análisis de las crónicas de la Conquista, algunas de las cuales son importantes estudios antropológicos en los que abunda información médica. Misioneros, médicos y militares aportaron datos preciosos para su estudio.

La obra magna de Fray Bernardino de Sahagún "Historia General de las cosas de la Nueva España" es verdaderamente rica en información al respecto de la medicina y exhibe, en vastedad impresionante, criterios de contundente vigencia.

Para muestra, este botón: "El buen médico suele curar y remediar las enfermedades; el buen médico es entendido, buen conocedor de las yerbas, piedras, árboles y raíces, experimentado en las curas; también tiene por oficio saber concertar los huesos, purgar, sangrar, sajar al enfermo, dar puntos y al fin, librar de las puertas de la muerte. El mal médico es burlador. . . y por ser inhábil, en lugar de sanar, empeora a los enfermos con el brebaje que les da . . . y aún a veces, usa hechicería y supersticiones para dar a entender que hace buenas curas" -Libro X, Cap. VIII. Creo que salen sobrando comentarios a tan atinados conceptos.

Los Códices son también interesantes fuentes de información. No expresan sentimientos estéticos, sino que son escrituras ideográficas que permitían la simbolización y la fijación del concepto, expuesto a perderse, cuando sólo se atenía a la tradición oral. Estelas, relieves, estucos, cerámica, son asimismo, materiales de inestimable valor.

Lo anterior, queda como un mensaje invitación a los jóvenes para que encaren una investiga-

ción que les llenará de satisfacciones.

Paso ahora, al tema trascendente de esta plática:

Nace la Otorrinolaringología dentro de las disciplinas médicas en MEXICO.

Los personajes, moviéndose en la segunda mitad del siglo XIX y en los inicios del XX, son los siguientes:

Uno: Angel Iglesias y Domínguez, el primer laringólogo de México.

Dos: Federico Seméleder, el médico general con mayor afición a la O. R. L. en el siglo XIX.

Tres: Francisco Vázquez Gómez, mi personaje, en sometimiento a encuadres de verdadero especialista. El primero en nuestra historia otorrinolaringológica. Personaje con el que el país está en deuda.

ANGEL IGLESIAS Y DOMINGUEZ

Nació en México el dos de octubre de 1829. Murió también en México, el año de 1870. Fue un inquieto profesional quien no satisfecho con lo que se podía conseguir en México como preparación y equipo, hizo varios viajes a Europa y como consecuencia de su interés, introdujo nuevos instrumentos y procedimientos de gran valor para la Medicina Mexicana. En 1856, introdujo el oftalmoscopio. En 1864 dio a conocer el laringoscopio y el atomizador de Luer. En 1868 publicó su libro: "De la Laringoscopia y sus aplicaciones a la patología y a la Medicina Operativa". Este libro, excelente, escrito en español y publicado en París, está dedicado a la Escuela de Medicina de México.

Tuve la oportunidad de conocer este libro por la amabilidad del Sr. Dr. Ricardo Tapia Acuña quien lo conserva con grandes cuidados cual merece un preciado bien de biblioteca. No lo presta a nadie y con razón. Permite que algún amigo lo goce en su

biblioteca. En su texto se advierte la influencia de Viena. Ludwig Turck y Johann Czermak los laringólogos que acogieron con entusiasmo el laringoscopio dado a conocer unos años antes por Manuel Rodríguez García en 1855, difunden su experiencia, sobre todo Czermak en su obra: "Der Kehlkopfspiegel und seine Verwerthung fur Physiologie und Medizin", editada en 1860.

Valga la ocasión para hacer un paréntesis y dejar asentado un hecho histórico respecto de la laringoscopia, poco conocido fuera del ámbito de la otorrinolaringología. Fue un inteligente, inquisitivo e indagador profesor de canto, el Prof. Manuel Rodríguez García quien por primera vez observara las cuerdas vocales vivas y en movimiento al través de un espejillo dental que en ese momento se llamó también laringoscopio.

El espejo dental existía ya desde hacía mucho. El Dr. Robert Liston en Inglaterra ya lo había usado para la exploración de tumores de la base de la lengua y en la hipofaringe. Le faltó hacer la tracción de la lengua que levantara la epiglotis y orientar el espejo hacia abajo para iluminar y ser reflejada en su espejo la imagen glótica . . . Esto lo hizo Manuel Rodríguez García en 1855.

La obra de Iglesias tiene también inspiración en avances laringológicos del inglés Morrell Mackenzie en lo que respecta a registros en la voz cantada. Tiene un apéndice sobre Rinoscopia.

Este libro es sumamente oportuno en América Latina (es el primero en español con este tema). Pone a la disposición del mundo médico lo que apenas se está popularizando en Europa.

Angel Iglesias tuvo un excelente ambiente social y aunque no disponemos de mucha información, me da la impresión que era un elegante caballero de los que en vez de estrenar un traje, inauguran un traje.

Tuvo el mal gusto de estar en

el partido conservador y de haber sido secretario de la comisión que fue a ofrecer la corona de emperador a Maximiliano, Archiduque de Austria. Fue socio fundador de la Academia de Medicina. Murió apenas cumplidos los 40 años.

FEDERICO SEMELEDER

Nació en Austria el año de 1832. Estudió Medicina en Viena. Fue jefe de servicio en el gran Hospital de Viena en 1864.

Cuando el Archiduque Maximiliano resolvió venir a México, le pidió a Seméleder lo acompañara como su médico oficial.

Así llegó a nuestro país y duró poco en el puesto, pues sin saberse por qué renunció a su cargo (¿o lo corrieron? pregunto yo) en 1865. Recuerden ustedes que el trágico acto final del cerro de las Campanas fue el 19 de mayo de 1867.

Llegando a México en 1864 ingresó a la Academia Nacional de Medicina y fue su presidente en dos ocasiones: 1887 y 1892. Hay que dejar asentado que al triunfo de las fuerzas republicanas, Seméleder no se sintió a disgusto en México. Se adaptó a nuestras costumbres. Se estableció en Córdoba, Ver. y regresó más tarde a la ciudad de México.

Ya lo definí cuando hablé de la estructura de esta plática. Era un excelente médico general pero con gran afición a la otorrinolaringología.

Leí con delectación sus trabajos (de 1866): "Pólipos de la laringe. Dos casos de extirpación"; sus estadísticas de padecimientos otorrinolaringológicos; los tumores adenoideos de la faringe nasal: dos casos raros de necrosis del maxilar inferior, y otros.

Dejó una copiosa labor escrita de comunicaciones científicas de medicina general y traumatología. Recuerdo que desempeñó el cargo de cirujano en Jefe del Ferrocarril Central.

En 1897 se le nombró presidente honorario del Tercer Congreso Médico Mexicano.

Hay una historia bonita: Siendo todavía médico de Maximiliano, en ocasión de que éste, atacado de "tercianias" y de colitis y de no obtener una respuesta favorable a su tratamiento, el doctor Seméleder no dudó en llamar al Dr. Lucio quien trató al Emperador un poco a regañadientes por su filiación liberal. Lo alivió pronto y el enfermo, agradecido, mandó a Lucio una alta suma a través de su secretario el Sr. Blasio. Este pago no lo aceptó Lucio. . . se negó a aceptar el dinero del Imperio. El Emperador ordenó que se le regalara al exigente profesional una pintura, escogida como la mejor de su colección privada. La aceptó Lucio con la aclaración que la recibía de su enfermo y no del Emperador. Murió Dn. Federico en México en 1901 a los 69 años de edad.

FRANCISCO VAZQUEZ GOMEZ

Tamaulipeco, nació en 1860. Murió en 1933. Practicante de los Hospitales de Sn. Hipólito y Béistegui y del consultorio de la Beneficencia Pública. Graduado en 1889.

Tomó parte en la oposición de la cátedra de Patología Quirúrgica en la Escuela Nacional de Medicina triunfando por unanimidad (1889). Miembro del Congreso Médico Mexicano, el Primero en 1892. Operó tiroides en 1894. Presidente honorario de la Sección de Laringología, otología y rinología en el tercer Congreso Médico Mexicano en 1897. Definitivamente se orienta a mediados de los ochenta por la Otorrinolaringología. Autodidacta iluminado, lo mismo la estenosis laríngea o la otitis supurada provocan su entusiasmo y su estudio a fondo. Tiene éxitos profesionales indudables que lo llevan hasta ser solicitados sus servicios por el Presidente Díaz.

Escribe una memoria "Anatomía del esqueleto de la región mastoidea" para competir por la plaza vacante de la Sección de Anatomía Normal y Patológica de la Academia Nacional de Medicina. Compite con el Dr. Adrián de Garay quien presenta "Algunas consideraciones sobre el canal crural desde el punto de vista de la Anatomía Quirúrgica". La comisión dictaminadora, constituida por el Dr. Francisco de P. Chacón como Presidente, el Dr. Manuel Toussaint como Vocal y el Dr. José Ramón Icaza como Relator, trabajó y discutió hasta el cansancio y finalmente, varias semanas después, el 20 de mayo de 1896 rindió su dictamen concluyendo que ambos solicitantes son igualmente merecedores del puesto.

Luego viene un episodio que es extraordinario. El Dr. Fernando Zárraga, hace un mal juicio crítico del trabajo presentado por Vázquez Gómez y en el tomo 34, pág. 18 del año 1897 de la Gaceta Médica de México se publica: "Algunas consideraciones con motivo del juicio crítico publicado por el Dr. Fernando Zárraga sobre mi memoria Anatomía de la Región Mastoidea". En este trabajo Vázquez Gómez se agiganta y sin perder compostura da una lección de Anatomía clínica del temporal, de Fisiología de la Audición y del equilibrio así como de patología de los vasos venosos intracraneales. Si se sitúa en el tiempo este estudio no puede uno menos que rendirse a la calidad académica y profesional de este excepcional especialista.

Hizo una importante contribución al estudio del Rinoescleroma y vuelvo a usar el término insólito: Insólito su estudio por precoz e iluminado, sobre rehabilitación de los sordos el año 1899. Presenta un trabajo en el segundo Congreso Panamericano de Medicina, sobre las causas más frecuentes de la sordomudez en México. Cito a Don Daniel Gurría: ". . .

y sin embargo, nosotros los de la misma ruta no lo sabíamos, y si lo sabíamos, a su fama hicimos con el silencio, traición y mengua”.

En la sesión de la Academia del 10. de diciembre de 1937 antes de que fuera descubierto el retrato del Dr. Vázquez Gómez, presidente en el año 1905, el maestro Dn. Daniel Gurría hizo su elogio. Pienso que es una obra maestra de la poesía moderna que es su prosa.

Transcribo unos renglones . . .

“Es profesar con envidia bastante, para hablar a la promesa que es la juventud. Lo que prende su recuerdo a nuestra historia médica, es un hachazo en el rumbo de la Otorrinaringología Mexicana: es su fundador y su apóstol. La especialización de este médico, no pende vocinglera de un balcón, descansa en el sillar de su preparación técnica, enfrentada con las realidades que en sus manos fueron. Roturó el camino aprestando la facultad a la contingencia, fuerte y solo”.

Al terminar, su elogio gira y cuestiona . . .

“No es el Vázquez Gómez a quien conoce la Historia Patria. Ella sabe de un iluso con las manos tendidas al sufragio impostor, oído atento al soplo de las brujas: “tú serás Virrey”. Nosotros no sabemos qué hace en política este hombre puro, qué hace entre las fúnebres candilejas de esta trágica desgredada. Nosotros reclamamos al Vázquez Gómez maestro, al Vázquez Gómez con las manos teñidas de sangre en la batalla quirúrgica, al médico cuyos son los que mis dedos alcanzan, blasones que reverente y fervoroso entrego al hipogeo sacro de lo que fue”.

No estoy de acuerdo. Yo entiendo que Dn. Daniel hace un juicio negativo por sistematizar su enfático decir de que toda política es mala y además esto lo escribió hace justo 42 años. Pienso que lo que decía yo antes, respecto al tiempo para juzgar históricamente un fenómeno, aquí me

dé prevalencia. El siglo XX ha cumplido sus 79 años y muchos de los recónditos senderos de la información han llegado a pasmosas claridades. Ciertamente que la política para Vázquez Gómez fue una vocación malograda, de ello habla claro el destierro que por muchos años sufrió. No obstante revistió sin duda los primeros papeles en las gestas de heroísmo subiéndolo y bajándolo la cuesta de los días de Francisco Madero.

Efectivamente, desde su inicio al interés de la política en el club “Soberanía Popular” que pugna por la candidatura del General Bernardo Reyes para la Vicepresidencia de la República, hasta el desplome de la dictadura de Porfirio Díaz, el Dr. Francisco Vázquez Gómez tuvo una actuación de patriota-muy verdad que nadie puede impugnar. Cuando hay disponible en un hombre un carro de honestidad y en su destino encuentra un camino para la libertad de su país, hace política buena, que es la más recia de las humanidades, que lleva con gran fluidez de rumbo a la gloria así sea ésta por la vía del martirio. Adonde fue Madero debía haber ido Vázquez Gómez. Pino Suárez se llevó las balas que eran para nuestro héroe.

Después de leer mucho, dos de las más importantes épocas de nuestra historia: la última, la más abyecta, de la dictadura y la primera, la más noble y pura, de la Revolución, se puede afirmar sin duda que Francisco Vázquez Gómez está como primera figura del cambio. Está como ideólogo con un gran grupo de jóvenes que con generosidad oyeron el llamado de recluta de inteligencias nobles para el movimiento libertario. Juan Sánchez Azcona, José López Portillo y Rojas, Heriberto Barrón, Manuel Calero, José Peón del Valle, Rafael Zurbarán Capmany, Jesús Urueta, Diódoro Batalla, Carlos Trejo Lerdo de Tejada son unos cuantos de los nombres de los que palparon y olieron las llagas supurantes del

Porfiriato en el principio. Más tarde Filomeno Mata, Juan Sarabia, Daniel Cabrera, Paulino Martínez, Félix Palavicini, José Vasconcelos, Luis Cabrera, Roque Estrada, Toribio Esquivel Obregón y muchos otros amalgamados por Madero en el Partido Antirreeleccionista, todos incluyendo a Madero, todos oyeron del talento de Vázquez Gómez desde la sugestión, hasta el ordenamiento. Dice López Portillo y Rojas: “En el seno de la Convención antirreeleccionista, a raíz de la protesta solemne, el discurso del Sr. Madero fue vibrante, ardoroso, arrebatado, Exhibíase sentimental, no cerebral; el hombre guiado más por las emociones que por las ideas. Vázquez Gómez se reveló cerebral, sereno, intenso y de sólido criterio. Se complementaban el uno al otro: al lado del emotivo y semiculto el de intensa cultura y serenidad”.

El 15 de abril de 1910: La fórmula es Madero-Vázquez Gómez. 20 de abril de 1910: El manifiesto a la Nación es formidable, es miel de futuros . . . nace como medio eficaz de propaganda, la exhibición del programa para asegurar la efectividad del sufragio y No Reección, sintetizando las aspiraciones del pueblo mexicano que considera el principio del sufragio efectivo, como el único medio de recobrar su soberanía y el de la No Reección, como la garantía más eficaz para las instituciones republicanas.

El 29 de mayo: la manifestación popular, acto de soberana espontaneidad que la ciudadanía realiza para significar su confianza en los candidatos electos . . . El despertar nacional indiscutible.

El 5 de julio Monterrey. Viene la inquina de la Autocracia . . . y el 5 de octubre San Luis Potosí sale a San Antonio, Texas el Sr. Madero con sus más allegados colaboradores. Allí es elaborado el Plan de San Luis que por dignidad se fecha en San Luis el último día que estuvo ahí el Sr. Madero el 5 de octubre de 1910.

La insurrección marcha. Los dos líderes más importantes, los hermanos Vázquez Gómez trabajan también en San Antonio a todo vapor. Se toman providencias para las finanzas y con todas las dificultades bien sabidas se inicia la revolución armada en Chihuahua.

El 14 de febrero de 1911 entra Madero a territorio mexicano. . . ¡Hay negociaciones de paz! Aquí es donde Dn. Francisco Vázquez Gómez adquiere una prevalencia sublime. Como plenipotenciario del presidente provisional, Madero, hace y deshace a su gusto las negociaciones: finta aquí, hiere allá. Es un diplomático nato, inteligente y sutil. Impone y exige en el momento oportuno. Juega y retira caballos . . . pero siempre destapando alfiles.

Sale tan mal librado el delegado del Presidente Díaz, Dn. Francisco Carvajal, Ministro de la Suprema Corte de Justicia, que Díaz rompe las negociaciones.

Llega inclusive Vázquez Gómez a tener una entrevista con el propio Porfirio Díaz y en la discusión discurre con ventaja; su dialéctica impulsiva en la búsqueda de la verdad le da absoluta superioridad sobre los carcomidos argumentos del dictador.

EL 21 de mayo, después de la toma de Ciudad Juárez por los revolucionarios, la Dictadura se desploma. Vázquez Gómez, Pino Suárez y Madero padre, firman con Carvajal el Convenio que anuncia la decisión de Díaz de abandonar el poder. El texto es conocido en las Cámaras el 25 de mayo de 1911.

No puedo seguir más con estas páginas. . . todas emocionantes . . . valor amigos . . . Descubro tierra!

Daniel Moreno en su libro "Los Hombres de la Revolución" habla del porqué no fragó Vázquez Gómez en las Jornadas de Consolidación Revolucionaria. Fue su gestor en gran parte del principio, pero Vázquez Gómez, más radical que Madero se hace un ambiente muy difícil, ante el Neoporfirismo que lo lleva a una serie de situaciones políticas comprometidas.

Es un médico eminente y un hombre más realista, más culto y más inteligente que Madero. Conoce mejor a los hombres y a los problemas del país. No todo es político. Mucho, en efecto, es económico y social.

Afina con Zapata, Madero sintió que Vázquez Gómez se alejaba de sus ideales políticos. . . .

El Gobierno Provisional de Dn. Francisco León de la Barra tiene a Dn. Francisco Vázquez Gómez en el Ministerio de Instrucción Pública. En Gobernación quedó Dn. Emilio. Ambos fueron integrantes del Gabinete por derecho propio en razón de ser revolucionarios por convicción.

Después viene la controversia abierta con Madero. Al pronunciarse Pascual Orozco contra el Presidente Madero, se le acusa de connivencia El partido Antirreeleccionista es drásticamente disuelto por Madero. Tampoco se entienden con Carranza y Villa. El final es el destierro.

Las conclusiones que yo puedo sacar después de estudiar a

este personaje son las siguientes:

Vázquez Gómez fue el primer médico mexicano dedicado de lleno a la Otorrinolaringología.

Vázquez Gómez, como Otorrinolaringólogo, fue inteligente y precoz visionario de los problemas básicos de la especialidad.

Vázquez Gómez como político fue: Excepcional en muchos aspectos.

Uno: fue honesto. Dos: fue un gran intuitivo del problema de México. Tres: fue habilísimo diplomático e Ideólogo de la Revolución. Cuatro: fue el cofactor número uno en la caída de la Dictadura.

Vázquez Gómez fue un hombre y un patriota.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Historia General de las cosas de la Nueva España. Fray Bernardino de Sahagún.
- 2.- De la Laringoscopia y sus Aplicaciones a la Patología y a la Medicina Operativa. Dr. Angel Iglesias y Domínguez, 1868.
- 3.- La Gaceta Médica de México. Organó de la Academia Nacional de Medicina.
- 4.- Historia de la Revolución Social de México. José R. del Castillo.
- 5.- Un Decenio de Política Mexicana. Manuel Calero.
- 6.- De la Dictadura a la Anarquía. Ramón Prida.
- 7.- La Revolución y Francisco I. Madero. Roque Estrada.
- 8.- Elevación y Caída de Porfirio Díaz. José López Portillo y Rojas.
- 9.- Los hombres de la Revolución. Daniel Moreno.
- 10.- Breve Historia de la Revolución Mexicana. Jesús Silva Herzog.

Resumen bibliográfico

MICROBIOLOGY AND ANTIMICROBIAL TREATMENT OF OTITIS MEDIA.

(Microbiología y Tratamiento Antimicrobiano en la Otitis Media).

Klein, J. O.: Ann Otol Rhinol Laryngol 90. Suppl. 84: 30-36, 1981.

La elección de un antimicrobiano, en la otitis media se basa en el conocimiento de la microbiología de los cuadros agudos y crónicos. La bacteriología está bien estudiada, pero no es hasta recientemente que se ha conocido la flora asociada. Los gérmenes más frecuentemente encontrados son el *Streptococcus pneumoniae* y el *Haemophilus influenzae*; los gérmenes gramnegativos, especialmente los enterobacilos son frecuentes (25 %) en las otitis medias de los niños menores de 6 semanas. Los *Streptococcus* del grupo A y los *Staphylococcus aureus* son causa poco frecuente en los casos agudos. El autor analiza con juicio crítico, los diferentes estudios realizados en la literatura mundial con relación a cada germen de los anteriormente citados y

de los anaerobios, comensales, virus y micoplasmas.

En cuanto a la otitis media crónica insiste en el valor del cultivo por aspiración de la caja timpánica y no de la secreción del conducto auditivo externo.

Basados en la bacteriología es que sugiere como medicamentos de elección a la oxacilina y a la ampicilina para el tratamiento inicial de la otitis media aguda, dejando en los pacientes alérgicos, la asociación de sulfonamidas con eritromicina, cefaclor o el trimetoprim-sulfametoxazol.

R. García Palmer

THE POSITIVE PRESSURE OF CHOLESTEROL GRANULOMA IDIOPATHIC BLUE EARDRUM. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS.

(La presión positiva del granuloma de colesterol: tímpano azul idiopático. Diagnóstico diferencial).

Farrior, B.: Kapsen, E., y Farrior, B. J.: The Laryngoscope 91: 1286-1297. 1981.

A cargo del:
Dr. Rafael ANDRADE GALLEGOS

Los autores presentan su criterio y su experiencia en la patología del oído medio que causa presión positiva en caja, así como los principales diagnósticos diferenciales.

Los autores aseguran que en el granuloma de colesterol, también llamado tímpano azul idiopático u oído de "chocolate", existe presión positiva en el oído medio, ya que en estos casos no hay tendencia a formar bolsas de retracción ni colesteatoma; los síntomas son mínimos y no hay destrucción. En la mastoiditis serosa crónica también existe presión positiva por la producción constante de secreción en todas las celdas mastoideas. En contraste con estas dos enfermedades, la otitis media secretora crónica sí presenta presión negativa con tendencia a la formación de retracción y colesteatoma secundario.

El tratamiento es difícil en las tres entidades: cuando hay presión positiva la colocación de tubos es inútil porque la presión de la caja los expulsa y siempre persiste la secreción, las miringotomías frecuentes tampoco ayudan. En el caso de la otitis media serosa crónica tampoco funcionan estas medidas,

aunque es conveniente esforzarse en mantener la caja ventilada por el riesgo de que se forme un colesteatoma.

La experiencia de los autores los lleva a afirmar que quizá el mejor tratamiento en el caso del granuloma de colesterol y de la mastoiditis serosa crónica es no tratarlos.

El diagnóstico diferencial de patologías que modifican la coloración de la membrana timpánica según los autores debe incluir: golfo yugular alto, arteria carótida aberrante, signo de Schwartze, tumor glómico timpánico, tumor glómico yugular, implantes de proplast, hiperpigmentación de la mucosa del tímpano, hernia cerebral, hemotímpano traumático, hemotímpano idiopático, barotrauma y otitis media hemorrágica.

R. Ramos-Alcocer

NATURE AND INCIDENCE OF MISONIDAZOLE PRODUCED OTOTOXICITY.

(Naturaleza e incidencia de la ototoxicidad producida por Misonidazol).

Waltzman, B. S. y Cooper, S. J.: *Arch. Otolaryngol*, 107: 52-54, 1981.

Los autores presentan un estudio prospectivo sobre la ototoxicidad de una nueva droga antitumoral, el Misonidazol, en un grupo seleccionado de pacientes oncológicos que recibieron dicha droga.

El Misonidazol es una droga que potencializa selectivamente la acción de la radioterapia sobre las células hipóxicas de los tumores, como suele suceder en los de cabeza y cuello.

Los autores reportan el estudio de 21 pacientes con diversos tumores malignos a quienes se administró la droga, practicaron estudios audiológicos previos y se evitó dar concomitantemente cualquier otra droga potencialmente ototóxica. A todos los pacientes se les practicaron estudios audiológicos diarios después de la ingestión de la droga y se encontró en 11 de ellos hipoacusia que varió de 15 a 65 db de pérdida por debajo de su umbral previo; el promedio de pérdida fue de 22 db. En todos los casos la hipoacusia

fue precedida de otros síntomas de neurotoxicidad (parestias); en 5 pacientes la hipoacusia fue unilateral y en 6 bilateral. Las frecuencias más afectadas fueron las altas y el inicio de la hipoacusia ocurrió entre el 5o. y el 29o. día de iniciada la terapia y entre la 3a. y 8a. dosis.

En todos los casos la hipoacusia fue sensorineural y no se encontró relación entre la hipoacusia y la dosis, la edad, el sexo, ni con el tipo de neoplasia o con su localización. En todos los casos las pruebas para reclutamiento fueron positivas y no hubo fatiga, por lo que los autores concluyen que el daño es coclear. Hubo remisión de la hipoacusia al suspender la droga en forma completa en 5 casos y en los otros se recuperaron parcialmente de la hipoacusia.

R. Ramos-Alcocer

MULTICHANNEL COCHLEAR IMPLANTS. CURRENT STATUS AND FUTURE DEVELOPMENTS.

(Implantes cocleares de varios canales. Estado actual y avances futuros).

Michelson, P. y Schindler, A. R.: *The Laryngoscope* 81: 886-888, 1981.

Los autores presentan su experiencia de 8 años de trabajo con implantes cocleares de varios canales, en la Universidad de California, USA.

El implante coclear usado por los autores consiste en dos partes: Un estimulador portátil externo con una fuente de poder recargable y una unidad interna con 8 pares de electrodos bipolares; los sonidos captados por el micrófono de la unidad externa son convertidos a una señal eléctrica que es transmitida electromagnéticamente a través de la piel intacta a la unidad interna, la unidad externa tiene un control de volumen, un control automático de ganancia y un selector de frecuencia con lo cual se pretende lograr una curva plana para cada paciente en particular. Los electrodos bipolares colocados en la rampa timpánica reciben el mismo estímulo.

Los autores refieren que la discriminación de la palabra con estos aparatos

puede ser de un 40 a 50 %, sin embargo relatan un caso clínico donde la ganancia fue sólo de un 8 a 28; este mismo paciente usando lectura labial discernía un 32 % de las palabras y usando el implante y lectura labial su porcentaje de discriminación aumentó a un 78 %

Finalmente los autores comentan que al mejorar la tecnología, los implantes cocleares tendrán mejor futuro y que el uso de ellos en grandes grupos de sordos totales apenas se inicia.

R. Ramos-Alcocer

RESPONSES TO LOW-FREQUENCY HARMONIC ACCELERATION IN PATIENTS WITH ACOUSTIC NEUROMAS.

(Respuestas a la aceleración armónica de baja frecuencia en pacientes con neurinomas acústicos).

Olson, E. J.: Wolfe, W. J. y Engelken, J. E.: *The Laryngoscope* 91: 1270-1277, 1981.

Los autores presentan su experiencia de 5 años en la evaluación de la función vestibular usando la silla de torsión y computando los datos; presentando un grupo de pacientes de neurinoma del VIII par diagnosticados y seguidos por este método.

Usaron en el estudio una silla de giro alternante movida por un motor de torsión eléctrico con velocidades constantes de 0.01 Hz hasta 0.16 Hz, el registro ENG se hizo de la manera habitual y la cabina de la silla pudo oscurecerse completamente para evitar la fijación óptica. Los datos obtenidos de esta manera fueron sometidos a análisis por una computadora.

Aunque la experiencia de los autores es de 1200 pacientes estudiados en esta forma, sólo se presenta el análisis de 24 de ellos que tenían neurinomas del acústico; los objetivos fueron demostrar la repetibilidad de los resultados en pacientes con lesiones estables y bien conocidas, determinar los cambios en cada paciente antes y después de la cirugía, determinar la utilidad de la prueba en el diagnóstico y comparar su eficacia con la prueba calórica e in-

investigar la utilidad de la prueba en el seguimiento de dichos pacientes.

Todos los pacientes fueron sometidos a una evaluación vestibulo-oculomotora que incluyó: nistagmus espontáneo, nistagmus postural, prueba calórica a dos temperaturas, rastreo pendular, optoquinético y la aceleración armónica. En la prueba de giro o aceleración armónica se midió la fase del movimiento ocular y la preponderancia laberíntica; la fase es la relación entre la velocidad del estímulo y la velocidad del movimiento ocular, y la PL es la relación entre la velocidad del componente lento a ambos lados del giro.

Se encontró que los resultados son repetibles aunque hay un cierto grado de adaptación si se efectúan muy seguidos, la medición de la fase mostró un retardo en todos los pacientes y la PL marcaba asimetría, después de la cirugía la PL permanecía asimétrica y la medición de la fase mostraba compensación. En el análisis de diagnóstico se encontró que la aceleración armónica hizo el diagnóstico en un 67 % contra un 79 % de la prueba calórica, pero usando ambas el diagnóstico se elevó a 91 %; por otro lado cuando se analizaron únicamente los tumores muy pequeños, la aceleración armónica diagnóstica fue de 100 % y la prueba calórica sólo fue de 50 %.

R. Ramos-Alcocer

MIGRAINE PROPHYLAXIS - A NEW APPROACH.

(Profilaxis de la migraña: Un método nuevo de control).

Ryan, R. E. y Ryan R. E. *The Laryngoscope*, 91: 1501-1506, 1981.

Con base en el hecho de que durante el período prodrómico de la migraña la agregabilidad de las plaquetas está aumentada y que en el momento del dolor la cabeza aumenta también la adhesividad de la serotonina de las plaquetas, los autores hicieron un proyecto de investigación con objeto de demostrar que los antagonistas de las plaquetas son capaces de prevenir los ataques de migraña.

Usaron en su trabajo dipiridamol y

aspirina, la primera actúa probablemente inhibiendo la agregabilidad de las plaquetas por aumento del adenosin-fosfato cíclico y la segunda inhibiendo la ciclooxigenasa que transforma el ácido araquidónico en prostaglandina G.

Hacen una descripción cuidadosa de su farmacología y describen el método usado.

Fueron tratados 160 pacientes divididos en 4 grupos. El primer grupo recibió 75 mg. de dipiridamol con 325 mg. de aspirina; el segundo con 75 mg. de dipiridamol; el tercero con 325 mg. de aspirina y el cuarto con placebo.

Hicieron observaciones de los resultados a las 4 y 8 semanas de tratamiento.

De sus observaciones concluyeron que en el primer grupo los pacientes mostraron mejoría tanto en la intensidad del cuadro, como en la frecuencia de los ataques, cuando el tratamiento fue de más de cuatro semanas.

Los tratados con aspirina mostraron alguna mejoría y ninguna en el segundo y cuarto grupos.

Creen que prolongando el tratamiento a 12 semanas podrán obtenerse mejores resultados.

R. Andrade-Gallegos

RECOGNITION AND TREATMENT OF ALLERGY IN SINUSITIS AND PHARYNGOTONSILLITIS.

(Identificación y tratamiento de la alergia en sinusitis y faringoamigdalitis).

Lehrer, J.; Alí, M.; Silver, J., y Cordes B.: *Arch Otolaryngol* 107: 543-546, 1981.

Los autores presentan su experiencia en el manejo de 14 pacientes con afecciones faringosinusales crónicas que durante varios años han presentado ataques repetitivos de agudización y que, habiendo recibido terapia médica y quirúrgica, no han obtenido un beneficio definitivo.

En el trabajo, se propone un protocolo de estudio para estos casos, que se inicia con la búsqueda exhaustiva de un factor alérgico a inhalantes que condicionen esta inflamación, hecho

que, al referir de los autores, no ha sido debidamente tratado.

Los casos aquí comentados, corresponden a 4 pacientes con sinusitis y 10 con faringoamigdalitis crónicas, en las dos entidades, los síntomas sugestivos de compromiso alérgico estaban ausentes. En cuanto a la participación infecciosa, sólo en un caso de sinusitis se aisló estafilococo dorado y en otro caso de faringoamigdalitis se presentaban cambios atribuibles a inflamación por bacterias.

El programa propuesto por los autores, se inicia con la determinación de IgE sérica específica para los inhalantes más comunes de la región, a continuación se les efectuaron pruebas cutáneas intradérmicas y finalmente la cuantificación sérica de IgE. Cabe mencionar que en la primera determinación todos los pacientes presentaron positividad para dos o más alérgenos, dando resultados similares en las pruebas cutáneas. Informan los autores que al momento de efectuar las pruebas señaladas, los pacientes presentaban síntomas naso-oculares francos de alergia.

Una vez hechas estas determinaciones y reconocida su respuesta alérgica, se elaboró un plan de tratamiento que sólo contemplaba a la inmunoterapia específica, la cual se aplicó semanariamente por 4 a 16 semanas.

Los resultados fueron sometidos a tratamientos estadísticos encontrándose una franca disminución de los síntomas en unos y desaparición en otros. Es de señalarse que en las faringoamigdalitis, en pacientes (4) de presentar 12 a 24 ataques se han disminuido a uno o dos por año, en los 6 restantes han desaparecido los síntomas. Para los pacientes con sinusitis, en uno ha desaparecido y en tres se han disminuido a un ataque por año.

La enseñanza vertida en este trabajo, que se resume en agotar los recursos disponibles para identificar el factor alérgico asociado a la patología crónica tratada, definitivamente nos dará en el futuro, primeramente sorpresas, segundo, mayores dividendos en el éxito terapéutico y seguramente serán menos pacientes que sean llevados a tratamiento quirúrgico.

M. Hernández-Palestina

AEROBIC AND ANAEROBIC BACTERIAL FLORA OF NORMAL MAXILLARY SINUSES.

(Flora normal aeróbica y anaeróbica de los senos maxilares).

Brook, I.: *The Laryngoscope* 91: 372-375, 1981.

El autor del trabajo, a fin de aclarar el mecanismo por el cual los gérmenes llegan al seno maxilar en la fisiopatología de las sinusitis agudas y crónicas, plantea la posibilidad de que las bacterias radiquen en la cavidad como flora normal, para esto, efectúa punción maxilar a través del meato inferior irrigando el seno con solución salina para después aspirarla y llevarla a inocularse a medios de cultivo específicos para gérmenes aeróbicos y anaeróbicos. Este estudio se efectuó en 12 pacientes durante el procedimiento de cirugía plástica del septum nasal, todos sin antecedentes de patología rinosinusal.

En el resultado del cultivo para gérmenes aeróbicos, se aislaron 16 variedades de bacterias, en las que predominaron: el *Streptococo* 5 beta hemolítico, *Streptococo* 3 alfa hemolítico sp, *Streptococo pneumoniae* y el *Haemophilus influenzae*. Para el cultivo de anaeróbicos se aislaron 33 variedades en el siguiente orden de importancia: 5 *Peptococo* sp, 2 *Peptoestreptococo*, 3 *Microaerophilic streptococo* y *Veillonella parvula* entre otros.

Los autores encuentran que la flora supuestamente normal encontrada en este estudio, es similar a la reportada en los senos infectados, esto apoya la posibilidad primeramente planteada por estos autores, la cual explican por una serie de eventos patológicos que implican primeramente: el cierre del ostium, a seguir, la tensión de oxígeno disminuye al ser absorbido por la mucosa sinusal. En esta etapa serosa de la sinusitis aguda es el mejor momento para la proliferación de gérmenes aeróbicos, al evolucionar hacia la cronicidad, se agrega a lo mencionado, acúmulo de bióxido de carbono, progresivamente mayor inflamación, aumento de presión intrasinusal, disminución del aporte sanguíneo mucoso y así el

medio idóneo para el crecimiento de gérmenes anaeróbicos.

Se trata de un trabajo más de los que frecuentemente se encuentran en la literatura, abordando el tema de la participación de gérmenes anaeróbicos en la patología sinusal. Llama la atención la desproporción existente en el número de bacterias anaeróbicas aisladas sobre las aeróbicas en cavidades sinusales sanas, esto, en el terreno práctico, sugeriría que en condiciones de patología sinusal crónica la utilización de antibióticos específicos para anaeróbicos serían los auxiliares ideales al procedimiento de ventilación del seno dañado.

M. Hernández-Palestina

RARE COMPLICATIONS FOLLOWING ETHMOIDECTOMIES: A REPORT OF ELEVEN CASES.

(Complicaciones raras consecutivas a etmoidectomías: Un reporte de 11 casos).

Maniglia, J. A.; Chandler, R. J.; Goodwin, J. W., y Flynn, J.; *The Laryngoscope* 91: 1234-1244, 1981.

Los autores analizan la morbilidad de la cirugía etmoidal endonasal y reportan 11 casos de complicaciones excepcionales por su magnitud y su rareza.

En la literatura revisada por los autores, encontraron complicaciones reportadas como meningitis, fístula de LCR, anosmia, obstrucción del ducto lácrimo-nasal, epistaxis y hematoma intraorbital; la mayoría de estas complicaciones fueron del lado derecho y los cirujanos eran diestros, por lo que se supone que el lado más difícil para un cirujano diestro es el derecho.

Reportan 11 casos que les fueron referidos ya con la complicación, de los cuales 9 eran de etmoidectomía bilateral y 2 combinada con otros abordajes transantrales; la morbilidad fue la siguiente: 4 casos de ceguera unilateral, 3 de fístula de líquido cefalorraquídeo en área cribiforme, 2 de diplopía por daño a los músculos oculomotores, 1 con fístula carótido-cavernosa

y 1 con daño de tejido cerebral y muerte.

Aunque el porcentaje de complicaciones en esta cirugía es bajo (2.8 %) y generalmente no ocurren las reportadas en este artículo, se comenta que esta área quirúrgica es una de las más difíciles de enseñar a los residentes y que pueden llevar a una complicación importante aun a cirujanos experimentados. Con el uso del microscopio se disminuye el riesgo, y se sugiere una lista de contraindicaciones para este abordaje: 1.- Evidencia radiográfica (CT) de destrucción ósea en lámina papirácea, fovea etmoidalis o área cribiforme. 2.- Complicación intraorbitaria como proptosis, trastornos de la movilidad ocular y daño óptico. 3. Neoplasias benignas o malignas y 4.- Hallazgos compatibles con mucocele frontoetmoidal o esfenoidal.

R. Ramos-Alcocer

UNILATERAL POLYPOSIS AND MUCOCELES IN CHILDREN.

(Poliposis y mucocelos unilaterales en niños).

Find, D. G., Hudson, W. R. y Baylin, G. *The Laryngoscope*, 91: 1444-1449, 1981.

Cuando en un niño se observa opacidad en uno o más senos paranasales debe tomarse en cuenta el riesgo de un padecimiento serio como: fibrosis quística, disquinesia ciliar, neoplasmas, encefalocele y con mucha frecuencia poliposis.

Los autores estudian seis casos con lesiones invasivas de las celdillas etmoidales, con extensión ipsilateral a los senos paranasales y órbita. Presentan dos casos clínicos típicos.

Los autores han observado que con frecuencia hay ausencia de síntomas, debido a la evolución lenta del cuadro, lo que por otro lado explicaría lo poco frecuente de los mucocelos diagnosticados en los niños.

En un alto porcentaje de los casos se correlacionó el cuadro con historia de alergia.

De los estudios de gabinete la politomografía es definitivamente el mejor método para su diagnóstico. En la actualidad se ha usado la Tomografía Axial Computada sin que haya demostrado ser mejor que la politomografía,

sin embargo es útil cuando existe extensión intracraneal.

Enumeran los tratamientos quirúrgicos usados en sus casos.

No obstante el tratamiento médico quirúrgico usado, es alto el porcentaje

de recurrencia de la poliposis. Está indicado por lo tanto mantener tratamiento médico antialérgico continuo y reoperaciones subsecuentes según sea necesario.

R. Andrade-Gallegos

TRABAJOS QUE APARECERAN EN EL PROXIMO NUMERO

Estudio de los reflejos musculares intratimpánicos en pacientes estapedectomizados
Dr. Rubén Ramos Alcocer

Producción experimental de otitis medias serosas en conejos
Dr. J. Ramón Escajadillo y Cols.

Neurectomia de los vidianos resultados en 48 pacientes
Dr. Manuel Pérez Gómez y Cols.

Evolución de las lesiones laríngeas post-intubación en cirugía cardiovascular
Dr. Eduardo Molina T. y Cols.

Granuloma reticulohistiocítico de conducto auditivo externo
Dr. Francisco Javier Guzmán y Cols.

Actividades de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

Acta de la sesión ordinaria de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, efectuada el 4 de agosto de 1981; en el salón Feria del Hotel Presidente Chapultepec, México D. F.

Se inicia la sesión a las 21:00 hrs. bajo la presidencia del Dr. Antonio Soda Merhy y con la asistencia de 140 personas.

Como primer punto del orden del día se leyó el acta de la sesión anterior, la cual fue aprobada por unanimidad. En el segundo punto del orden el Dr. Soda hizo la presentación del Dr. Edgar Chiossone Lares, director de la Fundación Venezolana de Otología, quien abordó el tema "Consideraciones sobre cirugía del oído crónico".

Mencionó que el cirujano otólogo debe hacer un análisis de sus estadísticas ya que en este tipo de cirugía el resultado a veces no es el esperado. Por otro lado el cirujano debe tener claro el concepto de la anatomía tridimensional; otro aspecto importante es la habilidad quirúrgica (autoanálisis por medio de un método organizado) que dé información a través de 10 ó 20 años de trabajo y la meticulosidad al efectuar estos procedimientos quirúrgicos.

Las estadísticas en esta cirugía dependen de varios factores. Se debe buscar el porcentaje de riesgo. Mencionó que los puntos críticos de la timpanoplastia son: pared intacta o cavidad abierta.

Otro punto importante de tomar en cuenta es la eliminación de la patología; en sus manos el colesteatoma residual es de 9 %, habló de sus experiencias en la reconstrucción de la caja timpánica, del uso de homoinjertos y de fascia temporal.

En asuntos varios el Dr. Miguel Arroyo hace la invitación para asistir al XXXII Congreso Nacional y participar en la exposición científica; mencionó también que ya se pueden enviar los trabajos libres.

A continuación el Dr. Ramón Ruenes pidió la palabra para invitar en nombre del comité de enseñanza continua al Curso de Controversias en cirugía de cabeza y cuello.

El Dr. Masao Kume anunció el II Curso Internacional sobre cirugía de la faringe y la voz, que se efectuará del 1 al 3 de abril de 1982.

Por último el Dr. Eduardo Jiménez informó que la próxima sesión ordinaria de la Sociedad Mexicana de O. R. L. se efectuará en el mismo lugar el día 8 de septiembre de 1982 y estará a cargo de la Sociedad Mexicana de Neumología y cirugía de tórax, con el tema "Relación de las áreas superiores e inferiores".

La cena baile anual de nuestra Sociedad se efectuará el 12 de diciembre en el Jockey Club.

No teniendo otro asunto que tratar, se levanta la sesión a las 22.05 hrs.

Acta de la sesión ordinaria de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, efectuada el 8 de septiembre de 1981 en el Salón Feria del Hotel Presidente Chapultepec México D. F.

Bajo la presidencia del Dr. Antonio Soda Merhy y con la asistencia de 122 personas dio principio la sesión a las 21:00 hrs.

Como primer punto de la orden del día, se dió lectura al acta de la sesión anterior, la cual se aprobó por unanimidad.

A continuación el Dr. Soda hizo la presentación del Dr. Horacio Rubio Monteverde, presidente de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax quien hizo la introducción del Simposium: Relación de las vías respiratorias superiores e inferiores. El Dr. Julián Santiago describió los fundamentos de la rinomanometría y señaló la importancia de este procedimiento en los problemas obstructivos nasales ocasionados por diferentes patologías.

La Dra. Quezada Zambrano mencionó cómo las pruebas funcionales respiratorias se encuentran alteradas en las neumopatías y los mecanismos que alteran la fisiología pulmonar cuando existe una obstrucción nasal.

El Dr. Eduardo de Gortari habló sobre la patología Otorrinolaringológica y su repercusión en las vías aéreas inferiores mencionando dos casos de cor pulmonar secundarios a crecimiento adenoideo. A continuación el Dr.

Villalva en sustitución de la Dra. Celis, hizo referencia a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y su relación con las vías respiratorias altas.

En asuntos varios el Dr. Soda anunció los siguientes cursos:

Curso de Microbiología aplicada a la Otorrinolaringología para médicos residentes.

Curso de Histopatología de hueso temporal para médicos residentes en el mes de noviembre del presente año.

Curso de Rinología del Hospital Central Militar y la sesión con la Asociación de cirujanos plásticos.

El Dr. Hector Ramírez Ojeda pidió la palabra para informar que la fecha límite de inscripción para el examen del Consejo Mexicano de Otorrinolaringología es hasta el 15 de octubre del presente año.

A continuación el Dr. Miguel Arroyo pidió la palabra para invitar al XXXII Congreso Nacional de Otorrinolaringología insistiendo sobre la conveniencia de hacer el pago de la inscripción y el depósito de la primera noche de hotel, asimismo del envío de los trabajos libres. Mencionó también que el premio para el mejor trabajo científico de residentes consiste en un microscopio marca Carl Zeiss.

Por último el Dr. Jiménez informó que el servicio de bibliohemeroteca de la Sociedad está vigente y conminó a los socios a hacer uso de dicho servicio. Informó que la próxima sesión de nuestra sociedad será el día 6 de octubre del presente año y estará a cargo de la Sociedad de Audiología y Foniología con la mesa redonda titulada: Fundamento, Alcances y Logros de la Audiología Moderna, con la participación de audiólogos y otólogos. Recordó que la cena baile anual de nuestra sociedad se verificará el día 12 de diciembre en el Jockey Club.

No habiendo otro asunto que tratar se da por terminada la sesión a las 22:48 hrs.

Secretario

Dr. Eduardo Jiménez Ramos

Acta de la sesión ordinaria de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología efectuada el 6 de octubre de 1981, en el Salón Feria del Hotel Presidente Chapultepec, México D. F.

A las 21:00 hrs. dio principio la sesión bajo la presidencia del Dr. Antonio Soda y con la asistencia de 105 personas.

El primer punto del orden del día fue la lectura del acta de la sesión anterior, la que se aprobó por unanimidad.

En el segundo punto, el Dr. José Antonio Arroyo Castelazo presidente de la Sociedad Mexicana de Audiología y Foniología y los doctores Pedro Berruecos; Luis Manuel Valdez; Andrés Bustamante; Pelayo Vilar Puig y Silvia Trejo, presentaron la mesa redonda titulada Fundamentos, Alcances y Logros de la Audiología Moderna...

La introducción y coordinación estuvo a cargo del Dr. José Antonio Arroyo Castelazo. Se discutieron algunos conceptos relativos a la interrelación de trabajo de audiólogos y otólogos y de los logros obtenidos en el campo de la Audiología moderna con los diferentes procedimientos de estudio tales como las pruebas evocadas, la impedanciometría, el uso de auxiliares auditivos eléctricos, el manejo y tratamiento de acufeno y la electronistagmografía.

En el tercer punto de la orden se trataron asuntos varios.

El Dr. Soda informó sobre los siguientes cursos: Curso de Microbiología, de apoyo a la enseñanza de los residentes, que se efectuará el 6 y 7

de noviembre del presente año. El primer curso de Otorrinolaringología para enfermeras generales, se llevará a cabo el próximo 14 de noviembre.

Curso de histopatología del hueso temporal en el Instituto Nacional de Cardiología, del 23 al 27 de noviembre de 1982, con la participación del Dr. Raúl Hinojosa de la Universidad de Chicago, como profesor invitado; dicho curso estará limitado a 20 alumnos. Se anunció la V Reunión anual de la Sociedad de Otorrinolaringología del Hospital General de México, del 19 al 21 de noviembre, la cual incluye un curso de cirugía Oncológica de cabeza y cuello.

A continuación el Dr. Raúl Mereles pidió la palabra para mencionar que el examen del Consejo Mexicano de Otorrinolaringología se verificará del 11 al 13 de enero de 1982 en la Ciudad de Monterrey N. L. y que la fecha de cierre de inscripciones es hasta el 15 de octubre de 1981.

En seguida el Dr. Miguel Arroyo pidió la palabra para invitar al XXXII Congreso Nacional de nuestra sociedad y señaló la importancia de hacer la inscripción y el depósito de la primera noche de hospedaje. Dijo que pronto se recibirá la convocatoria para los premios y la forma de inscripción de los trabajos.

El Dr. Eduardo Jiménez informó que la próxima sesión ordinaria del 3 de noviembre de 1982 se llevará a cabo en el mismo lugar, con el Simposium: Dermatología en Otorrinolaringología y mencionó el lugar y fecha de la cena baile de nuestra sociedad.

No habiendo otro asunto que tratar se dio por terminada la sesión a las 22:35 hrs.

Secretario

Dr. Eduardo Jiménez Ramos

Consejo Mexicano de Otorrinolaringología, A. C.

Lista de Médicos que aprobaron el Examen de Admisión al Consejo Mexicano de Otorrinolaringología A. C. que se llevó a cabo en la ciudad de Monterrey N. L. los días 11, 12 y 13 de enero de 1982.

Juan Arredondo Ibarra
Francisco Felipe Arriaga Rosales
Marco Fidel Ayora Romero
René Barrón González
José Cariño Vazquez
Alejandro Cervantes Ramírez
Benjamín Contreras Ruan
Marcelino Tavera Covarrubias
José Marcelino Chuc Crespo
Sergio Eduardo Díaz Ferman
Javier Dibildox Martínez
Jesús Ramón Escajadillo
Pascual Edgardo Estrada Estrada
Ignacio Fernández de Lara Salcedo
Miguel Angel García García
Luis Porfirio Galindo Castillo
Armando González Gomar Wechmann

Leticia Margarita Gutiérrez Dávila
Ignacio Eduardo Gutiérrez de
Velazco Hernández
Mario Sabás Hernández Palestina
Moises René Hernández Rodríguez
Jaime Juan Iñiguez Moreno
Jesús Jiménez Guzmán
Francisco Javier Guzman Palacios
Alfonso Miguel Kageyama Escobar
Carlos López Salazar
Jaime López López
Ma. de Lourdes Ledezma
Pablo Mendoza Hernández
Alfredo Francisco Ningran Sierra
Edgar Novelo Guerra
Luis Maurilio Nuñez García-Formentí
Fernando Luis Olazábal Dávila

Alfonso Orantes Gómez
Alicia Isabel Osorno Velázquez
Héctor David Peñaflor
Francisco Pérez Gómez
Luis Antonio Ramírez y Dorantes
Rubén Ramos Alcocer
Héctor Manuel Ramos Mejía
Ernesto Reyes González
Gloria Eugenia Reyes López
Rosendo Atanasio Rodríguez Trejo
Alfonso R. Roiz
Rodolfo Saldaña Tamez
Guillermo Sánchez Urzúa
Maurilio Solís Chávez
Ana Ma. Trejo Vázquez
Angel Valdez Navarrete
Jorge A. Velázquez Uribe

Notas e informaciones

CURSO DE OTONEUROLOGIA Y OTONEUROCIROLOGIA

Del 1o. al 4 de febrero de 1982, la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología da un curso de Otoneurología y Otoneurocirugía, que se celebrará en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional, con los siguientes profesores: Dr. Felipe Alvarez de Cozar, Jefe del Servicio de Otoneurocirugía del Centro Especial Ramón y Cajal, Madrid; Dr. Andrés Bustamante Balcárcel, Jefe del Servicio de Otoneurología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México; Dr. Jorge Corvera Bernardelli, Otorrinolaringólogo, Hospital Gea González, México; Dr. Emilio García Ibáñez, Otorrinolaringólogo, Barcelona; Dr. Ramón Ruenes Fernández, Director del Centro Radiológico Especializado de Cabeza y Cuello, México; y Dr. Manuel Trujillo Peco, Jefe del Servicio de Neuroradiología del Centro Especial Ramón y Cajal, Madrid.

CURSO DE RADIOLOGIA DE CABEZA Y CUELLO

El 5 y 6 de febrero de 1982, la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y la Sociedad Mexicana de Radiología, organizaron un curso de Radiología de Cabeza y Cuello impartido por el Prof. Ramón Ruenes Fernández y como profesor invitado extranjero el Dr. Manuel Trujillo Peco, además de distinguidos profesores nacionales. En dicho curso, se abordaron los siguientes temas; nariz y senos paranasales, faringe, laringe, silla turca, glándulas salivales, articulación temporomandibular, oído, ángulo pontocerebeloso y columna cervical.

CENA BAILE

El pasado 12 de diciembre de 1981 se celebró en el Jockey Club Mexicano la tradicional cena baile de la Sociedad, con un gran éxito social; asistieron al evento más de 300 personas que estuvieron compartiendo hasta altas horas de la noche.

SESION SOLEMNE

El 8 de enero de 1982 en el auditorio del Palacio de la Escuela de Medicina se celebró la ceremonia solemne de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología en la que se hizo entrega de diplomas de reconocimiento a los socios Fundadores y a los Ex-presidentes de nuestra Sociedad. Igualmente se entregaron diplomas a los socios de nuevo ingreso. El Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, pronunció una brillante conferencia sobre los Consejos Médicos de Especialidad. El Dr. Mac Gregor es actualmente el Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

MICROCIRUGIA DE LARINGE

El II Curso Internacional de Microcirugía de la Laringe y Rehabilitación de la Voz, será impartido en el auditorio de la Escuela Médico Militar de la Ciudad de México del 31 de marzo al 3 de abril de 1982. El Dr. Masao Kume es el profesor titular del curso y el Dr. Guillermo Quiroz es el coordinador general. Está auspiciado por la Universidad del Ejército y Fuerza Aérea; la Escuela de Graduados del

Hospital Central Militar; el Colegio Americano de Cirujanos (Capítulo México); la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y la Sociedad Mexicana de Audiología y Foniatría.

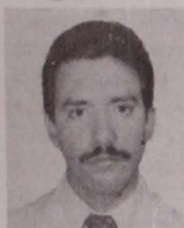
Han aceptado su participación los siguientes profesores: Dr. Herbert H. Dedo y Dr. Krzysztof Izdebski de la Universidad de California, EE. UU., Dres. Shigeji Saito e Hiroyuki Fakuda de la Universidad de Keio, Tokio. Dr. Jorge Perrelló de Barcelona, España, Dr. Fernando R. Kirchner de Kansas City, EE. UU. y Dr. Andrés Delgado, México. Se cubrirán aspectos generales sobre técnicas de microcirugía de laringe y rehabilitación de la voz, avances recientes en investigación, uso de Rayo Laser, etc. El costo del curso será de \$ 4,500.00 para especialistas y de \$ 3,500.00 para residentes y terapeutas acreditados.

Informes y correspondencia: Dr. Masao Kume, Durango 355 6o. piso, México 7 D. F.

CONGRESO NACIONAL

El XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología ha programado 7 cursos precongreso los días 30 de abril y 1o. de mayo, de los que próximamente recibirán detalles. El Dr. Miguel Arroyo, Presidente del Comité Organizador nos pide les hagamos saber que las reservaciones de cuartos están a su disposición y las deben de efectuar a través del Comité lo más pronto posible para confirmar su habitación. También el programa científico se encuentra en su fase final de elaboración por lo que deben enviar cuanto antes sus participaciones.

Socios de nuevo ingreso



**Dr. Marcelino
Covarrubias
Tavera**

Egresado: Facultad de Medicina U. N. A. M. 1978
Entrenamiento ORL: Hospital General, Centro Médico
"La Raza" 1979-1982
Trabajo de Ingreso a la Sociedad Mexicana de ORL: "Las Lesiones
Expansivas del ángulo pontocerebeloso" Febrero 1982.



**Dr. Jaime
López
López**

Egresado: Escuela Médico Militar Noviembre 1976
Entrenamiento ORL: Escuela de Graduados del Servicio de Sanidad
Militar de la Universidad del Ejército y Fuerza Aérea. 1978-1981.
Trabajo de Ingreso a la Sociedad Mexicana de ORL: "Correlación
clínica y gases arteriales en pacientes jóvenes con obstrucción nasal
crónica de origen traumático". 1981



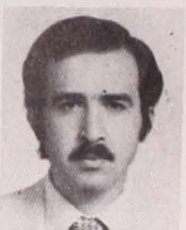
**Dr. Edgard
Novelo
Guerra**

Egresado: Escuela Médico Militar Noviembre 1976
Entrenamiento ORL: Escuela de Graduados del Servicio de Sanidad
Militar de la Universidad del Ejército y Fuerza Aérea. 1978-1981.
Trabajo de Ingreso a la Sociedad Mexicana de ORL: "Correlación
Clínica y Gases Arteriales en pacientes jóvenes con obstrucción
nasal crónica de origen traumático". 1981.



**Dr. Rubén
Ramos
Alcocer**

Egresado: Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de
San Luis Potosí. 4 Noviembre 1976.
Entrenamiento ORL: Hospital Central Norte de Concentración
Nacional de Petróleos Mexicanos.
Trabajo de Ingreso a la Sociedad Mexicana de ORL: "Estudio de
los reflejos musculares intratimpánicos en pacientes
estapedectomizados. 1981.



**Dr. Julián
Santiago
Díez de Bonilla**

Egresado: Universidad Nacional Autónoma de México 23 de Junio
1978.
Entrenamiento ORL: Odense University Hospital, Universidad de
Odense. Odense, Dinamarca, 1978-1980.
Trabajo de Ingreso a la Sociedad Mexicana de ORL: Evaluación
rinomanométrica del flujo máximo inspiratorio nasal y curvas
de presión.

INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

1.- Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología publicará de preferencia los trabajos originales, casos clínicos, simposia, mesas redondas, etc. que se sustenten en la Sesiones Científicas de la Sociedad o que se presenten en el Congreso Nacional. Asimismo publicará las colaboraciones expresamente solicitadas por la Redacción o las que le sean enviadas espontáneamente.

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

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

La redacción debe ser en español, concisa, y de acuerdo con las normas de la Academia de la Lengua Española y del Diccionario Médico de Cardenal. Se evitará el uso de palabras extranjeras, cuando exista el equivalente en español. El autor debe aceptar las correcciones que le sean hechas por el Consejo de Redacción.

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

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

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

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

8.- La bibliografía que se cite será exclusivamente la que el autor haya leído, ya sea parte de un libro, un artículo completo o una comunicación personal de autor a autor. No deben anotarse las bibliografías anotadas en otros artículos, sin que éstas hayan sido leídas, ni tampoco si se ha leído únicamente un resumen.

La bibliografía se ordenará de acuerdo con las citas en el cuerpo del artículo. No se utilizarán los órdenes alfabético ni cronológico. Cada cita bibliográfica debe incluir necesaria, precisamente y en el orden citado lo que a continuación se anota: a) apellido o apellidos del autor, seguidos de la inicial de su nombre propio. b) Título completo del trabajo en su idioma original. c) Nombre de la revista utilizando la abreviatura del Quarterly Cumulative Index Medicus cuando la tenga. d) Número del volumen en números arábigos. e) Número inicial y final de las páginas del artículo, separadas por un guión y a su vez separadas de la cifra del volumen por dos puntos (números arábigos). f) Después de poner una coma en la última cifra de las páginas, poner también con números arábigos el año de la publicación.

Si se trata de libros, los datos se ordenarán así: a) Apellido o apellidos del autor, seguidos de la inicial de su nombre propio. b) Título del libro. c) Página inicial y final separadas por un guión, que comprendan las páginas consultadas. d) Nombre de la editorial. e) Lugar de la publicación y f) Año de la misma en números arábigos.

9.- Las colaboraciones deben venir escritas en papel blanco tamaño carta, por una sola cara, a doble espacio, con márgenes amplios y a máquina. Se enviará el original y una copia.

10.- Las fotografías de tipo clínico, cortes histopatológicos, de tipo quirúrgico, estudios radiográficos o de otra índole, se enviarán en reproducciones de papel tamaño postal o en diapositivas. Se colocarán fuera del texto cada una por separado, dentro de un sobre, con el número de la figura ya sea en la reproducción en papel o en la diapositiva según el caso y también en la parte externa del sobre. En una hoja aparte se anotarán de acuerdo al número de la figura, el pie de la misma con el texto correspondiente.

11.- Los trabajos aceptados se clasificarán por riguroso turno de recepción y se comunicará al autor por escrito su aceptación. En los casos que se sugieran modificaciones que sobrepasen las funciones del Consejo de Redacción, se remitirá el original al autor, para que si lo desea, haga las modificaciones y después se dé curso a la publicación. Cuando un trabajo no sea aceptado, se devolverá el original al autor y quedará una copia en el archivo de la Revista. El Consejo de Redacción, al rechazar un trabajo lo comunicará al autor a través del director de la revista, se procurará anotar en forma somera las razones del rechazo, pero en términos generales el Consejo de Redacción no está obligado a dar ninguna explicación si así lo desea, cuando un trabajo sea rechazado.

12.- La Revista cubrirá el costo de seis ilustraciones en blanco y negro. Cuando sobrepasen este número, el excedente correrá por cuenta del autor. Todas las ilustraciones publicadas a color por solicitud expresa del autor deberán ser pagadas por el mismo.

13.- Todo el material remitido para publicación deberá ser enviado por correo certificado o entregado a la Secretaría de la revista, dirigido al Director, en Eugenia 13, 4o. Piso CP 03810, México D. F.



viennatone
s.a. de c.v.

**VOLVER
A OIR
BIEN**



AFILIADO A FONAC
ACEPTAMOS S
TARJETAS DE CREDI

DISTRIBUIDORES EN TODA LA REPUBLICA

- **audiómetros**
- **audífonos para sordera**
- **manos electrónicas**

VENTAS Y SERVICIOS
PUEBLA No.182-107
MEXICO 7 D.F.

SUCURSAL SUR
Av. REVOLUCION N.19
LOCAL 2B
CENTRO COMERCIAL

511.44.41

550.68.20



Laser de CO₂ para Ginecología, Otorrinología, Neurología, Dermatología
CAVITRON

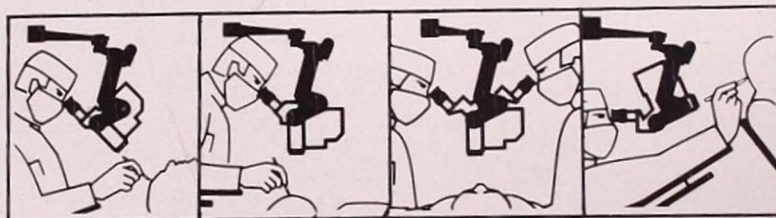
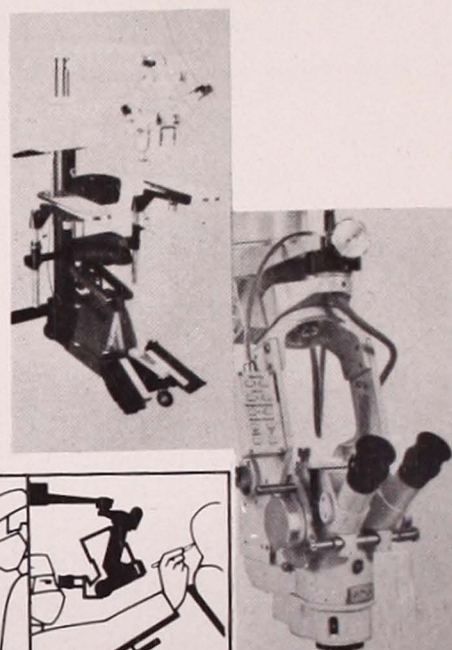
MICROSCOPIOS

El único microscopio universal de cirugía que le ofrece distancia focal variable, lo cual elimina la necesidad de manipular el cuerpo del microscopio o cambiar el lente de objetivo; y que adicionalmente, le ofrece cambio de magnificaciones (zoom), enfoque fino y otras operaciones, por la simple acción de un mando remoto.

Conjuntos y accesorios:

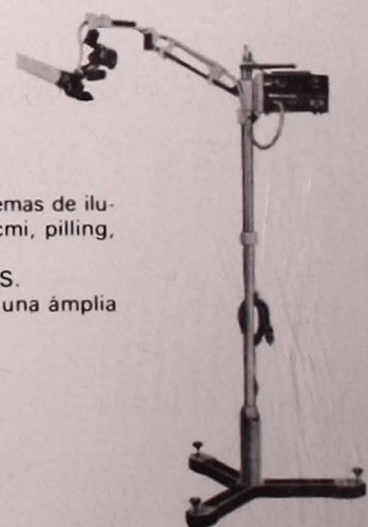
- Estativo rodable
- Sillón de microcirugía
- Unidad integral de techo
- Diversos puentes de oculares
- Accesorios para fotografía y filmación
- Tubos de coobservador
- Microscopio especial para Oftalmología.

J. D. MÖLLER, ALEMANIA.



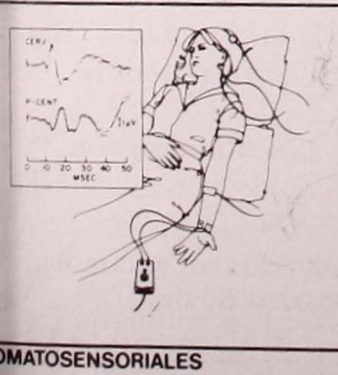
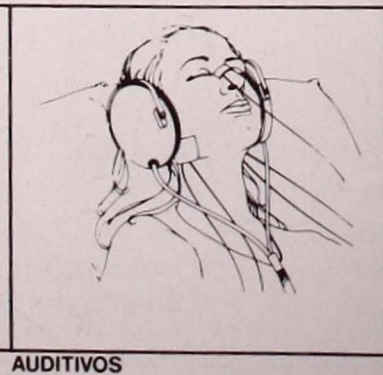
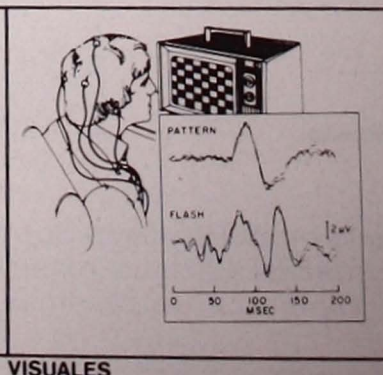
FIBRAS OPTICAS

- Luz frontal para cirugía y diagnóstico.
 - Cables de fibras ópticas para combinar diferentes sistemas de iluminación con diversos instrumentos ó accesorios (acmi, pilling, storz, stryker, wolf.).
 - Sistemas de iluminación para microscopios CARL ZEISS.
 - Microscopios y colposcopios con magnifica óptica, una amplia gama de lentes y la iluminación que nos ha dado fama.
- APPLIED FIBEROPTICS, INC. E.U.A.



POTENCIALES EVOCADOS

Intermediadoras de 1, 2 ó 4 canales y una amplia gama de módulos de análisis y estimulación, para integrar equipos a las dimensiones que su práctica requiera, en todas las aplicaciones. LIFE-TECH INSTRUMENTS, INC. E.U.A.

 <p>CER / W-CENT 2µV 0 10 20 30 40 50 MSEC</p>		 <p>PATTERN FLASH 2µV 0 50 100 150 200 MSEC</p>
<p>OLMATOSENSORIALES</p>	<p>AUDITIVOS</p>	<p>VISUALES</p>

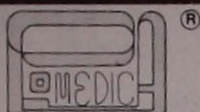
INFORMACION
VENTAS
SERVICIO



VIA.MED S.A.

cervantes saavedra 251
ap. 53-903 11300 méxico, d.f.
545-6192 • 545-6254

PRO-MEDICA RECINAS, S. A.



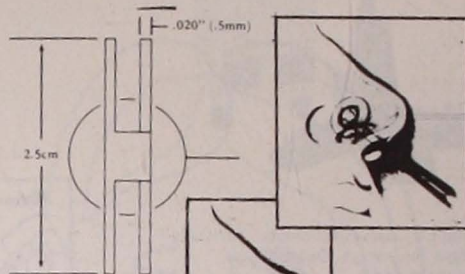
Plasti-Pore™

*Material poroso de alta densidad que permite la estabilidad del implante en los tejidos.



Botón Septal

"Yoyo" nueva versión RICHARDS en plasti-pore de botón para cerrar perforaciones de septum con gran facilidad de inserción por su avanzado diseño de "2 piezas"

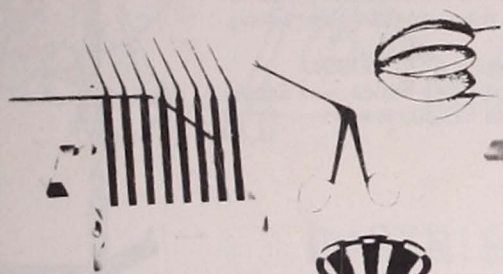


Instrumental de Rinoplastia

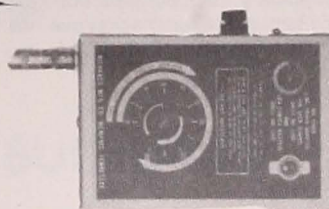
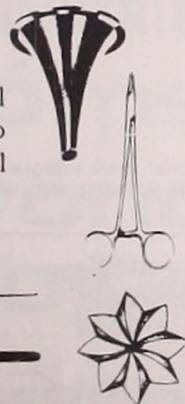
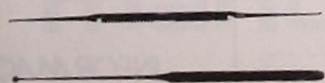
técnica calidad y diseño avanzado unidos por RICHARDS para ofrecerle la alta escuela en Rinoplastia del Dr. M. Eugene Tardy Jr.



* Instrumental para Microcirugía del Oído



desde un "pick" hasta el equipo más sofisticado todo con la tradicional máxima calidad RICHARDS



MICRO FRESA RICHARDS
para mastoidectomías gran potencia
0 a 30,000 rpm

para el interior de la república llame por cobrar si desea información adicional tenemos a su disposición filмотeca de técnicas y adiestramiento.

* productos incluidos en el cuadro básico del Seguro Social



Por qué Tanderil?

Porque en amigdalitis, Tanderil asociado al antibiótico de elección, permite a su paciente disfrutar más de la naturaleza.

"La asociación libre de Tanderil al agente antiinfeccioso, acorta el tiempo de evolución, tiene un buen efecto supresivo sintomático y reduce la posibilidad de secuelas inflamatorias".*

*Dr. Francisco Martínez Gallardo
Prensa Médica Mexicana (junio-1980)

FORMULA: cefixima. Monohidrato de 1-fenil-2-(p-hidroxifenil)-3,5-dioxo-4-n butil pirazolidina. INDICACIONES: Inflamación de las vías respiratorias. Inflamación posttraumática y postoperatoria. Inflamación de los órganos pélvicos, en Oftalmología y Odontología. DOSIS: 1 a 2 grageas, 3 veces al día. Supositorios para adulto: 1 a 3 al día. Supositorios para niño: 1 a 3 al día. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad frente a los derivados del pirazol, leucopenia, diátesis hemorrágica, úlcera gastroduodenal manifiesta, insuficiencia cardíaca, renal o hepática. Displasia medular. REACCIONES SECUNDARIAS: Puede provocar retención acuosa, especialmente en enfermos cardíacos o renales. Náusea, vómito, máculas eritematosas, herpes labial, faringitis, ulceración de mucosas de boca y garganta. Efectos. PRESENTACIONES: Caja con 30 grageas de 100 mg. Caja con 5 supositorios para adulto de 250 mg. Caja con 5 supositorios para niño de 100 mg.

U

® Geigy



XXXII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

SEDE: IXTAPA. ZIHUATANEJO. DEL 1º AL 5 DE MAYO DE 1982

IXTAPA 82

Estimado compañero:

Nos es grato comunicarle, que el XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, se celebrará en Ixtapa-Zihuatanejo, Gro. del 1 al 5 de mayo de 1982. La sede oficial del mismo será el HOTEL Y CENTRO DE CONVENCIONES KRISTAL, el cual cuenta con las instalaciones necesarias para su desarrollo, tanto desde el punto de vista científico como social.

El número de habitaciones reservadas en el hotel Kristal es de 200, por lo que deseamos haga con toda anticipación su reservación enviando el depósito de la primera noche y fijando el día de su arribo.

El Hotel subsede es el HOLIDAY INN, que está a unos pasos del hotel sede, en el cual contamos con 100 habitaciones.

Asimismo le pedimos envíe su inscripción como congresista y en su caso la de acompañante (s).

Deseamos aprovechar esta comunicación para exhortarlo a que asista a este evento.

Cuotas de inscripción al congreso hasta el 28 de febrero de 1982.

Socio SMORL	\$ 5,000.00
No Socio SMORL	\$ 6,000.00
Residentes	\$ 4,000.00
Acompañantes	\$ 1,500.00

HOTEL KRISTAL

Habitación sencilla	\$ 1,615.00
Habitación doble	\$ 1,785.00
Persona extra	\$ 170.00 (10 %I. V. A.)
Niños menores de 12 años	uno gratis por hab.

HOTEL HOLIDAY INN

Habitación sencilla	\$ 1,160.00 (10 %I. V. A.)
Habitación doble	\$ 1,280.00
Master Suite	\$ 2,800.00 (1 rec.)
Master Suite	\$ 3,960.00 (2 rec.)

Atentamente.
EL COMITE ORGANIZADOR



MAICO DE MEXICO, S.A. DE C.V.

Puebla No. 163 - B

México 7, D.F.

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS PARA LA
REPUBLICA MEXICANA DE:

Auxiliares Auditivos MAICO



ADEMAS:

MAICO AUDIOMETROS Y ENTRENADORES AUDITIVOS DE GRUPO
I.A.C. CABINAS SONOAMORTIGUADAS

TELEDYNE AVIONICS IMPEDANCIOMETROS Y AUDIOMETROS E.R.A.

TRACOUSTICS ELECTRONISTAGMOGRAFOS

TRACOR EQUIPO ELECTROACUSTICO

ACCESORIOS, PILAS, MOLDES, ETC.

VENTAS Y SERVICIO

Atención Personal Del Sr. Ernesto Duplan Gómez Daza



MAICO DE MEXICO, S.A. DE C.V.

Puebla No. 163 - B

México 7, D.F.

TELEFONOS 525-72-31 511-42-80

COLABORAN A LA PUBLICACION DE ESTE NUMERO LOS SIGUIENTES LABORATORIOS Y FIRMAS COMERCIALES

NEGOCIACION	PRODUCTO ANUNCIADO
ASTRA	PENGLOBE Antibiótico
BANCO DEL ATLANTICO	INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE
BEECHAM	PENAMOX Mucolítico
BOEHRINGER INGELHEIM	AFLAMINA Antiinflamatorio
BURROUGHS WELLCOME DE MEXICO, S. A. de C. V.	ANIVERSARIO
CARL ZEISS DE MEXICO S. A. de C. V.	MICROSCOPIOS PARA MICROCIURUGIA
DEWIMED, S. A.	INSTRUMENTAL PARA MICROCIURUGIA Y EQUIPO MEDICO
GEIGY	TANDERIL Antiinflamatorio, antiexudativo no enzimático.
JANSSEN FARMACEUTICA, S. A. de C. V.	STRUGERON FORTE en el síndrome vertiginoso
MAICO DE MEXICO, S. A. de C. V.	AUXILIARES AUDITIVOS SERVICIOS Y ACCESORIOS
MAICO LATIN AMERICA	AUDIOMETRO PROFESIONAL MA-32
OFTASA, S. A.	ORLA Especialistas en oídos nariz y garganta
PRO-MEDICA RECINAS, S. A.	INSTRUMENTAL DE RINOPLASTIA Y MICROCIURUGIA DEL OIDO
SCHERAMEX	ULAMINE Tabletas, jarabe, antihistamínico
VIAMED	LASER DE MICROCIURUGIA EQUIPOS DE DIAGNOSTICO EN E. N. G. Y POTENCIALES EVOCADOS MICROSCOPIOS E ILUMINACION EN CIRUGIA
VIENNATONE, S. A. de C. V.	SERVICIOS DE REPARACION Audífonos para la sordera y sus accesorios Manos Electrónicas Audiómetros Equipo Electrónico

Recordemos a nuestros lectores, que en igualdad de circunstancia, prefieran a nuestros anunciantes, cuya calidad y ética es reconocida por la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

Porque fácilmente se puede
convertir en neumonía...

...Penamox Mucolítico

(Amoxicilina + Bromhexina)

es la terapia
lógica para la
bronquitis
bacteriana

Presentaciones: Caja con 9 caps. 500 mg
Frasco con 60 ml. 250 mg

Contraindicaciones: Sensibilidad a la
penicilina

Reacciones Secundarias: Como en todas
las penicilinas pueden presentarse
reacciones alérgicas

Antes de prescribir PENAMOX
MUCOLITICO*, deberán observarse
las disposiciones de la SSA, para los
productos que contengan Penicilina
en cualquiera de sus formas o tipos.

Hecho en México por **Laboratorios COR,
S.A. DE C.V.** Bajo licencia de BEECHAM
Research Laboratories M.A. de Quevedo
No. 307 México 21, D.F.



Beecham

Research Laboratories

Regs. Nos. 89407 y 89408 S.S.A.

I. Med. GFE-4699/J

Aflamina
Aflamina *
Aflamina *
Aflamina *
Aflamina *
Aflamina *
Aflamina *
Aflamina *

1,2-difenil-3,5-dioxo-4-n
-butil-pirazolidin
-hexahidropirazina
Presentaciones

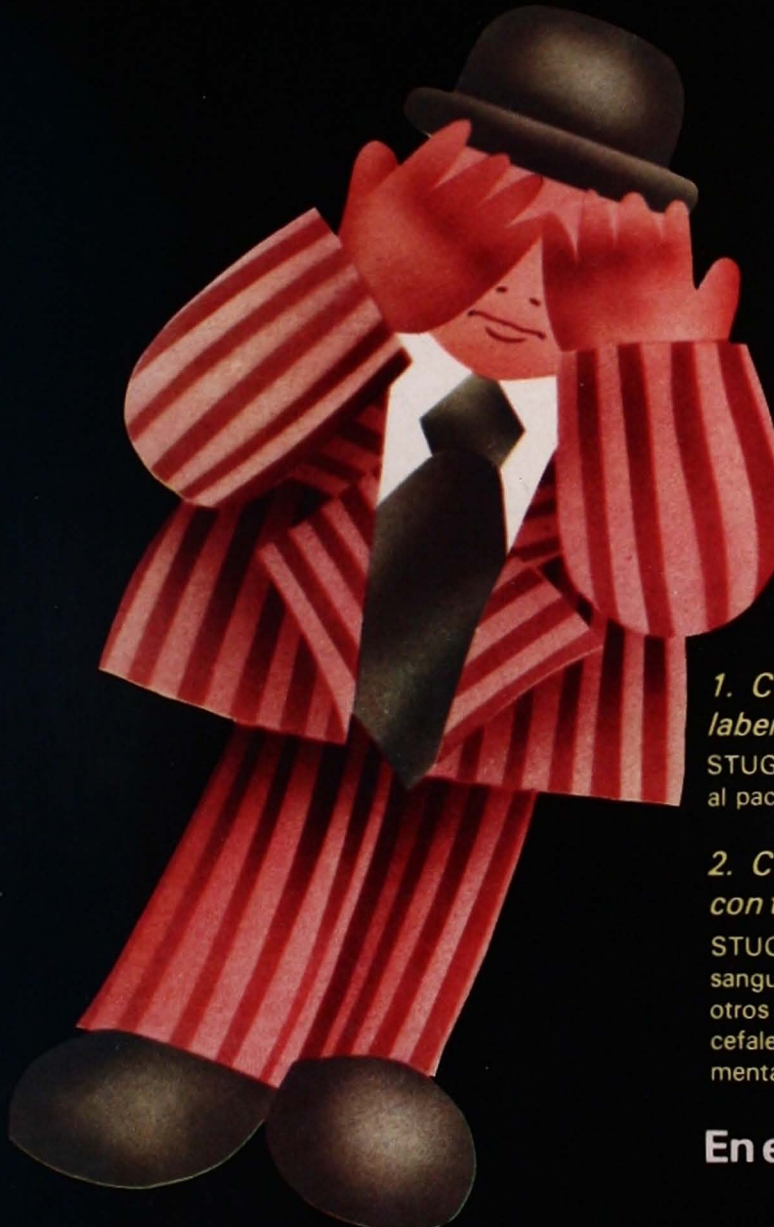
Antiinflamatorio

Cápsulas
Supositorios para adulto
Supositorios para niño

**Boehringer
Ingelheim.**



Regs. Nos. 80252, 80253, S.S.A.
Literatura exclusiva para médicos.
Este medicamento es de empleo
delicado.
*Marcas registradas
GJE-7695/J



me siento
tan
inseguro
cuando
camino

*1. Cuando el vértigo es de origen
laberíntico :*

STUGERON FORTE * seda al laberinto sin sedar al paciente.

*2. Cuando el vértigo está relacionado
con trastornos vasculares cerebrales :*

STUGERON FORTE * mejora la circulación sanguínea cerebral, aliviando el vértigo así como otros síntomas típicos como zumbido de oídos, cefalea vascular y disminución de la actividad mental.

En el Síndrome Vertiginoso:

Marca Registrada

Stugeron forte

JANSSEN

Fórmula : Cada tableta contiene 75 mg. de Cinnarizina.

Indicaciones : Síndrome vertiginoso - Vértigos. Estados transitorios o permanentes de desequilibrio. Marcha inestable e insegura. Sensación de flotar en el espacio. Zumbidos de oído (acúfenos). Estados de aturdimiento y mareo.

Dosificación : 2 tabletas al día mañana y noche. Se recomiendan tratamientos prolongados. En el síndrome vertiginoso se aconseja un tratamiento no inferior a 90 días para evitar recidivas.

Reacciones secundarias : La tolerancia es excelente. Los efectos colaterales, tales como somnolencia y trastornos gastrointestinales son infrecuentes y pasajeros; se les evita fácilmente adaptando gradualmente la posología óptima. Siempre que sea necesario, puede efectuarse una terapia combinada con otras medicaciones.

Contraindicaciones : Está contraindicado en casos de hemorragia cerebral reciente.

Presentación : Caja con 30 tabletas.

Dix, M. R., Practitioner 221, 295 (1973)

Fuller, A. P., Update 4, 615 (1972)

Jongkees, L. B. W. and Philipszoon, A. J., British Medical Journal 1, 98 (1970)



JANSSEN FARMACEUTICA S.A. de C.V.
AVENA 42 MEXICO 13, D.F. TEL. : 582.07.11

PROGRESO MEDIANTE LA INVESTIGACION

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.
Reg. No. 84564 S. S. A. - L. M. S. N. - 1978

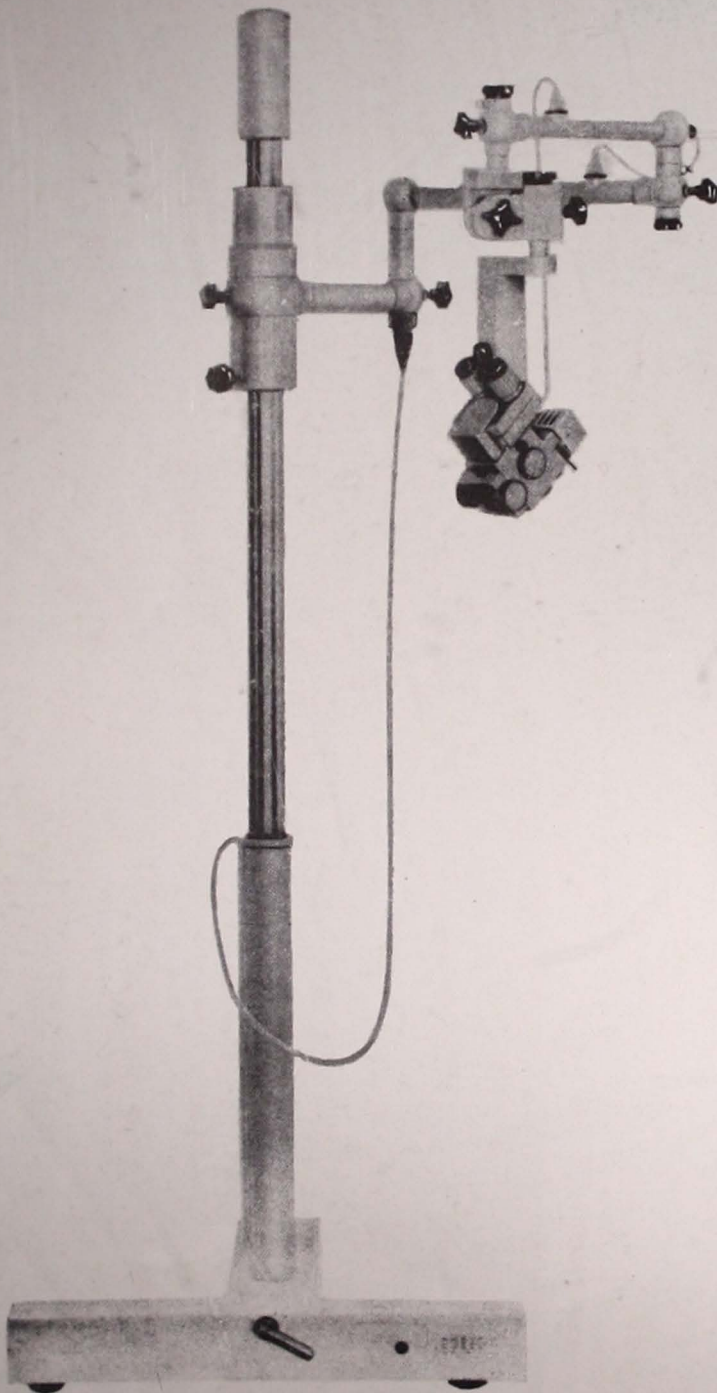


DEWIMED, S.A.

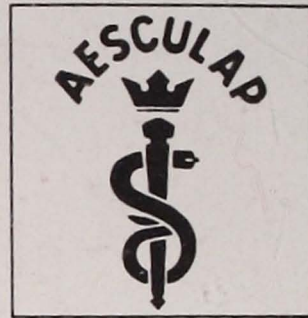
INSTRUMENTAL PARA MICROCIRUGIA

Y

EQUIPO MEDICO



Novidad



AESCULAP

Instrumental Quirúrgico
para Otorrinolaringología

MODELO 212

VED CARL ZEISS JENA

ACCESORIO:

FOTOGRAFIA, CINE

T.V. OCULARES PARA

CO-OBSERVADOR ETC.

BINOCULARES INCLINADOS 30° - 45°

AUMENTOS DESDE 2.5 x a 40 x

DIAMETRO DE 71 MM A 5.6 MM

Av. Insurgentes Sur 2047 Loc. 4.
1o. Piso. México 20, D. F.
Tels. 548-67-08 y 548-20-52