

ANALES

DE LA SOCIEDAD MEXICANA
DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL

FUNDADA EN 1949

ORGANO OFICIAL

PAGINA DEL DIRECTOR 131

TRABAJOS ORIGINALES

Consideraciones sobre las redes linfáticas del
músculo esternocleidomastoideo *Dr. Agustín
del Cañizo Alvarez* 133Demostración de mecanismos citotóxicos en la
rinitis alérgica *Dr. Luis Núñez García
Formenti y cols.* 136

REVISIONES CON CASUISTICA ORIGINAL

Neurectomía del vidiano por vía endonasal
(Experiencia clínica quirúrgica con 20 pacientes)
Dr. Guillermo Hernández Valencia y cols. 140Tratamiento de las secuelas de la parálisis facial de
Bell con carbamicepina *Dr. Ramón Tonix Rodríguez* 145

CASOS CLINICOS

Hiperplasia linfocítica papilar de amígdala palatina
Dr. J. Ramón Escajadillo 147Carcinoma verrucoso de la laringe
Dr. Juan F. Sánchez Marle y cols. 150

DOCTRINA

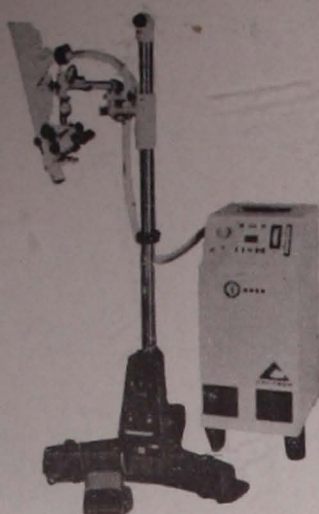
Aspectos éticos en la investigación y en la práctica
de la Otorrinolaringología *Dr. Jorge Corvera Bernardelli* 153

RESUMEN BIBLIOGRAFICO 159

ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA

XXXIII Congreso Nacional de Otorrinolaringología 164

NOTAS E INFORMACIONES 174



Laser de CO₂ para Ginecología, Otorrinolaringología, Neurología, Dermatología.
CAVITRON



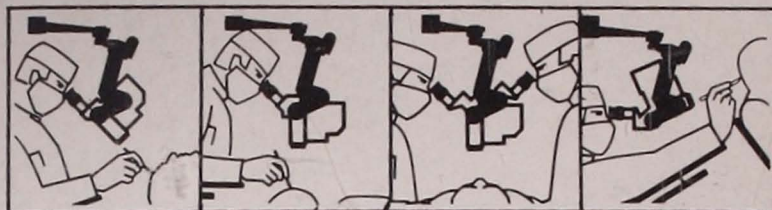
MICROSCOPIOS 

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:

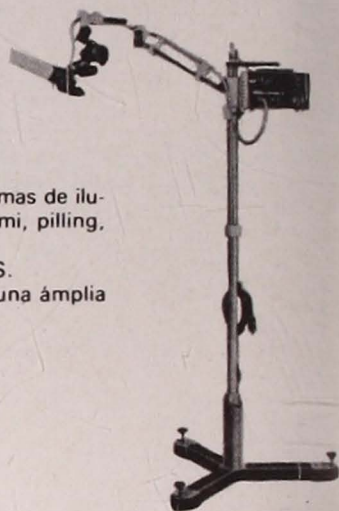
- Estativo rodable
- Sillón de microcirugía
- Unidad integral de techo
- Diversos puentes de oculares
- Accesorios para fotografía y filmación
- Tubos de coobservador
- Microscopio especial para Oftalmología.

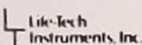
J.D. MÖLLER, ALEMANIA.



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 magnífica óptica, una amplia gama de lentes y la iluminación que nos ha dado fama.
- APPLIED FIBEROPTICS, INC. E.U.A.



POTENCIALES EVOCADOS 

Promediadoras 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>SOMATOSENSORIALES</p>	<p>AUDITIVOS</p>	<p>VISUALES</p>

INFORMACION
VENTAS
SERVICIO

VIA MED

VIA MED S.A.

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



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: oxifenbutazona. Monohidrato de 1-fenil-2-(o-hidroxifenil)-3,5-dioxo-4-n butil pirazolidina. INDICACIONES: inflamación de las vías respiratorias, inflamación postraumática 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.

® Geiav



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



ADEMÁS:

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



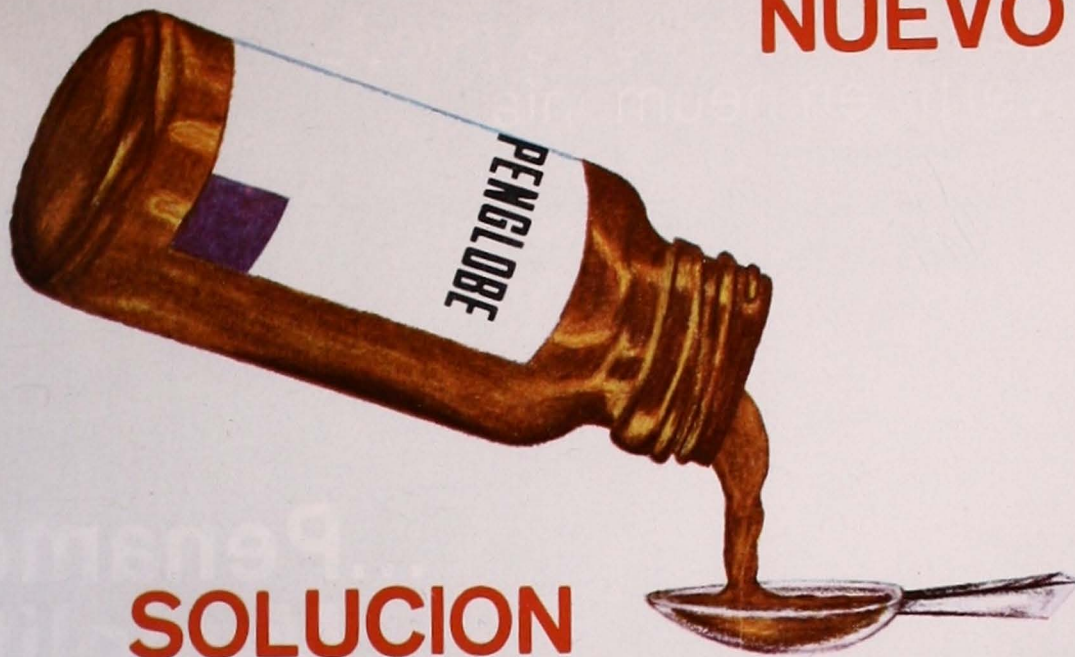
MAICO DE MEXICO, S.A. DE C.V.

Puebla No. 163 - B

México 7, D.F.

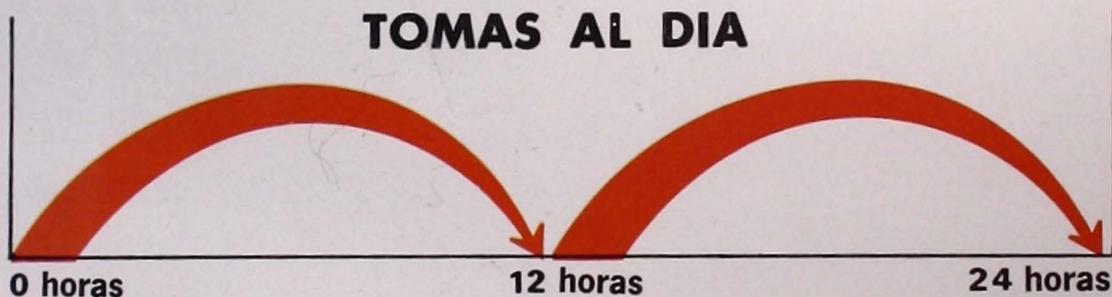
TELEFONOS 525-72-31 511-42-80

NUEVO



SOLUCION

**DOS
TOMAS AL DIA**



PENGLLOBE*

PROPIEDADES.- Los niveles séricos máximos se alcanzan entre los 30 minutos y una hora después de administrarse por vía oral. (Magni et. al. 1975).

Penglobe se absorbe casi por completo: 98% de biodisponibilidad. (Bergan et. al. 1975).

INDICACIONES.- Infecciones de las vías respiratorias altas: amigdalitis, otitis media, sinusitis. Vías respiratorias inferiores: bronquitis aguda, bronquitis crónica y neumonía.

Infecciones del tracto urinario: cistitis, pielonefritis, bacteriuria asintomática, prostatitis, gonorrea. Infecciones gastrointestinales.

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

EFFECTOS SECUNDARIOS.- Prácticamente sin efectos secundarios. (Ekström et. al. 1977).

Antes de prescribir consulte la página VIII, inciso 15 del DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS P.L.M., Ed. 20.

POSOLOGIA:

Tabletas.- Adultos y niños mayores de 7 años: 1 tableta dos veces al día.

Solución.- Adultos y niños mayores de 7 años: 1 cucharada con 10 ml dos veces al día.

Niños de 2 a 7 años: 1 cucharadita con 5 ml dos veces al día.

Niños lactantes a 2 años: media cucharadita con 2.5 ml dos veces al día.

Si se quiere calcular la dosis según el peso se debe dar 25 mg por kg repartido en 2 tomas.

Cada 5 ml de la suspensión contiene: 200 mg de bacampicilina.

PRESENTACIONES:

Caja con 6 tabletas en tira de aluminio.

Frasco para hacer 60 ml de suspensión. La presentación contiene una cucharita calibrada.

Este medicamento es de empleo delicado.

*Marca Registrada

Reg. 90370 S.S.A. 349 M 81

I. MED. - IEE 9417 / J

Penglobe - bacampicilina
Investigación original de

ASTRA
MEXICO-SUECIA

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

En el campo de la alergia...

IDULAMINE*

Tabletas - Jarabe

(maleato de azatadina)

DOS VECES AL DIA

Proporciona a sus pacientes

- Doble actividad antialérgica: antihistamínica, antiserotonínica.
- Efecto terapéutico eficaz con dosis bajas.
- Acción de rápido inicio y larga duración.
- Amplio margen de seguridad y mínimo efecto sedante.
- Dosificación sencilla - una tableta o dos cucharaditas dos veces al día.

INDICACIONES: IDULAMINE tabletas y jarabe está indicado para el alivio sintomático de trastornos alérgicos respiratorios y dermatológicos tales como rinitis alérgica aguda o crónica, polenosis (fiebre del heno), rinitis vasomotora, urticaria aguda o crónica, eczema alérgico, dermatitis por contacto, picaduras de insectos, prurito vulvar y anal, así como el de origen inespecífico; reacciones a medicamentos, reacciones a suero heterólogo y dermatialismo. Está también indicado como coadyuvante en reacciones de tipo anafiláctico. **DOSIFICACION Y ADMINISTRACION:** La dosis recomendada para adultos y niños mayores de diez años es de una tableta o dos cucharaditas de 5 ml, dos veces al día. En casos rebeldes o severos se puede duplicar la dosis. Este medicamento contiene un antihistamínico. No debe darse a niños ni a mujeres lactando. No debe tomarse simultáneamente con medicamentos depresores del sistema nervioso ni con bebidas alcohólicas. **CONTRAINDICACIONES:** El maleato de azatadina no deberá utilizarse en niños menores de un año, mujeres embarazadas ni en madres en periodo de lactancia. Como todos los antihistamínicos

no debe utilizarse para tratar síntomas de las vías respiratorias inferiores incluyendo el asma bronquial. Así mismo, está contraindicado en pacientes hipersensibles al maleato de azatadina o a otras sustancias de estructura química similar. **PRECAUCIONES:** Aun cuando IDULAMINE es bien tolerado, durante su administración se deberá prevenir al paciente para que no desempeñe actividades mecánicas que requieran agudeza mental hasta no conocer su reacción individual al medicamento. También debe prevenirse sobre la posible potencialización del efecto sobre el sistema nervioso central con la ingestión de alcohol. Debido al ligero efecto anticolinérgico del medicamento, debe usarse con precaución en presencia de hipertrofia prostática, retención urinaria, glaucoma, úlcera péptica estenosante y obstrucción pilórica. No debe emplearse concomitantemente con inhibidores de la monoamino-oxidasa. No se ha establecido la seguridad del medicamento en el embarazo y la lactancia. **REACCIONES SECUNDARIAS:** Los efectos colaterales con IDULAMINE son raros, generalmente transitorios y relacionados con la dosis. Entre ellos se ob-

servan: debilidad general, sequedad de boca, aumento del apetito, náusea, cefalea, mareos, disuria y visión borrosa. **PRESENTACION** IDULAMINE TABLETAS, caja con 20 tabletas de 5 mg de maleato de azatadina. IDULAMINE JARABE, frasco con 80 ml cada 5 ml contiene 0.5 mg de maleato de azatadina.

Scheramex
S.A. DE CV

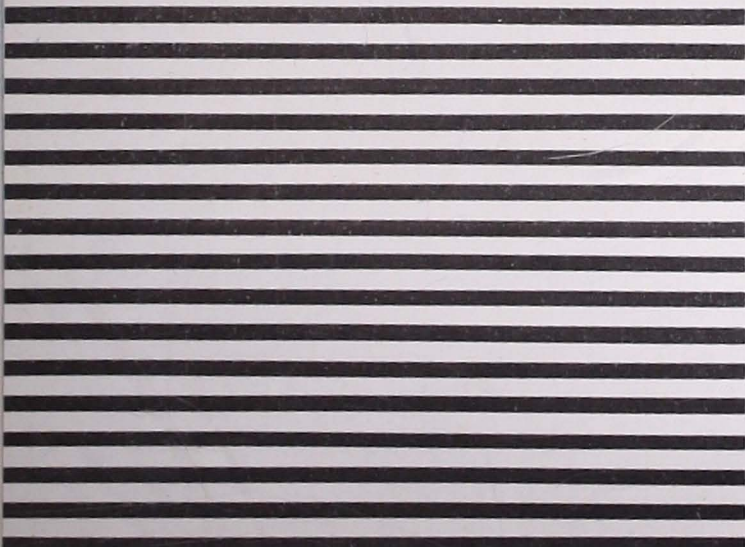
Av. 16 de Septiembre No. 301
Xochimilco, México 23 DF.

* Marca registrada
1. Marca HJL 7081 (1)

© 1990 Scheramex S.A. de CV
Todos los derechos reservados.

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-

BALCÁRCEL

DR. JORGE CORVERA-BERNARDELLI

DR. SERGIO DECANINI-TORNESSI

DR. ANDRÉS DELGADO-FALFARI

DR. RAFAEL GARCÍA-PALMER

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. 328-78

Certificado de licitud

de contenido 929

Certificado de licitud

de título 1625

Eugenia 13-403 C.P. 03810

México, D. F. Tel.: 543-93-63

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
1982-1983

Presidente

DR. ANTONIO RODRIGUEZ-ALCARAZ

Vice-Presidente

DR. MIGUEL ARROYO-CASTELAZO

Secretario

DR. JOSÉ ESPINOSA-RUIZ

Tesorero

DR. GUILLERMO HERNÁNDEZ-

VALENCIA

Asesoría Técnica

JOSÉ AMAYA RAMOS

Impreso en México por:

IMPRESOS REFORMA, S. A.

Dr. Andrade No. 42

Col. Doctores, 06720 México, D. F.

Tels.: 578-81-85 y 578-67-48

PAGINA DEL DIRECTOR

Hace un siglo que Robert Koch descubrió el *Mycobacterium tuberculosis*. El 24 de marzo de 1882 lo anunció ante los miembros de la Sociedad de Fisiología de Berlín. Este descubrimiento favoreció años más tarde la aparición de las drogas antifímicas que vendrían a modificar radicalmente la prevalencia de tan temible enfermedad. En el campo de la Otorrinolaringología, los viejos maestros nos atestiguan la frecuencia con la que tenían que enfrentarse sin mayores éxitos terapéuticos a lesiones tuberculosas de la laringe, faringe, nariz y oídos hasta hace apenas unos años.

Quienes nos hemos desarrollado profesionalmente en la era de las drogas antifímicas nos resulta difícil imaginarnos la dimensión del problema que representaba para el clínico los numerosos casos y la gravedad de las lesiones tuberculosas a las que debía enfrentarse. Hace unos días leíamos uno de los tomos de la obra titulada "Biblioteca de la tuberculosis" que bajo la dirección de Chantemesse, Poncet y Collet, se editó en París en 1913; la obra consta de 25 tomos, cada uno dedicado a los diferentes aparatos y sistemas susceptibles de afectarse por lesiones tuberculosas.

El tomo al que hacíamos alusión fue escrito por Collet con el título de "La tuberculosis de la laringe, faringe y la nariz", consta de 825 páginas y está ilustrado con innumerables dibujos, algunas fotografías de cortes histológicos y bellas láminas de color de casos clínicos. En su prefacio escrito en Lyon, Francia, en 1912 menciona: "... la extrema frecuencia y gravedad de sus síntomas hace que la tuberculosis laríngea sea al terreno sobre el que se apoya la naciente laringología, transformada por el laringoscopio". La obra es una detallada recopilación de los conocimientos de la época sobre el tema, unido a las experiencias clínicas del autor; cubre desde aspectos históricos hasta consideraciones histológicas, etiológicas, patogénicas, clínicas y terapéuticas.

Esta obra es un reflejo fiel del problema que la enfermedad representaba para el clínico de fines del siglo pasado y principios del presente. Collet menciona que en su trabajo hospitalario el 12 % de los pacientes que atendían sufrían de tuberculosis laríngea y en su consulta privada el 2.5 %. Si pensamos que estas cifras solo se refieren a la tuberculosis laríngea, los porcentajes resultan aterradores, vistos a la luz del ejercicio clínico del Otorrinolaringólogo actual.

Justo es rendir homenaje desde esta página a un hombre que como Robert Koch tanto aportó al bienestar del hombre. Fué además de un talentoso científico un incansable investigador al que debemos no solo el descubrimiento del bacilo que lleva su nombre, sino que publicó datos valiosísimos sobre la etiología del carbunco, describió una gran cantidad de técnicas para el estudio de las bacterias y en 1890 anunció que había encontrado la tuberculina a la que consideró remedio específico para la tuberculosis, que sin embargo el tiempo mostraría que su valor es como prueba de capacidad de antígeno en el diagnóstico de la enfermedad.

En 1900 diferenció la tuberculosis humana de la bovina. De 1891 a 1904 fue Director del Instituto para el estudio de las enfermedades infecciosas de Berlín. En 1896 efectuó numerosas investigaciones sobre la peste bovina en Africa del Sur y sobre la enfermedad del sueño en Uganda. En 1905 recibió el Premio Nobel de Medicina.

Es de justicia recordar al hombre que supo unir su talento con un trabajo incansable de investigador, que no lo limitó a la cómoda labor cotidiana de su laboratorio, si no que fue a recónditos rincones del Africa, buscando despejar incógnitas en bien de sus congeneres. Su ejemplo es digno de imitarse aunque solo sea en actitud y en pequeña proporción, por quienes ejercemos este noble arte-ciencia que es la Medicina.

Consideraciones sobre las redes linfáticas del músculo esternocleidomastoideo

Dr. Agustín del CAÑIZO ALVAREZ (*)

Resumen.— En este trabajo se demuestra la existencia de vasos linfáticos a nivel del músculo esternocleidomastoideo, en todas sus porciones, mediante la inyección de una solución de celoidina al 2 %; así mismo, se describen las alteraciones patológicas de las redes linfáticas en el curso de las neoplasias malignas de la región cérvico-facial.

Summary.— Lymphatic vessels are demonstrated in the endomysium, perimysium and muscular parenchyma of the sternocleidomastoideus, injecting a 2% celoidine solution. Pathologic modifications of these lymphatic networks are demonstrated in cervical malignant metastasis.

INTRODUCCION

Desde que Suárez (1, 2) describió y propuso su técnica para el tratamiento de las adenopatías cervicales, se ha venido creyendo que el músculo esterno-cleido-mastoideo carece de canalículos linfáticos, este dato anatómico, preconizado por este autor, fue la base fundamental para el desarrollo de su técnica de vaciamiento ganglionar funcional.

Según Suárez (lec. cit.), al no existir vasos linfáticos en el

esternocleidomastoideo no hay razón alguna para extirpar este músculo tan importante en la cinética cervical. La opinión de este autor, ha sido casi generalmente admitida por especialistas y cirujanos, llegándose a afirmar que los resultados obtenidos a largo plazo, son similares a los de las técnicas clásicas defendidas por Pietrantonio (3).

Sin embargo, las redes linfáticas de la región cervical tienen contacto con este músculo, de tal forma, que los linfáticos parotídeos, submaxilares, faríngeos, laríngeos, supraclaviculares, de la vaina del espinal y cútaneos, reciben y dan ramas a dicho músculo, como ya señalaron Sappey (4), Sassier, (5), Bartels (6), Poirier (7), Cuneo (8), y Most (10, 11).

Nosotros siempre tuvimos la idea de que el esternocleidomastoideo debía poseer una considerable cantidad de elementos linfáticos, ya que aparte de los autores clásicos citados que demostraron su existencia, tenemos que considerar en este músculo: 1o.- que sería casi paradójico, el suponer que este músculo carece de linfáticos, ya que todos los elementos musculares de la economía son muy ricos en estas formaciones, y 2o.- que observaciones personales nos han demostrado la existencia de metástasis dentro del propio parénquima muscular (Cañizo S. 12, 13).

MATERIAL Y METODO

Para la realización de este trabajo se han empleado músculos esternocleidomastoideos extirpados en enfermos tributarios de un vaciamiento cervical radical por adenopatías metastásicas de diferentes orígenes. Las piezas, previa disección para separar los músculos del tejido linfoganglionar que les rodeaba, han sido inyectadas con una solución de celoidina al 2 %, con una cantidad de glicerina equivalente al 0,5 de la solución; posteriormente, y una vez plastificada la celoidina con agua, se han corroído las piezas inyectadas con una solución de clorhídrico al 50 %. Efectuada la corrosión, se ha hecho una microdisección de los elementos linfáticos mediante lupa, se han montado las piezas en porta-objetos y se han fotografiado mediante epicondensador y sobre fondo oscuro. Todo ello según la técnica de Alvarez, Morujo (14).

RESULTADOS

Mediante la técnica de repleción-corrosión anteriormente descrita, se han efectuado las siguientes observaciones.

En la cápsula conjuntiva o de recubrimiento las cadenas linfáticas son muy abundantes; esto ya era conocido desde hace muchos años, y para Suárez (1, 2) es la

(*) Profesor adjunto de ORL. Departamento de ORL del H. C. U. (Prof. Cañizo) Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, España.

única porción del músculo donde existen vasos linfáticos. Esta es la razón principal en la que se basan los partidarios de la técnica de vaciamiento funcional, ya que al no haber linfáticos en el parénquima, es suficiente, mediante la realización de un pelado del esternocleidomastoideo para lograr la total extirpación de todas sus cadenas linfáticas; de esta manera, la cinética cervical queda conservada, se evita la parálisis del XI par craneal, y los defectos estéticos que conlleva la práctica del vaciamiento radical.

Tenemos que advertir, que todos los músculos estudiados, han sido obtenidos de enfermos a los que se les realizó un vaciamiento radical por la extensión de sus neoplasias, y por tanto, todas las preparaciones muestran los vasos linfáticos con características patológicas.

En la primera preparación (Fig. 1) observamos un conjunto linfá-

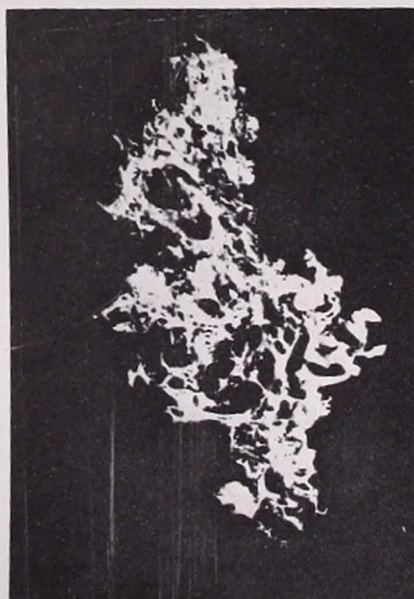
Figura 1.- Red linfática de la cápsula conjuntiva del E. C. M. Se aprecia la dilatación de sus vasos y la tendencia a la fusión de los mismos para formar lagunas.



tico que forma una red de mallas amplias, que aún recuerda la morfología normal, aunque los vasos muestran una acusada dilatación, que indica una tendencia a la fusión entre ellos y con ello a la formación de lagunas linfáticas (típico de los vasos neoplásicos).

En los tabiques conjuntivos, las redes linfáticas son de mallas más estrechas que las correspondientes a la cápsula muscular; están formadas por numerosos vasos y éstos son de menor calibre que los anteriormente descritos. En la segunda figura (Fig. 2) se pone de relieve la gran abundancia de linfáticos de estas porciones del esternocleidomastoideo, que este caso muestra su tendencia a anastomosarse entre sí y a sufrir dilataciones, existiendo fenómenos de neoformación vascular (parte inferior de la fotografía). La configuración de las redes del parénquima muscular es similar a la que ofrecen los tabi-

Figura 2.- Red linfática de los tabiques conjuntivos. Obsérvese la diferencia con la morfología de los linfáticos capsulares. En la parte inferior existen fenómenos de neoformación vascular.



ques conjuntivos; sin embargo, sus vasos suelen ser de todavía menor calibre. En la tercera figura (Fig. 3), los capilares forman una tupida red de mallas muy estrechas, dominando en la figura los caracteres de hiperproliferación que en ella se observan.

COMENTARIO

Como hemos podido ver a lo largo de estas líneas en las que describimos, aunque patológicas, las redes linfáticas del esternocleidomastoideo, se demuestra que a nivel de este músculo existen redes linfáticas en todas sus porciones. Este concepto no es nuevo, fue ya demostrado hace muchos años por los autores citados en la introducción del trabajo, y únicamente se ha negado la existencia de linfáticos a nivel de este músculo para dar una base anatómica a las técnicas funcionales. Es curioso observar que para el eminente

Figura 3.- Red linfática del parénquima muscular. Las mallas son mucho más estrechas que en las preparaciones anteriores.



laringólogo español García Tapia (16) el éxito de su técnica de laringectomía total se basaba, entre otras cosas, en la extirpación de todos los grupos musculares, excepto del esternocleidomastoideo que sería siempre extirpado si se comprobaban adenopatías en cualquier lugar del canal yúgulo-carotídeo. Posteriormente Pietrantonì (3), con elegante técnica de vaciamiento radical, obtenía cifras de curación, aún hoy, envidiables; resultados que basaba en la extirpación de los grupos musculares, porque según él se había comprobado la existencia en bastantes ocasiones de lesiones metastásicas dentro del propio parénquima muscular; esto también lo hemos podido comprobar nosotros (Cañizo S., 12, 13). Todo ello es lógico, ya que la existencia de linfáticos a nivel del esternocleidomastoideo ha sido demostrada por muchos autores, y que nosotros hemos comprobado como se puede apreciar en las preparaciones presentadas. A pesar de estas observaciones no pretendemos atacar la técnica funcional de Suárez (1, 2), sino hacer una llamada para evitar el abuso de ésta; no cabe duda, que este método tiene un gran mérito, y se debe realizar siempre que esté indicado. Pero nunca se deben forzar sus indicaciones, fiándonos de la inexistencia de linfáticos en el parénquima del esternocleidomastoideo, pues no solo fa-

cilitaríamos la recidiva, sino que faltariamos a la premisa más importante de todo cirujano oncológico, "extirpar el tumor con el suficiente margen de tejido sano".

CONCLUSIONES

1.- Existen vasos linfáticos en todas las porciones del esternocleidomastoideo (cápsula, tabiques conjuntivos y parénquima).

2.- Las redes de la cápsula están formadas por capilares más gruesos, que las del resto de las porciones del esternocleidomastoideo.

3.- Las alteraciones que producen las neoplasias en estas redes linfáticas son similares a las que aparecen en otros cánceres de la economía.

4.- Consideramos como imprescindible, la necesidad de valorar cuidadosamente la realización de un vaciamiento funcional, y nunca fiarnos en la inexistencia de linfáticos en el parénquima del esternocleidomastoideo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Suárez, O.: Le probleme des metastases ganglionaires du cancer du larynx. Ann. Otolaryngol. 79: 22, 1962.
- 2.- Suárez, O.: El problema de las metastasis linfáticas en los cánceres de cabeza y cuello. Rev. O. R. L. (Chile), 23: 83, 1963.
- 3.- Pietrantonì, L.: Il problema chirurgico dele metastasi linfoghiandolari cervicali del cancro del la laringe'. Arch. Ital. Oto. Rhino. Laringol. Sup. XIV, 1: 37, 1958.

- 4.- Sappey, M. F.: Des vaisseaux lymphatiques'. Traité d'Anatomie Descriptive. Ed. Delahaye, París. 1876.
- 5.- Sassièr, P.: Lymphatiques de la voute, du voile et de la luette palatine. Ann. Anat. Pathol. 4: 933, 1927.
- 6.- Bartels, P.: Das lymphgefasssystem. Bardeleben Handbuch der Anatomie des Menschen. Ed. Fischer, Jena. 1909.
- 7.- Poirier, P. J.: Traité d'Anatomie Humaine. - Ed. Delahaye, París. 1909
- 8.- Cuneo, B.: Envahissement lymphatique du larynx'. Gaz. des Hop. 75: 1385, 1902.
- 9.- Rouvière, H.: Anatomie des Lymphatiques de l'Homme' -Ed, Masson, París, 1932.
- 10.- Most, A.: Uber die lymphgefasse und lymphdrussen des Kelhkopfes Anat. Anzeit. 15: 387, 1899.
- 11.- Most, A.: Uber die lymphgefasseapparat von kelhkopf und trachea und seine beziehungen zur verbreitung krankhalter prozessen D. Zeit. Anatomie. 57: 199, 1900.
- 12.- Cañizo, S.: Importancia del vaciamiento total de cuello en los operados del cáncer de laringe. Acta Otorrinolaring. Esp. 6: 221, 1963.
- 13.- Cañizo, S.: Cirugía conservadora y vaciamientos ganglionares Progresos en O. R. L., Ed. Oteo, Madrid. 1972.
- 14.- Alvarez Morujo.: Variaciones morfológicas de los vasos y redes linfáticas intraparietales. Imp. Calatrava, Salamanca. 1976.
- 15.- Cañizo A.: Nuevas investigaciones sobre las redes linfáticas de la laringe en estado normal y en algunos procesos patológicos de este órgano. Ed. Universidad de Salamanca. 1977.
- 16.- García Tapia, A.: Antología de trabajos científicos. Ed. Bermejo, Madrid. 1945.

Demostración de mecanismos citotóxicos en la rinitis alérgica

Dr. Luis NUÑEZ GARCIA FORMENTI *
Dr. Gabriel GONZALEZ ALMARAZ **
Dr. Roberto DAVALOS VALENZUELA *
Dr. Jorge CORVERA BERNARDELLI *

Resumen.— Se presenta un estudio efectuado en 10 pacientes en los que mediante la utilización de técnicas citoimmunoquímicas del tipo de la inmunoperoxidasa, se demostró la presencia de IgG e IgM con cadenas ligeras tipo Kappa en el epitelio, en la membranas basales, las glándulas, las células plasmáticas y en otras células del estroma. Por medio de técnicas de inmunofluoresceína se comprobó la activación del complemento. De todo esto se concluye que el mecanismo de daño inmunológico fue citotóxico tipo II, hallazgo que no ha sido descrito previamente en la literatura consultada.

Summary.— Ten patients were studied with cytoimmunochemical techniques of the immunoperoxidase type. IgG and IgM with Kappa's type light chains were demonstrated in the epithelium, the basal membranes, the glands, the plasmatic cells and in the other stroma's cells. With immunofluorescent techniques, complement activation was demonstrated. It is concluded that the

mechanism of immunologic damage is a cytotoxic type II phenomenon, that has not been reported in literature.

INTRODUCCION

La rinitis alérgica es considerada clásicamente como un fenómeno de hipersensibilidad de tipo anafiláctico local o atópico^{1,2,3,4}. Este concepto está sustentado en forma universal. En una revisión de la literatura médica de los últimos 4 años, tanto en libros de referencia (Index medicus, Biological abstracts y otros) como en bancos de información magnéticos, no logramos descubrir publicaciones que cuestionaran dicha aseveración.

El mecanismo de producción de daño tisular en la hipersensibilidad tipo I de la clasificación de Gell-Coombs-Roitt^{1,5,6,7,8} requiere la presencia de IgE o reagentes que, combinadas con el antígeno, se fijan a los receptores de membrana de las células cebadas, propiciando la desgranulación con liberación de mediadores bioquímicos de la inflamación en la primera fase. Diversas publicaciones dan cuenta de hechos aislados que no encuadran en el mecanismo descrito. Bass y cols.⁹, empleando técnicas de inmunofluorescencia demostraron IgA e IgG en la mucosa nasal y en pó-

lipos nasales, pero no encontraron IgE. Appaix y cols.¹⁰, estudiaron la mucosa nasal de 52 pacientes, por medio de técnicas de inmunofluorescencia, encontrando positividad para IgA, IgG, IgM, IgE y fibrinógeno, en el epitelio, el estroma y en las glándulas de la submucosa; encontraron positividad para el complemento sólo en la pared de los vasos sanguíneos y concluyen que no existe correlación entre la imagen histológica y el estado de la respuesta inmune.

González Almaraz y col.¹¹, estudiaron 5 casos de rinitis alérgica por métodos de inmunofluorescencia indirecta, demostrando en todos, positividad de IgG, IgM e IgE, así como complemento activo por vía clásica en tres y por vía alterna en dos casos, por lo que postulan un mecanismo inmunológico mixto, tanto de tipo I como de tipo II.

Mygind¹² a pesar de que no presenta hallazgos que apoyen su hipótesis, considera que el daño inmunológico en la rinitis alérgica es producido por un mecanismo similar al tipo III o sea, mediado por complejos inmunes.

El objeto del presente trabajo fue estudiar los mecanismos inmunológicos en la rinitis alérgica, empleando técnicas de inmunoperoxidasas, que resultan de mayor especificidad que las usadas hasta la fecha.

* Premio "Carl Zeiss" al mejor trabajo elaborado por médicos residentes en el XXXII Congreso Nacional de Otorrinolaringología celebrado en Ixtapa Gro. del 1o. al 5 de mayo de 1982.

* Servicio de Otorrinolaringología Hospital General Dr. Manuel Gea González S. S. A. México, D. F.

** Servicio de Patología. Hospital Manuel Gea González. S. S. A. México D. F.

MATERIAL Y METODOS

Se seleccionaron 11 pacientes con rinitis alérgica, en base a parámetros de diagnóstico clínico, referidos en una publicación previa¹¹. Ninguno de los pacientes había sido tratado previamente con corticoesteroides ni antihistamínicos.

Se tomó biopsia de mucosa nasal de la parte media del cornete inferior según técnica previamente publicada¹³. El fragmento se fijó en formol al 10 % no amortiguado y se procesó de acuerdo al método de rutina para inclusión en parafina. Se realizaron tinciones con hematoxilina y eosina, buscando los hallazgos histológicos característicos para la rinitis alérgica señalados en la publicación mencionada.¹¹ En todos ellos se realizaron técnicas de in-

munofluorescencia para C3 y polivalente (anti IgG, IgM, IgA, para cadenas ligeras y pesadas), con sueros comerciales de suero de conejo antihumano para IgG, IgM, IgA y C3, marcados con isotiocianato de flurosceína, controlados con testigos. Un caso fue negativo a las técnicas de inmunofluorescencia; el interrogatorio intencionado descubrió que el paciente recibía tratamiento con corticoesteroides, por lo que fue eliminado.

Los 10 casos restantes se procesaron de acuerdo a los métodos de inmunoperoxidasas, utilizando reactivos comerciales (Histoset Immulok (R) de acuerdo a técnicas usadas en otros padecimientos^{15, 23}, ya que en la revisión de la literatura a nuestro alcance no encontramos experiencia previa en rinitis alérgica.¹⁷

Todos los casos fueron controlados con testigos, utilizando una población con oftalmía simpática motivo de una investigación previa²⁵. Además, se realizó doble bloqueo para inhibir la actividad de peroxidasas endógenas y la fijación inespecífica a la colágena.

RESULTADOS

Los resultados se muestran en las tablas con fines de simplificación. La tabla número I ilustra los hallazgos con técnicas de anticuerpos contra IgG humanas marcadas con peroxidasas usando como sustrato el 3 amino 9 etilcarbazole en N, N dimetil formamida. Los sitios de depósito analizados fueron: membrana basal epitelial, epitelio, células plasmáticas, linfocitos, células cebadas y

TABLA I
RINITIS ALERGICA IgG

CASO	REG.	MB	EPITELIO	CEL. PLASMATICAS	CEL. ESTROMA	MB GLANDULAS
1	B-152-80	-	+	+	+	+
2	B-305-80	-	-	+	+	-
3	B-513-80	-	-	+	+	-
4	B-1461-80	+	-	+	+	+
5	B-1562-80	+	-	+	-	+
6	B-230-82	-	-	-	-	-
7	B-231-82	+	+	-	+	+
8	B-232-82	+	+	+	-	+
9	B-234-82	+	+	-	-	+
10	B-235-82	+	+	-	+	+

TABLA II
RINITIS ALERGICA IgM

CASO	REG.	MB	EPITELIO	CEL. PLASMATICAS	CEL. ESTROMA	MB GLANDULAS
1	B-152-80	+	-	-	-	-
2	B-305-80	+	+	-	+	+
3	B-513-80	+	-	+	-	+
4	B-1461-80	+	+	-	-	-
5	B-1562-80	+	-	+	-	-
6	B-230-82	-	-	+	-	-
7	B-231-82	+	+	+	+	+
8	B-232-82	+	+	+	+	+
9	B-243-82	+	+	+	+	+
10	B-235-82	+	+	+	-	+

fibroblastos del estroma y membrana basal de las glándulas de la submucosa. Las tablas de la I a V ilustran el depósito de IgG en la membrana basal, en el epitelio, en el interior de las células plasmáticas, en otras células del estroma y en la membrana basal glandular, respectivamente.

La tabla número II muestra los resultados con los sueros anti IgM humanas, la tabla VI ilustra en forma panorámica la positividad para IgM en la biopsia. La tabla III resume los hallazgos para C3 con método de inmunofluorescencia indirecta. La tabla IV ilustra los hallazgos para cadenas ligeras, empleando anticuerpos anti Kappa.

COMENTARIO

En nueve de los diez casos estudiados se demostró la presencia de IgG así como de IgM infiltrando los diversos elementos estudiados. En un caso (No. 6), sólo hubo demostración de IgM en las células plasmáticas. La presencia de estas dos inmunoglobulinas y la actividad del complemento, llenan los requisitos aceptados unánimemente para el efecto citopático.^{1,5,6,7} El órgano blanco está representado por el epitelio y por las membranas basales epitelial y glandular. La positividad en las células plasmáticas traduce biosíntesis de anticuerpos (IgG IgM) con cadenas ligeras

tipo Kappa. La ausencia de lesiones vasculares tales como trombosis, microtrombosis o vasculitis leucocitoclástica, permite descartar los mecanismos inmunológicos tipo III de Coombs y Gell propuestos previamente^{11,25}.

Estamos en desacuerdo con Appaix y col.¹⁰, quienes no encuentran demostración histopatológica de los mecanismos de daño inmunológico. En el presente trabajo claramente se pone de manifiesto dicho mecanismo con las técnicas de inmunoperoxidasas. Consideramos que los hallazgos relatados en el presente trabajo, demuestran por primera vez en la literatura médica, un mecanismo de daño inmunológico

TABLA III
RINITIS ALERGICA C 3

CASO	REG.	M. B.	EPITELIO	C. PLASMATICAS	C. ESTROMA	M. B. GLANDULAS
1	B-152-80	-	+	-	+	+
2	B-305-80	-	+	-	+	+
3	B-513-80	-	-	-	+	-
4	B-1461-80	-	+	-	+	+
5	B-1563-80	-	+	-	+	+
6	B-230-82	-	+	-	+	+
7	B-231-82	+	-	-	-	+
8	B-232-82	+	+	+	+	+
9	B-234-82	-	-	+	+	+
10	B-235-82	-	-	-	+	+

TABLA IV
RINITIS ALERGICA
CADENAS LIGERAS KAPPA

CASO	REGISTRO	M B	EPITELIO	C. PLASMATICAS	C. ESTROMA	M B. GLANDULAS
1	B-152-80	-	+	+	+	-
2	B-305-80	-	+	+	+	-
3	B-513-80	-	-	-	+	-
4	B-1461-80	-	-	-	+	+
5	B-1562-80	-	-	-	+	+
6	B-230-82	-	+	+	+	+
7	B-231-82	+	+	+	+	+
8	B-232-82	+	+	+	+	+
9	B-234-82	+	+	+	+	+
10	B-233-82	+	+	+	+	+

co de tipo citotóxico descrito como tipo II de la clasificación de Coombs-Gell-Roitt. Evidentemente esto no significa que en todas las rinitis alérgicas operen mecanismos de daño citotóxicos, pero muy probablemente ocurra en un número importante de ellas, ya que la totalidad de nuestros casos así lo demostraron. El empleo de técnicas de inmunoperoxidasas en conjunción con la microscopía electrónica, podrá quizá señalar a la estructura subcelular involucrada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Roitt, I.*: Essential Immunology. Ed Blackwell Scientific Publications. 2a. Ed. Londres, Inglaterra, 1976
- 2.- *Norman, P. S.*: Rinitis Alérgica. Tratado de Inmunopatología. Miescher, P. A. y Muller-Eberhard, H. S. Ed. Científico Médica. Barcelona, España. Vol. II, cap 19, 273-280, 1971.
- 3.- *Warren, B. C. y Davis, P.*: Allergic Diseases of Infancy, childhood and Adolescence. Ed. W. B. Saunders, 1980.
- 4.- *Laguardia, C. E.*: Alergia nasal. Anales Soc. Mex. O. R. L. 13: 57-70, 1970.
- 5.- *Barret, J. T.*: Textbook of Immunology. An introduction to immunochemistry and Immunology 3a. ed. The C. V. Mosby, Co. Saint Louis., Mo U. S. A., 1978.
- 6.- *González Almaráz, G.*: Introducción a la inmunopatología Oftalmológica. Ann Soc. Mex. Otol. (en prensa).
- 7.- *Fudenberg, H. H.; Stites, D. P.; Caldwell, J. L. y Wells, J. V.*: Manual de Inmunopatología clínica 2a. Ed. Manual Moderno, 1980.
- 8.- *Gell, P. G. H.; Coombs, R. S. y Lachmann.*: Clinical aspects of Immunology. Ed. Blackwell Scientific Publications. 3a. Ed. 1974.
- 9.- *Bass, R. M.; Potter, E. V. y Barney, P. L.*: Immunofluorescent localization of immunoglobulin in nasal polyps. Arch. Otolaryngol. 99: 416-448, 1974.
- 10.- *Appaix, A. J., Casanova, P. y Rondini, J. M.*: Aspects histologiques de la muqueuse nasal allergique et non allergique. Ann Otolaryngol. 95: 637-652, 1978.
- 11.- *González Almaráz, G.; Nuñez García Formenti, L. y Pedroza Meléndez, A.*: Inmunopatología de la rinitis alérgica. Rev. Med. Hosp. Gral. 43: 222-226, 1980.
- 12.- *Mygind, N.*: Nasal Allergy. Ed. Blackwell Scientific Publication 1979.
- 13.- *García, M. A.; Corvera, J. y Prado, A.*: La biopsia nasal en el diagnóstico de rinitis alérgica. Anales Soc. Mex. O. R. L. 25, 1980.
- 14.- *Dorsett, B. R. y Joachim, H. L. S.*: A method for the use of immunofluorescence on paraffin-embedded tissues. Amer. J. Clin. Path. 69: 66-73, 1978.
- 15.- *Sternberger, L. A.*: Immunocytochemistry. 2 nd Edition. John Wiley & Son Inc. Nueva York, 1979.
- 16.- *Taylor, C. R.*: Immunoperoxidase techniques. Practical and theoretical aspects. Arch. Pathol. Lab. Med. 102: 113-121, 1978.
- 17.- *Mukai, K. y Rosai, J.*: Immunoperoxidase techniques in pathology, In progress in surgical Pathology, Fenoglio, C. M. Wolff, M. (Ed Masson Publishing U. S. A, Inc., New York, Vol. 1, pp. 15-49, 1980.
- 18.- *Curran, R. C. y Gregory, J.*: Demonstration of immunoglobulin in cryostat and paraffin sections of human tonsils by immunofluorescence and immunoperoxidase techniques. J. Clin. Pathol. 31: 947, 1978.
- 19.- *Heyderman, E.*: Immunoperoxidase techniques in histopathology: applications, methods, and controls. J. Clin. Pathol. 32: 971, 1979.
- 20.- *Caron, B. L. y Banks, P. M.*: Acetic acid formalin post fixation for routine tissue processing Lab. Invest. 40: 244, 1979.
- 21.- *Culling, C. P. A., Reid, P. E. y Sinott, N. M.*: The effect of various fixatives and trypsin digestion upon the staining of routine paraffin-embedded sections by peroxidase antiperoxidase and immunofluorescent technique. J. H. Histotech. 3: 10-19, 1980.
- 22.- *Hautze, N. W.; Wittkuhn, J. F. y Mc. Caughey, W. T. E.*: Trypsin digestion in immunoperoxidase staining. J. Histochem. 28: 52-53, 1980.
- 23.- *Mason, D. Y. y Biberfeld, P.*: Technical aspects of lymphoma immunohistology. J. Histochem. Cytochem. 28: 731-745, 1980.
- 24.- *González Almaráz, G.; De Buen, S. y Pineda, C. Ma. A.*: Oftalmía-Simpática. Patología. (En prensa).
- 25.- *González Almaráz, G. y Pineda Cárdenas, Ma. A. A.*: Inmunopatología de las vasculitis. Rev. Med. Hosp. Gral. 44: 458-466, 1981.

Neurectomía del vidiano por vía endonasal (Experiencia clínica quirúrgica con 20 pacientes) (+)

Dr. Guillermo HERNANDEZ VALENCIA *
Dr. Juan DOMINGO PAZ SANDOVAL **
Dr. Enrique DIAZ GASTELUM **

Resumen.— Se presentan los resultados obtenidos en 20 pacientes con rinitis alérgica sin respuesta a los tratamientos médicos convencionales, que fueron sometidos a neurectomía del vidiano por vía endonasal. En 15 casos el procedimiento se hizo en forma unilateral y en 5 bilateral. Los resultados obtenidos a corto y mediano plazo mostraron mejoría de los síntomas y disminución del tamaño de los cornetes en todos los casos. En los 15 enfermos intervenidos unilateralmente se observó mejoría del lado no intervenido, lo que es interpretado por los autores como un mecanismo autónomo de compensación central como resultado de la sección del nervio del lado opuesto. Observaron sequedad conjuntival en dos casos y nasal en dos; en ningún enfermo se presentaron complicaciones.

Summary.— Twenty allergic patients with previous failure of conventional medical treatment,

+ Premio "Burroughs Wellcome" al mejor trabajo de Investigación clínica del XXXII Congreso Nacional de Otorrinolaringología celebrado en Ixtapa, Gro. del 1o. al 5 de mayo de 1982.

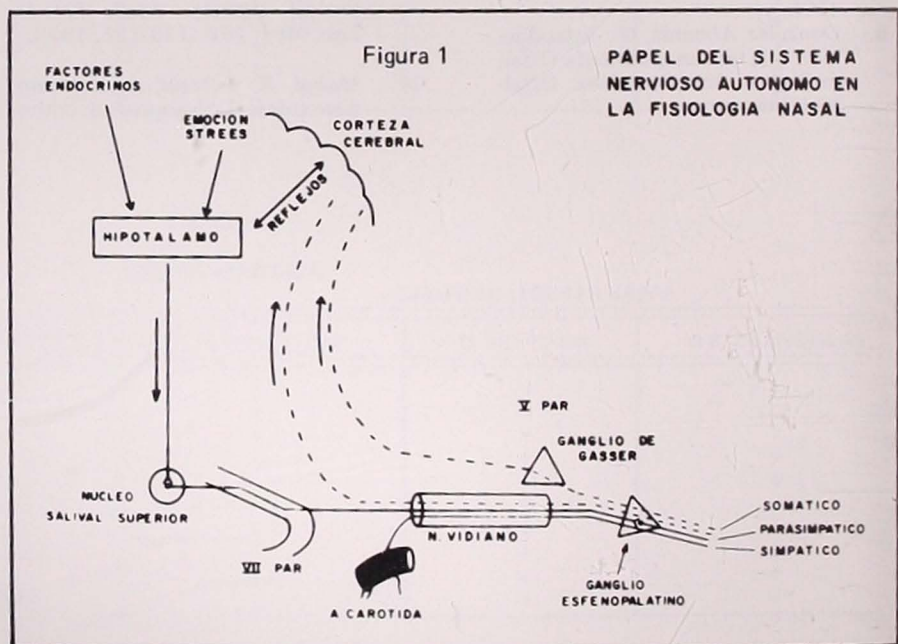
* Médico Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General, Centro Médico "La Raza". IMSS México D. F.

** Médicos Residentes de 3er. año, del Servicio de Otorrinolaringología del mismo Hospital.

were submitted to vidian neurectomy. Surgery was unilateral in 15 cases and bilateral in 5. Nasal symptoms and turbinate's enlargement improved in all cases. This was observed in both nasal fossa including those patients with unilateral surgery; it is thought that this phenomenon is produced by a central nervous autonomic compensation mechanism. Conjunctivitis sicca and dry nose were observed in two cases and no complications are reported in this series.

INTRODUCCION

De todos es conocido que la fisiopatología de la rinitis vasomotora, permanece hasta el momento como una gran interrogante, sin embargo de todas las teorías propuestas hasta la fecha, la más aceptada es la emitida por Golding-Wood,^{1,2} que establece que existe un desequilibrio en el sistema nervioso autónomo que inerva la mucosa nasal, con hiperactividad del parasimpático (Fig. 1).^{3,4}



El presente trabajo tiene como finalidad, expresar nuestra experiencia, en el tratamiento quirúrgico de la rinitis vasomotora, rebelde al manejo médico convencional.

El presente estudio esta apoyado en una investigación previa realizada por los autores referente a los aspectos anatómicos y fisiológicos del nervio vidiano en el gato, así como las consecuencias de su sección, además de un estudio anatómico detallado de la fosa pterigomaxilar y de su contenido neural en 18 hemicráneos secos.

MATERIAL Y METODOS

Se trataron 20 pacientes previamente estudiados por los servicios de Alergia e Inmunología y Otorrinolaringología, con nula respuesta al tratamiento médico; sus edades fluctuaron entre 17 y 45 años, correspondiendo 16 al sexo masculino y 4 al sexo femenino, la evolución de la sintomatología osciló entre 2 y 7 años.

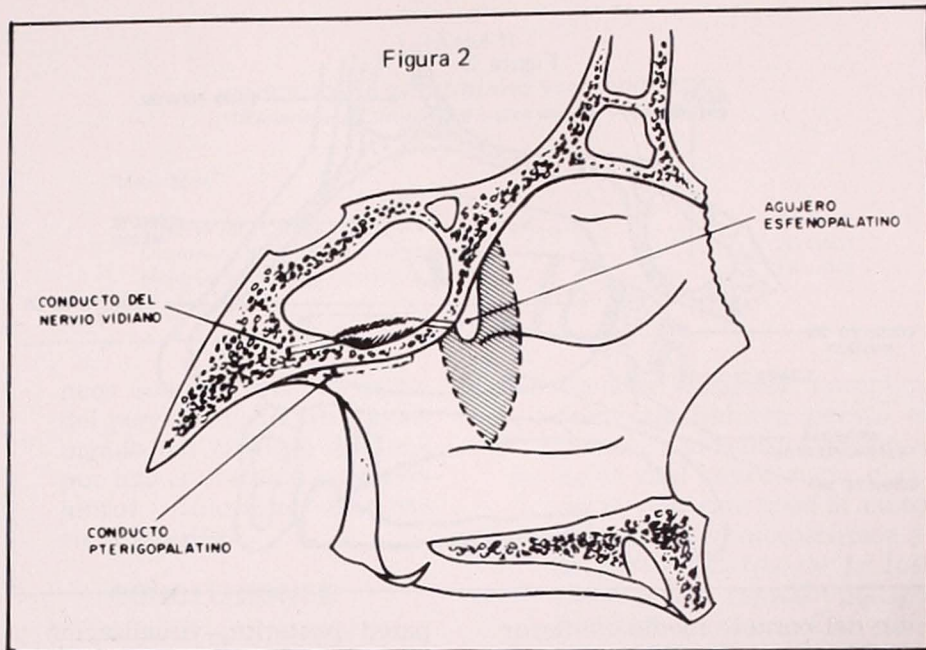
En 5 pacientes se encontró poliposis etmoidal, en 2 desviación septal obstructiva, en 5 sinusitis maxilar crónica y 2 con disfunción tubaria severa.

La neurectomía se efectuó en forma bilateral, en un mismo tiempo quirúrgico en 5 pacientes y unilateral en los 15 restantes. (Tabla I)

Se tomaron biopsias de la mucosa nasal del cornete inferior del lado operado en 15 pacientes durante el acto quirúrgico, y se efectuó biopsia control postoperatoria entre 4 y 6 meses. Los pacientes se vigilaron cada 15 días en el postoperatorio mediato y cada mes en el tardío. El seguimiento más tardío, hasta el momento actual, es de 20 meses.

DESCRIPCION DE LA TECNICA QUIRURGICA

Todos los procedimientos se efectuaron bajo anestesia general y por vía endonasal, según técnica



ca descrita por Prades^{5,6,7,8,9,10}. En ninguno se utilizó técnica de hipotensión controlada. En todos se empleó el microscopio operatorio Zeiss con objeto de 10 aumentos, lentes de 300 mm., y oculares angulados.

En los pacientes que se efectuó el procedimiento en forma unilateral, siempre fue del lado izquierdo, por comodidad del cirujano.

En 5 pacientes se practicó etmoidectomía intranasal y amplia antrotomía endonasal hacia seno maxilar, (pacientes con poliposis y sinusitis maxiloetmoidal). En 2, septoplastia por desviación septal obstructiva.

Inicialmente carecíamos del instrumental idóneo para estos fines, diseñado por Prades¹¹ por lo que se habilitaron algunos instrumentos de cirugía otológica y nasal, algunos de los cuales en-

contramos tan útiles que hasta el momento actual, aún los seguimos utilizando.

TECNICA

Introducción de algodones con fenilefrina al 1% para vasoconstricción. Con Rinoscopio tipo Killian No. 4, se luxaron los cornetes inferior y medio, el primero hacia afuera y el segundo hacia arriba, para exponer el área denominada precoal con todos sus detalles anatómicos. (Fig. 2)

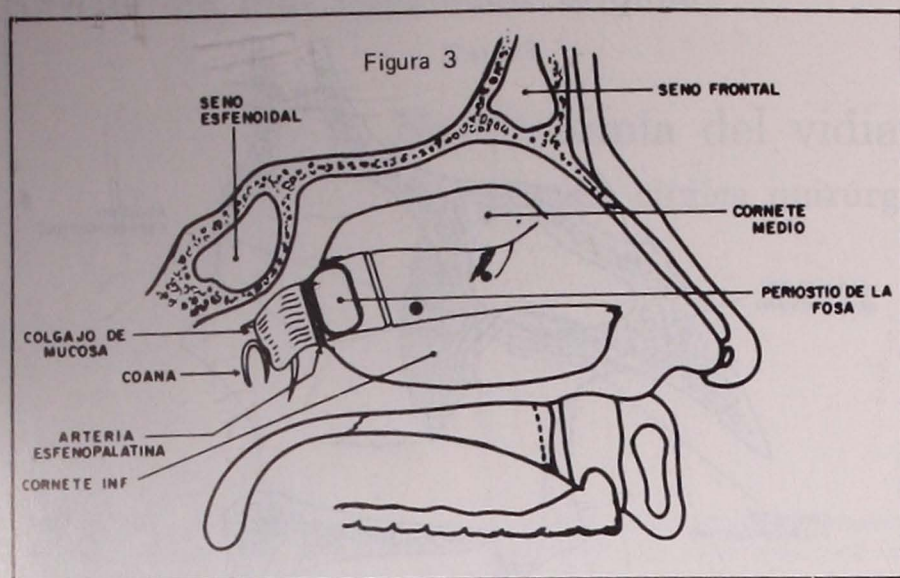
Se canaliza el ostium del antro maxilar, con sonda de Van-Aly. Identificación de la inserción del cornete medio e inferior y marco coal. Con bisturí de Rosen incisión vertical 5 mm., por detrás del ostium, de 1.5 cm., de longitud. Incisiones en sentido anteroposterior a nivel de la inser-

TABLA I

NEURECTOMIA DEL VIDIANO VIA ENDOSAL (Experiencia Clínico Quirúrgica con 20 pacientes)

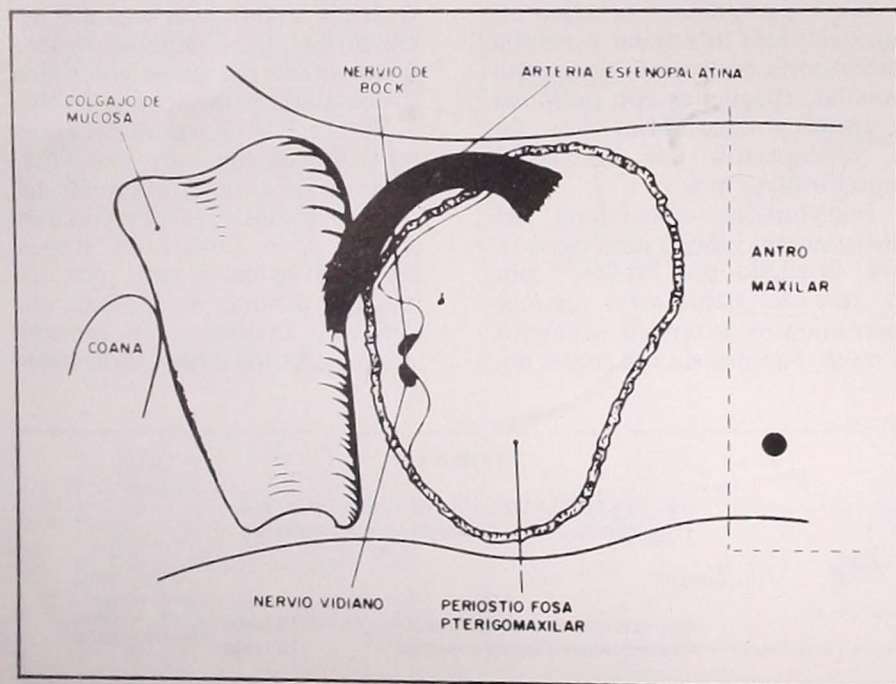
Cirugía:

Neurectomía en forma bilateral —	5 casos
Neurectomía en forma unilateral —	15 casos



ción del cornete medio e inferior con bisturí de Tabb. Elaboración del colgajo con legra plana, hacia la coana, hasta la identificación de la emergencia de la arteria esfenopalatina a nivel de su hendidura en la cola del cornete medio; (Fig. 3) hemostasia de vasos con electrocauterio unipolar de Birtcher. Con el cincel curvo de Cottle modificado, se retira la pared nasal de la fosa pterigomaxilar, hasta la identificación de su

pared posterior; visualización y rechazamiento hacia afuera del perostio que envuelve el contenido neurovascular de la fosa pterigomaxilar; identificación superointerna del orificio infundibuliforme del nervio vidiano y del faríngeo de Bock. (Fig. 4) Neurectomía selectiva con bisturí otológico de Tabb, colocación de Gelfoam en el sitio de sección; reposición del colgajo y restitución de ambos cornetes.



RESULTADOS

En los 20 pacientes se observó franca mejoría de la obstrucción nasal, rinorrea y crisis de estornudos. (Tabla II) Desde el punto de vista histopatológico hasta el momento, no hay evidencia de cambios en la morfología microscópica de la mucosa nasal. En 2 pacientes se presentó sequedad de la conjuntiva ocular del lado operado, otros 2 pacientes manifestaron molestia reseca nasal y escasa formación de costras. (Tabla III)

Desde el punto de vista macroscópico en todos los pacientes fue muy evidente, la reducción del tamaño de los cornetes y la disminución de la secreción nasal.

Consideramos importante mencionar que en 15 pacientes (neurectomía unilateral), de apreciaron cambios similares en la fosa nasal contralateral, aunque de menor magnitud. Otro dato que deseamos manifestar, es que no obstante que en ningún paciente se utilizó, la técnica de hipotensión controlada, sólo un paciente presentó sangrado abundante que dificultó el acto quirúrgico.

No tuvimos ningún otro tipo de complicaciones y nuestros pacientes pudieron darse de alta en las primeras 24 a 48 horas.

COMENTARIO

Preferimos al abordaje endonasal al clásico vía Caldwell Luc, por ser directo, natural y extra-periosteico^{8,10,12,13,14}. Utilizamos en todas las intervenciones el rinoscopio de Killian No. 4, que aunque limita las maniobras bimanuales, permite una mayor diversificación del campo operatorio y la utilización de algunos instrumentos de cirugía otológica que por su longitud, forma y angulación, no es posible utilizarlos con el rinoscopio autoestático descrito por el Prades. Con fines de aspiración y hemostasia, se adaptó a la cánula de Frazier No. 6, un material aislante (son-

da de Nelaton), dejando descubiertos sus extremos, con el objeto de poder aplicar el electrocauterio a su extremo proximal consiguiendo en ésta forma, con el extremo distal electrocauterizar selectivamente, los vasos sangrantes, sin lesionar el tejido adyacente.

En los pacientes que ameritaron septoplastía, ésta se realizó en primer término, lo cual facilitó las maniobras para la neurectomía, dada la mayor amplitud del campo quirúrgico.

En nuestra experiencia, el orificio accesorio de Girdales, punto de referencia importante para el inicio de esta cirugía, descrito por el Prades¹¹, no fue identificado en ninguno de nuestros pacientes, ni de los modelos anatómicos disecados. Por lo que en todos los casos se canalizó; el ostium del seno maxilar, como principal punto de referencia, para poder realizar, nuestra incisión a 8 mm., por detrás del mismo.

La mejoría sintomática del lado no intervenido, la explicamos pensando que existen probables mecanismos intrínsecos de compensación a nivel del sistema nervioso autónomo central, semejante a lo que ocurre en pacientes con laberintopatía.

En nuestro estudio protocolario de disección de 18 hemicráneos secos, encontramos los siguientes datos anatómicos de interés:

- 1.- La no identificación del orificio de Girdales.
- 2.- La localización constante del orificio de la arteria esfenopalatina, en la cola del cornete medio.¹¹
- 3.- En 6 hemicráneos, encontramos la emergencia del nervio vidiano y del faríngeo de Bock por encima del cornete medio, en correspondencia con el meato superior.
- 4.- En 4 hemicráneos encontramos el trayecto del nervio vidiano por dentro del seno esfenoidal.
- 5.- Observamos en 4 hemicrá-

neos que el orificio de salida del nervio vidiano, no está separado del faríngeo de Bock por una cresta, sino que salen juntos y sólo están divididos en su interior.

CONCLUSIONES

- 1.- La neurectomía del vidiano encuentra su indicación, en las rinitis vasomotoras, rebeldes a tratamiento médico convencional.
- 2.- Observamos que a corto y mediano plazo, el procedimiento es muy benéfico, en cuanto a la mejoría de los síntomas; sin poder establecer los resultados a largo plazo.
- 3.- Consideramos que la vía endonasal ofrece ventajas sobre la vía Caldwell-Luc, desde el punto de vista técnico.
- 4.- La sistematización adecuada de la técnica quirúrgica hace innecesaria la utilización de la hipotensión controlada para disminuir el sangrado.
- 5.- Aunque es una cirugía no exenta de riesgos, debido a las estructuras que se manejan; en nuestra casuística no

tuvimos ninguna complicación que hubiera puesto en peligro la vida de los pacientes

- 6.- Es de vital importancia, el conocer con exactitud la anatomía macro y microscópica de la pared externa de la fosa nasal y del espacio pterigo-maxilar.
- 7.- Consideramos no indispensable, contar con instrumental altamente especializado, para llevar a efecto el procedimiento.
- 8.- Hasta el momento actual, no hemos encontrado evidencia significativa de cambios histológicos de la mucosa nasal postneurectomía.
- 9.- El haber efectuado la neurectomía en forma unilateral, en principio por comodidad quirúrgica, nos ha demostrado mejoría contralateral, probablemente por mecanismos autónomos de compensación central.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Golding-Wood, P. H.*: Observations on petrosal and vidian neurectomy in chronic vasomotor

TABLA II

NEURECTOMIA DEL VIDIANO VIA ENDONASAL (Experiencia Clínico Quirúrgica con 20 pacientes)

Resultados:

Mejoría (obst. nasal, estornudos, rínores)	20 casos
Disminución del tamaño de cornetes	20 casos
Mejoría del lado no operado	15 casos

TABLA III

NEURECTOMIA DEL VIDIANO VIA ENDONASAL (Experiencia Clínico Quirúrgica con 20 pacientes)

Resultados:

Sequedad conjuntival	2 casos
Sequedad nasal molesta	2 casos
Complicaciones transoperatorias	0 casos
Complicaciones tardías	0 casos

- rhinitis. *J. Laryng.*, 75: 232-247, 1961.
- 2.- *Golding-Wood, P. H. y cols.*: Vidian Neurectomy: its results and complications. *The Laryngoscope*, 1673-1683, 1973.
 - 3.- *Christensem, K.*: The innervation of the nasal mucosa, with special reference to its afferent supply. *Ann. Otol.*, 43: 1066-1083, 1934.
 - 4.- *Gadlage, R., y cols.*: Is the vidian nerve cholinergic. *Arch. Otolaryng.* 101: 422-425, 1975.
 - 5.- *Bosch, J., Prades, J., y Tolosa, A.*: Microcirugía Endonasal, *Acta O. R. L. Española* 25: 1-380, 1974.
 - 6.- *Bosch, J., y Gebbo, F.*: Cirugía de la Fosa Pterigomaxilar. *Rev. Brasileira de O. R. L.*, 40: 254-260, 1974.
 - 7.- *Prades, J., y Bosch, J.*: Nueva vía de abordaje quirúrgico de la fosa pterigomaxilar, *Anales O. R. L. Iber. Amer.*, 3: 165-178, 1977.
 - 8.- *Prades, J.; Tolosa, A., y Schmidt, R.*: Abordaje endonasal de la Fosa Pterigomaxilar (pterigoplatinomaxilar), *Acta O. R. L. Española* 27: 71-83, 1976.
 - 9.- *Prades, J.*: Rinoneuromicrocirugía. *O. R. L. Disp.* 3, 163-171, 1967.
 - 10.- *Tolosa, A.*: Microcirugía de la Pared externa de la fosa nasal. *Acta O. R. L. Española* 28: 179-189, 1977.
 - 11.- *Prades, J.*: Microcirugía Endonasal de la Fosa Pterigomaxilar y del Meato Medio, *Salvat*, 1980.
 - 12.- *Montgomery, W. W., y Lofgren, R. H.*: Analysis of Pterigopalatine space Sugery. *The Laryngoscope* 80: 1190-1200, 1970.
 - 13.- *Montgomery, W. W., y cols.*: Anatomy and surgery of the pterigomaxillary fossa. *Trans.-Amer. Acad. of the Ophthal. And. Otolaryngology*, octubre, 1967.
 - 14.- *Chandra, R., y cols.*: Transpalatal approach for vidian neurectomy, *Arch. Otolaryng.*, 89: 126-129, 1969.

Tratamiento de las secuelas de la parálisis facial de Bell con carbamicepina

Dr. Ramón TONIX RODRIGUEZ (*)

Resumen.— Se trataron 31 pacientes con secuelas de parálisis facial tipo Bell utilizando carbamicepina obteniéndose los siguientes resultados: disminución de la contracción espástica de la cara en 5 pacientes; desaparición del espasmo facial en 30 pacientes, de los cuales 16 continúan bajo control medicamentoso. Los 13 pacientes con sincinecias no tuvieron ninguna mejoría.

Summary.— Thirty one patients with facial Bell paralysis sequel were treated with carbamicepine. Spastic contractions were reduced in five patients, facial spasms dissapeared in 30 cases, 16 of them are still under treatment. In 13 patients with sinkinesis no improvement was observed.

INTRODUCCION

El objeto de este trabajo es valorar la utilidad de la carbamicepina (Tegretol), para mejorar a los pacientes con secuelas de parálisis facial periférica.

La carbamicepina es un derivado del iminoestilbeno un compuesto tricíclico emparentado con la imipramida y cuyo nombre genérico es 5 carbamoil-5H dibenzoacepina. Medicamento comunmente utilizado en el ma-

nejo de la neuralgia del trigémino, del glosofaríngeo y la epilepsia psicomotora.

Las características de esta droga son las de inhibir la transmisión sináptica de las vías aferentes a nivel de tallo cerebral; así como bloqueo de los reflejos polisinápticos a nivel periférico, aumentando el umbral de excitabilidad de las células del asta anterior o elevación de la actividad inhibitoria de las células de Renshaw. Otra posibilidad incluida es la de alterar el potencial post-sináptico o incrementar la inhibición presináptica.

MATERIAL Y METODOS

Se sometieron a tratamiento con carbamicepina a 31 pacientes, 26 del sexo femenino y 5 del masculino. Sus edades fluctuaron entre los 18 y los 65 años, con una media de 40 años. Se consideró como secuela de parálisis facial al paciente que tenía cuando menos 8 meses de evolución posterior a la instalación de la parálisis.

Las secuelas de un paciente que ha padecido una parálisis facial grave son de tres tipos: contracción espástica de la cara, sincinecias o movimientos en masa y espasmo facial. Estos tres tipos de secuelas se presentan al mismo tiempo y a veces en grado diferente en los pacientes.

Para valorar la utilidad de la droga se consideró cada uno de estos aspectos por separado, y se calificó en tres grados: afección mínima, moderada y grave.

Al iniciar el estudio se utilizaron dosis de 600 mgrs., que se aumentaban o disminuían a razón de 200 mgrs., cada 10 días, hasta llegar a obtener la mejoría del paciente. Cuando se observaba que se requerían dosis menores que las iniciales para lograr los resultados deseados, se optaba por iniciar el tratamiento con dosis de 300 mgrs.

RESULTADOS

De los 5 pacientes con contracción espástica (4 moderadas y 1 grave) todos obtuvieron una mejoría importante, sintiéndose satisfechos con los resultados obtenidos. La contracción espástica disminuyó de tal manera que el ojo que se cerraba al comer quedó abierto y la asimetría no fue tan notoria, sin embargo, la hendidura palpebral quedó disminuida. La dosis requerida al principio estuvo entre 300 a 600 mgrs. y en 4 de los 5 pacientes pudo disminuirse a 100 mgrs., observándose posteriormente por un tiempo que varió entre 4 meses y un año.

Los pacientes con sincinecias fueron 13 en total (12 modera-

(*) Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. S. S. A. México D. F.

das y 1 grave). Con el medicamento, no se observó la más mínima variación.

Los 31 pacientes tuvieron espasmo facial, algunos con otra secuela asociada, (4 espasmo facial mínimo, 25 con moderado y 2 graves estos 2 últimos con parálisis facial recidivante bilateral).

Los pacientes del primer grupo requirieron dosis de 300 a 400 mgrs., los del segundo 300 a 600 mgrs., y los últimos fueron controlados con dosis de 600 a 800 mgrs.

Se observó disminución en la frecuencia del espasmo desde las primeras semanas de tratamiento para después desaparecer totalmente. Un solo paciente abandonó la consulta sin obtener mejoría y 7 cuando ya la habían obtenido.

Dieciseis pacientes continúan siendo controlados con dosis de 200 a 400 mgrs. A 7 se les pudo suspender el medicamento y no han vuelto a tener espasmo.

Los síntomas colaterales observados en el presente estudio fueron en la etapa inmediata: som-

nolencia, cefalea y mareos, desapareciendo al disminuir la dosis o bien conforme transcurría el tiempo. Por lo que respecta a la toxicidad crónica que se puede manifestar como discrasias sanguíneas, no se observaron en ningún caso.

Una sola paciente presentó un cuadro de anemia, no relacionada con el medicamento, sino causada por metrorragia, razón por la que fue canalizada a un hospital ginecológico.

COMENTARIO

El resultado de este primer grupo de pacientes parece halagador, pues la contracción espástica de la cara disminuyó y el espasmo facial desapareció en la mayoría de los pacientes sometidos a carbamicepina. Las sincinecias no se modificaron.

No comprendemos por qué en algunos casos fue posible suspender el medicamento y la mejoría continuó. En algunos casos de pacientes con neuralgia del trigémino así sucede, lo que es expli-

cable por las remisiones espontáneas de este tipo de neuralgias, cosa que no sucede en los casos de secuelas de parálisis facial en los que se trata de una lesión establecida.^{4,5}

Consideramos que el presente estudio es un reporte preliminar y será necesario realizar estudios doble ciego para comprobar la aparente utilidad de la droga, en las secuelas de la parálisis faciales tipo Bell.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Tegretol en el tratamiento de la epilepsia. Geigy Div. Farmacéutica, 1981.
- 2.- Krupp, P. y Monnier, M.: Action of anticonvulsants on cerebrospinal systems J. Mercier. Capítulo 9 Pergamon Press-Oxford, Nueva York, 1973.
- 3.- Fernández, R. y Enrique, V.: Farmacología de la Carbamicepina. Rev. Neuro-Psiquiatría 30: 273-289, 1961.
- 4.- Crumley, L. y Roger, M. D.: Mechanisms of Synkinesis. Laryngoscope 89, 1847-1854, 1979.
- 5.- Crill, E. y Wayne, M. D.: Carbamicepine. Annals of Internal Med. 71: 844-847.

Casos clínicos

Hiperplasia linfocítica papilar de amígdala palatina

Dr. J. Ramón ESCAJADILLO (*)
Dr. Jorge GONZALEZ ANGULO (**)
Dr. Rogelio RODRIGUEZ HERNANDEZ (***)

Resumen.— Se presenta el caso de un enfermo de 13 años con hiperplasia linfocítica papilar de la amígdala palatina con disfagia y sensación de cuerpo extraño. Fue tratado por amigdalectomía y su evolución fue satisfactoria.

En la literatura consultada por los autores encontraron 40 casos publicados con afección amigdalilar bilateral y un solo caso unilateral.

Summary.— A 13 years old boy with tonsil papillary lymphocitic hiperplasia is reported. Patient's symptoms were dysphagia and a foreign body sensation in his throat. Tonsillectomy was done and no recurrence has been observed. Only 40 cases of bilateral tonsil affection has been reported in literature and this is the second one with unilateral involvement.

INTRODUCCION

La hiperplasia linfocítica de amígdala palatina consiste en un crecimiento anormal de ésta, con la presencia de estructuras de aspecto papilomatoso sobre su superficie, por lo que Roberts¹

en 1896, la denominó papiloma de la amígdala. Ogino² en 1924, reporta una rara hipertrofia de las amígdalas palatinas, y Matsui³ en el mismo año, la refiere como hipertrofia atípica (hipertrofia papilar de amígdala palatina). Desde entonces han aparecido diversos reportes en la literatura, llamando la atención su rareza, así como el pobre entendimiento de su etiología, motivo por el que se presenta este caso, además de comentar la posible patogénesis, su tratamiento y las complicaciones que podrían desarrollarse.

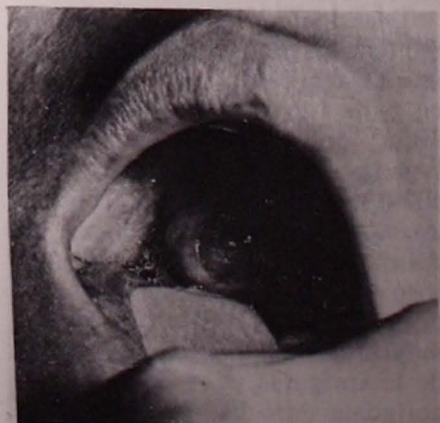
PRESENTACION DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 13 años de edad, originario del Distrito Federal, que procede de medio socioeconómico bajo. Su padecimiento lo inició a la edad de 3 años, al notar la madre un crecimiento de la amígdala palatina izquierda, al cual no se le dio importancia por la carencia de síntomas. Cinco meses antes de ser visto en nuestro Servicio, refirió la presencia de epistaxis, más aparente en fosa nasal izquierda, y de predominio vespertino, que cedían con la aplicación de taponamientos nasales anteriores improvisados por la madre. Cuatro meses después presenta disfagias a sólidos, así como sensación de cuerpo extraño en faringe, motivo por el que

acudió a consulta a nuestro Servicio.

La exploración física mostró paciente del sexo masculino, obeso, bien conformado, con desviación septal en área III izquierda no obstructiva; orofaringe con presencia de tumoración amigdalina izquierda de aproximadamente 6 x 2 cm., pediculada, móvil, de consistencia ahulada y de aspecto papilar (Ver figura 1). La amígdala derecha se apreció normal. El resto de la exploración fue irrelevante. Exámenes de laboratorio: título de antiestreptolisinas: 250 U. T., proteína C reactiva: positiva. La radiografía lateral para valorar naso y orofa-

Figura 1 Fotografía en la que se aprecia la tumoración de la amígdala palatina, protuyendo hacia la porción anterior de la lengua. La tumoración era pediculada, móvil y de consistencia ahulada.



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

(**) Anatomopatólogo. Servicio de Anatomía Patológica del mismo hospital.

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

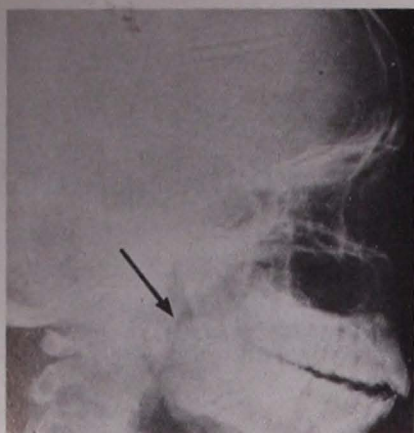


Figura 2 Radiografía lateral que muestra la presencia de una masa pediculada que obstruye en forma significativa el paso de aire en orofaringe. (Ver flecha)



Figura 3 Fotografía en la que se aprecia el aspecto papilomatoso de la zona polipoidea externa localizada en el polo superior de la amígdala palatina izquierda.

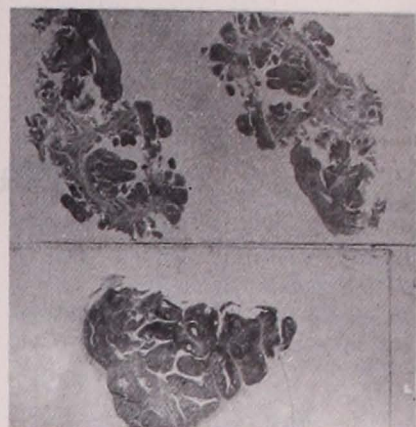


Figura 4 Fotomontaje en el que se aprecia la presencia de papilas y pseudopapilas en la amígdala palatina izquierda (arriba), en comparación con la estructura normal de la amígdala derecha (abajo).

ringe mostró la presencia de una masa pediculada que obstruía el paso de aire en la orofaringe (Ver figura 2).

Dados los hallazgos anteriores se decidió realizar la amigdalectomía, en la que se corroboraron las características ya señaladas. No hubo complicaciones postoperatorias, y el paciente se dio de alta del Servicio a las 48 horas. Actualmente, a los 6 meses de evolución, se encuentra asintomático, con fosas amigdalinas libres de patología.

HISTOPATOLOGIA

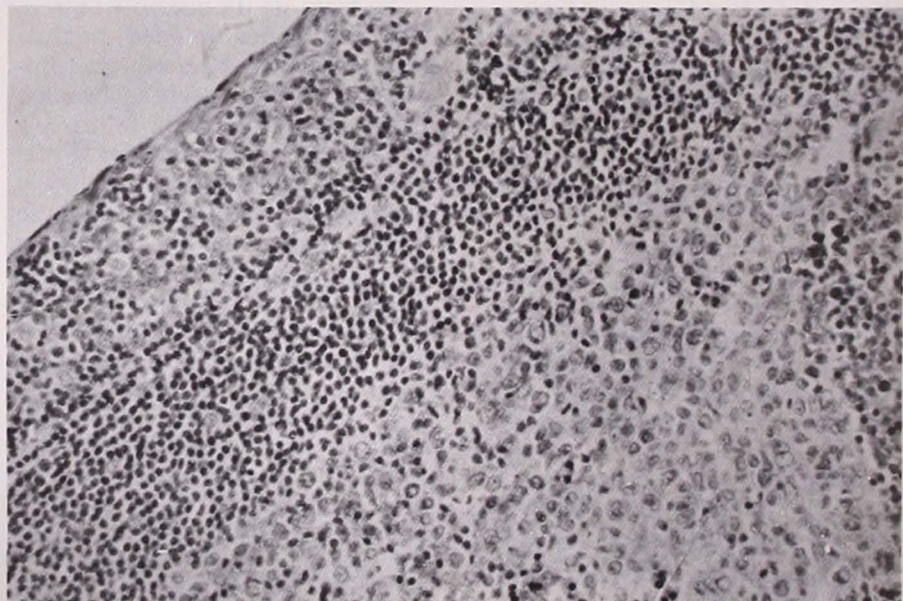
Descripción macroscópica: Se recibieron dos amígdalas palatinas, la izquierda de 6 x 2 x 1.5 cm., de superficie externa granular, polipoidea, con áreas lobuladas blanco-amarillentas; al corte mostró en uno de sus polos una zona grisácea de 1.8 cm. de diámetro, de aspecto papilomatoso, que correspondió a la zona polipoidea externa, la cual fue de mayor consistencia que el resto de la amígdala (Ver figura 3). La amígdala derecha media 2 x 1.5

x 1.2 cm., sin presentar alteraciones aparentes en su superficie ni al corte.

Descripción microscópica: Se realizaron cortes representativos, que se procesaron en parafina y se tiñeron con hematoxilinaeosina. En la amígdala izquierda se apreciaron alteraciones en su es-

tructura, consistentes en papilas y pseudopapilas (Ver figura 4), con hiperplasia linforreticular bien limitada y epitelio de revestimiento, que mostraba exocitosis, sin existir proliferación epitelial ni del tejido conjuntivo (Ver figura 5). La amígdala derecha reveló datos de inflamación crónica.

Figura 5 Microfotografía en la que se aprecia la presencia de una hiperplasia linforreticular bien limitada y un epitelio de revestimiento que muestra exocitosis. No existe proliferación epitelial ni del tejido conjuntivo.



COMENTARIO

Esta entidad recibe diversas denominaciones^{1,2,3,4}. Sin embargo, consideramos que, debido a las características patológicas que presenta, el término de hiperplasia linfocítica papilar de amígdala palatina resulta el más adecuado. El número de casos publicados hasta el momento no sobrepasa los 40, existiendo una discreta predisposición por el sexo femenino en relación de 2:1.5⁵ Enomoto y cols.⁵ han encontrado en algunos pacientes la influencia de un factor hereditario autosómico dominante. En lo que se refiere a su posible fisiopatología, se ha involucrado la presencia de estímulos inflamatorios repetitivos,⁶ alteraciones hormonales,^{7,8} procesos neoplásicos,^{4,10} y anomalías congénitas.¹¹ Nosotros pensamos que esta patología puede ser consecuencia de una extrema laxitud de la fascia faríngea, lo que favorece el crecimiento exofítico y de aspecto papilar de la amígdala.

La hiperplasia linfocítica papilar de amígdalas palatinas se presenta, por lo general, en forma bilateral, siendo el nuestro el segundo reporte en la literatura, posterior al de Joachims y cols.¹² en que la afección fue unilateral.

Los síntomas que con más frecuencia se presentan son: disfagia, sensación de cuerpo extraño y obstrucción de vías áreas superiores, que puede llegar a dar diversos grados de disnea. Esta última es frecuente observarla en amígdalas y adenoides hipertróficas y fue descrita por Menashe y cols.,¹³ quienes observaron en

casos extremos de obstrucción el desarrollo de hipoventilación con hipertensión pulmonar, pudiendo llegar al cor pulmonale, síndrome que ha sido reconocido y publicado ampliamente en la literatura pediátrica y otorrinolaringológica.^{14,15} El diagnóstico diferencial deberá realizarse con hipertrofias amigdalinas puras,¹⁶ con grandes tonsilolitos que lleguen a simular tumoraciones de amígdala,¹⁷ tumoraciones mesenquimatosas benignas como el fibrolipoma,¹⁸ y con amígdalas con gran cantidad de tejido fibrótico producido por abscesos amigdalinos anteriores.¹⁹

El tratamiento de elección es el quirúrgico, con lo que los síntomas mejoran y las alteraciones respiratorias son revertidas. No se han reportado casos de transformación maligna, por lo que el pronóstico a corto y largo plazo es bueno.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Roberts, J.: Papillome de l'amygdale. La Practique Med. 30: 2-5, 1896.
- 2.- Ogino, A.: A rare hypertrophy of the palatine tonsils. J. Otolaryngol. JPN 30: 109-111, 1924
- 3.- Matsui, T.: A typical hypertrophy (Papillary hypertrophy) of the tonsils. J. Otolaryngol. 30: 402-405, 1924.
- 4.- Carrillo, F. y Deutsch, E.: Hiperplasia linfática polipoide amigdalina. III Congreso de Patología, Guadalajara, Jal., Méx. mayo, 1980.
- 5.- Enomoto, W.: et al. Papillary hypertrophy of the palatine tonsils. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 89: 132-134, 1980.
- 6.- Kubota, Y.: A case of papillary hypertrophy of the palatine tonsils. Kagoshima Med. J. 26: 257, 1953.

- 7.- Tachikawa, T. y Sato, M.: Papillomatous hypertrophy of the palatine tonsils. Pract. Otol. (Kyoto) 50: 611-615, 1957.
- 8.- Koyama, Y.: A rare case of the papillomatous hyperplasia of the palatine tonsils. Toho Ku Igaku Z. 27: 335-338, 1941.
- 9.- Shimazaki, S.: A case of papillary hypertrophy of the palatine tonsils with respiratory disturbance. J. Otolaryngol. JPN 59: 926, 1956.
- 10.- Fujimura, H.: et al. Histological studies on papilloma like swelling of the palatine tonsils. J. Kumamoto Med. Soc. 42: 250, 1968.
- 11.- Takezawa, T.: A case of papillomatous hypertrophy of child with respiratory disturbance. Otologica (Tokyo) 11: 349-352, 1938.
- 12.- Joachims, H. Z.: et al. Tonsil lymphocytic hyperplasia. Arch. Otolaryngol. 107: 320-323, 1981.
- 13.- Menashe, U. D.: et al. Hypoventilation of a cor pulmonale due to chronic upper airway obstruction. J. Pediatrics 67: 198-203, 1965.
- 14.- Harrington, R.: Tonsillar hypertrophy and chronic hypoxia. Med. J. 2: 175-177, 1978.
- 15.- Noonan, J. A.: Reversible cor pulmonale due to hypertrophied tonsils and adenoids. Studies in two cases. Circulation 32 Suppl. 2: 164, 1965.
- 16.- Paquelin, F.: et al. Les manifestations pathologiques de l'hypertrophie amigdalienne. Ann. Oto-Laryng. (Paris) 12: 895-904, 1979.
- 17.- Elidan, J.: Bromm, I. y Gay, I.: A large tonsillolith simulating tumour of the tonsil. Ear Nose and Throat Journal 59: 296-207, 1980.
- 18.- Nandi, R. L., Abdul-Latif, D.M.: A benign mesenchymal tumour of tonsil. J. Ind. M. A. 73: 95-96, 1979.
- 19.- Harma, R. A.: et al. Abscess tonsillectomy. Acta Otolaryngol. Suppl. 69: 360-367, 1979.

Carcinoma verrucoso de la laringe

Dr. Juan F. SANCHEZ MARLE (*)

Dr. Angel VALDEZ NAVARRETE (**)

Resumen.— Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino de 52 años con un carcinoma verrucoso de la laringe que fue tratado mediante laringectomía total, sin complicaciones.

Este tipo de tumor es una variedad del carcinoma epidermoide del cual difiere por sus características histopatológicas, clínicas y pronósticas. El tratamiento es quirúrgico, ya que la radioterapia puede convertirlo en una de las formas anaplásticas del carcinoma epidermoide.

Summary.— A 52 years old male with laryngeal verrucous carcinoma was treated with total laryngectomy without complications. This tumor is a variety of epidermoid carcinoma with special histopathological image, peculiar clinical characteristics and different prognosis. Surgical treatment is indicated because radiotherapy can produced an anaplastic type of epidermoid carcinoma.

INTRODUCCION

El carcinoma verrucoso es una entidad clínica e histopatológica que debe de distinguirse de los carcinomas epidermoides bien diferenciados, de los cuales repre-

senta una variante de menor invasibilidad y por lo tanto de menor malignidad.

Es indispensable su conocimiento tanto para el cirujano como para el histopatólogo puesto que por sus características macro y microscópicas pueden confundirse con hiperqueratosis y la verdadera naturaleza de estas lesiones puede pasar desapercibida.

El termino de carcinoma verrucoso fue utilizado por vez primera por Ackerman en 1948

quién reconoció las diferencias histológicas y biológicas presentes en estas neoplasias, recalcando las características de su diferenciación de los carcinomas epidermoides¹ y por lo cual también se le conoce como tumor de Ackerman.²

Desde esta fecha esta neoplasia ha sido descrita en la cavidad oral³, laringe⁴, senos periformes⁵ esófago⁶, fosa nasal y senos paranasales⁷, conducto auditivo externo², piel⁸, escroto, pene, vulva³, vagina⁷, cuello uterino⁹, y perineo.³

En 1963 Goethals y colaboradores describieron el carcinoma verrucoso en la laringe¹⁰ y en 1966 Kraus y Pérez-Mesa encontraron que de 105 carcinomas verrucosos un 9 % se localizaban a la laringe, siendo su distribución en esta casi igual en las regiones supraglótica, subglótica y glótica. Fueron también estos últimos au-

tores quienes mencionaron por vez primera que el tratamiento de carcinomas verrucosos laríngeos por medio de radioterapia podía transformar a estas neoplasias en variedades epidermoides anaplásticas de mucho mayor malignidad.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Los carcinomas verrucosos de localización laríngea representan un 9 % de la totalidad de estas neoplasias. Representan de 1 a un 3.5 % de la totalidad de las neoplasias malignas laríngeas^{2,11}. Presentan una mayor predilección por el sexo masculino en una proporción que alcanza casi un 9 a 1² y su localización más frecuente es la glótica². Entre los factores predisponentes destaca el tabaquismo aparentemente en la localización laríngea y el hábito de masticar tabaco cuando su localización es en la cavidad oral, la cual representa la mayor incidencia de esta variedad de neoplasia. Su mayor frecuencia se encuentra después de la quinta década de la vida aunque se han reportado casos al final de la tercera década¹². Macroscópicamente el carcinoma verrucoso laríngeo aparece como una masa exofítica, blanquecina o grisácea de aspecto papilomatoso, áspero, fungoide, con una amplia base de implantación, que recuerda en mucho el aspecto de la hiperque-

(*) Hospital Militar Regional. Grupo A. P. O. Guadalajara, Jal.

(**) Medico Residente en Otorrinolaringología. Universidad Autónoma de Guadalajara. Guadalajara, Jal.

ratosi laríngea y no infiltra los tejidos adyacentes. Por su crecimiento exofítico y de predominio glótico la obstrucción respiratoria es frecuente a pesar de tener un ritmo de crecimiento lento. La presencia de adenopatía cervical metastásica no se presenta y en casos de que existan ganglios palpables cervicales deberemos de interpretarlos como inflamatorios u originados en otros primarios, pues la relación de carcinoma verrucosos asociados a otras neoplasias es relativamente frecuente.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Como ya se mencionó el carcinoma verrucoso es una variedad del carcinoma epidermoide. Es indispensable distinguirlo de las variedades muy bien diferenciadas de este último con las cuales el diagnóstico diferencial histopatológico siempre deberá hacerse y nunca basarlo en su apariencia clínica o en su comportamiento biológico.

Microscópicamente está caracterizado por islas y cuerdas sólidas de células escamosas muy bien diferenciadas. Se observan mínimas mitosis y las características de malignidad histológica son mínimas. La anaplasia franca no suele presentarse y por esto los diagnósticos de hiperqueratosis, acantosis o papilomatosis laríngea pueden ser de utilidad. La neoplasia esta habitualmente cubierta por una gruesa capa queratinizada que produce múltiples pliegues invaginados produciendo un aspecto papilar. La membrana basal no debe de estar rota por las células malignas, pues en este caso se trataría de un carcinoma epidermoide bien diferenciado. Presentan frecuentemente globos córneos y pueden aparecer células gigantes a cuerpo extraño. El estroma neoplásico contiene una marcada reacción inflamatoria representada principalmente por linfocitos y células plasmáticas

que tienden a delimitar la masa tumoral cuyos márgenes son de tipo expansivo y no de tipo infiltrante como en los otros carcinomas epidermoides.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

Debido a su baja malignidad, mínima capacidad invasora y su nula capacidad de dar metástasis los carcinomas verrucosos laríngeos tienen un excelente pronóstico en cuanto a la vida y dependiendo de su extensión en cuanto a la función laríngea.

En relación a su tratamiento debe de hacerse notar que aunque algunos autores han recomendado la radiación¹³, sin embargo los múltiples fracasos en su curación² así como los casos reportados de transformación anaplásica después de la radiación, con la aparición de metástasis regionales, distantes y marcada invasibilidad local, hacen que la mayoría de los autores esten de acuerdo que el tratamiento quirúrgico es el indicado^{2, 4, 7, 9, 10, 11, 14}. Ferlito y colaboradores después de una revisión de todos los carcinomas verrucosos laríngeos tratados inicialmente con radioterapia encontraron que 64 de 90 casos (71%) no fueron curados o presentaron recurrencias. La forma de tratamiento quirúrgico dependerá de la extensión y situación de la lesión y así podran usarse

desde resecciones endoscópicas, que no siempre cubren los requisitos de la cirugía oncológica pasando por las cordectomías, laringectomías parciales en sus variedades supraglóticas u horizontales y finalmente laringectomías radicales de cuello no estan indicadas en estos casos pues los carcinomas verrucosos laríngeos no han demostrado su capacidad para dar metástasis ganglionares regionales,² aunque carcinomas verrucosos de otras localizaciones pueden presentarlas aunque en proporción mínima. En caso de encontrar ganglios aumentados de tamaño durante el acto quirúrgico deberan extirparse y analizarse transoperatoriamente y en caso de mostrar depósitos metastásicos, el diagnóstico de carcinoma verrucoso laríngeo deberá ponerse en duda.

PRESENTACION DE UN CASO

Masculino de 52 años, con antecedentes de tabaquismo de 2 cajetillas al día por 35 años y de ingestión de bebidas alcohólicas 2 a la semana. Es referido con una historia de disfonía progresiva de 9 meses de evolución y con disnea progresiva que ha llegado a ser de mínimos esfuerzos de 3 meses de evolución. Su examen por laringoscopia indirecta muestra la presencia de una masa exofítica, de aspecto papilomatoso, sésil, que cubre casi toda la cuerda izquierda, cruza la comisura anterior y se extiende al tercio anterior de la cuerda derecha la cual presenta una motilidad disminuida, mientras que en la izquierda esta característica no existe. Se observa franco compromiso de la vía aérea siendo esta de 1 a 2 mm. No existe adenopatía cervical palpable. La radiografía del tórax es normal. Se practica laringoscopia directa bajo anestesia general tomándose múltiples biopsias con el objeto de disminuir el volumen tumoral y mejorar la vía aérea. El reporte histopatológico es de carcinoma

Fig. 1.- Pieza quirúrgica



verrucoso. En enero de 1978 se procede a practicar laringectomía total (ver figura 1), siendo su evolución post-operatoria satisfactoria siendo dado de alta 15 días después de su ingreso al Hospital. En su última visita de control en junio de 1981 no existe evidencia de recurrencia local, adenopatía cervical u otro primario. El paciente desarrolla sus funciones habituales como administrador de un rancho y utiliza una laringe eléctrica.

COMENTARIO

Este paciente presenta las características propias de los pacientes con carcinomas de la laringe o sea el antecedente de tabaquismo y alcoholismo frecuentes con la aparición de una disfonía progresiva y posteriormente de disnea. Su examen físico revela las características macroscópicas del carcinoma verrucoso las cuales se confirman con el diagnóstico histológico, que es facilitado por la multitud de biopsias tomadas y la profundidad de las mismas con el objeto de mejorar la vía aérea y evitar la traqueostomía antes del establecimiento de la terapéutica definitiva. Una vez conocido el diagnóstico se establece claramente la necesidad de un tratamiento quirúrgico, que implica una laringectomía total por la extensión de la neoplasia.² Su evolución posterior ha sido de acuerdo con el diagnóstico histológico.

CONCLUSIONES

Es indispensable que el Otorri-

nolaringólogo conozca la posibilidad de la existencia de los carcinomas verrucosos debido a las diferentes características clínicas, pronósticas y terapéuticas comparadas con las del carcinoma escamoso laríngeo. Cuando existan las características macroscópicas antes descritas deberá entablarse un cuidadoso diálogo con el histopatólogo con el objeto de precisar la naturaleza de la neoplasia y de diferenciarla de los carcinomas escamosos bien diferenciados y sobre todo de lesiones de naturaleza benigna como hiperqueratosis o papilomatosis, por el riesgo de sobretratar a un paciente o de usar una forma terapéutica equivocada como la radioterapia^{2,9} en el primer caso, o bien de no tratar un tumor maligno adecuadamente en el segundo caso. Pensamos que aunque el uso de radioterapia en todos estos pacientes no se traduce en la transformación de un tumor de baja agresividad biológica a un anaplásico de alta malignidad, sí existe ese riesgo, además de que el porcentaje de curaciones obtenido en múltiples centros por esta modalidad terapéutica es decepcionante (30 %).

La aparición de un carcinoma verrucoso por otro lado, no excluye la posibilidad de cirugía laríngea conservadora, cuando por su tamaño esto sea posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Ackerman, I. V.: Verrucous carcinoma of the oral cavity. *Surgery*. 23: 670, 1948.
- 2.- Ferlito, A. y Gianfranco, R.: Ackerman's tumor (Verrucous Carcinoma) of the Larynx. A Clinicopathologic study of 77 cases. *Cancer* 46: 1617, 1980.
- 3.- Elliot, G. E.; MacDougald J. A. y Elliot, J. D. A.: Problems of verrucous squamous carcinoma. *Ann. Surg.* 29: 177, 1973.
- 4.- Biller H. F.; Ogura J. H. y Bauer, W. C.: Verrucous cancer of the Larynx. *Laryngoscope* 81: 1323, 1971.
- 5.- Thomas, J. R.; Snydermann, S. C.; Giffin, C. S. y Goin, D. W.: Verrucous carcinoma of the pyriform sinus. *Arch. Otolaryngol.* 97: 488, 1973.
- 6.- Minielly, J. A.; Harrison, E. G.; Fontana, R. S. y Payne W. S.: Verrucous squamous cell carcinoma of the esophagus. *Cancer* 20: 2078, 1967.
- 7.- Kraus, F. T. y Pérez-Mesa, C.: Verrucous carcinoma: clinical and pathologic study of 105 cases involving oral cavity, Larynx and genitalia. *Cancer* 19: 26, 1966.
- 8.- Brownstein, M. H. y Shapiro L.: Verrucous carcinoma of skin: epithelioma cuniculatum plantare. *Cancer* 38: 1710, 1976.
- 9.- Demian, S. D.; Dushkin, F. L. y Echevarría, R. A.: Perineural invasion and anaplastic transformation of verrucous carcinoma. *Cancer* 32: 395, 1973.
- 10.- Goethals, P. L.; Harrison, E. G. y Devine, K. D.: Verrucous squamous carcinoma of the oral cavity. *A. M. J. Surg.* 106: 845, 1963.
- 11.- Van Nostrand, A. P. y Olofsson, J.: Verrucous carcinoma of the larynx. A clinical and pathologic study of 10 cases. *Cancer* 30: 691, 1972.
- 12.- Stecker, R. H.; Devine, K. D. y Harrison, E. G.: Verrucose "Snuff dipper's carcinoma of the oral cavity. A case of self induced carcinogenesis *JAMA*. 14: 838, 1964.
- 13.- Burns, H. P.; Van Nostrand, A. W. P. y Bryve, D. P.: Verrucous carcinoma of the Larynx. Management by radiotherapy and surgery. *Ann. Otol. Rhinol Laryngol.* 85: 538, 1976.
- 14.- Batsakis, J. G.: Tumors of the Head and Neck. Clinical and Pathological considerations. Baltimore: Williams an Wilkins. 1974.

Aspectos éticos en la investigación y en la práctica de la Otorrinolaringología

Dr. Jorge CORVERA BERNARDELLI

Una de las más grandes distinciones que se pueden recibir en el campo de la Otorrinolaringología mexicana, es el ser invitado para dictar la conferencia magistral del Congreso Anual de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología. Es evidente que un galardón de ésta naturaleza conlleva una responsabilidad equivalente. Al agradecer a los organizadores del Congreso, y en particular a mi querido amigo el Dr. Miguel Arroyo Casteñazo el honor que se me hace, deseo también expresar que ésta responsabilidad no fue tomada a la ligera. El tema y el texto de la conferencia, fueron motivo de muchas reflexiones; solamente espero que los frutos de ellas puedan ser del interés y del agrado de todos los amigos aquí presentes.

El campo que abarca la ética en general, y en particular la ética médica, es fascinante por su vastedad y por su variedad. En un extremo, el campo de la meta-ética, concierne a la actividad intelectual más pura en sus aspectos filosóficos más complejos, al intentar revelar la naturaleza última de sus propios enunciados.

Por el otro extremo, la ética aplicada influye de cerca en la

tarea cotidiana del médico en sus facetas más emotivas, al normar acciones que ligan a dos seres humanos, el médico y su paciente, en las circunstancias más solemnes, trascendentes y críticas de la vida, como son el nacimiento, la enfermedad y la muerte.

Recientemente el señor Dr. Pelayo Vilar Puig, editor de los Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, me distinguió solicitando para su publicación un breve ensayo que, a manera de introducción a un simposio sobre ética médica, tuve oportunidad de leer ante la Sociedad Potosina de Estudios Médicos. Este resumen esquemático, puntualizaba ciertos aspectos elementales de lo que constituye la rama de la filosofía que denominamos ética y en particular la ética médica. En él, se trató únicamente de acotar por así decir, en forma muy somera, el campo de ésta disciplina. No habré de repetir ante ustedes lo dicho en esa ocasión y trataré solamente sobre aspectos más aplicativos de la ética médica.

Como frecuentemente sucede, es más fácil entender a priori lo que significa la palabra ética que definirla. Pero siempre es necesaria una definición. Entre las muchas que se pueden ofrecer destaca por su lucidez la expresada por Ramsay: "Ética es la ciencia de la conducta correcta o equi-

vocada, del comportamiento elogioso o culpable. De ésta manera, cuando se habla de ética médica normativa, significa reflexionar sobre lo que debe hacerse, bien sea que así se haga, o bien que constituya un ideal o una guía de acción que deban ser procurados".

Evidentemente, de la multitud de problemas éticos que pueden surgir en el campo de la Otorrinolaringología, solamente podrán ser tratados unos cuantos, y aún ellos superficialmente, en una conferencia de ésta magnitud. Por ello, he escogido tópicos aislados que quizás sirvan más para estimular el pensamiento ético, que para resolver problemas específicos. Estos se referirán a los dos grandes capítulos en el campo de nuestra especialidad: La investigación y la práctica otorrinolaringológica.

1. La investigación

Desde el punto de vista de la ética normativa, probablemente el campo más abordado recientemente es la investigación en humanos. La investigación en seres humanos es tan antigua como la medicina misma. Claudio Bernard en 1865, refiere que en el imperio Persa, los gobernantes entregaban a sus médicos a condenados a muerte para que pudieran practicar vivisección. Se-

(*) Conferencia Magistral presentada en el XXXII Congreso Nacional de ORL en Ixtapa-Zihuatanejo, el 4 de mayo de 1982.

gún Galeno, Atalo III Filometor, Rey de Pergamo en el año 137 A. C., experimentaba con venenos y sus antídotos en criminales condenados a muerte. En la época Ptolomeica, en Alejandría, Erófilo y Erasítrato experimentaban en criminales. Más recientemente, Gabriel Falopio, el gran anatomista, recibió, por orden del Gran Duque de Toscana, a un criminal con permiso de practicarle disecciones o aún de causarle la muerte, como él creyera conveniente. El sujeto en cuestión murió después de habersele administrado opio, para observar el efecto sobre el paludismo que sufría.

Episodios similares debieron ocurrir regularmente, pero no fue sino hasta terminada la Segunda Guerra Mundial, cuando el mundo se pudo dar cuenta de la magnitud, crueldad y frecuencia de los experimentos, las más de las veces absurdos, efectuados en prisioneros en los campos de concentración alemanes. Esto propició la elaboración de un código para normar la conducta en las investigaciones biomédicas que afectan humanos.

El código de Nuremberg, promulgado en 1947, contiene 10 capítulos que tratan tres temas fundamentales: Refiriéndose al sujeto de experimentación, expresan la necesidad de que otorgue su consentimiento voluntario, después de recibir información adecuada; y que debe tener la libertad para terminar su participación en cualquier momento, sin sufrir por ello consecuencia alguna. Respecto al investigador, el código de Nuremberg señala que sólo científicos de capacidad reconocida, están autorizados para efectuar este tipo de experimentos, y que deberán darlos por terminados si perciben posibilidad de daño definitivo al sujeto, en que se realizan.

En cuanto al proceso mismo de investigación, se considera que sólo se justifica si hay razón su-

ficiente para suponer que logre resultados de utilidad a la sociedad, imposibles de obtener de otra manera. El proyecto deberá diseñarse para evitar todo sufrimiento o riesgo que no sea indispensable: y los inevitables, deberán estar justificados, en función de su importancia para la humanidad. Previene que no deberán ejecutarse experimentos en que de antemano se conozca la posibilidad de muerte, invalidez o daño permanente al sujeto en experimentación; y si en el curso del estudio aparecieran como posibles estos datos, deberá suspenderse de inmediato su ejecución.

En 1964, la Asociación Médica Mundial, en su XVIII Asamblea, adoptó la llamada declaración de Helsinki. Esta consiste en un grupo de reglas que deberán guiar a los médicos que practiquen investigación clínica, tanto de índole terapéutica como no terapéutica. En su XXIX Asamblea en Tokio en 1975, la Asociación Médica Mundial revisó su declaración, ampliando su campo para incluir toda investigación biomédica que afectará a sujetos humanos.

Los avances respecto al código de Nuremberg fueron, considerables refiriéndose al sujeto de experimentación, puntualizan la importancia de que la participación de los sujetos sea voluntaria, habiendo otorgado su consentimiento con pleno y claro conocimiento de los riesgos y molestias a que se están sometiendo, y que éste consentimiento haya sido obtenido libremente, sin presiones de ninguna especie, políticas, sociales, económicas o profesionales. En caso de tratarse de personas incompetentes, como pueden ser los pacientes inconscientes, los enfermos mentales o los niños, el consentimiento deberá ser otorgado por guardián legal, o por el familiar más cercano. La declaración de Helsinki puntualiza que los derechos y el bienestar del individuo deben siempre prevalecer sobre los derechos de la sociedad o de la ciencia.

Respecto al investigador, se indica claramente que su principal obligación es proteger el bienestar, la salud y la vida del sujeto y que su responsabilidad moral y legal respecto a daños o a sufrimiento, no desaparece por el hecho de que el sujeto haya aceptado participar en un proyecto de investigación.

En cuanto a la investigación misma, se introducen normas respecto al proyecto. Deberá haber siempre un protocolo de investigación, que observe las bases y principios científicos y se fundamente en los conocimientos obtenidos por otros medios. Este protocolo deberá incluir las consideraciones éticas pertinentes, expresar que se han aceptado los principios de la declaración de Helsinki, y deberá ser aprobado por un comité independiente nombrado con esos fines. Precisa que las revistas científicas deberán rechazar la publicación de comunicaciones que no se apeguen a los principios éticos contenidos en la declaración.

En los últimos años, el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIO-MS) se ha ocupado de que se discutan los aspectos éticos y morales de la aplicación médica de nuevos conocimientos científicos y tecnológicos. En 1976, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, inició la elaboración de guías internacionales para la investigación biomédica que afecta a sujetos humanos. El estudio fue basado en consultas extensas con numerosos expertos, representantes de diversas organizaciones y grupos médicos en todo el mundo. El proyecto original fue revisado en el año de 1980 por un grupo especialmente formado bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud y la versión revisada, se dio a conocer al público por primera vez en el curso de la XIV conferencia de mesa redonda, que organizara el Consejo Internacional de Organi-

zaciones de Ciencias Médicas, en colaboración con la Academia Nacional de Medicina, en la Ciudad de México en noviembre de 1980.

Después de ser sometido a extensas discusiones, se presentó una versión modificada en septiembre de 1981 en la sesión del Comité ejecutivo de la CIOMS en la ciudad de Manila y en octubre de 1981 en la XXIII sesión del Comité consultivo sobre investigación médica de la Organización Mundial de la Salud, fue aprobado en ambos, y se recomendó fuera dado a conocer ampliamente para que sirva como documento de consulta a las autoridades de salud, consejos de investigación médica, facultades de medicina y organizaciones no gubernamentales, así como para revistas médicas y todas aquellas instituciones interesadas, incluyendo las compañías farmacéuticas que practican investigación.

Los conceptos éticos básicos no difieren de la declaración de Helsinki, y solamente pretenden facilitar su aplicación, especialmente, en los países en desarrollo, teniendo en cuenta las circunstancias socioeconómicas, las provisiones legales nacionales y los arreglos administrativos propios de cada uno de ellos.

Las guías propuestas están formadas por un preámbulo y 33 capítulos. Los primeros se refieren al código de Nuremberg y la declaración de Helsinki, reconociendo específicamente su validez universal, y señalando que el objetivo de las guías no es duplicar o cambiar estos principios, sino indicar la manera de ser aplicados en circunstancias particulares. Los aspectos más importantes que detallan las guías internacionales propuestas se refieren al consentimiento de los sujetos, a los procedimientos de revisión de los protocolos, a cuidados especiales cuando el financiamiento de la investigación corre por cuenta de organizaciones que no residen en el país en que se prac-

tica el estudio, a la compensación que deben recibir los sujetos de investigación por daño accidental y por último, tratan acerca de la confidencialidad que todos los datos deben tener para proteger la privacidad del individuo.

Las guías de investigación propuestas son muy completas, explícitas y cubren realmente la mayor parte de las contingencias. Sin embargo, quien considere que la simple existencia de guías, reglamentos o leyes, resuelve los problemas éticos de la investigación científica, está equivocado. En esencia, todos los códigos son limitantes. La ética médica significa el juicio crítico y la reconstrucción constante de los cuerpos de prescripciones y prohibiciones en el contexto de una teoría total de la moralidad humana.

Quizás sea conveniente recordar que los crímenes motivo de los juicios de Nuremberg, fueron cometidos en contra de leyes alemanas existentes en el momento, en contra de leyes internacionales aceptadas por Alemania y conocidas por sus oficiales, y en contra de los principios éticos reconocidos y practicados antes de la guerra. La ética es una cuestión personal. Los sistemas políticos dictatoriales, al suprimir la libertad del individuo, suprimen con ello su responsabilidad. La única garantía de que una investigación científica sea moral y humana, es que sea practicada por un investigador, moral, humano y responsable, libre de sistemas opresivos y sujeto únicamente a la vigilancia y al juicio de sus iguales.

En términos generales, los proyectos de investigación en humanos se dividen en dos grandes grupos. En primer lugar, se habla de las investigaciones terapéuticas. En estas investigaciones, se pretende lograr como objetivo principal el alivio o la mejoría de la enfermedad que porta el sujeto; el aspecto de investigación se refiere únicamente al intento de mejorar una técnica conocida para lograr mejores resultados o

bien desarrollar un tratamiento para enfermedades previamente intratables. Este tipo de investigación no suele presentar problemas éticos serios, en tanto se tengan en cuenta los postulados de los códigos referidos previamente.

La investigación no terapéutica, es decir, los experimentos en seres humanos cuyo único fin es adquirir conocimientos que de antemano se sabe no beneficiarán al sujeto en quien se practica, deberá sujetarse a normas morales de extrema rigidez. No está permitido repetir experimentos ya efectuados, ni utilizar más sujetos de los estrictamente indispensables. Requieren de supervisión muy cercana por comités constituidos ex-prefeso con capacidad para reconocer de inmediato y advertir al investigador cuando se desvíe de la línea trazada.

En el campo de la Otorrinolaringología, no suelen ser frecuentes ni necesarios éstos experimentos; sin embargo, debe de hacerse un llamado de atención, ante la posibilidad de utilizar pacientes otorrinolaringológicos para ciertos estudios básicos, precisamente porque sus padecimientos tienen poca repercusión general. Esto puede ir, desde la obtención de unos cuantos mililitros más de sangre en los análisis preoperatorios hasta la utilización de nuevas drogas anestésicas, aprovechando que los procedimientos quirúrgicos de la especialidad suelen ser poco traumáticos.

La responsabilidad ética en estos casos, recae primordialmente en el cirujano otorrinolaringológico, quien debe respetar en forma absoluta los postulados que gobiernan la investigación en humanos y no pretender otorgar él permiso necesario para estos experimentos, en lugar de que sea concedido expresamente por el sujeto mismo de experimentación.

Evidentemente una pregunta salta a la vista de inmediato: ¿Porqué razón debe alguien so-

meterse a molestias, sufrimientos y aún peligros en beneficio de la investigación científica?. Ladd explora con particular claridad este tema cuando dice "El objeto de la experimentación médica en humanos debe referirse, aunque sea indirectamente, al alivio del sufrimiento. El médico, tanto el practicante de la medicina como el científico, poseen el poder para ayudar a mejorar los sufrimientos. Las ciencias médicas y el desarrollo de nuevos conocimientos médicos, aumentan ése poder y la experimentación médica es uno de los medios principales para incrementarlos". "Si la experimentación médica sobre sujetos humanos se enfoca desde éste punto de vista y en este contexto, en lugar de hablar de ella en términos de su contribución al progreso científico en general, entonces salta a la vista que el humano que se somete a la experimentación, no lo está haciendo en favor del científico que diseña y administra el proyecto, sino en favor de quienes tarde o temprano obtendrán beneficios de los resultados del experimento; es decir, en favor de aquellos cuyos sufrimientos serán aliviados." "De esta manera, desde el punto de vista del sujeto, considerado como ser moral, la consideración crucial se concentra en el resultado del experimento en comparación con el sufrimiento que este causa". "Es por eso que el diseño que el experimento adquiere importancia crítica, ya que debe formar el puente, por así decirlo, entre el sujeto de experimentación y aquellos enfermos desconocidos a quienes él ayudará". "Si el proyecto está mal diseñado, el objetivo del sujeto de experimentación de ayudar a otros seres humanos no será logrado". Hasta aquí Ladd.

2.- La práctica Otorrinolaringológica.

La conducta que debe resultar

del sentido de justicia y moralidad del médico, y de su sensibilidad hacia las necesidades de su paciente, ha sido expuesta desde tiempo inmemorial en juramentos, códigos y monografías.

Entre los más antiguos, destaca la colección de documentos conocida como "Corpus Hipocraticus". Este material fue escrito alrededor del quinto al cuarto siglo antes de Cristo y parece constituir restos de la biblioteca de la escuela de medicina hipocrática. Algunos de éstos documentos parecen haber sido escritos por el propio Hipócrates, que nació alrededor del año 460 A. C., en la Isla de Cos.

Paradójicamente, el juramento hipocrático que conocemos, es poco probable que haya sido escrito por él, sino que fue elaborado en el seno de los pitagóricos, que fueran una secta filosófica iniciada al final del cuarto siglo A. C.

A fines de la edad media, empiezan a aparecer con cierta frecuencia, documentos diversos que intentan normar las relaciones médico-paciente. Esta tendencia, por supuesto, continúa hasta el presente. En la Edad Media tardía, destacan tres escritos interesantes: Federico-II, Emperador del Sacro Imperio Romano Germánico, emitió en el año 1240 una ley que establecía los requerimientos para los aprendices y los practicantes de la medicina. Aproximadamente en la misma época, aparece el tratado "De Cautelis Medicorum", atribuido a Arnaldo de Vilanova y que relata aspectos éticos en las relaciones de los médicos con sus pacientes, pero también analiza cuidadosamente las precauciones que debe tener el médico para no ser engañado. Poco tiempo después, a principios del Siglo XIV, aparecen los escritos del cirujano francés Henri de Mondeville, que se ocupan, tanto de la ética de las relaciones entre el cirujano y su paciente, como de la mejor manera de cobrar los honorarios.

Creo que vale la pena citar literalmente a Mondeville en lo siguiente "un cirujano debe ser atrevido. No debe de discutir enfrente de los laicos y a pesar de que debe de operar en forma prudente y sabia, nunca debe intentar una operación peligrosa a menos que esté seguro que es la única manera de evitar un mayor peligro. Debe prometer curación a todos sus pacientes, pero debe advertir a los padres o amigos si existiera algún peligro. Debe rehusar siempre que le sea posible, los casos difíciles y nunca debe involucrarse en casos desesperados. Puede dar consultas a los pobres solamente por amor a Dios, pero los ricos deben de pagar bien".

Los códigos de ética médica se multiplican en los siglos pasados y presente. La Sociedad Médica Americana publica su primer código en 1847. La Asociación Médica Mundial publica en 1949 la declaración de Ginebra y en 1957 la Sociedad Médica Americana publica sus principios de ética médica.

Estos últimos, que constan de un preámbulo y diez secciones, se refieren a la conducta que los médicos deben seguir para consigo mismos, para sus pacientes y para sus colegas. Respecto a la conducta consigo mismos, señala que el médico debe llevar una vida digna, honorable y disciplinada, debe cuidar el principal objetivo de su profesión que es otorgar servicios a la humanidad en base a un respeto total de la dignidad del hombre; debe mejorar continuamente sus conocimientos y su habilidad profesionales, y debe utilizar una metodología científica.

Respecto a los pacientes, los principios éticos reconocen la libertad del médico de seleccionar a sus pacientes, pero con estricta obligación de actuar en casos de emergencia.

Una vez a su cuidado, el paciente tendrá la seguridad de que el médico continuará atendiendo-

lo, a menos que el propio paciente cambie de médico, o que éste le advierta con tiempo de conseguir otro. Se puntualiza también la obligación del médico de proteger la privacidad de sus pacientes.

En cuanto a la conducta con otros médicos, se establecen las bases éticas de las interconsultas, y se señala la prohibición absoluta de recibir comisiones, y la necesidad de exponer sin reparo alguno la conducta ilegal o deshonestas que advierta en otros miembros de su profesión.

En el campo específico de nuestra especialidad, quizás valga la pena señalar algunos aspectos que conllevan problemas éticos, tanto en el proceso del diagnóstico, como en el del tratamiento, bien sea médico o quirúrgico.

La explosión tecnológica ha afectado a nuestra especialidad al igual que otras muchas, apareciendo numerosos procedimientos que rápidamente se incorporan a la práctica cotidiana. En tanto que muchos representan realmente un progreso indudable, otros, con bases menos sólidas, constituyen verdaderas modas.

Un problema importante, con matices éticos, lo constituyen la prescripción innecesaria y excesiva de estudios que no añaden ningún elemento informativo al diagnóstico ya realizado, o que no cambian el tratamiento, a que deberá ser sometido el paciente. Constantemente se ordenan estudios funcionales redundantes, radiografías en número y frecuencia excesiva, y análisis de laboratorio de antemano conocidos por inútiles con el consiguiente incremento de molestias y gastos y con la posibilidad aún de daño, en procedimientos invasivos.

En su justificación, se suele argumentar la remota posibilidad de que aparezca un hallazgo insospechado. Esto es, a todas luces, absurdo. Para utilizar un ejemplo, no es posible efectuar cateterizaciones cardíacas a toda la población, con la esperanza de encontrar, quizá en uno de cada

1000 pacientes, un angostamiento coronario corregible quirúrgicamente. Este hallazgo se lograría a un precio de 999 estudios caros y agresivos en otros tantos pacientes. La valoración constante de costo-beneficio es también una tarea ética.

Por otra parte muchos de los procedimientos diagnósticos adquieren súbita moda y desaparecen del horizonte de la profesión con igual rapidez. Estos suelen ser desde el principio, utilizados con el único fin de dar lustre a presentaciones clínicas en congresos y publicaciones.

La frontera entre investigación terapéutica y tratamiento quirúrgico es por demás vaga. A diferencia de los medicamentos que deben ser cuidadosamente estudiados y vigilados por instituciones y organizaciones nacionales e internacionales antes de ser puestos al mercado, los tratamientos quirúrgicos se proponen basados más en el talento personal del cirujano, que en una valoración objetiva de sus beneficios. Evidentemente que la cirugía ha mejorado; evidentemente que su avance se logra gracias a nuevos procedimientos cada vez más eficaces, pero también es evidente que numerosas operaciones no son caminos de progreso, sino callejones sin salida. Para distinguir entre ellas, es necesario que se elabore un código ético de las publicaciones médicas, que requiera, no sólo de la presentación oportuna de las nuevas técnicas, sino la divulgación detallada de sus desventajas, efectos colaterales indeseables y sus peligros.

Grave es la actitud del que se lanza a practicar estudios u operaciones agresivos, nocivos, molestos o caros, con el único fin de tener el dudoso privilegio de ser el primero en su comunicación; y refiere con lujo de detalles sus supuestas cualidades, omitiendo sus defectos. Las publicaciones incompletas y tendenciosas con el objeto básico de adquirir prestigio personal, a menudo sólo se

ponen en evidencia cuando se advierte la desaparición súbita de comunicaciones sobre el tema.

Todos recordamos la frecuencia de artículos sobre el tratamiento de la enfermedad de Menière con ultrasonido; todos enormemente optimistas; y sin embargo, repentinamente se dejó de hablar de ésta técnica y nadie de los que publicaron los supuestos beneficios de ella, se tomó el trabajo de escribir un artículo diciendo porqué la había abandonado.

Las comunicaciones médicas incompletas causan enorme daño, sobre todo en aquellos médicos que, no teniendo la facilidad o la disposición para observar de primera mano y lograr enjuiciar críticamente lo que dice, se atiende en forma exclusiva a los comunicados de la literatura técnica y científica.

3.- El porqué de la ética

La ética, como todas las ramas de la filosofía, es motivo de estudios que conducen a interpretaciones y valoraciones diversas, que a su vez terminan en modelos lógicos distintos, llamados desde la antigüedad "escuelas". Respecto a la meta-ética, las escuelas se identifican en dos grupos principales: los cognocentistas y los no-cognocentistas. Las diversas escuelas cognocentistas consideran que los juicios éticos son capaces de ser ciertos o falsos y que, por lo tanto, constituyen una forma especial del conocimiento. Las escuelas no-cognocentistas consideran que dichos juicios no son capaces de ser ciertos o falsos, desde el momento en que no constituyen entidades reales del universo, y por lo tanto, no forman parte del conocimiento humano, sino que dichos juicios funcionan para expresar actitudes o para formular comandamientos.

Respecto a la ética normativa, se pueden reconocer tres grupos de escuelas importantes. En pri-

mer lugar, la ética deontológica, en que típicamente se sostiene que las acciones son correctas o equivocadas por la naturaleza misma de la acción, o porque se conforman con un principio formal indiscutible. La ética teológica, por el contrario, considera que las acciones son correctas cuando producen resultados o consecuencias buenas, y que son incorrectas cuando los resultados o sus consecuencias son malos. Por último, una variante del concepto teológico de la ética, es el concepto axiológico, que considera que ciertos actos son correctos debido a las cualidades intrínsecas e inherentes del acto mismo, cualidades tales como placer, felicidad, bondad, etc.

Por otra parte numerosas escuelas filosóficas y en particular algunas de las que tienen mayor relevancia contemporánea, niegan la base racional de la moralidad. Esta tendencia es muy antigua; aparece con los escépticos y se manifiesta en ciertos filósofos pre-renacentistas como Duns Scotus y William of Ockham. Recientemente, el existencialismo y el Marxismo recogen estos conceptos. El marxismo en particular, considera que las ideas morales son simplemente partes de la super-estructura ideológica que refleja y sirve a los intereses de las clases económicamente dominantes de la sociedad. Por otra parte, Freud consideraba que las ideas morales eran solamente el resultado del condicionamiento paternal y de la sociedad, tendiente a reprimir los impulsos vitales del individuo.

No deja de ser curioso señalar que, a pesar de esas expresiones, tanto Marx como Freud estaban

tan firmemente ligados a ideas morales ellos mismos, como para haber dedicado gran parte de sus vidas y de aún haber sufrido penurias y vejaciones para tratar de disminuir la explotación y la deshonestedad entre los humanos. Aparentemente, ellos exceptuaban sus propias ideas morales del diagnóstico general que acerca de ellas habían efectuado.

Para los religiosos, el problema de la naturaleza de la ética no existe. En particular en aquellas religiones que se basan en la revelación, las normas morales son simplemente la conducta que dicta la divinidad. En ese aspecto, todas las éticas religiosas son éticas deontológicas puesto que los actos o conductas morales deberán apegarse a una regla formal, explícita o implícita en las doctrinas religiosas mismas. La ética también es susceptible de estudiarse por métodos científicos. Se pueden considerar como tales, los que estudian a la ética desde el punto de vista lingüístico y los que la enfocan desde el punto de vista de la posibilidad de verificación.

El análisis lingüístico se basa en la premisa de que el estudio directo, explícito del lenguaje puede aclarar dilemas filosóficos. Pero, si se considera que conceptos como "formas inteligibles", "esencia real" o, si vamos a ello "imperativos categóricos" son sólo palabras, los filósofos no tendrían derecho a suponer su existencia independiente.

El segundo enfoque postula que para que una expresión tenga sentido cognocitivo, debe ser verificable. Sólo hay dos maneras mutuamente excluyentes de verificación: Las expresiones analíti-

cas, que se verifican por el sentido de sus términos, como en las matemáticas y las expresiones sintéticas, verificables por comparación con datos empíricos, como ocurre en las ciencias naturales. Las expresiones éticas no son ni analíticas ni sintéticas y por lo tanto no son verificables.

Quedaría un enfoque que podríamos denominar orgánico de la ética. La vivencia moral, como el lenguaje, constituiría un órgano mental que crece en la mente humana igual que crecen los órganos y los sistemas físicos en el cuerpo. Si consideramos que el cuerpo físico en un conjunto de órganos y sistemas que tienen que ver con la respiración, la digestión, etc., podremos considerar que la mente es un conjunto de órganos mentales como el lenguaje, y en nuestro caso la ética. El ser humano sería ético por la misma razón que respira o que su sangre circula: porque así está hecho. Desde éste punto de vista el estudio de la ética adquiriría un carácter darwinista: Los puntos de vista morales servirían para promover la adaptación social y la supervivencia evolutiva. Pero aún más importante que la anterior, el concepto orgánico de la ética, explicaría la profunda necesidad que muestran todos los individuos, tanto cultos como incultos, religiosos y agnósticos, buenos y malos, de sentir justificadas sus acciones en base a principios éticos, y de necesitar, como se necesita del aire y del alimento, de la aprobación de su conducta por parte de aquéllos a quienes consideran sus mejores.

Resumen bibliográfico

PRESERVATION OF THE ORBITAL CONTENTS IN CANCER OF THE MAXILLARY SINUS,

(Conservación del contenido de la órbita en cáncer del seno maxilar).

Larson, D. L., Christ, J. E. y Jesse, R. H. *Archives of Otolaryngology*: 108: 370-372, 1982.

Se hizo un estudio retrospectivo en 43 pacientes con cáncer primario del seno maxilar, llevado a cabo de enero de 1973 a diciembre de 1978. De los pacientes, 32 tenían carcinoma de células escamosas y los 11 restantes presentaron tumores de glándula salival, de tejidos blandos y nervioso. A 16 de los pacientes se les practicó vaciamiento de la órbita, en 14 se resecó el piso de la órbita, colocando injerto de piel en su lugar.

Consideran los autores como indicación absoluta para realizar vaciamiento de la órbita la invasión del tumor a la periórbita, celdillas etmoidales posteriores o del ápice orbitario, toman además en cuenta las características morfológicas o agresividad del tumor.

Agrupan a los pacientes según el tratamiento en: a.- Tratados con maxilectomía con conservación de la órbita (13 pacientes); b.- Con maxilectomía y resección del piso (14) y c.- Maxilecto-

mía con vaciamiento de órbita (16 casos).

En los pacientes del grupo a.- seis tuvieron sobrevida de 5 años sin evidencia de neoplasia, uno presentó recurrencia y seis fallecieron a causa del padecimiento. Del grupo b.- seis casos de sobrevida, 1 paciente con recurrencia y otro falleció por causas ajenas al tumor. En el grupo c.- seis casos sobrevivieron, ningún caso presentó recurrencia, 7 fallecieron a causa del padecimiento tumoral y 3 por causas ajenas al mismo.

De los 43 pacientes el 42 % lo sobrevivió sin evidencia de neoplasia, el 5 % presentaron recurrencia, 44 % murieron a causa del padecimiento y el 9 % falleció por otros motivos.

En los 27 pacientes en que se conservó el contenido orbitario 12 tenían agudeza visual satisfactoria, el resto presentaron diversos problemas como diplopia, queratitis, ectopión o catarata.

Los autores concluyen que sus observaciones coinciden con las de otros autores, en que hay suficientes razones para conservar el contenido orbitario en el tratamiento primario del cáncer del seno maxilar, y que la recurrencia local, regional o metastásica está más en relación al tipo y agresividad del tumor que a la conservación o no del contenido orbitario.

S. Decanini

HERPES ZOSTER OTICUS: SURGERY BASED UPON PROGNOSTIC INDICATORS AND RESULTS.

(Herpes Zoster Otico: Cirugía basada en las indicaciones de pronóstico y resultados).

May, M. y Blumenthal, F. *Laryngoscope*, 92: 65-67, 1982.

La cirugía o la terapia con esteroides son los métodos más comúnmente usados en el tratamiento del herpes zoster ótico, pero aún existen controversias en relación a cuando están indicados cada uno de estos tratamientos.

Los autores realizan un estudio prospectivo de 28 pacientes con herpes zoster, a los que siguen durante 6 años.

Realizan en todos ellos pruebas de lagrimeo, flujo salival submaxilar, respuesta muscular a estímulos máximos y respuesta electromiográfica. A aquellos pacientes en que las pruebas fueron de un 25 % o menos de lo normal se les considera como de mal pronóstico para la recuperación de la función facial con la terapia conservadora.

De los 28 pacientes estudiados 12 pertenecieron al grupo de pronóstico favorable y el 100 % tuvo una recuperación de la función facial sin tratamiento. Dentro del grupo de pacientes de mal pronóstico aquellos tratados

conservadoramente tuvieron muy pobre recuperación, excepto uno; diez pacientes del mismo pronóstico fueron operados teniendo el 40 % muy buen resultado, 20 % regular y 40 % escaso.

Los autores concluyen que en la mayoría de los casos de pacientes con herpes zoster ótico en que la parálisis facial consecuente permanece incompleta y por ello las pruebas son normales, el pronóstico es excelente y existe recuperación de la función facial sin necesidad de una intervención quirúrgica.

Piensen que el número de pacientes incluídos en este estudio es pequeño para evaluar correctamente los resultados de la cirugía y que quizá se puede obtener un mayor porcentaje de éxito si se procura que la intervención sea lo más temprana posible.

En relación a las pruebas pronósticas consideran que una alteración en lagrimeo o en el flujo salival deben ser indicaciones de tratamiento quirúrgico, ya que estas pruebas se alteran antes de las respuestas electromiográficas.

Por último, los autores recomiendan la descompresión transmastoidea del segmento laberíntico del facial, aunque reconocen que la técnica de esta cirugía es difícil y debe ser realizada solo por un otocirujano experimentado por el riesgo de dañar el laberinto y estructuras intracraneales.

L. Andrade-Ortega

NASAL CYCLE AND POSTURAL VARIATIONS IN NASAL RESISTANCE.

(Ciclo nasal y variaciones posturales en la resistencia nasal).

Hasegawa, M. *The Annals of Otol., Rhinol. y Laryngol.*, 91: 112-114, 1982.

El propósito del autor en este estudio fue aprender porque los sujetos normales tienen un discreto incremento en la resistencia nasal total, en la posición supina y como la resistencia unilateral varía con los cambios posicionales de la cabeza y como estos cambios son influenciados por el ciclo nasal.

Estudió diez sujetos; tres del sexo

masculino y siete del femenino, ninguno tenía historia de rinitis alérgica, asma, rinitis crónica ni desviación septal. Se llevó a cabo determinación de la resistencia unilateral cada 15 minutos, para determinar el comportamiento del ciclo nasal, usando rinomanometría anterior, todas las medidas fueron hechas en la misma fase del ciclo nasal, pero fueron observadas en varias posiciones: 0°, 30°, 60°, 90° y en el plano horizontal del sujeto, manteniéndolo un minuto en cada posición.

La resistencia unilateral fue medida antes y después de cada cambio y en cada ventana nasal.

El presente estudio demuestra que los cambios posturales son influenciados fuertemente por el ciclo nasal, que la resistencia unilateral fue más marcada en los lados congestionados, que la resistencia unilateral disminuyó entre los 0° y 90° y se incrementó de 90° a 0°, fue considerablemente más alta que en los otros ángulos. Del mismo modo la resistencia total fue más afectada que la unilateral en el lado contrario. Considerando estudios previos y el conocimiento actual, se puede decir que habiendo observado las variaciones de la resistencia unilateral en el lado congestionado, el ciclo nasal puede ser inducido por cambios alternos en el tono del simpático, el cual es regulado por el hipotálamo.

S. Decanini

SALIVARY AND BRONCHIAL IMMUNOGLOBULINS IN PATIENTS WITH RESPIRATORY TRACT CARCINOMA.

(Inmunoglobulinas de la secreción salival y bronquial en pacientes con carcinoma del tracto respiratorio).

Dvorak, J. y Katz, R. *Laryngoscope*, 92: 35-36, 1982.

Se sabe que en una gran cantidad de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, así como con carcinomas broncogénico presentan anomalías del sistema inmune.

Estas anomalías consisten principalmente en deficiencia del sistema celular que se manifiesta como deficiencia

de linfocitos T y de hipersensibilidad tardía, y en alteraciones del sistema humoral, con elevaciones importantes de la IgA y de la IgG.

Los autores estudian un grupo de 87 pacientes con carcinoma epidermoide de la cavidad oral y carcinoma broncogénico (epidermoide, adenocarcinoma y carcinoma avascular) en los cuales intentan buscar una correlación entre los niveles de inmunoglobulinas A y G y el índice de supervivencia a 5 años.

Aunque corroboran que en estos pacientes los títulos de inmunoglobulinas A y G son 3 a 4 veces más altos que en grupos control, no encuentran ninguna relación significativa entre estos niveles y la supervivencia de los pacientes.

Concluyen que aún es necesario establecer cual puede ser el significado clínico de un aumento de inmunoglobulinas en pacientes con cáncer, pues no se ha determinado si este hecho representa un factor etiológico en el carcinoma o una respuesta inmunopatológica al mismo.

Es posible que el exceso de IgA e IgG en estos casos actúe sobre los antígenos tumorales volviéndolos inefectivos como estímulos ante el sistema inmune.

Por último, sostienen que quizá los resultados encontrados en el presente estudio signifiquen que la respuesta inmune ante este tipo de tumores es de naturaleza inespecífica.

L. Andrade-Ortega

AN EVALUATION OF THE CARBON DIOXIDE LASER IN THE TREATMENT OF TRAUMATIC LARYNGEAL STENOSIS.

(Evaluación del rayo laser de bióxido de carbono en el tratamiento de la estenosis laríngea traumática).

Shugar, J. y Biller, H. *Laryngoscope*, 92: 23-26, 1982.

La estenosis laríngea crónica puede ser un problema difícil de manejar y es debido a esto que existe diversidad de criterios en relación a su tratamiento.

Los autores presentan una serie de

16 casos de estenosis laríngea manejados con rayo laser de bióxido de carbono.

Debido a que cada región anatómica de la laringe es afectada en forma distinta por una lesión estenótica, dividen a sus pacientes en 4 grupos en función del nivel de la obstrucción: supraglótica, glótica, subglótica y traqueal.

Evalúan la eficacia del tratamiento con rayo laser teniendo en cuenta si éste fue útil en aquellos casos en que otras técnicas endoscópicas fallaron o si se mejoró el resultado obtenido anteriormente con las mismas.

El uso del rayo laser de bióxido de carbono tuvo éxito en todos aquellos casos de obstrucción supraglótica debido a redundancia de tejidos blandos o cicatrices localizadas. Aunque quizá se hubieran obtenido resultados similares con otras técnicas endoscópicas este método tiene la ventaja de ser menos cruento y provocar menos edema tisular postoperatorio.

Los resultados fueron mucho menos convincentes en el resto de los grupos.

Concluyen los autores que el uso del rayo laser de bióxido de carbono por vía endoscópica en la corrección de la estenosis laríngea es limitado y que su éxito depende de la localización, grado y características de la lesión.

L. Andrade-Ortega

SURGICAL TREATMENT OF ORBITAL FLOOR FRACTURES.

(Tratamiento quirúrgico de las fracturas del piso de la órbita).

Koutroupa, S. y Meyerhoff, W. L., *Archives of Otolaryngology*, 108: 184-186, 1982.

Los autores examinan las secuelas diplopia y enoftalmos en 551 pacientes con 597 fracturas del piso de la órbita; se siguió con todo cuidado la evolución de los pacientes por un período de 10 años, comprendido entre enero de 1969 y diciembre de 1979.

La edad de los pacientes fluctuó de

3 meses a 85 años, de ellos 428 eran hombres y 123 mujeres; 263 fueron fracturas no desplazadas y 334 con desplazamiento. En 371 de los casos (62 %) presentaron fractura del cigoma y de la órbita, de ellos 246 eran lineales y 125 conminutas; 142 fracturas eran de tipo Le Fort II y III, 72 fracturas se acompañaron de estallamiento de órbita y 12 fracturas mediales del maxilar superior. De los 597 casos en 41 (6.9 %) hubo lesión del globo ocular.

El estudio fue hecho con el objeto de contestar las tres preguntas siguientes:

- 1o.- ¿Esta indicada como rutina la exploración temprana de la órbita?
- 2o.- ¿La exploración temprana y reparación del piso, disminuyen la incidencia o severidad de las secuelas?
- 3o.- ¿Las complicaciones de la exploración temprana son suficientes para condenar este procedimiento?

De los 334 casos con fracturas desplazadas se practicó en 281 casos exploración directa a través de una incisión infraorbitaria o sub-tarsal o a través de una antrostomía, en este grupo hubo 29 secuelas, el resto o sea 53 casos no recibieron ningún tratamiento y las secuelas ocurrieron en 18 o sea 34 % de este grupo, la secuela más común que se presentó en ambos grupos fue la diplopia. En los 263 pacientes con fracturas no desplazadas y en donde ninguna exploración se practicó, en ningún caso hubo secuelas, incluye este grupo fracturas del piso que fueron alineadas por la reducción de las fracturas asociadas.

Los autores llegan a las siguientes conclusiones:

- 1o.- La exploración del piso de la órbita no está indicado en pacientes con fracturas no desplazadas.
- 2o.- La exploración quirúrgica del piso en los primeros 8 a 10 días es un medio seguro y efectivo de reducir las complicaciones secundarias a fracturas desplazadas.

S. Decanini

CARCINOMA OF THE TONGUE.

(Carcinoma de la lengua).

Leipzig, B., Cummings, C. W., Johnson, J., Chung, C. y Sagerman, R. H. *Annals of the Otol., Rhin., Laryngol.*, 91: 94-97, 1982.

Los autores hacen una revisión de 126 pacientes con carcinoma de células escamosas de la porción anterior de la lengua, durante seis y medio años (Junio de 1968 a 1974), en el Centro Médico de la Universidad Estatal de Nueva York.

La edad promedio de los pacientes al tiempo del diagnóstico fue de 60 años y eran del sexo femenino el 30 %.

Los pacientes fueron tratados por uno de los siguientes métodos: a.- Cirugía, b.- Radioterapia en dosis de 6000 rds. por 6 semanas, con acelerador lineal de megavoltaje, c. Radiación preoperatoria de 5000 rds. por 5 semanas; seguido de cirugía del tumor resección de una porción del maxilar inferior y disección radical de cuello, d.- En aquellos casos que presentaron recurrencia se les trató por el método no utilizado.

Las lesiones en estadio I tienen un alto índice de curabilidad independientemente del método de tratamiento usado (cirugía o radioterapia). Observando en la serie estudiada que sólo el 50 % de los pacientes (15 de 30) curaron mediante el tratamiento inicial.

Muchos casos en (estadio I y II), fueron, estadios III en el estudio anatomopatológico sin tomar en cuenta la terapéutica inicial aproximadamente un tercio de los pacientes con carcinoma en estadio II curaron. Los pacientes tratados primariamente con cirugía en estadio I, tuvieron usualmente recurrencia en los ganglios cervicales y 5 de 7 pacientes tuvieron recurrencia en el lado opuesto del cuello.

Esto enfatiza que muchos de los carcinomas en estadios tempranos del tercio anterior de la lengua son carcinomas patológicamente avanzados. Pacientes con estadio II, en quienes se les practicó inicialmente cirugía con disección radical del cuello electiva, con resección del tumor primario y mandíbula, no presentaron recurrencia,

Concluyen los autores que el tratamiento adecuado del carcinoma de lengua en estadios I y II consiste en resección del tumor, con vaciamiento del cuello, ya que como desde el punto de vista histológico son estadio III, es el único medio de mejorar el resultado de la terapéutica.

C. Decanini

COLUMNELLA IMPLANTS. RECONSTRUCTION OF THE ANTERIOR SEPTUM.

(Implante en la columnela. Reconstrucción del séptum anterior).

Gutiérrez, C. y Staksted, P. *Archives of Otolaryngology*, 108; 243-246, 1982.

Los autores describen sus experiencias en 100 pacientes que fueron intervenidos usando implantes para reemplazar el séptum anterior, durante el período de 1977 a 1979, habiendo sido examinados antes de la cirugía y durante los 12 meses posteriores a la misma.

Los implantes usados fueron: cartílago del mismo paciente, hueso cuando no fue posible obtener cartílago y cartílago de banco.

La vía de abordaje maxila-premaxila fue usada en todos los casos para la colocación del implante.

De los 100 pacientes 44 habían sido sometidos previamente a cirugía de séptum y rinoplastia de una a 4 veces, la cirugía previa incrementó el riesgo de malos resultados, los hallazgos pre-operatorios fueron: dislocación del séptum en el 84 % de los casos, inestabilidad 79 %, desviación anterior irregular 31 %, desviación anterior angular 24 %, ángulo nasolabial anormal 18 %, columnela retraída 13 %, perforación del séptum 7 % y asimetría 6 %.

Es evidente que se encontraron anomalías severas previas en los casos estudiados. Los resultados fueron valorados en satisfactorios y no satisfactorios, para lo cual usaron el la prueba de X-2.

El criterio para evaluar los resultados como satisfactorios fueron: La ausencia de los siguientes hallazgos:

asimetría, dislocación del séptum, retracción de la columnela, inestabilidad de la bóveda cartilaginosa y reducción del ángulo nasolabial.

El propósito del presente estudio es analizar los resultados obtenidos usando esta técnica, los casos fueron divididos en tres grupos de acuerdo al tipo de implante usado. El porcentaje de buenos resultados en cada grupo fue como sigue: implante óseo 71 casos (66.1 %), cartílago 23 (69.5 %) y cartílago de banco seis casos (50 %); con un resultado final satisfactorio en un 66 % y un 33 % de resultados no satisfactorios: de estos la retracción de la columnela se presentó en 10 pacientes de 13, al año de la cirugía. Como se puede apreciar no hubo diferencia notable en los resultados que es igual a $P = .2$ en el uso de los diferentes implantes quizás la parte más difícil fue estimar la forma y el tamaño de los mismos para dar un soporte adecuado, además de la presencia de fibrosis que produce tensión y retracción.

Consideran la técnica útil en casos donde el séptum cartilaginoso no puede ser alineado debido a anomalías múltiples, como la pérdida del soporte cartilaginoso que produce colapso valvular, así como en la resección submucosa del séptum y en todos aquellos factores que producen caída de la punta, hundimiento del dorso cartilaginoso y retracción de la columnela.

Los autores lamentan no conocer otra estadística para hacer estudios comparativos.

S. Decanini

THE INTRATEMPORAL COURSE OF THE FACIAL NERVE, AND ITS INFLUENCE IN THE OSSICULAR CHAIN.

(El curso intratemporal del nervio facial, y su influencia en la cadena osicular).

Gerhardt, H. J. y Otto, H. D., *Acta Otolaryngol*, 91: 567-573, 1981.

La información presentada por los autores, fue obtenido en más de 110

casos de malformaciones del oído medio y externo. Fueron de particular interés las malformaciones del estribo y su relación con la situación del nervio facial.

Las alteraciones congénitas del nervio facial, pueden clasificarse en dos grandes grupos: 1).- Desplazamiento en dirección anterior, especialmente en el área de su segunda rodilla y 2).- Un curso anormal en dirección lateral a expensas de las porciones mastoideas y timpánicas del nervio.

En el primero de los casos, la causa puede ser la hipoplasia del arco mandibular, debida probablemente a una involución temprana de la arteria estapedial. La hipoplasia se encuentra clínica y radiológicamente en todos los casos en los que se presenta dicha anomalía y el resultado es un acortamiento del arco mandibular, que a su vez condiciona un desplazamiento de la porción anterior del arco hioideo por lo que la parte distal toma una posición más anterior.

Morfológica y quirúrgicamente, se estableció una secuencia teratológica de las lesiones, siendo las más frecuentes: A).- Desviaciones de la pared ósea del conducto del facial. Dos terceras partes de estas se encontraron en el área de la ventana oval, y se piensa que puede ser secundaria a: una osificación incompleta del conducto del nervio facial, además de la persistencia de la apertura para la arteria estapedial, o a irrigación inadecuada en el nicho estapedial, siendo el desarrollo temprano del arco mandibular factor determinante en el grado de desplazamiento del nervio facial.

La ventana oval puede estar total o parcialmente cubierta por el nervio facial, originando malformaciones del estribo, siendo esta anomalía capaz de afectar también al yunque. En el caso de interposición del nervio facial entre la parte branquial del esbozo estapedial, la formación del estribo resulta impedida, y disturbios nutritivos concomitantes pueden causar displasias de los otros huesecillos e incluso del oído externo.

Las anomalías del nervio facial en su curso lateral afectan primordialmente al segmento mastoideo. Probablemente la causa sea también la hipo-

plasia del arco mandibular, que produce una rotación incompleta de la región temporal sobre su eje sagital, por lo que durante su desarrollo, el nervio facial se encuentra en una posición anormal dentro de la caja y no sale del temporal por el agujero estilomastoideo sino que pasa a través de la pared timpánica lateral. Concluyen los autores que muchas de las malformaciones congénitas se ven acompañadas por un trayecto intratemporal anómalo del nervio facial.

C. Pane

DUPLICATION OF THE ESOPHAGUS. (Duplicación del esófago).

Mikaelian, D. O.; O'Keefe, J. J.; Simonian, S. Ann. Otol. 90: 392-395, 1981.

Las duplicaciones del tubo digestivo

son malformaciones congénitas raras. Más raras lo son aún las duplicaciones del esófago. Hay dos tipos morfológicos de duplicaciones: en primer lugar están los quistes, los cuales predominan en la edad temprana y tienden a permanecer asintomáticos o dar manifestaciones en caso de que lleguen a comprimir estructuras vecinas tales como vasos sanguíneos y linfáticos, órganos digestivos y respiratorios o incluso que provoquen mediastinitis por ruptura. En segundo lugar se encuentran las duplicaciones cilíndricas, que dan síntomas de disfagia y dolor torácico ocasional. Las primeras no suelen estar comunicadas con la luz esofágica, y las segundas sí lo pueden estar. Ambas formas se acompañan a menudo de otras malformaciones tales como: escoliosis, fusión vertebral, espina bífida y hemivértebras. Histológicamente están constituidos por epitelio escamoso estratificado, submucosa con estructuras glandulares

y capa muscular pero sin serosa. Las formas quísticas pueden contener epitelio glandular gástrico.

El diagnóstico se hace con los hallazgos y manifestaciones clínicas mencionadas, la esofagografía, la esofagoscopia y la toracotomía exploradora. Siendo el tratamiento siempre quirúrgico.

Los autores del presente trabajo, presentan dos casos clínicos con duplicación esofágica de tipo cilíndrico, mencionándose sus síntomas, métodos de diagnóstico, tratamiento y complicaciones. Se expone un resumen de la embriogénesis del esófago y se enumeran las probables causas que originan estas alteraciones. Concluyen que no existe ninguna teoría satisfactoria para explicar la causa y se inclinan a favor de un origen diferente y por separado para cada uno de los dos tipos morfológicos de duplicación esofágica.

C. Pane

Actividades de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

XXXIII Congreso Nacional de Otorrinolaringología

CEREMONIA INAUGURAL

Palabras del Dr. Antonio Soda Merhy, Presidente de la Sociedad Mexicana de ORL

*Distinguidos miembros del
Presidium*

Compañeros Médicos

Damas y caballeros:

Es un honor dirigirme a ustedes en esta ocasión en que se celebra el Trigésimo Segundo Congreso Nacional de Otorrinolaringología, y ver reunidos a los miembros de nuestra comunidad que asisten de diferentes puntos de la República.

Pertenece a una comunidad científica y como tal entendemos a un conjunto de redes sociales que trascienden las fronteras nacionales y no tienen límites geográficos precisos.

Las sociedades humanas son aglomeraciones de individuos que se relacionan entre sí mediante intercambios que pueden ser de bienes y servicios y actividades como la que hoy iniciamos, producen ese intercambio de informaciones e ideas, que ha llegado a formar parte de nuestro ritual comunitario. ¿Pero cuál es la materia nutriente de nuestras ideas? ¿Cuáles son nuestros objetivos?

Dar salud a los enfermos, entendiendo que la salud no sólo es la ausencia de enfermedad sino

el bienestar físico, mental y moral del hombre, de esta manera el médico ya no es simplemente el que cura las enfermedades, sino que es un individuo preservador de la salud cuyas funciones básicas son prevenir, curar, rehabilitar, investigar y enseñar.

México, país árido y de exuberante vegetación; de altas y extensas mesetas y de largas franjas costeras. Nación joven, pero de antigua cultura; de recia tradición y de avanzada ideología; de modernos edificios y de templos centenarios. Agrícola e industrial. Tradicionalista e innovador. Pobre y rico. "Florido y espinudo", como lo describiera aquel insigne poeta chileno.

Esta situación peculiar de dualidad que México presenta en su cultura, en su economía y en su ambiente físico, también se manifiesta en sus condiciones de salud.

En este momento podemos disfrutar el aire limpio de Zihuatanejo, y ayer o hace algunas horas respirábamos el aire altamente contaminado de las grandes ciudades y es a este respecto al que quisiera referirme más ampliamente.

Es de todos conocido el efecto que la sobrepoblación causa sobre el medio ambiente. En las mañanas durante los meses invernales principalmente, los habitantes de la ciudad de México y de

las poblaciones aledañas observan con frecuencia que hay una considerable reducción de la visibilidad y que existe una nube de color oscuro que cubre el Valle, indicación de que nuestro aire está sucio. Hay contaminación atmosférica.

Las principales fuentes de contaminación son: los vehículos automotores de combustión interna, la generación de energía eléctrica, la quema de basura y las actividades industriales. De tal manera que estamos respirando elementos nocivos como son el bióxido y monóxido de carbono, los óxidos de azufre y de nitrógeno, los fosfatos y muchos otros más.

Ahora bien, es evidente que lo más afectado por la contaminación en un individuo son las vías respiratorias, y es aquí donde nosotros los Otorrinolaringólogos debemos actuar. Todos sabemos que la contaminación es nociva, que se han incrementado los problemas de vías respiratorias superiores, etc.; pero si ustedes tratan de consultar algún trabajo científico serio que profundice sobre los efectos de la contaminación, o que demuestre los daños y magnitud que originan en estas áreas, no lo van a encontrar ni a nivel nacional ni internacional.

Esto desde luego es desesperanzador, y debe alarmarnos e in-

citarnos a hacer algo, ya que somos nosotros los que estamos obligados a conocer estos daños y a iniciar trabajos de investigación a este respecto, para contribuir a resolver un problema que aumenta en forma progresiva, en contraste con lo poco que podemos ofrecer.

Finalmente a nombre de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología quisiera expresar mi gratitud a las autoridades gubernamentales que han colaborado en la organización de este Congreso, así como a las casas comerciales de las que hemos recibido apoyo.

Agradecer y dar una muestra de reconocimiento a todos los integrantes del Comité Organizador por el excelente trabajo que han realizado. Y a todos ustedes les doy la más cordial bienvenida, con los mejores deseos de que su estancia sea productiva tanto en lo académico, como en las relaciones humanas.

Muchas Gracias

Dr. Antonio Soda Merhy

Palabras del Dr. Miguel Angel Arroyo Castelazo Presidente del XXXII Congreso Nacional de ORL.

Señores miembros del presidium

Estimados compañeros

Señoras y señores:

Una vez más estamos cumpliendo con una cita. Una vez más, intentamos conjuntar el progreso de nuestras experiencias profesionales, con los adelantos del material electromédico y del instrumental quirúrgico. Una vez más, estamos reunidos para ratificar nuestra amistad y para volver a sentir la emoción de los reencontrados.

Tuxpan en 1948, se recuerda aún como la iniciativa feliz de un pequeño grupo de maestros y pioneros y tanto lo fue, que el creciente interés por nuestras

reuniones se manifiesta en este enorme grupo que como todos los años y cada vez más, involucra a caras nuevas. Las entonces llamadas reuniones nacionales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Bronco-esofagología, evolucionaron en tiempo y espacio, en calidad y en cantidad, en ciencia y en efectos, en técnica y en espíritu. Corrieron los años y la bella provincia mexicana ha sentido nuestros pasos al mismo tiempo que nos ha dado la profundidad de su riqueza.

Hemos ido del mar a la montaña, de norte a sur, de las agresivas planicies a las dulces colinas, del Caribe al Golfo de Cortés. Hemos sido testigos de la bullanguera alegría del trópico, del dinamismo de ciudades modernas y de la serenidad y la paz de los entornos coloniales. Ahora volvemos al mar con su color y su brisa, con su calor y sus palmas, con su cielo y sus playas. Guerrero nos atrae y por cuarta vez nos reunimos en su territorio.

Sus bondades y sus bellezas, reconocidas mucho más allá de nuestras fronteras, se han combinado con el particular entusiasmo que despierta en nosotros. No debemos irnos de aquí, sin conocer el Morro de los Pericos, Punta Ixtapa, Puerto Carrizo, Playa Linda y la isla "De a pié". Ixtapa Zihuatanejo, es una perla mas de ese maravilloso rosario natural que es el Pacífico mexicano, en la que la luz del sol se descompone para hacernos ver el azul de sus aguas, el verde de su vegetación, el blanco de sus arenas y sus espumas, el rojo de sus atardeceres y la multicolor explosión de pájaros, flores y frutos.

Definitivamente, estar aquí implica la doble fortuna del nuevo encuentro y de la oportunidad de conocer uno más de los bellos rincones de nuestra patria.

Pero también pasado el tiempo, hemos visto crecer año con año, el número de nuestras experiencias científicas y hemos visto también la mejoría de su calidad

y con ello también han crecido los afectos, se han limado asperezas y hemos alcanzado, entendiendonos y aceptandonos, verdaderas dimensiones humanas.

Nuestra sociedad ha crecido y con ella, no ha podido evitarse el número cada vez mayor de ideas contrastantes y de puntos de vista disímolos. Es indudable la dificultad cada vez mayor de vivir aislados, nadie piensa que la dispersión nos traiga beneficios y por esto y por muchas cosas más, estamos absolutamente necesitados de conjuntar esfuerzos y de unir voluntades.

Si podemos compartir y vivir intensamente estas ideas, habremos avanzado con firmeza hacia la obtención de nuestros objetivos que finalmente, deben ser mayoritariamente comunes.

Ahora vivimos congresos con cursos previos, que tratan de abarcar los más inquietantes temas de la especialidad. En esta reunión de Ixtapa, ya se iniciaron este tipo de actividades académicas con los cursos sobre Rinoplastia Secundaria, TAC de cabeza y cuello, Cáncer en ORL, Exploración otoneurológica, Inmunología y Otorrinolaringología, Histopatología de oído y Glándulas Salivales.

Es para nosotros muy grato haber tenido ilustres conferencistas, a quienes les damos sinceramente las gracias por su asistencia.

Nuestro programa científico, a partir de mañana y por tres días estará integrado por dos mesas redondas, un simposio y la presentación de 35 trabajos libres y una conferencia magistral.

Se hablará entonces del Corti y del laberinto posterior, de las cuerdas vocales y del epitelio nasal, de mucosas y nervios, de infecciones y de procesos degenerativos, de anatomía y de fisiología, de diagnóstico y de terapéutica y en todas las presentaciones y en todas las discusiones deberá intentarse la mejoría del conocimiento y el progreso de la técnica.

Será una agradable conclusión, al final de este Congreso, constar que tanto somos concientes de las limitaciones y de los errores inherentes a nuestra naturaleza humana, como que estamos siguiendo los pasos correctos en un camino difícil pero nos puede proyectar a un horizonte sin límites. No obstante, para llegar a eso, hemos trabajado tanto como nos ha sido posible. Solamente con la desinteresada colaboración, con la responsabilidad académica, con el entusiasmo y sobre todo con la profunda amistad de todos los miembros del Comité Organizador, hemos alcanzado el grato momento afectivo presente. A todos ellos sin excepción, mi público reconocimiento por su labor y mi particular agradecimiento. Es en este momento también cuando con toda justicia debe mencionarse el apoyo que siempre han recibido nuestros congresos de las Autoridades Federales y Estatales, de la Industria Químico-Farmacéutica, de múltiples firmas comerciales distribuidoras de equipos e instrumental y de otras muy diversas entidades de la iniciativa privada. Deseo aprovechar en este momento, la oportunidad que me brindan al dirigirme a ustedes para agradecer a mi maestro, mi formación humana y profesional, de quien he recibido sus enseñanzas y su amistad y a quien no encuentro palabras para expresarle mi más profundo cariño, me refiero a mi padre, el Dr. Miguel Arroyo Güijosa.

El reconocimiento oficial a las labores de nuestra especialidad, nos estimula y nos impulsa hacia adelante y por esto, manifestamos una muy especial muestra de agradecimiento a las Secretarías de Salubridad y Asistencia, de Marina y de Turismo, así como también a las autoridades estatales de Guerrero y municipales de Zihuatanejo.

Es de todos conocido también, el apoyo financiero y los donativos que se hacen a nuestros Con-

gresos y que permiten que no sean resplandor fugaz sino brillo constante. Basten como ejemplo mencionar los premios Burroughs Wellcome, para los mejores trabajos clínicos y de investigación; el premio Richard Schmidt al mejor trabajo Audiológico, el premio Carl Zeiss al mejor trabajo elaborado por un médico residente y el premio CRESA para el mejor trabajo Clínico-radiológico.

Los estímulos existen. Han sido frutos del prestigio de nuestra Sociedad y del apoyo de nuestros patrocinadores. Falta solamente que ese fruto se aproveche de la mejor manera posible y que no se desvirtúen sus propósitos. Está en nuestras manos y en las de nadie más, no caer en una lamentable estimulación de la mediocridad, sino en la premiación de verdaderos esfuerzos. Estimados compañeros:

No hay nada nuevo bajo el sol. Burckhardt lo dijo hace tiempo aunque en otra forma: "Todo conocimiento objetivo del universo, sigue urdiendo hasta hoy, la tela que empezaron a tejer los griegos". Somos seres humanos simples. Antes de ser especialistas fuimos médicos y antes que médicos, fuimos hombres. No nos debemos, por lo tanto a un campo restringido de trabajo, sino a la visualización global de los problemas humanos de quienes buscan nuestra ayuda.

"El Médico.- dice Don Daniel Gurria Urgell,- no es mas que su espíritu y su técnica pero el vulgo quiere de él, un mago". Decir palabras no es necesariamente expresar pensamientos".

Estamos aquí en búsqueda de la verdad, porque si el bien, es para nosotros un deber, el saber es una obligación. "Hablar, intercambiar experiencias, comunicarse, es una cualidad del ser humano pero es también un deber ineludible que nos puede conducir a nuevas dimensiones existenciales" y solamente así, podemos buscar la verdad aunque esta sea camino y no fin, sendero y no meta. En

estos congresos podemos despejar dudas, reafirmar nuestras verdades, intercambiar ideas y si además de lo científico y técnico involucramos lo afectivo y lo familiar; debemos sentirnos satisfechos.

Estamos aquí con nuestras familias e hijos y no dejamos de mencionar este hecho porque en su simplicidad está su verdadera trascendencia. Agradezco a mi esposa "Tere" su comprensión y su ayuda incondicional en todo momento.

Un Congreso es una suma de inquietudes, de voluntades y del intercambio para bien de todos y para bien de la Sociedad.

El hombre, dice Bloch, vale por lo que hace y la vida, vale más por lo que le damos, que por lo que da. Recordemos algo viejo: "Una moneda cambiada por otra, solo da una moneda para cada persona; pero una idea cambiada por otra, da dos ideas para cada persona".

Estimados compañeros:

Bajo estas premisas, sabiendo que todos vamos a ganar en esta reunión, los dejo en la puerta de un congreso que es de todos.

Nuevamente, citando a Don Daniel Gurria Urgell y sintiéndolos compañeros, amigos y hermanos, los conmino con afecto y agradecimiento, a cruzar el umbral.

Sesión de negocios de la Sociedad Mexicana de ORL, celebrada en el Salón Krysta del Hotel Krystal en Ixtapa-Zihuatanejo, Gro. el 4 de mayo de 1982.

Informe del Dr. Eduardo Jiménez Ramos, Secretario de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

Durante este lapso se llevaron a cabo 11 sesiones. La primera fue la sesión de negocios, el día 4 de mayo de 1981, en el Coro Superior de la Capilla del Hotel Presidente en Oaxaca, Oax.

Nueve fueron ordinarias y se efectuaron en el Salón Feria del

Hotel Presidente Chapultepec, en la Ciudad de México.

Una fue sesión solemne verificada el viernes 8 de enero de 1982, en el Auditorio del Palacio de la Escuela de Medicina, en la cual se entregaron Diplomas de reconocimiento a los Socios Fundadores y Expresidentes, y Diplomas de Socios Titulares a los miembros de nuevo ingreso.

Una de las sesiones estuvo a cargo del Servicio de Otorrinolaringología perteneciente a una Institución Hospitalaria.

Tres de las sesiones se efectuaron conjuntamente con otras Sociedades: en julio con la Asociación Mexicana de Cirujanos Plásticos A. C.; en septiembre con La Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax A. C. En octubre con la Sociedad Mexicana de Audiología y Foniatría. Dos sesiones fueron presentadas por profesores extranjeros: la de agosto de 1981, por el Dr. Edgar Chiossone Lares, Director de la Fundación Venezolana de Otolología. La segunda en el mes de febrero de 1982, por el Dr. Felipe Alvarez de Cozar, Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Centro Especial Ramón y Cajal de Madrid España y el Dr. Manuel Trujillo Peco, Jefe de Neuroradiología del mismo centro.

Una de las sesiones estuvo a cargo de una Institución Hospitalaria de provincia. Una sesión fue presentada por médicos invitados de otra especialidad. Finalmente otra de las sesiones fue presentada por dos miembros titulares de nuestra Sociedad y dos invitados de otras especialidades. El promedio de asistencia a las sesiones ordinarias fue de 113 personas.

La Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología participó en una sesión con la Asociación Mexicana de Cirujanos Plásticos el 30 de septiembre de 1981.

Así mismo nuestra Sociedad auspició junto con la Sociedad Mexicana de Neumología y la de

Endoscopía Gastrointestinal, las conferencias del Dr. Kenquichi Oho, Endoscopista y Profesor adjunto del Colegio Médico de Tokio, Japón.

Se recibió y contestó correspondencia privada de otras Sociedades y Asociaciones Nacionales, Extranjeras e Internacionales.

Se redactaron 10 actas de sesiones, mismas que se archivaron y se transcribieron al libro de actas de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

Se admitieron 13 nuevos socios, 11 con categoría de titulares y 2 como correspondientes extranjeros. Durante el período correspondiente de junio a diciembre de 1981, acudieron al servicio de Bibliohemeroteca de nuestra sociedad únicamente 11 socios.

A continuación el Dr. José de Jesús Espinosa Ruíz, rendirá el informe de la Comisión de la Enseñanza Médica continua.

Dr. Eduardo Jiménez Ramos
Secretario

Informe de la comisión de enseñanza médica continua 1981-1982.

Para el período 1981-1982 de las actividades de nuestra Sociedad, cumpliendo lo especificado en el versículo 3, del Artículo 30, del Capítulo XII de los estatutos, la Comisión de Enseñanza Continua nos fue confiada nuevamente por la Mesa Directiva al Dr. Ramón Ruenes Fernández y al Dr. José de J. Espinosa Ruiz, además del Dr. Hugo Casab Rueda.

Las actividades se desarrollaron manteniendo la continuidad de los períodos anteriores. Se llevaron a cabo un total de 20 Cursos, de los cuales 5 fueron de carácter internacional.

Se efectuaron 4 Cursos Internacionales correspondientes al módulo I, el primero de los cuales se organizó conjuntamente con el Hospital Central Pemex y la Sociedad Mexicana de Audiología y Foniatría, el tema fue Pa-

tología del lenguaje y tuvo como profesor titular al Dr. Jorge Pirelló, de Barcelona España, habiendo participado cinco profesores más, uno de España, dos miembros de nuestra Sociedad y dos invitados nacionales. Se efectuó del 20 al 24 de julio de 1981 habiendo asistido 73 alumnos.

Los días 13 al 16 de agosto de 1981 se realizó el Curso Controversias en Cirugía de Cabeza y Cuello, cuyo coordinador fue el Dr. William Alonso de Tampa Fla. E. U. A. y estuvieron como profesores los Dres. Byron J. Bailey de Galveston Tex. E. U. A., Andrés Delgado F. de México y Eugene Myers de Pittsburg Pa. E. U. A. Participaron además 3 miembros de nuestra Sociedad y 3 invitados nacionales en las mesas redondas; hubo 51 alumnos.

Del 23 al 27 de noviembre de 1981 se llevó a cabo un Taller sobre Histopatología del Oído, conjuntamente con el Instituto Nacional de Cardiología y el Instituto Nacional de la Comunicación Humana. Tuvo como profesor titular al Dr. Andrés Bustamante Balcárcel y como profesor invitado al Dr. Raúl Hinojosa de la Universidad de Chicago. Hubo cupo limitado a 17 alumnos.

Los días 1 a 4 de febrero de 1982 se efectuó un Curso sobre Otoneurología y Otoneurocirugía en el que participaron como profesores el Dr. Felipe Alvarez de Cozar de Madrid, el Dr. Andrés Bustamante B. de México, el Dr. Jorge Corvera de México, el Dr. Emilio García Ibáñez de Barcelona, el Dr. Ramón Ruenes F. de México y el Dr. Manuel Trujillo Peco de Madrid. En este Curso hubieron 48 alumnos.

La Sociedad organizó los Cursos previos al XXXII Congreso Nacional, que se llevaron a cabo los días 30 de abril y 1o. de mayo de 1982, en los que participaron como profesores 4 miembros de nuestra Sociedad y 3 invitados nacionales.

Auspició la Sociedad los si-

guientes Cursos: Broncoesofagología Pediátrica que se efectuó del 1 al 5 de junio de 1981 en el Hospital de Padiatría del Centro Médico Nacional del I. M. S. S.. Cirugía Funcional y Estética de la Nariz, que se efectuó del 15 al 19 de junio de 1981 en el Centro Médico La Raza del I. M. S. S. y el Segundo Curso Internacional sobre Microcirugía de Laringe y Rehabilitación de la Voz, que se efectuó del 31 de marzo al 3 de abril de 1982 en el Hospital Central Militar.

Se efectuaron 4 Cursos del Módulo II, que corresponde a los Cursos de apoyo a los programas de especialización en ORL, el primero de ellos los días 3 y 4 de julio de 1981 sobre Histopatología aplicada a la ORL tuvo como profesor titular al Dr. Juan Jurado y asistencia de 68 alumnos. El segundo curso fue sobre Microbiología aplicada a la ORL, los días 13 y 14 de noviembre de 1981, al que asistieron 68 alumnos y el Dr. Miguel A. Peredo fue el profesor titular.

Los días 5 y 6 de febrero hubo un Curso de este módulo, que se organizó con la Sociedad Mexicana de Radiología; tuvo carácter internacional y participaron como profesores los Dres. Ramón Ruenes de México y Manuel Trujillo Peco de Madrid; asistieron 115 alumnos.

Los días 16 y 17 de abril de 1982 se realizó un Curso sobre Fisiología aplicada a la ORL que impartió como profesor titular el Dr. Luis Benítez Díaz; hubieron 64 alumnos.

Los Cursos de Actualización en ORL para Médicos Generales correspondientes al módulo III se han seguido realizando con el patrocinio de A. H. Robins: Durante el período que termina, se efectuaron 5 de estos cursos, el primero de ellos el 20 de junio de 1981 en Cocoyoc Mor., con la colaboración del Colegio Médico del Edo. de Morelos, al que asistieron 155 alumnos. Participaron como profesores 7 miembros de

la sociedad y un otorrinolaringólogo de la entidad.

El 5 de septiembre de 1981 en la ciudad de Uruapan, Mich. se efectuó un curso con la colaboración del Colegio de Médicos de Uruapan en el que participaron 7 miembros de la Sociedad y un audiólogo invitado como profesores; hubieron 65 alumnos. El 28 de noviembre de 1981 con la colaboración del Colegio Médico de Culiacán se realizó un Curso en aquella ciudad, en el que participaron 6 miembros de la Sociedad y 2 otorrinolaringólogos locales como profesores; hubieron 60 alumnos. El 23 de enero de 1982 en la ciudad de Torreón Coah. con la colaboración de la Asociación de ORL de La Laguna, asistencia de 76 alumnos y participación de 6 miembros de la Sociedad como profesores y 2 otorrinolaringólogos locales. El 20 de marzo de 1982 en la ciudad de Oaxaca Oax., con la colaboración del Colegio Médico de Oaxaca un curso en el que participaron 5 miembros de la Sociedad como profesores y un otorrinolaringólogo local; asistieron

113 alumnos. Los cursos de este módulo fueron impartidos a un total de 469 médicos generales.

En el período 1981-1982 se iniciaron las actividades del módulo IV, o sea el de cursos de la especialidad, dirigidos al personal paramédico. El 14 de noviembre de 1981 se efectuó un Curso de actualización en ORL para enfermeras quirúrgicas, que tuvo al Dr. Mariano Hernández Goríbar como profesor titular y al que asistieron 74 alumnas. El segundo de estos cursos versó sobre el mismo tema y tuvo como profesor titular al Dr. Pelayo Vilar Puig; a este último asistieron 54 alumnas y se efectuó el 23 y 24 de abril de 1982.

Dr. José de J. Espinoza Ruiz

**Informe del Dr. Pelayo Vilar Puig
Director-Editor de los Anales de
la Sociedad Mexicana de ORL.**

Estimados compañeros:

Anales de la Sociedad Mexicana de ORL, ha seguido publicándose en forma ininterrumpida y

INFORME DE TESORERIA (Gestión 1981-1982)

INGRESOS:

Cuotas de Socios	\$ 356,720.00	
Anuncios en la revista	875,945.00	
Suscripciones en la revista	53,815.50	
Cuotas de cursos impartidos (Anexo-2)	803,196.40	
Cuota recuperación Cena-Baile anual (Anexo-2)	145,000.00	
Expositores sesiones mensuales	17,000.00	
Otros	5,000.00	\$ 2,560,476.90
Gastos de Administración (Anexo-3)	1,405,372.65	
Gastos de la Revista (Anexo-4)	876,705.35	2,282,078.00
SOBRANTE		\$ 278,398.90

BALANCE GENERAL AL 15 de ABRIL DE 1982

ACTIVO			PASIVO		
			Acreedores Diversos	\$ 52,352.20	
Circulante					
Fontdo de Caja	\$ 10,603.98				
Bancos	292,101.30				
Deudores Diversos (Anexo-1)	55,000.00	\$ 357,705.28	Fondo de Operaciones iniciales	\$ 668,556.00	
Fijo					
Depósitos en Garantía	5,100.00				
Edific. y Construcciones	449,837.40				
Mobiliario y Equipo de Oficina	204,293.41				
	709,230.81				
Depreciación Acumulada	263,899.35	445,331.46	Exceso de egresos sobre los ingresos ejercicio anterior.	(198,415.46) (R)	
Diferido					
Gastos de Instalación	51,014.00				
Amortización Acumulada	33,159.10	17,854.90			
SUMA ACTIVO			SUMA PASIVO Y PATRIMONIO		820,891.64
\$ 820,891.64					

Dr. Armando Reyes Montes de Oca
Tesorero

puntualmente, el último número, correspondiente a mayo de 1982 lo han recibido en este Congreso.

En el curso de este último año de trabajo, hemos procurado mejorar su pulcritud tipográfica, se ha tratado de hacer una selección de trabajos con la mejor calidad académica posible y ustedes son testigos y jueces de lo que hasta el presente se ha logrado.

En el renglón financiero, como cada año aclaramos, la contabilidad de la revista se hace de noviembre de un año, a noviembre del siguiente, porque es cuando se cierra cada volumen. Como podrán ver la contabilidad de la tesorería de la Sociedad es de abril de un año a abril del siguiente, lo que explica el manejo en apariencia distinto de los ingresos y egresos. En el volumen XXVI (Nos. del 1 al 4 de 1981), la revista generó por concepto de anunciantes y suscriptores un ingreso de 903,825.50 y tuvo egresos por concepto de impresión,

papel, sueldos, papelería, correo, etc. de 830,322.50 que presuponen para la sociedad un saldo a su favor de 75,503.00. Es decir, la revista no sólo no implicó gastos para la sociedad, sino que en el pasado volumen proporcionó ingresos. Aquí no tomamos en cuenta el adelanto que la actual directiva hizo para adquirir todo el papel para el año de 1982, lo que representó un gran ahorro para la Sociedad, ya que como ustedes saben el costo del papel acaba de subir en una forma muy importante. Agradezco a la Directiva saliente, el que como cada año, se haga este adelanto, que es en beneficio de la Sociedad. Como siempre la Tesorería, es la que ha manejado todos los ingresos y egresos de la revista.

Con el superavit al que hice alusión, pensamos en la posibilidad de aumentar el número de páginas a la revista e imprimir algunas fotos en color, sin embargo, las perspectivas económi-

cas para el presente año, nos hicieron reconsiderar esta situación, para no provocar dificultades económicas a la Tesorería de la Sociedad y mantendremos el mismo número de páginas y tipo de impresión con el habitual tiraje de 1,500 ejemplares por número.

La circulación de la revista se ha procurado extender tanto a nivel nacional como internacional y ésto se ha implementado en forma importante, al grado que prácticamente se está agotando cada número.

El consejo de redacción se ha reunido mensualmente y ha colaborado fundamentalmente en trazar las políticas de la revista y en la revisión de los trabajos que nos envían para su publicación. Paralelamente, hemos tenido mensualmente una reunión de tipo administrativa con el Jefe de Redacción y el Gerente de la revista, lo que le ha dado mayor agilidad a las decisiones de tipo

administrativo que bajo nuestros lineamientos, ejecuta la Gerencia.

En otro orden, buscando la solidez académica y bibliográfica de nuestra publicación, solicitamos y obtuvimos dentro del Sistema Internacional de Registro de Publicaciones Periódicas y Seriadas, cuyos detalles encontraran ustedes en el número de mayo de 82, que se les acaba de entregar. Así mismo, la organización Panamericana de la Salud a partir de este año, incluyó nuestra publicación en el Index Medicus Latinoamericano. Tuvi- mos que lamentar que nuestra revista no fuera incluida en el Index Medicus, que se edita en EUA y quedamos nuevamente a otros dos años de prueba para ser revalorados.

Las razones por las que nuestra revista no haya sido aceptada para tan importante referencia bibliográfica internacional, son muy obvias, a pesar de la regularidad y dignidad de nuestra publicación, el número y calidad de trabajos no han alcanzado aún el nivel internacional que deseamos darle, nuestra publicación difícilmente puede ser mejor, que lo que la ORL nacional es en esencia, por lo tanto, la responsabilidad no es de quienes editamos la revista, sino de todos nosotros como comunidad otorrinolaringológica, ésto no nos debe desalentar, sino actuar como un acicate y saber que debemos alcanzar mejores niveles académicos, lo que podremos lograr si nos lo proponemos.

No me resta más que agradecer el apoyo que la Directiva de la SMORL me ha brindado en todo momento y la inestimable ayuda que los integrantes del Comité de Redacción me han dado con sus orientaciones y con la tediosa labor de revisar los trabajos. A todos ustedes y en especial a los que con sus trabajos han permitido la vida de esta revista, mi agradecimiento y mi deseo que

no cesen en su trabajo en bien de la ORL mexicana.

Muchas gracias

*Dr. Pelayo Vilar Puig
Director- Editor*

Informe del Dr. Antonio Soda Merhy Presidente saliente de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

Estimados compañeros:

Hoy se cumple un año de que tomé la dirección de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología después del cual me siento satisfecho, por haber cumplido con los objetivos que nos trazamos, y considero que ha sido una experiencia importante dentro de mi vida profesional.

El reporte de actividades de las diferentes áreas ya ha sido expuesto y mostrado en forma objetiva por mis antecesores y únicamente me referiré a algunos aspectos que considero importantes.

En los últimos años ha habido un gran incremento en nuestras actividades académicas y es necesario que los podamos ir ajustando en número de acuerdo a las necesidades y experiencias obtenidas en el pasado. Respecto al personal quisiera señalar que desde septiembre de 1981 contamos con una secretaria más, con el fin de que participe en la preparación del Congreso Nacional y que sean las mismas secretarías para los demás Congresos, lo que redundará en beneficio de la organización cada vez más compleja de éstas actividades.

Por otro lado deseo informar que la bibliohemeroteca que inició sus funciones desde marzo de 1981, por falta de interés de los socios para utilizar éste servicio, y de los altos costos, como eran el sueldo del bibliohemerotecario y el alquiler de la copiadora, no justificaban el continuar, por lo

cual desde diciembre del año pasado, de acuerdo con el resto de los miembros de la mesa directiva, decidimos suspenderlo.

De nuestras actividades académicas deseo destacar que incrementamos relaciones con sociedades de otras especialidades como ya se destacó en el informe de secretaría, así como la presentación de 2 de nuestras sesiones impartidas por destacados profesores invitados extranjeros, los cuales quedaron gratamente impresionados de la marcha de nuestra sociedad. En enero de este año se llevó a cabo una sesión solemne en el auditorio de la Antigua Escuela de Medicina, para conmemorar los 35 años de existencia de nuestra sociedad y en la cual hicimos entrega de diplomas de reconocimiento a los Socios fundadores y expresidentes además de que les fue entregado su diploma de socios titulares a los de nuevo ingreso. De esta ceremonia se tomó un videocasette que fue cortesía del Dr. Pedro Berruecos y que en fecha próxima estará en nuestro poder para formar parte del acervo histórico de nuestra sociedad. A éste respecto me auno a la inquietud que manifestó el Dr. Pelayo Vilar Puig al ocupar la presidencia hace 3 años, de que debemos hacer un esfuerzo para investigar, ordenar y divulgar las raíces históricas de nuestra asociación, lo cual se ha hecho parcialmente pero es labor de los que nos siguen el que puedan concretarlo.

Como consta en el informe de la secretaría, la asistencia a nuestras sesiones ordinarias fue de 113 en promedio, ante este incremento y ser nuestra sede insuficiente motivó hace 2 y medio años aproximadamente que sesionáramos en el Hotel Presidente Chapultepec, esto nos brindó comodidades, pero en el momento actual creo conveniente se busque otro sitio que nos brinde mejor isóptica y mayor silencio durante la sesión, pensando siempre en la comodidad de todos.

Por otro lado deseo informar a ustedes que 11 socios fueron turnados a la Comisión de Honor y Justicia, por falta de pago en sus cuotas de varios años a pesar de haberlos invitado en múltiples ocasiones a que cubrieran su adeudo y no haber obtenido respuesta, se dictaminó que fueran dados de baja, tal como lo señalan nuestros Estatutos.

Como pueden haberse dado cuenta con el informe de tesorería, las cuotas de nuestros miembros no alcanzan a cubrir los gastos anuales que tenemos actualmente, y es gracias al remanente que deja el Congreso Anual, y los cursos, el que hayamos podido salir adelante. Pero no podemos mantenernos estáticos ante el vertiginoso aumento de costos, por lo cual hay que contemplar la necesidad de modificar nuestras cuotas.

Deseo agradecer al Dr. Pelayo Vilar Puig, la atinada dirección que ha tenido en nuestra revista, así como a sus colaboradores y personal administrativo, ya que gracias a su experiencia se compró por anticipado el papel de todo el año, significando un ahorro considerable, debido al exorbitante aumento que ha habido en el precio del papel en el curso de este año; además de conservar e incrementar el número de anunciantes lo que hace que la revista sea autosuficiente dejando en el momento actual un remanente, como ya fue mostrado en el informe de tesorería.

Mi agradecimiento también a los miembros de la comisión de Enseñanza Médica Continua, ya que gracias a su apoyo y entusiasmo logramos llevar a cabo en esta gestión 20 cursos y dejar elaborado el programa de todo el año, que estamos seguros se llevará a cabo.

Deseo dar gracias a todas las casas comerciales, que en diferentes formas han contribuido en nuestros planes, y en especial a la Casa A. H. Robins de México S. A. de C. V., que ha participa-

do activamente en financiar el programa de educación médica continua.

El trabajo de estos últimos 12 meses ha sido una labor de equipo en la que muchas personas han intervenido a todos ellos mí más profundo reconocimiento, y en especial a cada uno de los miembros de la mesa directiva ya que gracias a su colaboración y apoyo incondicional pudimos cumplir con los objetivos que nos habíamos trazado. Finalmente deseo agradecer a todos ustedes la confianza que depositaron en mí hace un año distinguiéndome para dirigir los destinos de nuestra sociedad.

Muchas gracias

Dr. Antonio Soda Merhy

Palabras del Dr. Antonio Rodríguez Alcaráz, Presidente entrante de la Sociedad Mexicana de ORL.

Estimados Compañeros:

Es indiscutible que para cualquier Médico, una de las mayores ilusiones, si alguna vez se fijó metas en la vida, es llegar a ocupar la presidencia de la Sociedad Médica que agrupa a los compañeros que practican la misma especialidad, yo no soy la excepción.

Quiero agradecer primero que nada a todos ustedes su apoyo y confianza, ya que hace un año me eligieron Vicepresidente, lo que ha hecho posible que hoy llegue a la Presidencia de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

La responsabilidad que esto implica no la desconozco, ya que se me ha dado la oportunidad, en varias ocasiones de colaborar con la mesa Directiva, lo que me ha permitido observar los grandes cambios experimentados por la Sociedad, que de ser "una adolescente" ha madurado y que en la actualidad, con sus 36 años de existencia, ha llegado a una etapa tan productiva, como lo demues-

tran los informes de los últimos 12 meses.

¿Cuales serán, dentro de este panorama de superación, nuestros objetivos fundamentales?

Evaluando los caminos ya trazados, trataremos de seguirlos, esperando tener oportunidad de superar algunos renglones.

Recibí la presidencia, en el momento que la Sociedad se encuentra en pleno florecimiento, esperando que la situación financiera por la que atraviesa el país, no repercuta en el desempeño de nuestras funciones, pero tengan ustedes por seguro que nos esforzaremos al máximo para cumplir dichos objetivos.

No quiero dejar pasar por alto el gran impulso obtenido por la Revista "Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología" que por casi 5 años, se ha publicado en forma regular y con toda puntualidad, mejorando día a día su calidad. Esto, debido a la gran dedicación, primero del Sr. Dr. Pelayo Vilar Canales y actualmente del Sr. Dr. Pelayo Vilar Puig, al que quiero agradecer de antemano, ya que conociéndolo, sé que continuará esta gran labor como Director-Editor de la Revista.

Si existieron barreras en el pasado, con las diferentes Sociedades hermanas de provincia, actualmente han desaparecido, lo que viene a facilitar nuestra tarea, ya que tenemos un intercambio sin límite con todas ellas y me propongo incrementar estas relaciones.

Con la esperanza de poder rendir cuenta dentro de un año, de un periodo en línea ascendente, como lo han sido los de todas y cada una de las mesas Directivas que nos han precedido, para lograrlo, quiero pedir la decidida, desinteresada y entusiasta colaboración de todos ustedes miembros de nuestra Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

Gracias

Dr. Antonio Rodríguez Alcaráz

Informe del XXXII Congreso Nacional de Otorrinolaringología, leído en sesión ordinaria del 1o. de junio de 1982.

En cumplimiento con el capítulo VII, artículo 9o. inciso "g" de los estatutos de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, rendimos a ustedes el Informe del XXXII Congreso Nacional, efectuado en Ixtapa Zihuatanejo Guerrero, del 1o. al 5 de mayo de 1982.

Ha sido una experiencia bella e inolvidable, de la cual agradezco sinceramente, su apoyo y confianza al haberme nombrado Presidente del Comité Organizador.

Sabíamos de antemano, el compromiso que adquiríamos ya que, implicaba, una ardua labor organizativa y de gran responsabilidad, para poder ofrecer a ustedes un congreso digno.

Se iniciaron sus preparativos, buscando las áreas adecuadas tanto en las actividades científicas, sociales, como de exposición científico-comercial, tuvimos una gran suerte al poder conjuntar en un sólo sitio, todas nuestras necesidades, habiendo escogido el Hotel y centro de convenciones Krystal.

Se enviaron en el transcurso del año, ocho comunicaciones, invitando a todos los Otorrinolaringólogos del país a participar en este evento, informandoseles de los cursos pre-congreso, convocatoria a los premios científicos, mesas redondas, trabajos libres, exposición científica, hoteles, aviones así como actividades socio-culturales y deportivas.

A la industria Químico-Farmacéutica, casas distribuidoras de equipo electromédico y de instrumental, se les invitó a participar con nosotros en la exposición comercial. Mes a mes, en nuestra sesión ordinaria se dieron a conocer los avances de organización del mismo.

Asistimos a la reunión anual de la Academia Americana de

Otorrinolaringología, al congreso de la FESORMEX, a curso y sesiones ordinarias de varias sociedades, con el fin de hacer promoción a nuestro congreso.

En el centro de convenciones del hotel Krystal, se iniciaron los CURSOS PRE-CONGRESO, el día 30 de abril con los temas, Rinoplastía Secundaria impartido por el Dr. Tomás Azuara. Tomografía Axial Computada por los Drs. Manuel Cardoso y Ramón Ruenes. Cáncer en Otorrinolaringología por el Dr. Héctor Rodríguez Cuevas y exploración Oto-neurológica por el Dr. José Antonio Arroyo C. El Promedio de asistencia este día fue de 60 alumnos.

Por la noche en Centro Radiológico Especializado ofreció un coctel en el área de la alberca del Hotel Krystal, el cual estuvo concurrido por 200 personas, las cuales disfrutaron de un momento muy agradable.

El día 1o. de mayo tuvimos a partir de las 9:00 horas el resto de los cursos precongreso programados con los temas: La Inmunología y el Otorrinolaringólogo, impartido por el Dr. Roberto Kretschmer. Histopatología del Oído Medio por el Dr. Andrés Bustamante y por último el de Glándulas Salivales por el Dr. Juan Felipe Sánchez Marle, este día el promedio de asistencia fue de 85 alumnos.

Durante esa mañana y parte de la tarde, se registró e inscribió a congresistas y acompañantes. A las 19:00 hs. se dio inicio a la ceremonia Inaugural con la asistencia del Sr. Dr. Alberto Saavedra Ramos, Jefe de Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Guerrero, en representación del C. Gobernador Profesor y Lic. Alejandro Cervantes Delgado. Con el Sr. C. Fidel Gutiérrez Gordillo Presidente municipal de Zihuatanejo, con la teniente de Fragata y Sanidad Naval, Cirujano Dentista Marcela López Soto, con el Dr. Antonio Soda Merhy, con el Dr. Angel Quijano Torres, Presidente de FESOR-

MEX y con el Dr. Miguel Angel Arroyo Castelazo.

El Dr. Soda en su calidad de Presidente de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología dirigió algunas palabras cuyo tema principal fue sobre contaminación ambiental.

La asistencia a esta ceremonia fue de 390 personas contando congresistas y acompañantes, quienes nos hicieron el honor de asistir al XXXII Congreso Nacional.

A continuación un Servidor hizo uso de la palabra dando una breve reseña histórica de nuestros congresos, mencionando la importancia de las relaciones humanas, científicas y sociales de los mismos y su trascendencia.

Se agradeció la colaboración y participación de todos los expositores, así como los apoyos y estímulos científicos con que contamos, sin dejar de mencionar a las Autoridades Federales y Estatales. Por último se dio la más cordial bienvenida a todos los asistentes.

Para finalizar el Dr. Saavedra después de dirigir algunas palabras hizo oficialmente la Declaratoria Inaugural. Posteriormente, tuvimos un brindis con la asistencia de 400 personas.

El día 2 de mayo a las 9:00 hs, se inició la mesa redonda sobre "Rinoplastia" cuyo moderador fue el Dr. Tomás Azuara Participando en ella los Drs. Eduardo de Gortari, Francisco Rivera Avila, Armando González Romero, Antonio Elías y José Angel Gutiérrez. Este tema de grandes contrastes fue tratado y presentado amplia y brillantemente. Los trabajos libres se iniciaron a las 10:45 hs. en dos salones simultáneamente. La exposición científico-comercial fue un gran éxito, ya que contamos con la asistencia de: 20 expositores comerciales y 7 científicos.

A partir de las 14:30 hs. se llevaron a cabo los torneos de Golf con 25 participantes, de Tenis con 48 participantes y de Domi-

no con 24 participantes. Hubo actividades en la playa para acompañantes y niños premiando a los mejores en cada concurso.

A las 18:00 hs. fue presentada una sesión cultural sobre Napoleón "El destino mas grande de la Historia" por el Dr. Enrique la Guardia.

El día 3 de mayo a las 9:00 hs. fue presentado el Simposio "Estado actual de la Cirugía Otológica" Coordinada por el Dr. Pelayo Vilar Puig con la participación de los Drs. Jorge Corvera, Antonio Soda y Jorge Barrera.

De las 10:45 hs. a las 12:45 hs. se presentaron trabajos libres en 2 salones simultáneamente. A las 13:00 hs. se llevo a cabo la sesión de negocios del Consejo Mexicano de Otorrinolaringología. A las 14:30 hs. se reanudaron los torneos Deportivos y de Salón. A las 18:00 hs. se presentó otra sesión cultural ofrecida por BANAMEX en un audiovisual con el tema "Tres mil años de Arte en México" el cual nos mostró las bellezas con las que cuenta nuestro país. Este día, por la noche se efectuó la CENA DE VETERANOS por primera vez organizada, con la asistencia de 30 personas.

El martes 4 de mayo, las actividades científicas se iniciaron a las 9:00 hs. con la mesa redonda "Patología Oral" moderada por el Dr. Julio Soto Rojas, con la participación de los Drs. Sergio Decanini, José Smoler y Leandro Peña Torres.

Nuevamente a las 10:45 hs. se presentaron los trabajos libres en 2 salones simultáneos.

A las 13:00 hs. el Dr. Jorge Corvera dictó la Conferencia Magistral con el tema "Aspectos éticos en la investigación y en la practica de la Otorrinolaringología". A las 14:00 hs. dimos por clausuradas las actividades académicas del congreso.

A las 17:00 hs. en el Salón Krystal se llevó a cabo la Sesión de Negocios de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología. A esa misma hora en el Hotel Holiday Inn se ofreció un coctel para las damas acompañantes.

A las 21:00 hs se inició la cena baile de clausura con la asistencia de 412 personas, en donde se otorgaron los premios Burrougs Wellcome al mejor trabajo Clínico, obtenido por los Drs. Guillermo Hernández Valencia, Juan Domingo Paz y Enrique Díaz del Hospital General Centro Médico

La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuyo título fue "Neurectomía del vidiano. Experiencia clínica quirúrgica en 20 pacientes".

El premio Carl Zeiss al mejor trabajo elaborado por un médico residente, fue otorgado a los Drs. Luis Nuñez, Gabriel González y Roberto Dávalos. Cuyo título fue "Demostración de mecanismos citóxicos en rinitis alérgica".

Así también se dieron premios y trofeos a los ganadores en los torneos de tenis, golf y domino.

Para terminar mencionamos el número de asistentes, que fue como sigue:

Número de congresistas: 150
acompañantes: 160 expositores:
50 niños: 80 Total 400.

Con este informe, hemos dado el pormenor de las actividades desarrolladas, agradeciendoles nuevamente la confianza depositada en todo, al comité organizador.

Muchas gracias

Dr. Miguel Arroyo Castelazo

Notas e informaciones

XXXIII CONGRESO NACIONAL

El XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología se efectuará en Morelia Mich. del 1o. al 5 de mayo de 1983. Como cursos precongreso se han programado los cursos de Urgencias en Otorrinolaringología y de Farmacología para el Oto-

rrinolarinólogo, con un importante grupo de profesores. El programa científico empieza a formarse con interesantes mesas redondas, trabajos libres y conferencia magistral.

Para cualquier informe favor de dirigirse al Presidente del Comité Organizador: Dr. Rafael García Palmer en Eugenia 13-402.

CONGRESO DE AUDIOLOGIA

El 1er. Congreso Nacional de la Sociedad de Audiología y Foniatría resultó todo un éxito, participaron más de 150 personas y se realizó del 28 al 31 de julio de 1982 en Acapulco. Contó con la distinguida participación de los Dres. James Jerger, Marion Downs

Segundo Curso avanzado de Cirugía Oncológica y Reconstructiva de la Cara y el Cuello

Temas: Quistes congénitos cervico-faciales. Enfermedades de las glándulas salivales. Enfermedades quirúrgicas de tiroides y paratiroides. Neoplasias de los maxilares. Neoplasias de las fosas nasales y senos paranasales. Neoplasias de la nasofaringe. Neoplasias de la cavidad oral. Neoplasias de la orofaringe. Neoplasias de la hipofaringe y esófago cervical. Neoplasias de la laringe. Disección radical de cuello. Diagnóstico de una tumoración carvical. Métodos reconstructivos.

Método: Un tema mensual. Se enviará bibliografía, cuestionario y audio cassette. Disponibles video cassettes. Visitas trimestrales al Hospital sede para disecciones en cadaver, cirugía en vivo y conferencias de oncología, histopatología, radiología y Medicina Interna.

Sede: Hospital Militar Regional de Guadalajara.

Duración: Un año.

Fecha de inicio: Octubre 1982. Cupo limitado a 9 alumnos.

Profesores Titulares: M. M. C. Juan Felipe Sánchez Marle. Servicio de Otorrinolaringología. M. M. C. Sergio Ayuso Cuevas. Servicio de Oncología.

Auspiciado por: Universidad del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana (UDEFA) Federación de Sociedades de Otorrinolaringología de la República Mexicana.

Mayores informes: Hospital Militar Regional Guadalajara, Medrano y Ejército Tel. 17-71-71 Jefatura de Enseñanza Mayor M. C. Juan Felipe Sánchez Marle. López Mateos Nte. 328-403. Tel. 15-72-11.

Avalado por el Consejo Mexicano de Otorrinolaringología. A. C.

y Susan Jerger, que impartieron interesantes conferencias. Se efectuaron además, cuatro mesas redondas, varios trabajos libres y una Conferencia Magistral. La organización del evento estuvo presidida por el Dr. José Antonio Arroyo Castelazo que fue muy felicitado.

SESIONES MENSUALES

Desde el pasado mes de junio de 1982 se vienen efectuando nuestras sesiones mensuales de la Sociedad, en el Auditorio del Hospital General de México, pues el anterior local adolecía de una serie de fallas que ahora se han podido superar; la capacidad del Auditorio es magnífica además de poseer una magnífica iso-óptica. Los ex-

positores en las sesiones mensuales con su colaboración han logrado que el desembolso de la Sociedad sea mínimo.

ACADEMICO

El Dr. Pelayo Vilar Puig ocupa desde el mes de junio un sitio en la Academia Nacional de Medicina. En nombre del Comité de Redacción de la Revista queremos felicitar por éste medio a nuestro Director-Editor.

PREMIO E. ESCUDER

Este premio otorgado por la Profesora Esmeralda Escuder de Montevideo, consistente en un diploma y 2,500 dólares, será entregado durante el próximo 19 Congreso de la "Inter-

national Association of Logopedics and Phoniatrics" en Edimburgo en agosto 1983, al autor de lengua castellana que más se haya distinguido en estas especialidades.

Una copia dactilográfica, a doble espacio, del trabajo de investigación inédito debe ser enviado al Prof. J. Perelló (Provenza 319, Barcelona 37), otra al Prof. Orlando L. Schrager (Monasterio 1679, 1638 Vicente López, Argentina) y otra al Prof. S. Tarasco (Protasio Tagle 105, 18 México D. F.) antes de enero de 1983. Este jurado aprecia más la calidad y no la extensión del mismo.

El autor premiado será notificado antes del Congreso para que pueda recibir el premio personalmente.

CONSEJO MEXICANO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

BOLETIN INFORMATIVO

Resumen del acta de la Sesión del 3 de mayo de 1982 del Consejo Mexicano de Otorrinolaringología, efectuado en el Hotel Krystal, en Ixtapa Zihuatanejo, Gro.

Se inició la Sesión a las 13:00 horas, bajo la presidencia del Dr. Miguel Arroyo Castelazo, el cual informó a la Asamblea sobre la modificación que se hará al Artículo 4o. del Capítulo IV del Estatuto del Consejo Mexicano de O. R. L., el cual deberá decir.

“La Tesorería del Consejo Mexicano de Otorrinolaringología, A. C. corresponderá a los tres Consejos de reciente ingreso. Al entrar en su segundo año de Gobierno, este grupo pasará a tomar a su cargo la Secretaría del Consejo”.

Como primer punto de la Orden del día, se tomó la asistencia de los miembros del Consejo, contando 62 asistentes.

En el segundo punto se dio lectura al Acta de la Sesión anterior, la cual fue leída por el Secretario Dr. Fernando Guzmán Lozano, la cual fue aprobada por unanimidad.

A continuación en el tercer punto, el Dr. Fernando Romero Fernández, dio lectura al informe de Tesorería, el cual fue aprobado por unanimidad.

En el cuarto punto, el Dr. Miguel Arroyo C. presentó el informe de las actividades del Consejo 81-82.

En el quinto punto, se hizo entrega de las placas de Certificación a los nuevos miembros del Consejo que aprobaron su examen en enero pasado en la ciudad de Monterrey, siendo un total de 50 los que ingresan en este año.

Como sexto punto, se tomó juramento a los nuevos miembros de este Consejo.

A continuación se hizo entrega de las placas por reconocimiento a su labor durante 3 años en la Mesa Directiva del Consejo a los miembros salientes, Doctores Miguel Arroyo C., Sergio Decanini Torsesi y Héctor Ramírez Ojeda.

En el séptimo punto de la Orden del día se hizo la elección de tres miembros de la Junta de Gobierno. Fueron elegidos los Doctores Rafael García Palmer, Rigoberto Astorga Díaz y Rolando del Rosal Sigler.

Como punto octavo se tomó la protesta a los nuevos miembros de la junta de Gobierno.

En asuntos varios el Dr. Fernando Romero Fernández, Tesorero del Consejo propuso a la Asamblea el aumento de la cuota anual a \$ 2,000.00 para mantener las finanzas del Consejo sin problemas en el futuro, siendo aprobada dicha propuesta.

A las 15:30 horas, se dio por terminada la Asamblea.

N O T A S:

Se les recuerda a los miembros del Consejo que la re-certificación es cada tres años y que aquellos que deban recertificarse en el presente año, deberán enviar sus documentos antes del 30 de noviembre próximo.

El examen del Consejo Mexicano de Otorrinolaringología, se llevará a cabo los días 10, 11 y 12 de enero de 1983, en la Ciudad de México, D. F. La fecha límite para recibir solicitudes será el 15 de octubre de 1982.

Se suplica a los miembros del Consejo, que hayan cambiado de domicilio, lo notifiquen a la Secretaría del Consejo.

AUDIOMETROS E
IMPEDANCIOMETROS

ELECTRONISTAMOGRAFOS
SILLAS DE TORSION
IRRIGADORES CALORICOS

CAMARAS SONOAMORTIGUADAS

AUDIFONOS PARA SORDERA

ENTRENADORES AUDITIVOS
INDIVIDUALES Y COLECTIVOS



INSTITUTO ALEMAN DE SORDERA

AVE. DURANGO 316

México 7, D. F.

5-28-52-07 5-25-60-42

la casa de
confianza

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) Números 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.



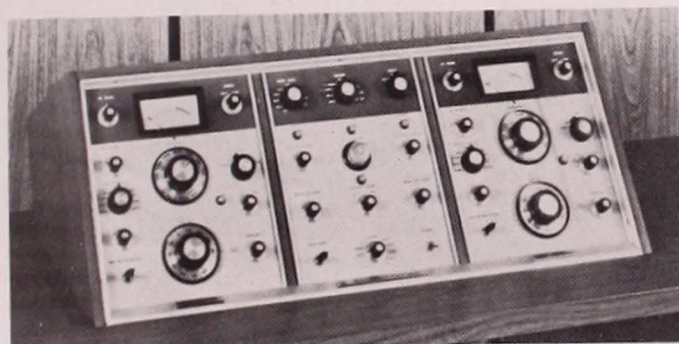
MAICO La más conocida marca en audición le ofrece el más amplio renglón de audiómetros



NUEVO MODELO MA-32. De doble canal con sus respectivos atenuadores. Para exploraciones liminares y supraliminares. Logoaudiometría por voz viva y grabada. Intercomunicador para campo libre. Pulsador con 10 db de atenuación. Prueba de SISI incorporada. Fácil calibración.



MODELOS MA-26 y MA-28. Audiómetros computador automáticos. Sistema de microproceso. Exámenes rápidos y exactos grabados automáticamente. Modelo MA-26 tiene frecuencias de 500 Hz a 6,000 Hz por vía aérea mientras que el MA-28 tiene una frecuencia más, 500 Hz a 8,000 Hz. Mediante el uso de un accesorio interface los resultados son retenidos en la memoria de un computador central.



MODELO MA-24B. El modelo más avanzado para uso clínico y de investigación. Dos audiómetros independientes con mezclador central. Permite toda clase de prueba liminar y supraliminar. Logoaudiometría binaural por vía aérea u ósea. Intercomunicador para audiometría a campo libre. Tono pulsado, ondulado o alternado. Circuitos de SISI y DL. Calibración externa. Mesa accesorio adicional.



NUEVOS MODELOS PORTATILES. Modelo MA-39 de puramente conducción aérea tonal. Modelo MA-40 incluye además conducción ósea y ensordecedor. Modelo MA-41 es el más completo de los tres, incluye además micrófono para logoaudiometría por voz viva y grabada. Circuito de intercomunicación. Calibración externa.

Por más de 30 años AMERICAN OVERSEAS TRADING se ha especializado en instrumental para otorrinolaringología y audiolgía, siendo hoy en día el líder en este campo. Además de MAICO somos los exportadores exclusivos para:

TELEDYNE AVIONICS
INDUSTRIAL ACOUSTICS
TRACOUSTICS INC.
TRACOR INC.
W.R. ELECTRONICS
QUEST ELECTRONICS INC.
SMR

- Impedanciómetros, audiómetros ERA
- Cabinas audiométricas sono-amortiguadas
- Electronistagmógrafos, Audi-computadores
- Audiómetros BEKESY, calibradores de audio
- Estimuladores de nervio facial HILGER
- Sonómetros, dosímetros, protección industrial
- Gabinetes, sillones, etc. para ORL.

Si es de la especialidad, nosotros lo tenemos a precios directos de fábrica. Entregamos en New Orleans o en cualquiera otra parte de Norteamérica sin variación de precios. Escribanos sobre sus necesidades y con gusto enviaremos informes.

Representante exclusivo
de MAICO para México:
MAICO DE MEXICO, S.A. de C.V.
Puebla No. 163-B
México 7, D.F., México
Teléfonos: 525-72-31 y 511-42-80

Manuel R. Saavedra
AMERICAN OVERSEAS TRADING CORPORATION
4619 S. Carrollton Ave.
New Orleans, Louisiana 70119 EE.UU.
TELEX: 6821278

PRO-MEDICA RECINAS, S. A.



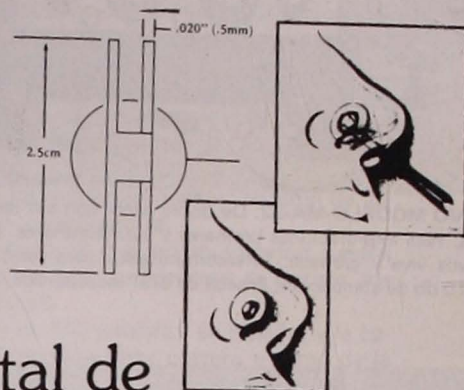
Plasti-Pore™

* 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"

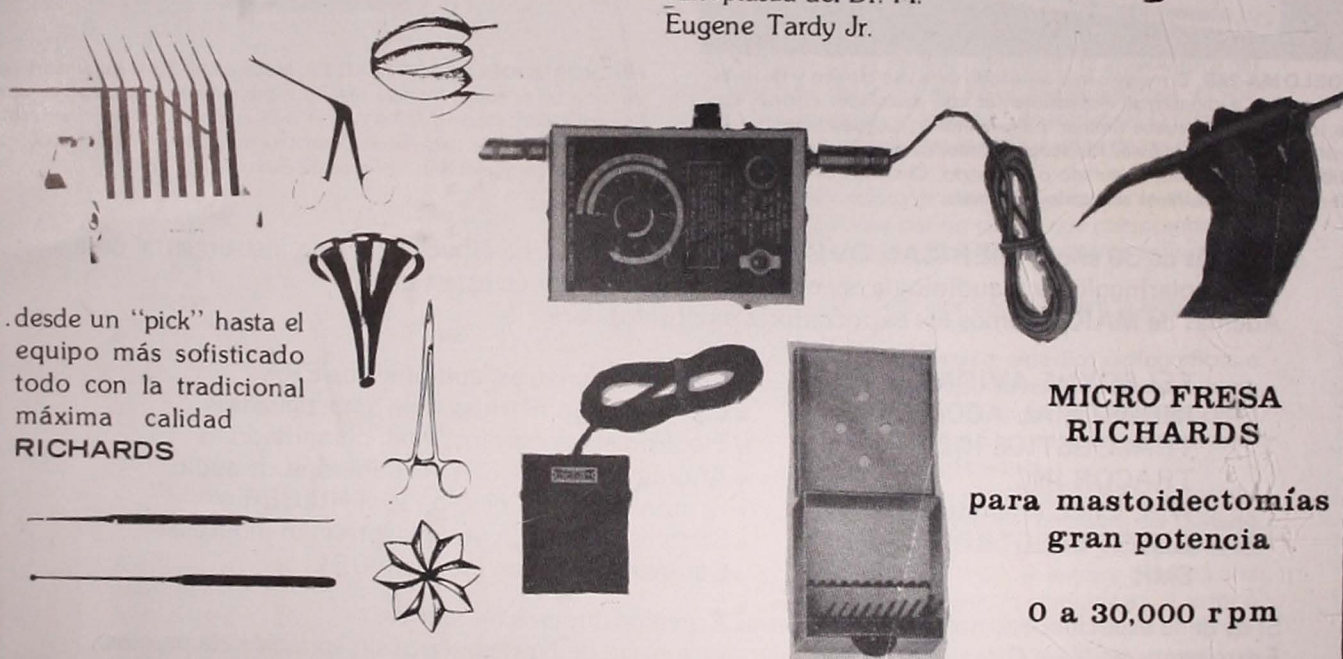


Instrumental de Rinoplastia

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 filmoteca de técnicas y adiestramiento.

* productos incluidos en el cuadro básico del Seguro Social

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.

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

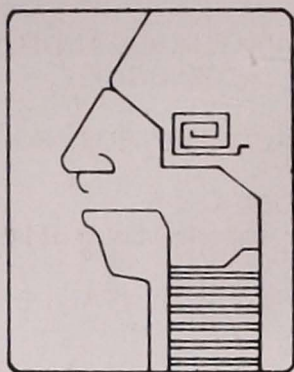
COLABORAN A LA PUBLICACION DE ESTE NUMERO LOS SIGUIENTES LABORATORIOS Y FIRMAS COMERCIALES

<i>ASTRA</i>	PENGLOBE Antibiótico
<i>BEECHAM</i>	PENAMOX Mucolítico
<i>BOEHRINGER INGELHEIM</i>	AFLAMINA Antiinflamatorio
<i>DEWIMED, S. A.</i>	INSTRUMENTAL PARA MICROCIROGIA Y EQUIPO MEDICO
<i>GEIGY</i>	TANDERIL Antiinflamatorio, antiexudativo no enzimático
<i>INSTITUTO NACIONAL DE SORDERA</i>	AUDIFONOS PARA SORDERA Y EQUIPOS ELECTROMEDICOS PARA OTORRINOLARINGOLOGIA
<i>JANSSEN FARMACEUTICA, S. A. de C. V.</i>	STUGERON FORTE en el síndrome vertiginoso
<i>MAICO DE MEXICO, S. A. de C. V.</i>	AUXILIARES AUDITIVOS SERVICIOS Y ACCESORIOS
<i>MAICO LATIN AMERICA</i>	AUDIOMETROS PROFESIONALES
<i>OFTASA, S. A.</i>	ORLA Especialistas en oídos, nariz y garganta
<i>PRO-MEDICA RECINAS, S. A.</i>	INSTRUMENTAL DE RINOPLASTIA Y MICROCIROGIA DEL OIDO
<i>SCHERAMEX</i>	IDULAMINE Tabletas, jarabe, antihistamínico
<i>VIAMED</i>	LASER DE MICROCIROGIA EQUIPOS DE DIAGNOSTICO EN E. N. G. Y POTENCIALES EVOCADOS MICROSCOPIOS E ILUMINACION EN CIRUGIA

XXXIII CONGRESO NACIONAL

MORELIA, MICH.

**SOCIEDAD MEXICANA
DE
OTORRINOLARINGOLOGIA**



1° AL 5 DE MAYO DE 1983

Cursos de actualización, Mesas redondas, Trabajos libres.

PRESIDENTE

Dr. Rafael García Palmer

Eugenia No. 13-403
Col. Nápoles
C. P. 03810, México D. F.
Tel.: 543-93-63



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. I. Méd. No. EHE-9294/J

* Marca Registrada

1953 1978

25

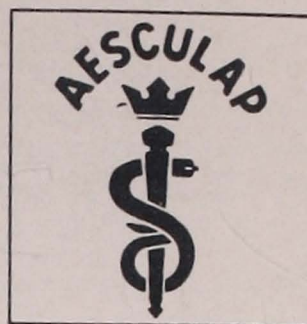


DEWIMED, S.A.

INSTRUMENTAL PARA MICROCIROGIA
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

