



ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL

FUNDADA EN 1949

ORGANO OFICIAL

PAGINA DEL DIRECTOR.....	39
TRABAJO ORIGINAL	
Tratamiento de la rinopatía vasomotora crónica mediante la electrofulguración submucosa de los cornetes inferiores, <i>Dr. Héctor de la Garza Hesles</i>	41
REVISION DE TEMAS CON CASUISTICA ORIGINAL	
Revisión de mastoidectomía y causas de fracaso, <i>Dr. Antonio Soda M. y cols.</i>	50
Fractura de hueso temporal con parálisis facial (Presentación de 7 casos) <i>Dr. Guillermo Hernández Valencia</i>	54
CASOS CLINICOS	
Síndrome de Kartagener Estudio clínico y ultraestructural de un caso. <i>Dr. Héctor Ramírez Ojeda y cols.</i>	59
Absceso cerebral y petrositis Presentación de un caso <i>Dr. Juan Felipe Sánchez Marle y col.</i>	63
DOCTRINA	
Conferencia Magistral <i>Dr. Salvador Durán Torres.</i>	67
NOTAS E INFORMACIONES	70
DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA.....	72

DISTRIBUCION GRATUITA

MEXICO, MAYO 1984

VOL. XXIX NUMERO 2



EL... NO PUEDE DECIR

Recién nacidos, individuos con retraso y otros pacientes no pueden describir con exactitud su problema. En estos casos los Potenciales Evocados Auditivos son una gran herramienta para identificar desordenes en la trayectoria auditiva.



**NICOLET
INSTRUMENTOS
S. A. de C. V.**

Louisiana 49
03810 Mexico, D. F.
543-0412 687-2440 687-5669

Bisolvon*

(Bromhexina)



otitis media
sinusitis
faringitis
laringitis

Bisolvon*

lorhidrato de N-ciclohexil-
-metil-(2-amino-3,5-dibromobencil)-amina.
romhexina.

resentaciones: Bisolvon* caja con
0 comprimidos de 8 mg; Bisolvon*
mpolletas, caja con 3 de 4 mg x 2 ml;
isolvon* solución, frasco con 60 ml.

- fluidificante de la secreción
de las vías respiratorias superiores

2 mg x ml.

Contraindicaciones:

Hasta la fecha no se conocen

Reacciones secundarias:

A dosis terapéuticas no deben esperarse

Su venta requiere receta médica

*Marcas registradas

Regs. Nos. 66679, 66641, 73688, S.S.A.
I I E-10873/J



Boehringer
Ingelheim*

20 años de avance terapéutico



0 horas



12 horas



24 horas

PENGLOBE

La prodroga Bacampicilina

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.- Al usar cualquier ampicilina pueden presentarse: erupciones cutáneas y diarrea. Se han documentado seis casos nuevos de colitis pseudomembranosa.

POSOLOGIA:

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

Suspensión en microgránulos.- Adultos y niños mayores de 7 años: 1 cucharadita 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 repartida 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 cucharadita calibrada.

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 dermatografía. Esta 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, anorexia, náusea, cefalea, mareos, disuria y visión borrosa. **PRESENTACION:** IDULAMINE TABLETAS, caja con 20 tabletas de 1 mg de maleato de azatadina. IDULAMINE JARABE, frasco con 60 ml, cada 5 ml contiene 0.5 mg de maleato de azatadina.

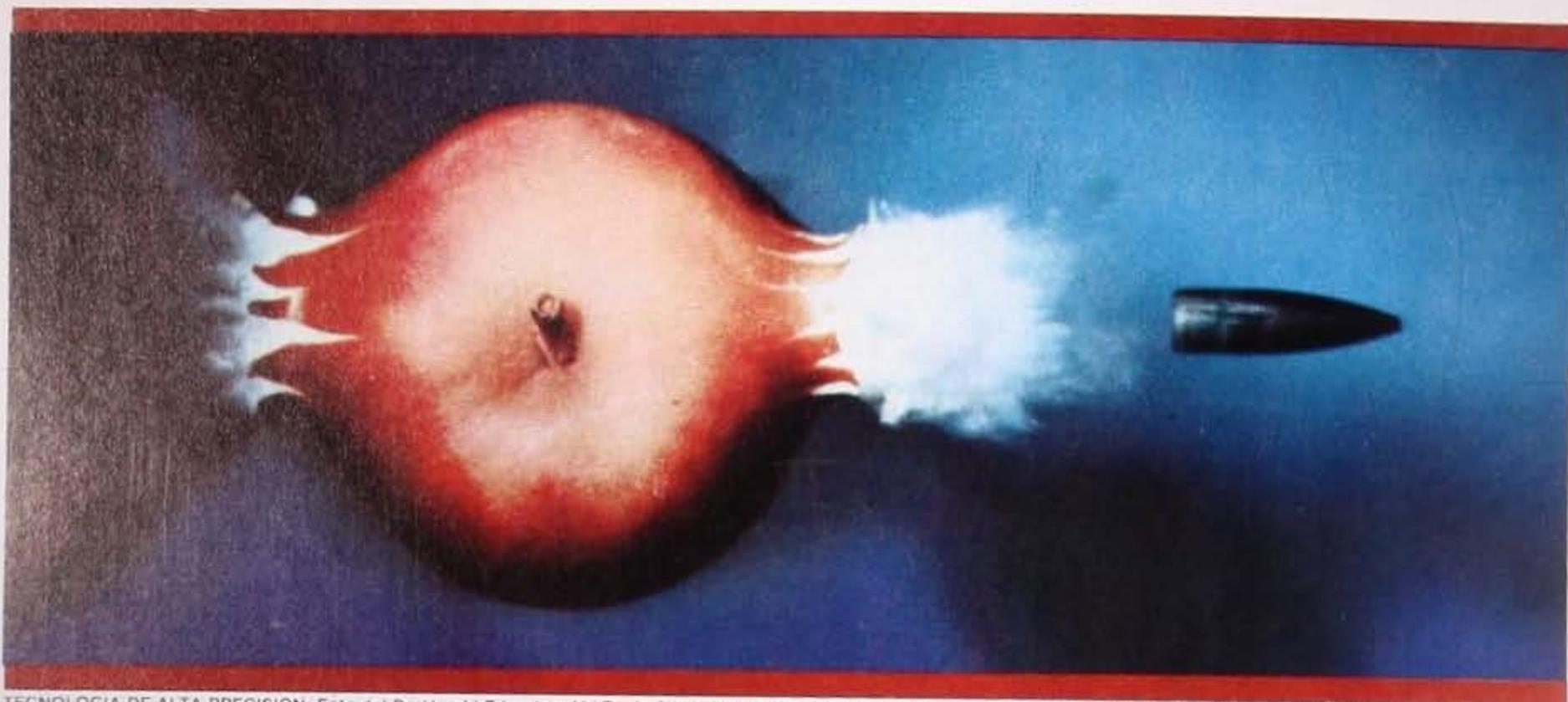
Scheramex
S.A. DE CV

Av. 16 de Septiembre No. 301
Xochimilco, México 23, D.F.

* Marca registrada
1 Med. HJL 7581/J

Regs. Nos. 80977 y 80978 S.S.A.
Literatura exclusiva para Médicos

RAPIDEZ...! POTENCIA...! IMPACTO...!



TECNOLOGIA DE ALTA PRECISION: Foto del Dr. Harold Edgerton, M.I.T., de Cambridge, Mass., U.S.A. El disparo a la manzana fue hecho con una bala calibre 30 que viajaba a una velocidad de 900 m/seg., utilizando para lograr la foto, un microflash estroboscópico a 1/3 de micro-segundo

Los beneficios clínicos y diferencias reales entre amoxicilina y ampicilina...

De Beecham...

La compañía innovadora y autoridad mundial en penicilinas semisintéticas

Mas que una ampicilina



Penamox*

Cada 8 horas

La amoxicilina está reemplazando claramente a la ampicilina por estas convincentes razones...

RAPIDEZ...! POTENCIA...! IMPACTO...!

PENAMOX* posee el *doble* de impacto clínico de la ampicilina...
con...

Mayor tasa de absorción "Debido a que la amoxicilina por vía oral se absorbe más rápidamente que dosis comparables de ampicilina, se obtienen niveles hemáticos, tisulares y en orina, más elevados y prolongados" ⁽¹⁾

- Rapidez de acción
- Más pronto alivio

Niveles hemáticos al doble . . "La amoxicilina oral, equivale a la ampicilina inyectable, mg. a mg." ⁽²⁾

- Mayor eficacia
- Niveles hemáticos prolongados por 8 horas

Buena penetración tisular . . . "Se encontró que la amoxicilina penetra de cuatro a seis veces más que la ampicilina, en diversos tejidos y secreciones corporales, incluyendo en fluido de oído medio" ⁽³⁾

- Afinidad por el sitio de la infección

Mejor tolerado PENAMOX* posee una tolerancia gastrointestinal notablemente mejor que la ampicilina

"Menor incidencia de diarrea que con ampicilina; únicamente se reportó una incidencia de diarrea de 1.7% en un estudio con 1811 pacientes que recibieron PENAMOX* cápsulas" ⁽⁴⁾

Mejor aceptación y cooperación del paciente

PENAMOX* cada 8 horas es mejor aceptado por sus pacientes; no requieren despertarse por la noche, ni se omiten dosis, porque puede ser tomado con los alimentos

Doctor, éstas son las razones de por qué sus pacientes se sienten mejor, más rápidamente con PENAMOX*

Presentaciones:

Cápsulas de 500 mg. caja con 9. Suspensión de 250 mg. frasco para 60 ml. Suspensión de 500 mg. frasco para 45 ml. Inyectable de 250 mg. 1 frasco ampula, fco. con solvente (agua destilada) 2 ml. Inyectable de 500 mg. 1 frasco ampula, fco. con solvente (agua destilada) 2 ml. Tabletas de 1 g. caja con 6.

Precauciones:

1.- No existe en el mercado penicilina que no ofrezca peligros
2.- La sensibilidad de cada persona al medicamento es el factor desencadenante de reacciones alérgicas leves o graves. 3.- La penicilina, siendo inofensiva para la mayoría de los pacientes, en otros resulta perjudicial, por lo que solamente el médico, basándose en su experiencia y en las reacciones anteriores de las personas por el uso del medicamento, determinará si debe o no ser usado. 4.- La penicilina es un medicamento útil dentro de la terapéutica actual y su prescripción y uso quedarán bajo la estricta responsabilidad del médico. 5.- En

el caso de que se presenten accidentes por penicilina, se recomienda la aplicación inmediata de adrenalina al milésimo por vía intramuscular. Podrán utilizarse asimismo, otros recursos cuando el médico así lo estime pertinente, tales como: antihistamínicos, esteroides y otros

Contraindicaciones:

Sensibilidad a la penicilina

Reacciones Secundarias:

Como con todas las penicilinas, pueden presentarse reacciones alérgicas: erupción cutánea y diarrea. A dosis muy elevadas, pueden presentarse nefropatías, cristaluria, elevación de transaminasa glutámico-oxalacética, agranulocitosis con monohistiocitosis, hipertensión endocraneana benigna y encefalopatías

Interacciones Medicamentosas:

Interfiere con los anticonceptivos en la circulación enterohepática de los estrógenos

Bibliografía:

1.- Williams, T.W.: An up to date look at the penicillins. Consultant, April, 1980. 2.- Sutherland, R. et al: BMJ (1972) 3, 13. 3.- Klimek, J.J.: Antibiotic update: A review of currently available oral and parenteral antimicrobial agents (Part 1) Continuing Education 12 (2): 22-34, 1980. 4.- Wise, P.J., Newu, H.C.: Experience with amoxillin; An overall summary of clinical trials in the United States. J. Infect. Dis. 129 (June Suppl.), 266-271, 1974

*Marca Registrada. Regs. Nos. 78552, 78554, 88252 y 0127M79 S.S.A. Literatura exclusiva para médicos Su venta requiere receta médica I. Méd. JJE-4085/J

Hecho en México por:
Beecham Farmacéutica, S.A. de C.V.
Miguel Angel de Quevedo No. 307,
Coyoacán, 04310, México, D.F.



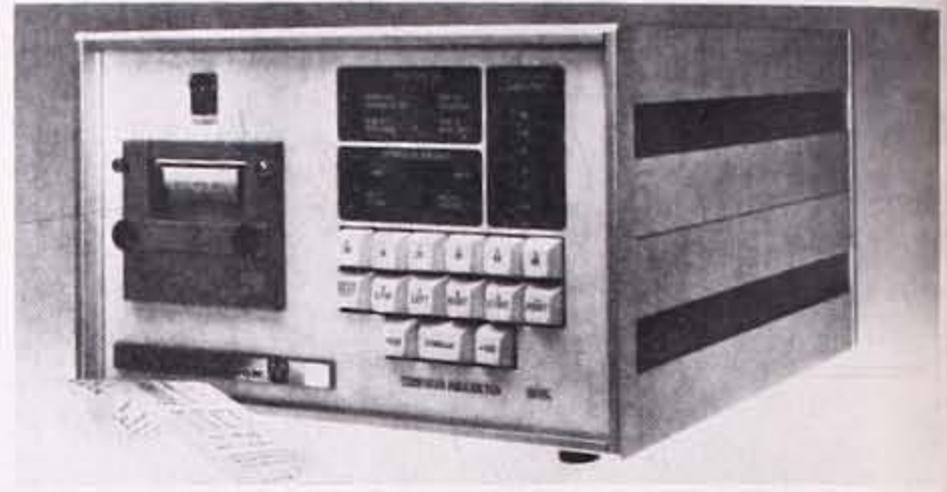
Beecham
La Autoridad en Penicilinas



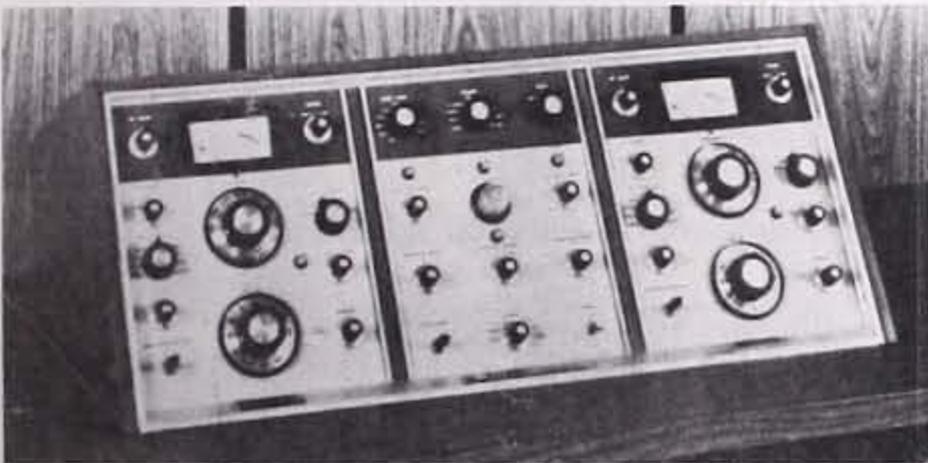
MAICO La más conocida marca en audición le ofrece el más amplio renglón de audiómetros



NUEVO MODELO MA-32. De doble canal con sus respectivos atenuadores. Para exploraciones liminares y supraliminales. Logaudiometría 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. Logaudiometría 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 logaudiometría 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.

Escríbanos 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

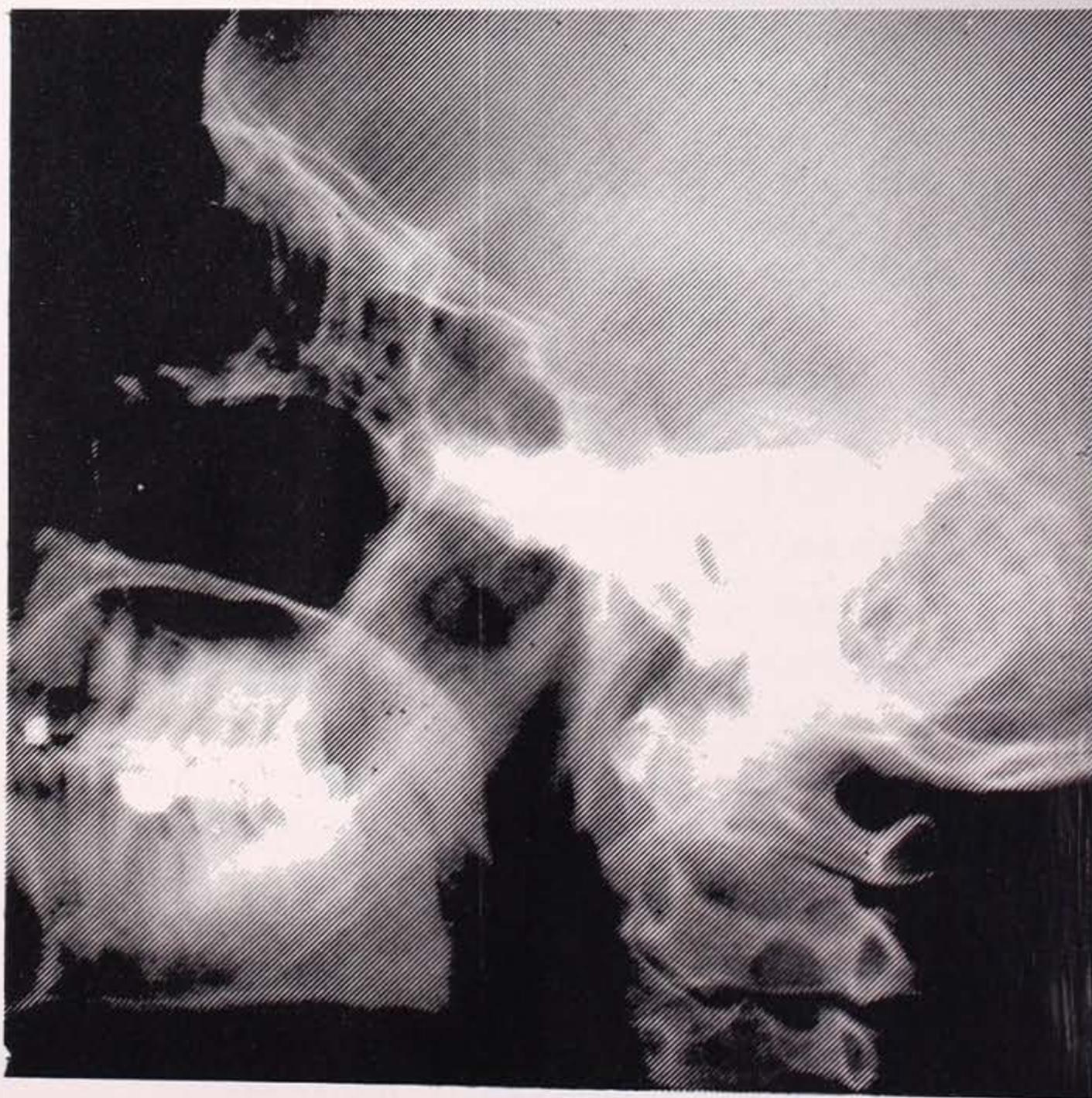
Manuel R. Saavedra
AMERICAN OVERSEAS TRADING CORPORATION
4619 S. Carrollton Ave.
New Orleans, Louisiana 70119 EE.UU.
TELEX: 6821278

**IMPULSORA COMERCIAL INTERNACIONAL
RIO BRAVO, S. A. DE C. V.**

MORELOS 98 DESP. 501
COL. JUAREZ C. P. 06600
MEXICO, D. F.
TEL. 566-9044

BOLIVIA 283 NTE.
ZONA CENTRO
CD. JUAREZ, CHIH., MEX.
TEL. 4-24-80 Y 4-22-36

instrumental y equipos para microcirugía otorrinolaringológica



REPRESENTANTES EXCLUSIVOS DE



**MANUFACTURAS DOMINGO
BARCELONA, ESPAÑA**

TODO LO QUE REQUIERA, DE LAS MEJORES MARCAS,
CON GARANTIA Y SERVICIO EN MEXICO

REPRESENTACIONES ELECTRONICAS DE CALIDAD TOMFER, S. A.
REPRESENTANTES EXCLUSIVOS CON SERVICIO PARA:

Tracor Inc.

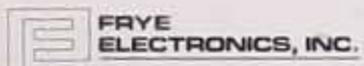
Cámaras Sonoamortiguadas, Audiómetros Manuales, Automáticos y Clínicos.
Equipo Electrónico Analizador para Calibración Acústica y Eléctrica.



Timpanómetros (Impedanciómetros), Scanners Ultrasónicos para las cavidades de los senos.

**ICS MEDICAL
CORPORATION**

Electronistagmógrafos, Irrigadores Calóricos, Rinomanómetros, Estimuladores Optokinéticos.



Analizadores de Auxiliares Auditivos y de Audiómetros.

UNITRON

Auxiliares Auditivos de máxima calidad.



Activair II. Pilas de zinc-aire para auxiliares auditivos que pueden almacenarse por años sin perder características, y con duración de vida útil equivalente al doble de las demás.

DISTRIBUIDORES:



Cámaras sonoamortiguadas, cualquier tamaño, para todo tipo de necesidad.

PRECIOS DE FABRICA ENTREGANDO EN CUALQUIER PUNTO DE U. S. A. ATENCION
INMEDIATA. ATENDEMOS PEDIDOS DE TODOS LOS PAISES DE AMERICA LATINA

S O L I C I T E I N F O R M A C I O N



TOMFER, S. A.
SAN BORJA No. 1361
COL. VERTIZ - NARVARTE
03600 MEXICO 13, D. F.

SIN PROBLEMA DE
ESTACIONAMIENTO
TEL. 575 - 9277

ENTRE LAS CALLES DE XOCHICALCO Y UXMAL
ENTRE LAS ESTACIONES EUGENIA Y DIVISION DEL NORTE DEL METRO LINEA 3
AMPLIO ESTACIONAMIENTO LIBRE A LA PUERTA Y CALLES ADYACENTES

AMIGDALITIS · FARINGITIS · LARINGITIS

Cuando se requiere algo más,
que correr riesgos por las
resistencias bacterianas
que presentan muchos
de los antibióticos²⁻³



PARA NIÑOS

«Bactrim»* Roche Suspensión

Acción bactericida¹

Por el doble mecanismo de acción antibacteriano²

Cómoda y práctica dosificación

Se administra cada 12 horas.

Eficacia comprobada⁴⁻⁵

93% de curaciones en niños de 2 a 12 años con padecimientos de amigdalitis y laringotraqueitis.

Tabla Posológica de 'Bactrim'

EDAD	SUSPENSION Fco. con 100 ml		COMPRIMIDOS INFANTILES Fco. con 20		COMPRIMIDOS para ADULTO Fco. con 20	
	a. m.	p. m.	a. m.	p. m.	a. m.	p. m.
12 semanas a 5 meses	2.5 ml	2.5 ml				
6 meses a 23 meses	5 ml	5 ml				
2 años a 5 años	5 ml	5 ml	○ ○	○ ○	◐	◐
6 años a 11 años	2 de 5 ml	2 de 5 ml	○ ○	○ ○	◐	◐
12 años o mas					◐	◐

Dosificación:
 comprimidos infantiles: cada uno contiene Trimetoprim 20 mg y Sulfametoxazol 100 mg.
 Suspensión: Cada 5 ml = a Trimetoprim 40 mg y Sulfametoxazol 200 mg.
 comprimidos para adultos: Trimetoprim 80 mg y Sulfametoxazol 400 mg.

Indicaciones:
 «Bactrim» en infecciones de las vías respiratorias superiores, amigdalitis, faringitis, laringotraqueitis y laringitis.

Presentaciones:
 Suspensión: Frasco con 100 ml, incluyendo medida equivalente a 5 ml.
 comprimidos infantiles: Frasco con 20.
 comprimidos para adultos: Frasco con 20.

Contraindicaciones:
 En las afecciones graves del parénquima hepático, discrasias sanguíneas y en insuficiencia renal grave, cuando no se puede determinar regularmente la concentración plasmática. No deberá administrarse a pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a las sulfamidas o al trimetoprim.

Reacciones secundarias:
 Siguiendo la posología recomendada, «Bactrim» es bien tolerado. Sin embargo, como todas las sulfamidas pueden presentarse náuseas, vómitos, exantemas y síndrome de Stevens Johnson.

Precauciones:
 No se administre durante el embarazo, tampoco en los prematuros y lactantes menores de 3 meses de edad.

Bibliografía:

- Hitchings, G.H. Selective Inhibitors of Dihydrofolate Reductase as Chemotherapeutic Agents. Exposé, The Synergy of Trimethoprim and Sulphonamides, Royal College of Physicians, Londres, 9.5. 1969.
- Salzberg, R. Annual Meeting-Soc Suisse de Pédiatrie, 1971.
- Fernex, M., Havas, L.: Clinical Experience with Trimethoprim and Sulfamethoxazol with Special Reference to Its Use in 867 Children; in: Proceedings, 10th SEAMEO-TROPED Seminar: Symposium of Chemotherapy in Tropical Medicine of Southeast Asia and the Far East, pp. 129-148. Ed. T. Harinasuta, Bangkok, 1972.
- Knight, C.J.: Kinetic Studies with a Trimethoprim/Sulphonamide Combination; dans Ve Congrès International de Chimiothérapie.
- Quick, C.A., Wagner, D.: Trimethoprim-Sulfamethoxazol in the Treatment of Infections of the Ears, Nose and Throat. J. Infect Dis. 128, Suppl., 696-700 (1973).

ROCHE PRODUCTOS ROCHE, S.A. DE C.V.
 Av. de la Universidad 902 México 12, D.F.

*Marca Reg. Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.
 Regs. Nos. 73349 73362 S.S.A. HHE-7182/J

XA-207/81

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

ANALE DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA

Director-Editor

DR. PELAYO VILAR-PUIG

Consejo de Redacción

DR. MIGUEL ARROYO CASTELAZO
DR. JORGE BARRERA IGLESIAS
DR. JORGE CORVERA BERNARDELLI
DR. SERGIO DECANINI TORNESSI
DR. ANDRÉS DELGADO FALFARI
DR. RAFAEL GARCÍA PALMER
DR. FERNANDO GUZMÁN LOZANO
DR. MARIANO HERNÁNDEZ GORIBAR
DR. SAMUEL LEVY PINTO

Gerente General

LIC. JOAQUÍN BOHIGAS

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
1983-1984

Presidente

DR. MIGUEL ARROYO CASTELAZO

Vice-Presidente

DR. RAFAEL GARCÍA PALMER

Secretario

DR. FRANCISCO MARTÍNEZ GALLARDO

Tesorero

DR. MIGUEL A. GARCÍA GARCÍA

Dir. Gral. de Derecho de Autor
Registro No. 228-78
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

Correspondencia de 2a. clase por
la Dirección de Correos Oficio
21312 Expediente 092. 440/1
Registro No. 3203
Impreso en México por:
IMPRESOS REFORMA, S. A.
Dr. Andrade No. 42 Col. Doctores
06720 México, D. F.

PAGINA DEL DIRECTOR

Entre las diferentes ramas de la Ciencia que durante el último siglo han contribuido al enriquecimiento del conocimiento humano, la Genética ocupa un lugar prominente, no sólo por que ha representado un notable avance del conocimiento científico puro, si no que ha revolucionado muy diversos campos en el terreno práctico, mucho más allá de las fronteras médicas y cuyos límites no alcanzamos a vislumbrar.

Este año se cumple un siglo de la muerte de Gregorio Mendel, a quien debemos en gran parte el entendimiento de los mecanismos de la herencia. Sus investigaciones se desarrollaron en un lugar un tanto inesperado, un pequeño jardín de un monasterio agustino en Brunn, antiguamente perteneciente a Austria y hoy en día conocido como Brno, dentro de las fronteras de Checoslovaquia.

Mendel, monje agustino nacido en 1822 y muerto en 1884 ingresó muy joven a un monasterio, sin embargo sus obligaciones eclesiásticas no impidieron que su interés por la naturaleza lo llevara a tomar varios cursos de ciencias y de matemáticas en la universidad de Viena, que le dieron una sólida preparación para someter más tarde al análisis matemático a sus diseños experimentales. Realizó una serie de investigaciones cruzando distintas variedades de chícharos y observando las diferencias entre su progenie. Sus conclusiones han servido de base para el modelo actual que sobre herencia se tiene.

En 1865 Mendel presentó sus hallazgos a la Sociedad de Naturalistas de su ciudad natal. Su trabajo fue publicado en la revista de dicha sociedad, pero pasó desapercibido por el hecho de tratarse de una publicación de reducida divulgación, además que Mendel ante su posición dual de eclesiástico trabajando aislado como científico, no era conocido en el ambiente académico de la época. Por otra parte los conocimientos citológicos sobre el núcleo y cromosomas, así como las técnicas de tinción no se habían desarrollado suficientemente para apoyar lo que Mendel afirmaba. No cabe duda que los hallazgos de nuestro personaje, estaban muy arriba de los conocimientos generales que se tenían entonces sobre la biología de la reproducción y sobre los cromosomas.

Hoy en día los grandes descubrimientos científicos suelen ser motivo de una rápida divulgación mundial, de suerte que difícilmente pueden pasar desapercibidos para la comunidad científica que tiene a su dispo-

sición muy diversos medios de comunicación de los que se adolecía hace unos cuantos lustros. En el caso de Mendel se requirió que tres diferentes científicos durante las tres primeras décadas del presente siglo, descubrieran y divulgaran sus trabajos, nos referimos a Hugo de Vries en Holanda, Correns en Alemania y Von Tschermak en Austria.

La vida y obra de Mendel es un ejemplo que demuestra como un hombre a pesar de su relativo aislamiento de la actividad científica de la época, fue capaz de arrancarle a la naturaleza parte de los secretos que encerraba, no cabe duda que ésto lo logró gracias a su talento, su infatigable trabajo y una envidiable capacidad de observación analítica.

Quienes en mayor o menor grado se dedican a la investigación médica en nuestros países poco desarrollados, probablemente mucho aumentarían su creatividad, si en lugar de hacerse prisioneros de modelos copiados de sociedades desarrolladas, en las que la investigación se ve apoyada por una gran riqueza de equipos, pudieran retomar los caminos originales mediante el arte de utilizar el pensamiento, desarrollar la capacidad de observación, apoyarse en la solidez de una buena preparación básica y desligarse de la maraña burocrática administrativa para disfrutar de la serena reflexión sobre los fenómenos cotidianos.


B. Vilor-Puig

Tratamiento de la rinopatía vasomotora crónica mediante la electrofulguración submucosa de los cornetes inferiores.

Dr. Héctor DE LA GARZA HESLES*

Resumen.- Se presenta un estudio prospectivo efectuado en 20 pacientes portadores de rinopatía vasomotora crónica, alérgica e idiopática resistentes al tratamiento médico convencional, a los cuales se les efectuó electrofulguración submucosa de ambos cornetes inferiores. La valoración de este tratamiento se hizo utilizando métodos clínicos y rinomanométricos. Los resultados fueron tratados estadísticamente y se concluyó que la electrofulguración submucosa de los cornetes inferiores, mejora el síndrome obstructivo nasal producido por la rinopatía vasomotora no alérgica, y queda en duda su eficacia en las de origen alérgico. Se comprueba rinomanométricamente que la electrofulguración disminuye la respuesta vasomotora de la mucosa turbinal en la rinopatía vasomotora idiopática.

Summary.- This summary corresponds to a prospective study realized in 20 patients with chronic allergic and idiopathic vasomotor rhinopathy resistant to medical conventional therapies, to

which submucose electrofulguration in both inferior turbinates was practiced. Results of therapy were evaluated through clinical and manometrical methods and submitted to statistical analysis. Based on results it was concluded that the employed technique is useful in nasal obstructive syndrome due to non allergic vasomotor rhinopathy but its value is not so clear in allergic origin conditions. It was proved by rhinomanometry that electrofulguration diminished vasomotor responses in the mucous membrane of turbinates in idiopathic vasomotor rhinopathy.

INTRODUCCION

La rinopatía vasomotora crónica, es una de las causas más frecuentes de consulta Otorrinolaringológica (Vainio-Mattila citado por Principato¹).

Muchos de los casos no responden a los tratamientos, razón por la que es un tema de controversia. Es una entidad de etiología diversa², cuya fisiopatología se puede resumir como la respuesta exagerada de la mucosa nasal a diferentes estímulos, que provocan una vasodilatación de la red capilar submucosa, especialmente en el tejido eréctil de los cor-

nêtes inferiores, en tercio inferior del cornete medio y en la mucosa de la porción anterior del septum. La vasodilatación ocasiona: A) Apertura del esfínter precapilar. B) Aumento de la presión hidrostática. C) Aparición de trasudado. Esto aunado a la actividad aumentada de las glándulas mucosas, producen el cuadro de obstrucción nasal y rinorrea que caracteriza a esta entidad.^{1, 2, 3, 4, 5 y 6}. Las rinopatías vasomotoras se han clasificado según su etiología, como de origen alérgico y no alérgico, entre estas últimas se comprenden las infecciosas, medicamentosas, hormonales, irritativas, endócrinas, psicógenas, idiopáticas, etc².

El tratamiento convencional de las rinopatías vasomotoras está dirigido a la etiología de estas. En el caso de las alérgicas, la terapéutica se basa en la inmunoterapia, y la administración de antihistamínicos, inhibidores de la degranulación de la célula cebada, corticosteroides y vasoconstrictores.

Las no alérgicas de etiología conocida, responden adecuadamente a la eliminación del agente causal. Para disminuir la sintomatología nasal secretora de la rinopatía vasomotora idiopática y de la rinopatía vasomotora alérgica rebelde al tratamiento alérgológi-

* Ex-Residente del Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Central Norte Pemex México, D. F.

co específico, se han propuesto diferentes procedimientos.

Entre los más utilizados actualmente están:

- 1.- La cauterización química o eléctrica del epitelio ciliado de la mucosa turbinal y septal⁷: Tiene como inconveniente el sacrificio del epitelio ciliado de la mucosa nasal, dejando como secuelas: Estancamiento de secreciones, formación de costras, cacosmia e infecciones rinosinusales de repetición¹.
- 2.- La administración de corticoides de depósito en la submucosa turbinal: Este método produce mejoría temporal en la sintomatología obstructiva, pero ha sido abandonado porque se han reportado casos de atrofia óptica^{4, 7}.
- 3.- La turbinectomía parcial o submucosa: Este procedimiento, aunque efectivo, puede fácilmente producir sintomatología característica de rinitis atrófica, especialmente en condiciones ambientales de baja humedad^{1, 4, 5}.
- 4.- Neurectomía del vidiano: La Denervación parasimpática de la mucosa nasal, obtenida por medio de la neurectomía del canal pterigoideo, constituye un procedimiento muy discutido, sin embargo la mayoría de los autores^{1, 4, 5}. Están de acuerdo que el efecto de este es predominante en la sintomatología secretora, y las complicaciones descritas, tales como la atrofia de la mucosa nasal, el gran número de recidivas en el primer año, y las complicaciones inherentes a la técnica quirúrgica, hacen que la selección de casos deba ser limitada.
- 5.- Criocirugía: La aplicación de bajas temperaturas en la mucosa turbinal ha sido probada con éxito^{1, 8}, aunque aparentemente no existe superioridad en la eficacia de este procedimiento sobre la electrofulguración submucosa de cornetes⁸ y no se reporta morbilidad, el equipo especializado que se requiere hace que esta técnica no se haya generalizado.
- 6.- Electrofulguración submucosa de cornetes inferiores: Es un método aparentemente sin morbilidad, que brinda resultados satisfactorios^{8, 9, 10} especialmente en la rinopatía vasomotora idiopática. Esta basada en la conversión de una corriente eléctrica alterna de alta frecuencia a calor por medio de la resistencia ofrecida por los tejidos; produciendo como consecuencia hialinización y muerte celular; la cicatrización secundaria de la submucosa, disminuye al volumen y reactividad de la mucosa turbinal, así como una neurectomía terminal parcial^{1, 9, 11}. Tiene la ventaja de ser un método que no produce cambios irreversibles en la mucosa nasal, y que puede ser repetido cuantas veces sea necesario. La literatura consultada habla de resultados satisfactorios en la sintomatología obstructiva y existe controversia acerca de la mejoría de la hipersecreción nasal. Todas las valoraciones a este procedimiento revisadas, son subjetivas, ya que han utilizado cuestionarios o datos de exploración física.^{1, 4, 8, 10}

Para valorar la función nasal en forma objetiva, se utiliza

actualmente en la clínica la rinomanometría, que a pesar de no ser el método ideal^{7, 8, 9}, constituye el más práctico y fidedigno para estimar objetivamente las respuestas funcionales nasales, motivo por el cual su uso se ha hecho cada vez más extenso^{1, 5}. El método rinomanométrico para obtener las gráficas de presión y flujo que ofrece mayores ventajas prácticas, es el activo anterior con máscara^{1, 2, 15}. Los parámetros más importantes utilizados en el estudio rinomanométrico son las resistencias nasales antes y después de la aplicación de un vasoconstrictor. La rinomanometría es un estudio eficaz para hacer objetivos los hallazgos clínicos en la patología nasal y evaluar los resultados de la terapéutica empleada.

Objetivos:

Son propósitos del presente trabajo:

- 1.- Hacer una valoración objetiva mediante estudios rinomanométricos, de los cambios funcionales producidos por la electrofulguración submucosa de los cornetes inferiores, en las rinopatías vasomotoras crónicas idiopática y alérgica sin respuesta a los tratamientos medicamentosos convencionales.
- 2.- Comparar los resultados a mediano plazo, entre los portadores de una rinopatía vasomotora crónica alérgica y aquellos con rinopatía vasomotora crónica idiopática.

MATERIAL Y METODO

Se seleccionaron pacientes (N=20), de la consulta externa del Servicio de Otorrinolaringolo-

gía del Hospital Central Norte de Petroleos Mexicanos, portadores de una rinopatía vasomotora crónica idiopática o de origen alérgica con mala respuesta a los tratamientos medicamentosos convencionales.

Los enfermos fueron estudiados de la siguiente forma:

- 1.- Interrogatorio y exploración Otorrinolaringológica.
- 2.- Estudio radiográfico de senos paranasales (Waters Caldwell y lateral).
- 3.- Valoración alérgica (Pruebas cutáneas y citología nasal).
- 4.- Tratamiento médico o alérgico por más de seis meses, sin resultados satisfactorios.

Fueron excluidos del protocolo todos los casos con patología nasal o sinusal agregada (desviaciones septales, rinosinusitis, etc.) y aquellos con rinopatía vasomotora no alérgica cuya etiología pudo ser diagnosticada.

Seis pacientes fueron del sexo masculino y 14 del sexo femenino, sus edades fluctuaron entre los 12 y 59 años de edad, con predominio de la segunda y tercera décadas de la vida. En diez pacientes, se efectuó el diagnóstico de rinopatía vasomotora crónica alérgica y en los diez restantes de rinopatía vasomotora crónica idiopática.

A todos los pacientes se les efectuó estudio rinomanométrico activo, anterior con máscara, utilizando un registrador de presión y flujo (Cottle Nasal Pressure Recorder modelo PF-2001-A). Posteriormente se les efectuó una electrofulguración submucosa de ambos cornetes inferiores con la siguiente técnica:

- 1.- Anestesia tópica con una solución de pantocaina al 2 %
- 2.- Infiltración submucosa de ambos cornetes inferiores

con una solución de lidocaina al 2 % con epinefrina al 1:250 000

- 2.- Electrofulguración submucosa de ambos cornetes inferiores con un electrofulgurador Hifricator (\bar{r}) aplicando una corriente alterna monopolar de alta frecuencia a 50 mamps mediante una aguja calibre 18 de 6.3 cms., de longitud, durante un minuto dividido en 20 segs., con la punta de la aguja en la cola del cornete inferior, 20" en el cuerpo y 20" en la cabeza del mismo.

- 4.- Se colocó un taponamiento de algodón empapado en una solución de fenilefrina al 1 % por diez minutos al terminar el procedimiento.

A los pacientes portadores de rinopatía alérgica, se les instruyó para que continuarán con terapéutica alérgica específica, y a todos los pacientes, se les prescribió medicamentos vasoconstrictores sistémicos durante una semana, para disminuir la exacerbación de la sintomatología obstructiva

temporal ocasionada por la inflamación tisular que precede a la cicatrización esperada en este procedimiento.

Después de un lapso de cuatro meses, se les efectuó control clínico en el que el paciente valoró la mejoría alcanzada en una escala del 1 al 10, calculándose el porcentaje de las respuestas. A continuación el mismo examinador procedió a efectuar con idéntica metodología que en el estudio previo, el estudio rinomanométrico.

De los estudios rinométricos fueron analizados: La resistencia nasal total antes de la aplicación de fenilefrina al 1% y la diferencial obtenida de los valores de resistencia nasal total antes y después de la aplicación de fenilefrina al 1 % (Tablas I y II). El estudio se hizo en forma comparativa tomando como grupo control a la muestra antes de la electrofulguración submucosa de los cornetes inferiores y como grupo problema a la misma muestra después de la electrofulguración. El estudio estadístico, se hizo mediante la comparación de los grupos control y problema con la dis-

ELECTROFULGURACION SUBMUCOSA DE CORNETES

TABLA I
RINOPATIA ALERGICA

EDAD	SEXO	RESISTENCIA NASAL TOTAL ($\text{cmH}_2\text{O/LT/SEG}$)		DIFERENCIAL DE LA R.N.T. ($\text{cmH}_2\text{O/LT/SEG}$)	
		ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
16A.	F	1.47	1.72	0.77	1.04
12A.	M	2.07	6.43	5.39	1.01
25A.	F	5.27	7.76	4.14	6.79
25A.	F	7.31	1.38	6.25	0.31
47A.	F	1.94	1.53	0.48	0.44
24A.	F	3.17	6.04	4.26	4.39
15A.	F	3.33	3.29	1.72	2.27
44A.	F	2.02	1.51	0.56	0.48
22A.	F	5.26	3.59	2.98	1.50
21A.	F	4.65	1.61	3.57	0.67
\bar{X} =25.01		\bar{X} =4.149	\bar{X} =3.486	\bar{X} =3.012	\bar{X} =1.89
		s=2.29	s=2.33	s=1.95	s=1.98

ELECTROFULGURACION SUBMUCOSA DE CORNETES

TABLA II

RINOPATIA VASOMOTORA

EDAD	SEXO	RESISTENCIA NASAL TOTAL (cmH ₂ O/LT/SEG)		DIFERENCIA DE LA RESISTENCIA (cmH ₂ O/LT/SEG)	
		ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
30a.	M	5.11	2.81	4.04	1.15
59a.	F	7.0	0.78	4.8	0.61
35a.	M	1.07	0.97	0.297	0.31
33a.	M	1.63	1.55	0.66	0.8
15a.	F	5.45	2.09	3.91	0.50
20a.	F	4.35	1.29	3.63	0.55
16a.	F	3.33	3.07	1.46	2.05
15a.	F	4.42	3.50	1.8	1.63
17a.	M	6.42	2.85	5.67	1.77
41a.	M	7.10	2.58	6.32	1.98
X=28.1		X=4.58	X=2.14	X=3.25	X=1.08
		s=2.03	s=0.955	s=2.09	s=0.65

(s=DESVIACION STANDARD), (X=MEDIA)

tribución T de "Student", ya que de la pequeña muestra analizada desconocemos la desviación standard poblacional (σ). Se formuló la hipótesis nula en la que se afirma que la media poblacional del grupo control y el problema son iguales ($H_0: m_1 = m_2$) contra la hipótesis alterna, que sostiene que la media poblacional del grupo control es mayor a la media poblacional del grupo problema ($H_1: m_1 > m_2$). Para la decisión estadística se calculo la T y se comparo con la T 0.95 tabulada para el tamaño de la muestra. Este método da un margen de error en la toma de la decisión estadística de un 5 %, ¹⁸ y ¹⁹

RESULTADOS

Las respuestas obtenidas se dividieron en siete grupos:

I.- Resistencia nasal total de los 20 casos antes y después de la electrofulguración submucosa de cornetes inferiores (Fig. 1).

Se efectuó la distribución de frecuencias de las resistencias nasales totales obtenidas de toda la

muestra (N=20), antes y después de la electrofulguración, por medio de una gráfica de barras, encontrando que la curva obtenida posterior a la electrofulguración se desplaza a la izquierda en comparación a la previa, siendo la desviación standard y la media muestrales menores (s=1.86 y \bar{X} =2.81) en el grupo problema que en el control (s=2.20 y \bar{X} =4.36). La T calculada 2.34 fue mayor que la T 0.95 tabulada para la muestra analizada (1.70). Esto nos indica que con un margen de error del 5 %, rechazamos la hipótesis nula ($H_0: m_1 = m_2$) es decir que la resistencia nasal total disminuye en pacientes portadores de rinopatía vasomotora alérgica y no alérgica después de la electrofulguración submucosa de los cornetes inferiores.

II.- Resistencia nasal total de los 10 casos con diagnósticos de rinopatía vasomotora idiopática, antes y después de la electrofulguración submucosa de cornetes inferiores. (Fig. 2)

Se efectuó la distribución de frecuencias de las resistencias na-

sales totales obtenidas en la muestra con diagnóstico de rinopatía vasomotora crónica idiopática (N=10) antes y después de la electrofulguración de cornetes inferiores, por medio de una gráfica de barras, en la cual es evidente el desplazamiento de la curva a la izquierda después de la electrofulguración submucosa. La media y desviación standard del grupo problema disminuyeron (\bar{X} =2.14 s=0.995) en relación al grupo control (\bar{X} =4.58 s=2.03. La T calculada (1.95) fue mayor a la T 0.95 tabulada (1.73) para el tamaño de la muestra. Esto significa que podemos rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la alterna (H_1), con un margen de error del 5 %. Por consiguiente aceptamos que en la población de pacientes con rinopatía vasomotora idiopática existe una disminución de las resistencias nasales totales, después de la electrofulguración submucosa de los cornetes inferiores.

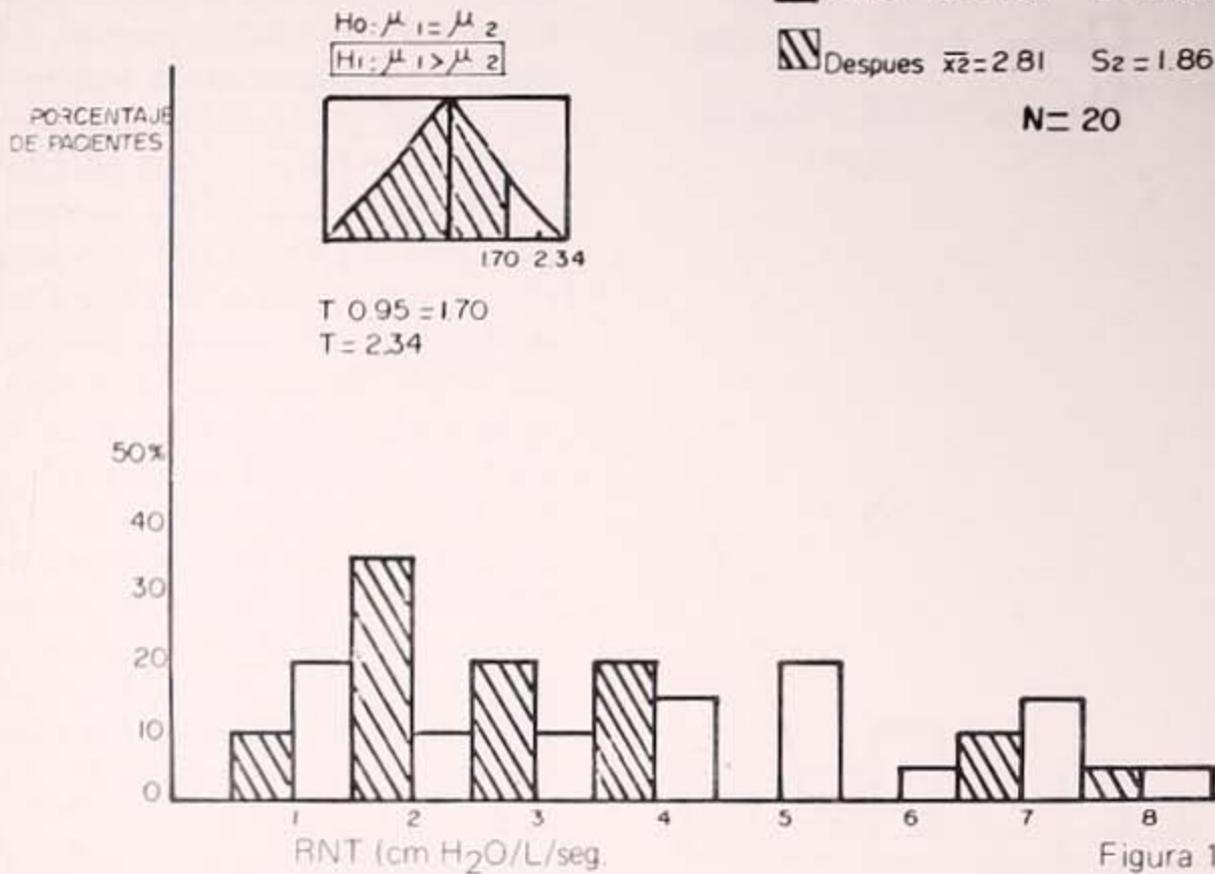
III.- Resistencia nasal total antes y después de la electrofulguración submucosa de cornetes inferiores en los 10 casos con diagnóstico de rinitis alérgica: Fig. 3).

Se efectuó la distribución de frecuencias de la resistencia nasal total obtenida en la muestra con diagnóstico de rinopatía vasomotora crónica de etiología alérgica (N=10) antes y después de la electrofulguración submucosa de cornetes, por medio de una gráfica de barras, en la cual se encontró que existía cierto desplazamiento de la curva a la izquierda, después de la electrofulguración sin embargo había más dispersión de la curva. La media y la desviación standard mostraron poca diferencia (X=4.14 y s=2.29 antes; X=3.48 y s=2.33 después). La T calculada (0.606) fue menor a la T 0.95 tabulada (1.73), lo cual hace que la T calculada quede

RESISTENCIA NASAL TOTAL

	Media	D.S.
Antes	$\bar{x}_1 = 4.36$	$S_1 = 2.20$
Después	$\bar{x}_2 = 2.81$	$S_2 = 1.86$

N = 20



dentro de un rango que nos lleva a aceptar la hipótesis nula (H_0) y a rechazar la hipótesis alterna. Es decir, la resistencia nasal total no sufrió cambios estadísticamente demostrables después de la electrofulguración submucosa de cornetes en la población de pacientes con rinopatía vasomotora alérgica.

IV.- Diferencial de la resistencia nasal total con y sin aplicación de vasoconstrictor en los estudios previos y posteriores a la electrofulguración submucosa de cornetes inferiores de los 20 casos. (Fig. 4)

Se efectuó la distribución de frecuencias de las diferenciales de la resistencia total obtenida de la muestra total (N=20) antes y después de la electrofulguración por medio de una gráfica de barras en la cual se apreció una desviación de la curva obtenida posterior a la electrofulguración hacia la izquierda con respecto a la previa. La media y desviación standard de la muestra problema fueron menores ($X=1.49$ y $s=1.34$)

que los del grupo control ($X=3.13$ y $s=2.11$). La T calculada (2.845) fue mayor a la $T_{0.95}$ (1.70) tabulada. La cual nos indica que se rechaza la hipótesis nu-

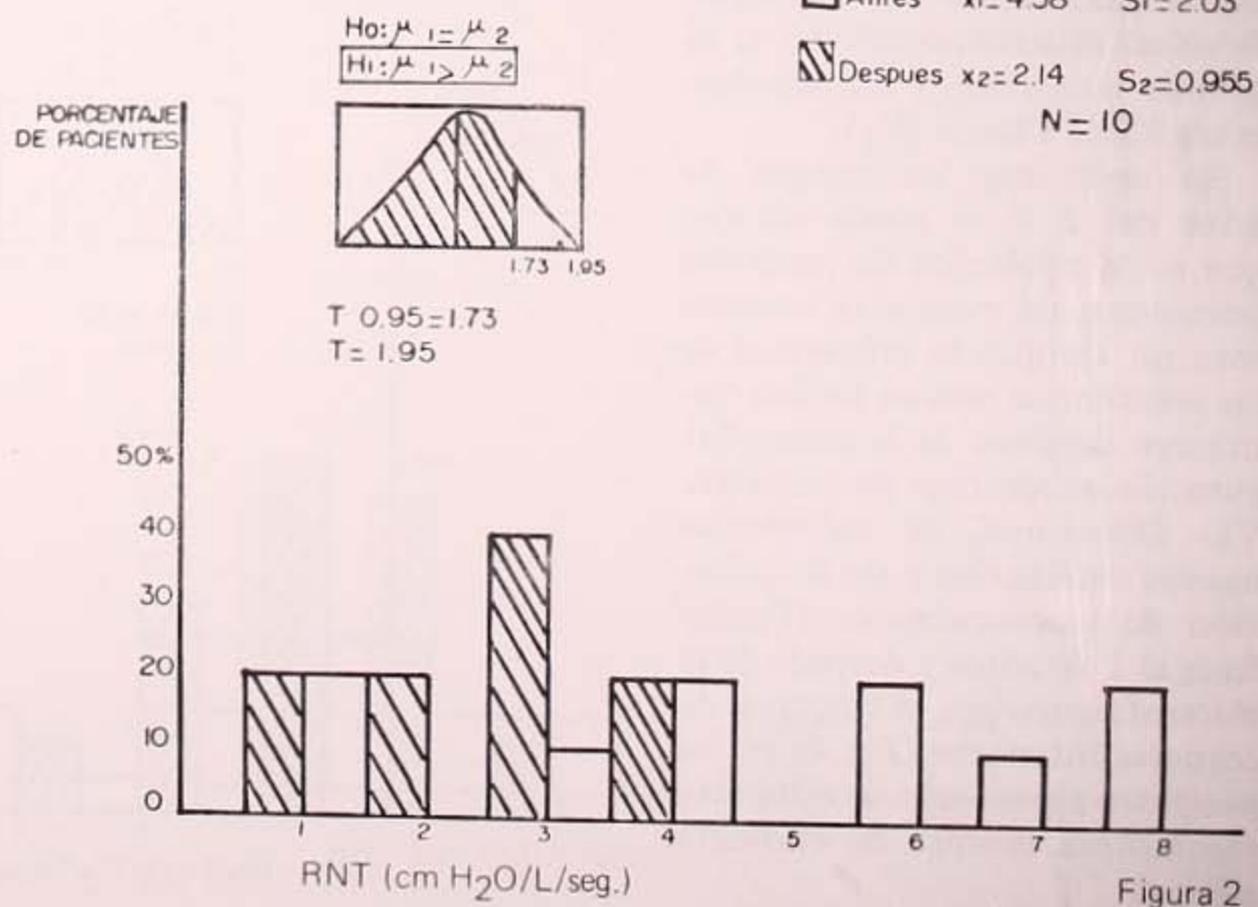
la (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1). Por consiguiente podemos afirmar con un margen de error del 5%, que existe una disminución de la diferencial de resistencias nasales después de la electrofulguración submucosa de cornetes inferiores, en la población de pacientes con diagnóstico de rinopatía vasomotora crónica alérgica y no alérgica.

V.- Diferencial de la resistencia nasal total con y sin aplicación de vasoconstrictor (fenilefrina al 1%) antes y después de la electrofulguración submucosa de cornetes inferiores, en los diez casos portadores de rinopatía vasomotora crónica idiopática (Fig. 5). La distribución de frecuencias de los diferenciales de las resistencias nasales obtenidas de la muestra con diagnóstico de rinopatía vasomotora idiopática (N=10) se efectuó mediante una gráfica de barras, en la cual se encontró una desviación muy importante a la izquierda posterior a la electro-

RESISTENCIA NASAL TOTAL RINOPATIA VASOMOTORA

	Media	D.S.
Antes	$\bar{x}_1 = 4.58$	$S_1 = 2.03$
Después	$\bar{x}_2 = 2.14$	$S_2 = 0.955$

N = 10



RESISTENCIA NASAL TOTAL RINITIS ALERGICA

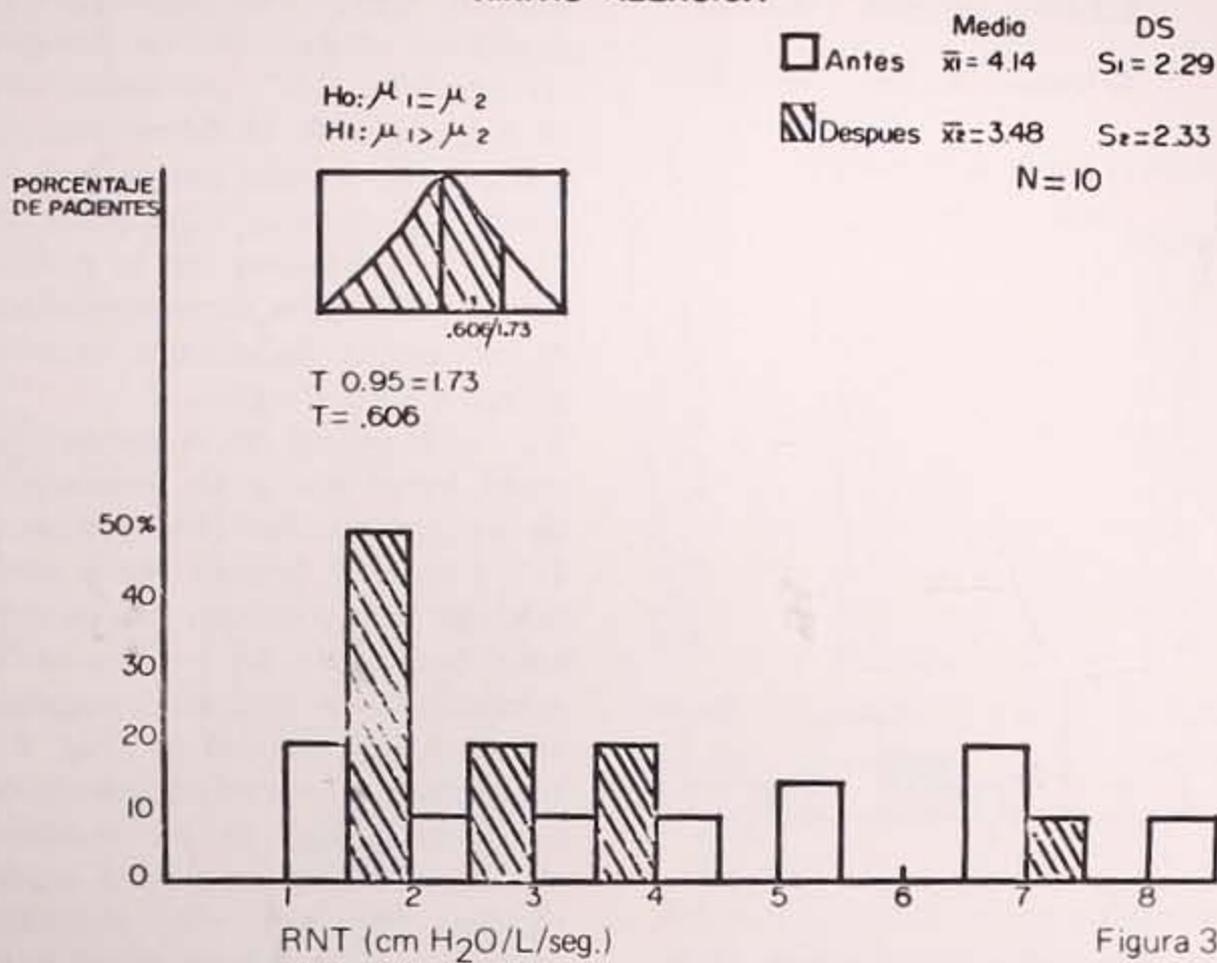


Figura 3

fulguración. La media y la desviación standard, fueron menores ($\bar{X}=1.08$ $s=0.65$) en el grupo problema que en el control ($\bar{X}=3.25$ $s=2.09$). La T calculada (3.05) fue mayor a la T 0.95 tabulada (1.73) para el tamaño de la muestra. Rechazándose con una significación estadística del 0.5 la hipótesis nula (H_0) y aceptándose la hipótesis alterna (H_1).

Es decir con un margen de error del 5 % se puede afirmar que en la población de pacientes portadores de rinopatía vasomotora no alérgica la diferencial de las resistencias nasales totales disminuye después de la electrofulguración submucosa de cornetes. VI.- Diferencial de resistencias nasales totales con y sin la aplicación de vasoconstrictor (Fenilefrina al 1 %) antes y después de la electrofulguración submucosa de cornetes inferiores (Fig. 6) en los pacientes portadores de rinopatía vasomotora crónica de etiología alérgica:

La distribución de frecuencias en la muestra con diagnóstico de rinitis alérgica se efectuó median-

te gráfica de barras, encontrando una desviación a la izquierda posterior a la electrofulguración. Se obtuvo una disminución de la media no así de la desviación standard del grupo problema (\bar{X} 1.89 s 1.98) con relación al control, (\bar{X} 3.012 s 1.95). La T calculada (1.21) fue menor a la T 0.95 tabulada para el tamaño de la muestra (1.73). De esta forma se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alterna (H_1). Por lo que inferimos que con un margen de error del 5 % podemos asegurar que la diferencial de resistencias nasales no disminuye en los pacientes portadores de rinitis alérgica después de la electrofulguración submucosa de cornetes.

VII.- Valoración clínica: Desde el punto de vista clínico, encontramos que todos los pacientes refirieron mejoría después de la submucosa de cornetes (Tabla III). El 25 % de ellos calificaron esta mejoría en un 100 %; 35 % en un

DIFERENCIAL RESISTENCIA NASAL TOTAL

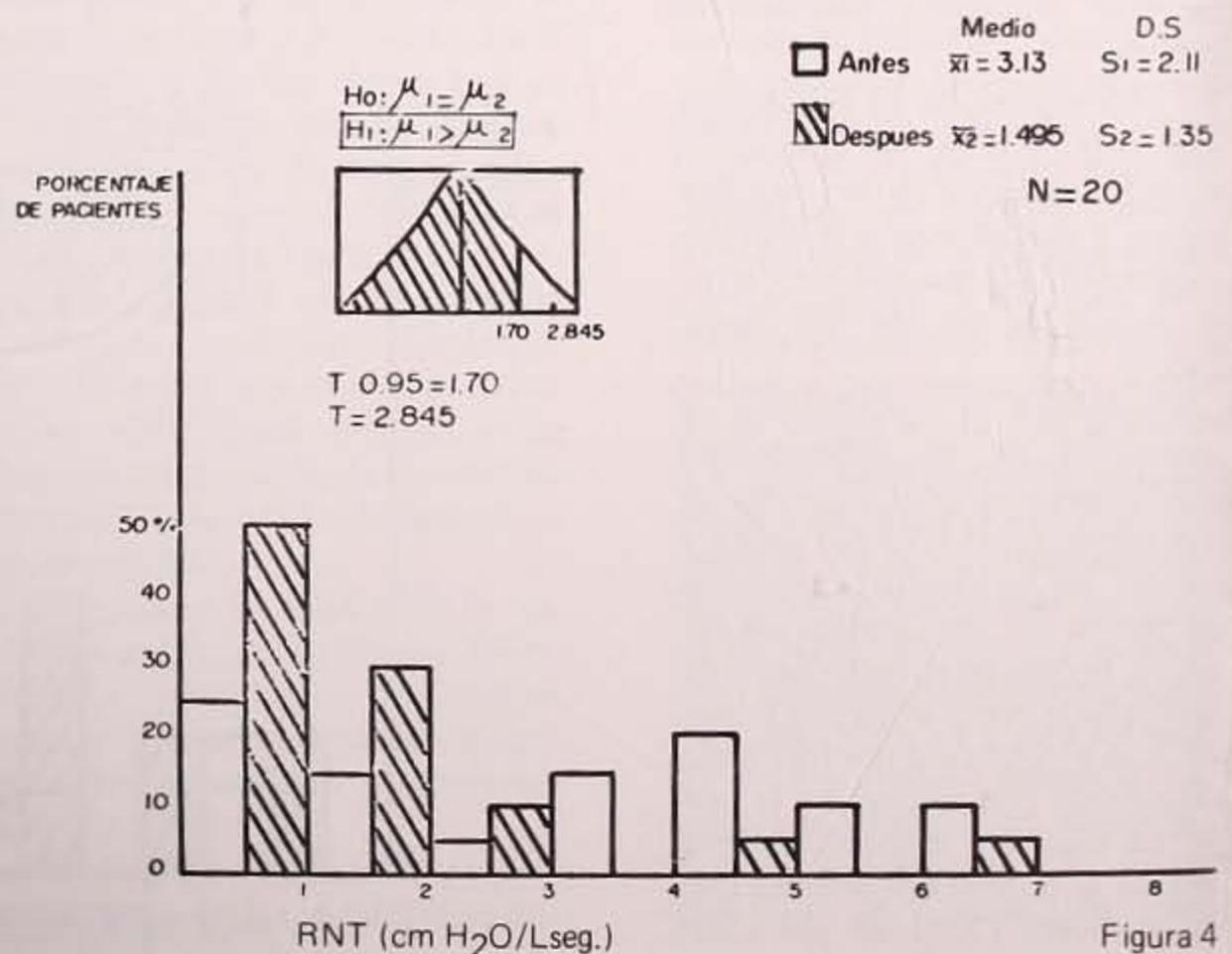


Figura 4

DIFERENCIAL RESISTENCIA NASAL TOTAL

RINITIS VASOMOTORA

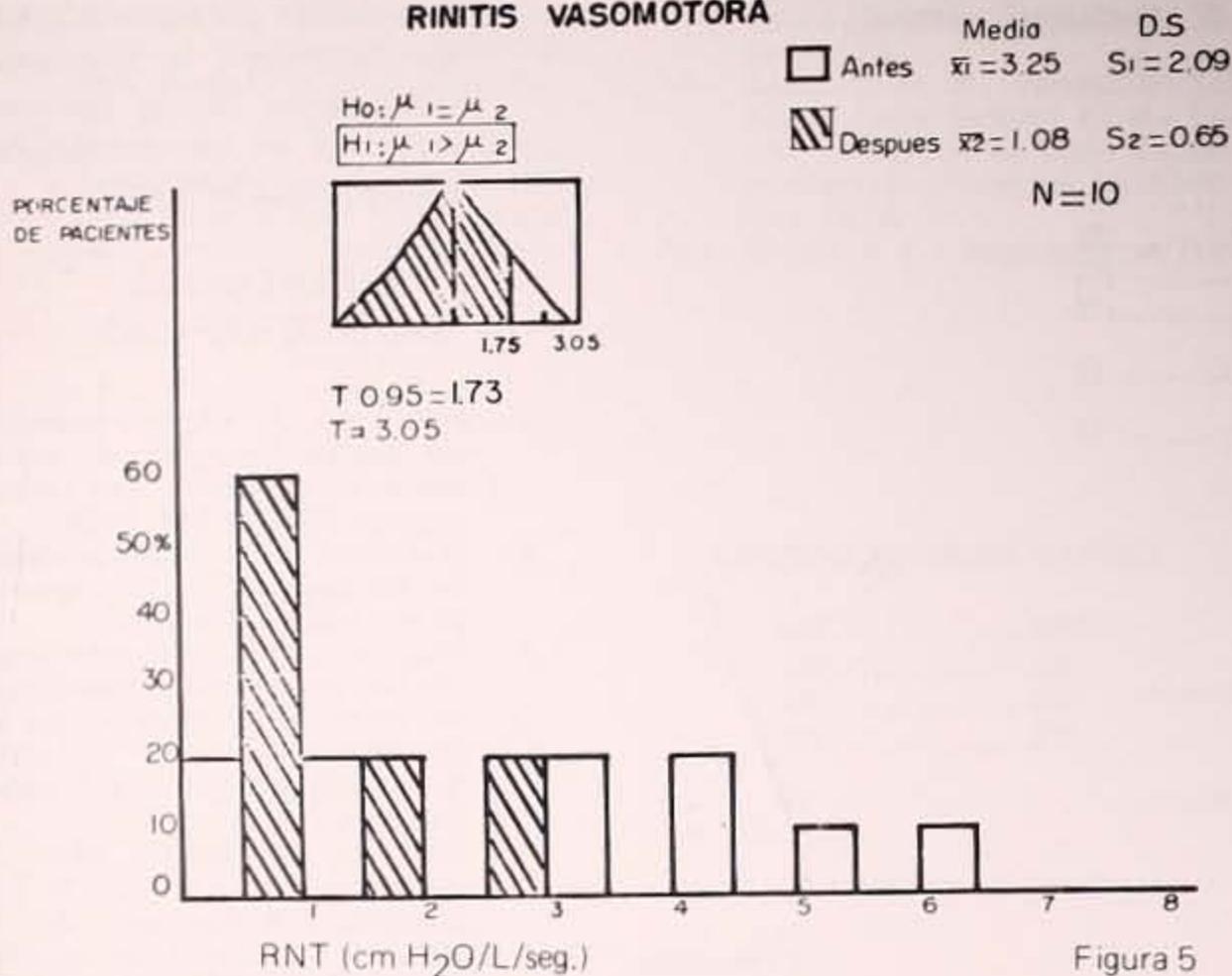


Figura 5

en la medición de la diferencial de resistencias antes y después de la aplicación de vasoconstrictor local, que va en relación directa con la capacidad eréctil del cornete, podemos inferir, que en la rinopatía vasomotora idiopática, a diferencia de la de etiología alérgica existe una disminución de esa capacidad de ingurgitación de los vasos de la submucosa, probablemente secundaria a la cicatrización ocasionada por la electrofulguración.

La menor respuesta terapéutica con el procedimiento que nos ocupa, en la rinopatía vasomotora alérgica, en comparación con la rinopatía vasomotora no alérgica, pudiera estar dado por la neurectomía parcial periférica¹, hipótesis que ha sido propuesta para explicar el efecto sobre la inervación parasimpática submucosa a causa de la electrofulguración, cosa que no ocurre en rinopatía vasomotora alérgica, que es consecuencia de la actividad de

90 % ; 25 % en un 80 % y 15 % en un 70 %. Ningún paciente manifestó empeoramiento de su sintomatología obstructiva. Los resultados clínicos subjetivos en los pacientes con rinopatía vasomotora alérgica y no alérgica, no difirieron de los resultados obtenidos en la muestra total.

tora no alérgica comparada con pacientes con rinitis alérgica.

De los resultados encontrados

DISCUSION

Los resultados del presente estudio; son similares a las apreciaciones clínicas de Moore y Bicknell^{1,3} en cuanto a la efectividad de los resultados de la electrofulguración submucosa de cornetes en el tratamiento de la sintomatología obstructiva de la rinitis vasomotora sin tomar en cuenta la etiología de ésta. También va de acuerdo con los resultados obtenidos por Shubich y Macías^{1,5} en lo que se refiere a la mayor efectividad de la electrofulguración submucosa de cornetes en pacientes con rinopatía vasomo-

DIFERENCIAL RESISTENCIA NASAL TOTAL

RINITIS ALERGICA

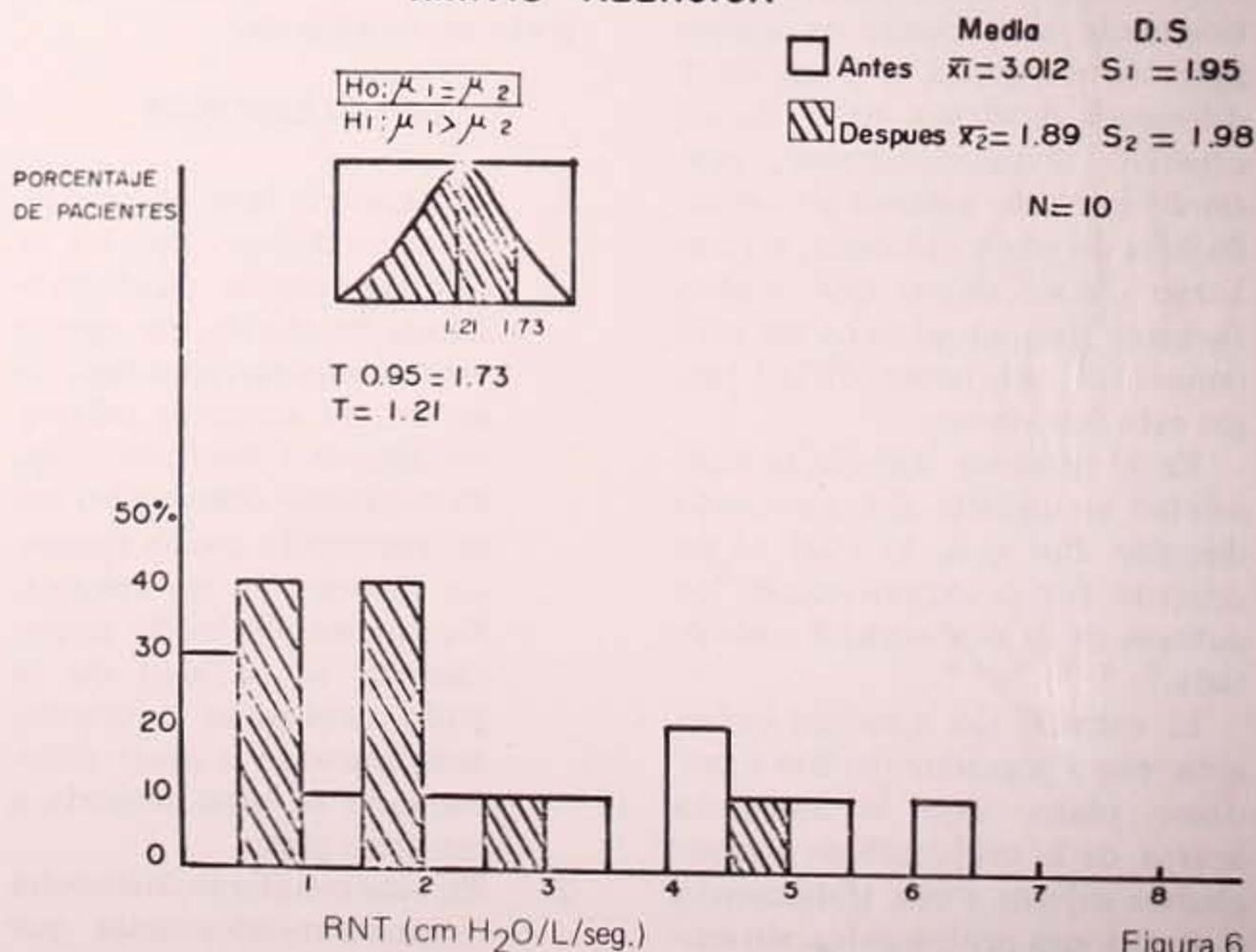


Figura 6

TABLA III
ELECTROFULGURACION SUBMUCOSA DE LOS CORNETES INFERIORES
VALORACION CLINICA

	100%.....	25%
	90%.....	35%
MEJORIA	80%.....	25%
	70%.....	15%
SIN CAMBIOS.....		0%
PEOR.....		0%

RINOPATIA VASOMOTORA ALERGICA (N=10)

	100%.....	30%
	90%.....	30%
MEJORIA	80%.....	20%
	70%.....	20%
SIN CAMBIO.....		0%
PEOR.....		0%

% PACIENTES

RINOPATIA VASOMOTORA IDIOPATICA

	100%.....	20%
	90%.....	40%
MEJORIA	80%.....	20%
	70%.....	20%
SIN CAMBIOS.....		0%
PEOR.....		0%

% PACIENTES

las aminas vasoactivas sobre la mucosa nasal desencadenadas por el fenómeno alérgico.

La valoración subjetiva de los resultados de la electrofulguración submucosa de cornetes prácticamente son iguales en ambos tipos de rinopatía, a pesar de la diferencia mostrada en el análisis objetivo rinomanométrico, pensamos que esto pudiera ser secundario a un efecto placebo, sin embargo consideramos que existen factores fisiopatogénicos no bien conocidos que hacen difícil juzgar este fenómeno.

En el presente trabajo, la morbilidad secundaria al tratamiento descrito fue nula lo cual va de acuerdo con la experiencia de los autores de la bibliografía consultada.^{1, 4, 8, 9, 10}

El estudio de nuestros enfermos, cuyo seguimiento fue a mediano plazo, deja la incógnita acerca de la evolución de los pacientes sujetos a este tratamiento a plazos mas prolongados, sin em-

bargo la nula morbilidad, la facilidad de la técnica, las pocas complicaciones, el bajo costo y la posibilidad de efectuarla en pacientes ambulatorios, permiten repetir varias veces el procedimiento si el caso lo amerita.

CONCLUSIONES

- 1.- El presente trabajo proporciona evidencia clínica y rinomanométrica estadísticamente confiable, de que la electrofulguración submucosa de los cornetes inferiores mejora a mediano plazo en síndrome obstructivo nasal producido por la rinopatía vasomotora no alérgica. En cambio en las de origen alérgico su utilidad no se pudo demostrar rinomanométricamente a pesar clínicamente si hubo mejoría a mediano plazo.
- 2.- En este estudio se demuestra rinomanométricamente que

la electrofulguración submucosa de los cornetes inferiores disminuye la respuesta vasomotora de la mucosa turbinal, en las rinopatías vasomotoras idiopáticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Principato, J.*: Chronic vasomotor rhinitis. Cryogenic and other modes of treatment. *The Laryngoscope* 89: 619-638, 1979.
- 2.- *Bickmore, J.*: Vasomotor rhinitis. An update. *The Laryngoscope* 91: 1600-1605, 1981.
- 3.- *Migueis, C.*: Rinitis Vasomotoras (Reflexiones sobre su patogenia) en Poch-Viñals *Pogresos en la Otorrinolaringología*: 141-142. Salvat Editores. Barcelona, España 1980.
- 4.- *Weir, N.*: Vasomotor Rhinitis: Allergic and Non-Allergic en *Ballantyne, J & Groves, J. Scott-Brown's Diseases of the Ear, Nose and Throat*. 209-224. 4th Edition Butterworths, London, England 1979.
- 5.- *Maran, A. Stell, P.*: Otorrinolaringología Clínica 303-306 Edición Castellana Editorial Espax S. A., Barcelona, España 1981.
- 6.- *Toohill, R; Grossman, T.*: Rhinitis Medicamentosa. *The Laryngoscope*: 91: 1614-1621, 1981.
- 7.- *Bhargava, K. B.*: et. al Treatment of Allergic and Vasomotor Rhinitis by the Local Application of Silver Nitrate. *J. Laryng. Otol.* 94: 1025-1036, 1980.
- 8.- *Moore, J. R. M. Bicknell, J.*: A Comparison of Cryosurgery and Submucous Diathermy in Vasomotor Rhinitis, *J. Leryng. Otol.* 94: 1411-1413, 1980.
- 9.- *Donald, J.*: Minor Intranasal Procedures. *Otolaryngologic Clinic of Northamerica* 6/3 195-212, 1973.
- 10.- *Shubich, I. y Macías, C.*: Cauterización Submucosa de Cornetes Nasales en la Rinitis Alérgica y Vasomotora. Trabajo presentado en el XXXIII Congreso Nacional de Sociedad Mexicana de O. R. L. Morelia, Mich. 1983.
- 11.- *Moheit, G.*: Facial Blemishes and their Treatment. *The Otolaryngologic Clinics of Northamerica* 13/2: 341-344, 1980.
- 12.- *Kern, E.*: Rhinomanometry en *Coates, Schenk and Miller Otolaryngology* 1-17 Harper and Row New York, U. S. A. 1980.
- 13.- *Graamans, K.*: Rhinometry, *Clin.*

- Otolaryngol 6: 291-297, 1981.
- 14.- *Santiago, J.; Gutiérrez, J. A. y Soda, A.: Rinomanometría Clínica. Anales Soc. Mex. Otorrinolar. 28/5 71-78 1983.*
- 15.- *Montserrat, J. M.: Exploración Funcional en las Diversas formas Clínicas de Rinitis Vasomotoras en Poch-Viñals, Progresos en la Otorrinolaringología 129-139 Salvat Editores. Barcelona, España, 1981.*
- 16.- *Lenz, H. et. al.: Parameters for Argón Laser Surgery of the Lower Turbinates In Vitro Experiments Acta Otolaryng, 83/3 360-365, 1978.*
- 17.- *Geode, R. L.: Surgery of the Turbinates. J. Otolaryngol 17/3: 262-268, 1978.*
- 18.- *Spiegel, M.: Teoría y Problemas de Estadística 167-200 Ed. MacGraw-Hill México, 1970.*
- 19.- *Boot, J. y Cox, E.: Statistical Analysis for Managerial Decisions Ed. MacGraw-Hill, New York. 1974.*

Revisiones de temas con casuística original

Revisión de mastoidectomía y causas de fracaso

Dr. Antonio SODA M. FACS*
Dr. Mariano HERNANDEZ G. FACS*
Dr. Ignacio FERNANDEZ DE L.*

Resumen.- Se hace un análisis retrospectivo de 225 protocolos de revisiones quirúrgicas de 174 pacientes sujetos a mastoidectomías previamente. Se valoran las causas por las que estos enfermos requirieron nueva cirugía, encontrando entre las principales: un meato estenosado o insuficiente en relación al tamaño de la cavidad abierta, un rebajado inadecuado del muro del facial en cavidades abiertas, la resección insuficiente de las diferentes celdillas mastoideas y finalmente el cuidado inadecuado postoperatorio a largo plazo.

Summary.- The present work comprises a retrospective analysis of 225 surgical revision protocols of 174 patients treated by previous mastoidectomy. In this group of cases the causes of a new operation were evaluated and the most frequent were: stenosed or insufficient meatus in relation with the size of open cavity; inadequate cut-down of facial riolge in open cavities; incomplete resection of several mastoid cells and finally the unsatisfactory long-term postoperative care.

Con el advenimiento de las técnicas quirúrgicas tendientes a conservar o mejorar los mecanismos de la conducción del sonido, la cirugía del oído séptico ha experimentado una gran evolución en las últimas décadas. Sin embargo el problema no se ha resuelto y las cavidades de mastoidectomía continúan siendo un problema para el otólogo ya que además del procedimiento quirúrgico requieren de limpieza periódica y de cuidados por parte de los pacientes. Existen varios reportes en la literatura que señalan que hasta el 30 % de éstas cavidades fracasan y continúan con otorrea.¹

Gran controversia ha existido entre utilizar una técnica abierta o una cerrada, considerando a esta última más peligrosa cuando existe recidiva de la patología ya que no se detecta de inmediato sino que puede pasar inadvertida mucho tiempo antes de que haga su aparición, en comparación con la técnica abierta en la cual los problemas son aparentes en forma temprana por tener buen acceso para explorar la cavidad operatoria.²

Existen varias condiciones que pueden contribuir a una reinfección del oído operado; por ejemplo que la patología no haya sido eliminada en forma completa en la primera cirugía, la alta inciden-

cia de colesteatoma residual o recurrente, que se conservó la pared posterior del conducto auditivo externo y se dejó patología en mastoides, o que se trabajó en forma insuficiente la cavidad. Existen 4 áreas que son las responsables de que exista otorrea persistente y son: la primera es el meato auditivo externo cuando no es del tamaño adecuado o está estenosado, impidiendo la autolimpieza de la cavidad y la aereación de la misma.³ La segunda y tercera áreas son la punta mastoidea y el muro del facial que cuando no están suficientemente rebajados son áreas potenciales para la éstasis y colección de detritus epiteliales. La cuarta es la trompa de Eustaquio ya que cuando su mucosa crece sobre el promontorio podría producir secreción mucosa.^{4, 5} Todas estas situaciones condicionan que el problema persista y tengamos la necesidad de volver a operar una o más ocasiones ese oído.

Estas razones fueron las que nos motivaron a efectuar un análisis de las revisiones de mastoidectomía hechas en 4 años en el Departamento de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, tratando de esclarecer cuales fueron las causas que condicionaron

* Departamento de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico "La Raza" Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D. F.

que no se resolviera el problema, y de acuerdo a los resultados tratar de mejorar nuestros procedimientos quirúrgicos y evitarle nuevas cirugías al paciente, las cuales ensombrecen el pronóstico de la función auditiva.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron los protocolos quirúrgicos de 225 revisiones de mastoidectomía, practicadas a 174 pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico "La Raza", efectuadas en los años de 1977 a 1980, recopilando los siguientes datos: edad, si se efectuaron una o más revisiones, lugar donde se practicó la primera cirugía, tipo de cirugía practicada, tiempo transcurrido entre la primera cirugía y la revisión, tipo de patología y hallazgos quirúrgicos en la primera cirugía, tipo de patología y hallazgos quirúrgicos en las revisiones y el tipo de cirugía con que se terminó.

RESULTADOS

Edad.- De los 174 pacientes las edades en que se intervinieron fueron; de 1 a 10 años, 17 casos (9.7 %); de 11 a 20 años 73 casos (42.0 %); de 21 a 30 años 37 casos (21.3 %); de 31 a 40 años 25 casos (14.4 %); de 41 años o más 22 casos (12.6 %). Observamos que el mayor número ocurrió entre la 2a. y 3a. década, coincidiendo en que se trata de un problema crónico que habitualmente se inicia en la infancia, además de que los pacientes por su bajo nivel sociocultural asisten en forma tardía a recibir atención médica mientras no exista alguna complicación.

Número de revisiones.- De los 174 casos, en 40 se practicaron 2 revisiones, en 4 casos, 3 y en uno 4, que agregan 51 revisiones más

haciendo el total de 225. Lugar donde se practicó la primera cirugía. De los 174 enfermos, 127 (73 %) fueron operados en nuestro departamento, y 47 (27 %) en otros hospitales. Este dato es importante pues de los hallazgos quirúrgicos de la primera cirugía que consignaremos serán únicamente de los que operamos en el Servicio.

Tipo de cirugía.- El tipo de cirugía que se les practicó la primera vez fue: Mastoidectomía radical a 104 (60 %), mastoidectomía radical modificada a 58 (33 %) y timpanoplastia con mastoidectomía a 12 (7 %). Es de llamar la atención que al mayor porcentaje se les había hecho una mastoidectomía radical, en contra de lo que se nos antojaría pensar, de que las revisiones se efectúan en mayor proporción en enfermos a los que se les deja la pared posterior del conducto auditivo externo. Tiempo transcurrido entre la primera cirugía y la revisión.- Este fue de hasta un año, 67 casos (38.5 %), de 1 a 2 años, 35 casos (20.0 %), de 2 a 3 años, 19 casos (11.0 %), de 3 a 4 años, 10 casos (5.7 %), de 5 años o más, 43 casos (24.8 %). El porcentaje más alto fue el comprendido dentro del primer año de haberse efec-

tuado la cirugía, el porcentaje decrece para volver a elevarse en los de 5 o más años, estando en este grupo pacientes que mantuvieron temporadas largas el oído seco pero que por descuidos, malos hábitos higiénicos y falta de aseo del oído por un médico especialista, terminaron nuevamente en cirugía.

Hallazgos quirúrgicos en la primera cirugía.- a) Tipo de patología.- De los 127 casos operados en el Departamento presentaron: tejido de granulación 72 (56 %), colesteatoma 18 (14.2 %), patología mixta o sea tejido de granulación y colesteatoma 35 (27.5 %), mucosa hiperplásica 2 (1.5 %). b) Osteolisis.- Estas áreas producidas por la patología fueron en tegmen tympani o tegmen antri 20 casos (15.7 %), en el conducto de Falopio 12 (9.4 %), en seno lateral 6 (4.7 %), en espacio de Trautmann 2 (1.5 %), en hipotímpano 4 (3.1 %) y en el conducto auditivo externo 6 (4.7 %).

Hallazgos quirúrgicos en las revisiones.- a) Tipo de patología.- De las 225 revisiones, tejido de granulación lo presentaron 74 casos (32.9 %), colesteatoma 73 (32.4 %), patología mixta 70 (31.2 %), mucosa normal y fibrosis 8 (3.5 %). Tabla I

TABLA I

REVISION DE MASTOIDECTOMIA TIPO DE PATOLOGIA

	1a. Cirugía Casos	%	Revisión Casos	%
Tejido de granulación	72	56.8	74	32.9
Colesteatoma	18	14.2	73	32.4
Mixta	35	27.5	70	31.2
Mucosa normal y fibrosis	2	1.5	8	3.5
	127	100.0	225	100.0

Es de hacer notar que en las revisiones la presencia del colesteatoma como patología única a más del doble, lo que nos habla de que en el procedimiento quirúrgico anterior se dejó epitelio de piel, o bien grandes cavidades con un meato pequeño, lo que condiciona una mala aereación de la cavidad con invasión de piel que rompe el equilibrio biológico y da como resultado un estado patológico formando tapones epiteliales o colesteatoma, o bien que exista un colesteatoma residual o recurrente.⁴

b) Osteolisis.- De las 225 revisiones estas áreas fueron.- Tegmen tympani y antri 50 casos (22.2 %) aclarando que en 9 de estos casos fue por iatrogenia en la 1a. cirugía, en el conducto de Falopio 28 casos (12.4 %), en seno lateral 15 (6.6 %) aclarando que en 6 de éstos fue por iatrogenia en la 1a. cirugía, en espacio de Trauttmann 7 (3.1 %), en hipotímpano 6 (2.6 %) y en conducto auditivo externo 3 (1.3 %) Tabla II.

Es interesante comentar que haciendo a un lado el descubrimiento iatrogénico que existió en tegmen y en seno lateral, las áreas de osteolisis aumentaron en porcentaje, lo que nos habla de la

agresividad de la patología residual o recurrente.

c) Meato auditivo.- De las 225 revisiones hubo estenosis parcial en 33 (14.6 %) y completa en 10 (4.4 %).

Estos datos por sí mismos ya nos están indicando una de las causas por las cuales no secaron estas cavidades, al romperse la proporción de aereación en relación con el tamaño de la cavidad, lo que nos indica la necesidad de valorar detenidamente al paciente que se le practica una mastoidectomía radical y practicarle una meatoplastia o una meatoconchoplastia en caso de ser una cavidad quirúrgica muy grande o bien obliterar la cavidad.⁴

d) Corteza Mastoidea.- En 123 (54.6 %) de las 225 revisiones se encontró crecida la corteza mastoidea, predominando en los que había transcurrido más tiempo entre la primera cirugía y la revisión, lo que nos habla de hueso de neoformación a expensas de la corteza mastoidea, sin embargo también nos indica que la cavidad de mastoidectomía fue trabajada en forma incompleta predominando en orden decreciente las celdillas de la punta mastoidea, el espolón anterior, el seno lateral y el techo mastoideo.

e) Muro del facial.- De los 104 mastoidectomías radicales, el muro del facial se encontró alto en 41 (39.5 %) y rebajado en 63 (60.5 %).

Al estar alto el muro del facial condiciona que en primer lugar no se puedan efectuar curaciones post-operatorias de la cavidad de mastoidectomía, y en segundo lugar que al estar alto el muro y en ocasiones mal rebajado el techo mastoideo o el espolón anterior, se formen bridas fibrosas que dividan en 2 la cavidad de mastoidectomía, una expuesta al exterior a través del meato auditivo y la otra que no va a tener aereación ni drenaje al exterior condicionando persistencia de la patología.³

f) Orificio tubario.- De las 225 revisiones estuvo bloqueado por la patología en 125 (55.5 %) y libre en 100 (44.5 %).

Hacemos la aclaración de que en nuestros procedimientos quirúrgicos siempre tratamos de dejar libre el orificio tubario pensando en un segundo tiempo funcional, sin embargo hay quienes preconizan que en las mastoidectomías radicales después de la limpieza de este orificio debe ser ocluido con un fragmento de cartílago o de músculo, pues consideran que el crecimiento de la mucosa de la trompa hacia el promontorio produzca secreción mucosa, que mantendrá húmedo el oído y en consecuencia persista la otorrea.³

Por inquietarnos los pacientes a los cuales se les practicó más de una revisión quirúrgica, quisimos analizarlos más intencionalmente y en el paciente que tuvo 4 revisiones fue por estenosis completa del meato auditivo, en los 4 pacientes de 3 revisiones se observó estenosis parcial del meato auditivo en uno y completa en 3, y de los pacientes que tuvieron

TABLA II
REVISION DE MASTOIDECTOMIA
OSTEOLISIS

	1a. Cirugia (127) %		Revisiones (225) %		
- Tegmen	20	15.7	50	22.2	Iatrogenia en 9
- Conducto de falopio	12	9.4	28	12.4	
- Seno lateral	6	4.7	15	6.6	Iatrogenia en 6
- Trauttmann	2	1.5	7	3.1	
- Hipotimpano	4	3.1	6	2.6	
- Cae	6	4.7	3	1.3	

TABLA III
REVISION DE MASTOIDECTOMIA

1a. Cirugía	Revisión	No. Casos
Mast. radical	mast. radical	104
Mast. radical mod.	mast. radical	36
Mast. radical mod.	timpanoplastía	22
Timp. c/mast.	timpanoplastía	5
Timp. c/mast.	radical	5
Timp. c/mast.	timpanoplastía radical	2
		174

2 revisiones, se encontró estenosis completa en 5 y parcial en 1, muro del facial alto en 11 y absceso retroauricular en uno. Como se puede observar la principal causa de las múltiples revisiones fue el problema a nivel del meato auditivo.

Tipo de cirugía practicada en las revisiones.- A los 104 pacientes que ya tenían mastoidectomía radical, se les hizo una limpieza exhaustiva y completó la mastoidectomía. De los 58 pacientes a los que se les había practicado mastoidectomía radical modificada con conservación de la pared posterior del conducto auditivo externo, a 36 se les practicó mastoidectomía radical y a 22 se les practicó revisión de la cavidad y timpanoplastía conservando la pared posterior. De los 12 pacientes a quienes se les había practicado timpanoplastía con mastoidectomía, en 5 se perdió el injerto por lo que se revisaron haciendo limpieza y nuevamente se les colocó injerto, en 5 se terminó en mastoidectomía

radical y en 2 en la primera revisión se les practicó timpanoplastía y en la segunda se terminó en mastoidectomía radical. Tabla III

CONCLUSIONES

En la revisión quirúrgica se debe de esclarecer cual fue la causa del fracaso, y hacer la corrección de todas las áreas que impidan el libre drenaje y aereación de una cavidad de mastoidectomía.

La mayoría de los casos que se tuvieron que revisar quirúrgicamente correspondieron a los que habían sido tratados inicialmente con una técnica abierta, por lo cual es indispensable valorar muy bien al paciente que se le practica una mastoidectomía radical, para que de acuerdo a la relación del tamaño de la cavidad con el meato auditivo se practique una meatoplastía, una meatoconchoplastía o bien una obliteración de la cavidad en caso de que fuese muy grande, para evitar persistencias de la otorrea y de las múlti-

ples revisiones quirúrgicas por estenosis del meato auditivo.

En los casos de mastoidectomía radical es muy importante el rebajar el muro del facial al máximo, reseca todas las celdillas mastoideas de la punta y retrofaciales, rebajar completamente el espolón anterior y la corteza a nivel del seno lateral y techo, para en esa forma poder efectuar una limpieza exhaustiva del tejido patológico y evitar problemas residuales o recurrencia de la patología.

Estando seguros de haber efectuado una buena cirugía consideramos que los cuidados postoperatorios son tan importantes como la cirugía misma, pues este condiciona que se mantenga seco un oído o de lo contrario habrá ocasiones en que se practique un nuevo procedimiento quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Brandow, E. C.*: Revision Surgery for the Mastoid Cavity. *Otolaryngologic Clinics of North America* 7: 41-56, 1974.
- 2.- *Thawley, S. E.*: How to Decrease Postoperative Mastoid Cavity Problems. *Laryngoscope* 89: 325-326, 1979.
- 3.- *Kinney, S. E.*: The Problem Mastoid Cavity. *Medical and Surgical Management*. *Laryngoscope* 87: 1853, 1977.
- 4.- *Portman, M.*: General Otological Principles. Masson Publishing. *The Ear and Temporal Bone*. USA 37-51, 1979.
- 5.- *Farrior, J. B.*: Tympanomastoidectomy, revision and causes of Failure. *Trans. Amer. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol.* 78: 378-385, 1974.

Fractura de hueso temporal con parálisis facial

(Presentación de 7 casos)

Dr. Guillermo HERNANDEZ VALENCIA (#)

Resumen.- Se presentan 7 casos de parálisis facial secundaria a fractura del hueso temporal, que fueron tratados quirúrgicamente, con seguimiento no menor de un año. Cinco fueron de tipo longitudinal y dos de tipo transversal. La vía de abordaje fue en todos los casos la combinación de la vía transmastoidea con la vía de fosa craneal media. Sólo en un paciente se encontró sección completa del VII para en su porción laberíntica; en los seis restantes únicamente se observó edema del tronco nervioso. La recuperación a largo plazo fue satisfactoria.

Summary.- This work shows the cases of seven patients with facial palsy secondary to fracture of temporal bone. They were treated surgically and subsequent following - up was nor less than a year. In five of them the fracture was longitudinal and in the remaining two, it was transverse. Surgical operation was done in all cases through a combination of transmastoid and middle cranial fossa approaches. Only in a patient complete section of VII cranial nerve in its laberintine portion was identified; in the

remaining six patients only edema of the beforementioned nerve was observed. Long term recovering was satisfactory.

INTRODUCCION

Es indudable que de los nervios motores periféricos, el que porcentualmente tiene el mayor número de agresiones externas es el VII par craneal, influyendo para ello, sobre todo sus características anatómicas, como son un trayecto de aproximadamente 36 mm., dentro de un conducto óseo compacto, lo que favorece que los traumatismos craneales puedan lesionarlo, ya sea en forma directa originando lesión o inclusive sección completa y en otras por contigüidad, originar edema por hemorragias dentro del mismo conducto.^{1, 2} Otro factor a tomar en cuenta, es la forma de vida tan desquiciada de las grandes ciudades, en donde el tráfico ciudadano es tan intenso que los accidentes automovilísticos cada día son en mayor número (cuatro de nuestros pacientes); así como también agresiones personales con traumatismos craneoencefálicos (un caso).

De acuerdo a lo publicado por diferentes autores^{1, 3}, las fracturas del hueso temporal se pueden dividir en longitudinales

y transversas, siendo sus principales características las anotadas en la Tabla I, destacando el hecho de ser más frecuentes en cuanto a presentación las del tipo longitudinal, pero son las transversas las que más comprometen la función del nervio facial.

PRESENTACION DE CASOS

Se estudiaron 7 pacientes con parálisis facial periférica postraumática, que ingresaron al servicio de enero de 1981 a diciembre de 1983, con el siguiente protocolo de estudio: Historia clínica incluyendo exploración neurológica completa, exámenes de laboratorio de rutina, audiogramas y en caso de sintomatología vestibular electronistagmografía, radiografías simples en posición de Schuller, Towne y Stenvers, en tres se completó con tomografía lineal; pruebas de topodiagnóstico de la parálisis facial, especialmente la prueba del lagrimeo de Schirmer, para determinar la vía de abordaje, ya que en caso de no existir, es obligado el explorar la primera porción, através de la fosa craneal media; y pruebas electroprónósticas de Hilger con estimulación supra e infraliminar y electromiografía, que nos indicaran el momento adecuado de explorar quirúrgicamente al paciente.

(#) Médico de base del Servicio de Otorrinolaringología, del Hospital General Centro Médico "La Raza" I. M. S. S. México, D. F.

TABLA I
FRACTURA DE HUESO TEMPORAL

TIPO	TRANSVERSA	LONGITUDINAL
FRECUENCIA	10 A 20 %	80 - 90 %
TRAUMATISMO	FRONTO-OCCIPITAL	TEMPORO-PARIETAL
TRAZO DE FRACTURA	PERPENDICULAR EJE PEÑASCO.	ESCAMA, TECHO DEL CAE.
HIPOCUSIA	SENSORIAL	CONDUCTIVA
VERTIGO	SI	OCCASIONAL
P. FACIAL	50% INMEDIATO	10-20% TARDIA

TABLA II
FRACTURA DE HUESO TEMPORAL CON PARÁLISIS FACIAL

CASO	SEXO	EDAD	CAUSA	LADO	TIPO DE FRACTURA	T. INSTALACION
1	M	44 a	atropellado	D	Longitudinal	24 horas
2	M	37 a	atropellado	D	Longitudinal	48 horas
3	M	38 a	atropellado	I	Transversa	inmediata
4	M	12 a	caída con TCE	I	Longitudinal	18 horas
5	M	28 a	atropellado	D	Longitudinal	72 horas
6	M	5 a	caída con TCE	D	Longitudinal	inmediato
7*	M	36 a	agresión con TCE	I	Transversa	inmediato

* Curso también con parálisis del VI par.

El criterio para efectuar el tratamiento quirúrgico se basó en el tiempo de instalación de la parálisis facial, el que ésta fuese total y la ausencia de actividad neural en las pruebas electroprónósticas. La vía de abordaje se decidió en base a la ausencia o disminución de más del 70 % del lagrimeo en el lado paralizado para efectuar la vía combinada transmastoidea y fosa craneal media.

RESULTADOS

Los siete casos correspondieron al sexo masculino, con edad

que varió de 5 a 44 años. La causa de fractura del hueso temporal fue: cuatro por atropellamiento, dos por caída y uno por agresión. El tiempo en instalarse la parálisis varió de inmediata a 72 hrs., en cuanto al tipo de fractura cinco correspondieron al longitudinal y dos al tipo transversa. El trazo de fractura se logró hacer evidente radiológicamente en cinco casos. En cuanto al lado paralizado cuatro correspondieron al derecho y tres al izquierdo (Tabla II). La prueba de Schirmer en todos fue negativa por lo que el abordaje fue transmastoideo y por fosa craneal media. Los hallazgos quirúrgicos en cuanto al nervio fueron de edema en seis pacientes y sección completa en uno (fig. 1), en éste último dicha interrupción neural se encontró a nivel de la porción laberíntica, procediéndose a regularizar bordes y afrontar ambos cabos que no se suturaron. En el caso No. 5, la descompresión fue parcial, solo transmastoidea, ya que el abordaje de la fosa craneal media fue difícil, por presentar hemorragia importante de la arteria meníngea media, decidiendo no continuar el procedimiento planeado. En todos se efectuó primero el

TABLA III
FRACTURA DE HUESO TEMPORAL CON PARÁLISIS FACIAL

CASO	T (1)	VIA DE ABORDAJE	RECUPERACION 3/12	RECUPERACION 1 AÑOS
1	35 días	combinada TM-FCM*	80 %	100 %
2	38 días	combinada TM-FCM	80 %	95 %
3	90 días	combinada TM-FCM	0 %	70 %
4	17 días	combinada TM-FCM	70 %	100 %
5**	60 días	combinada TM-FCM	50 %	70 %
6	19 días	combinada TM-FCM	90 %	100 %
7	45 días	combinada TM-FCM	60 %	80 %

* TM-FCM vía transmastoidea y fosa craneal media.

** Paciente a quien por sangrado importante, no se realizó completo el tiempo craneal.

T (1) Tiempo transcurrido entre la instalación de la parálisis y la cirugía.

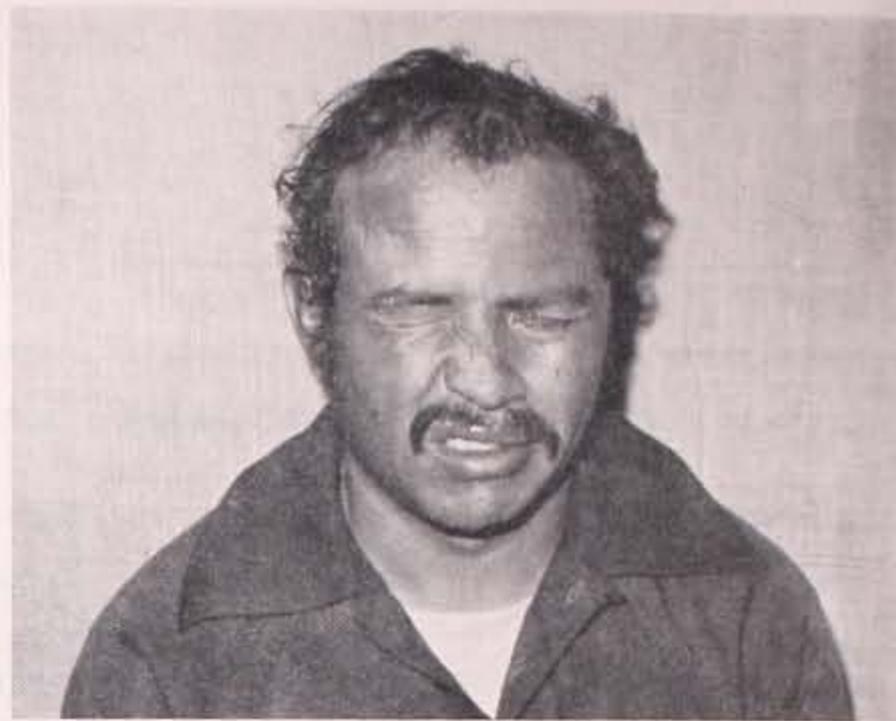
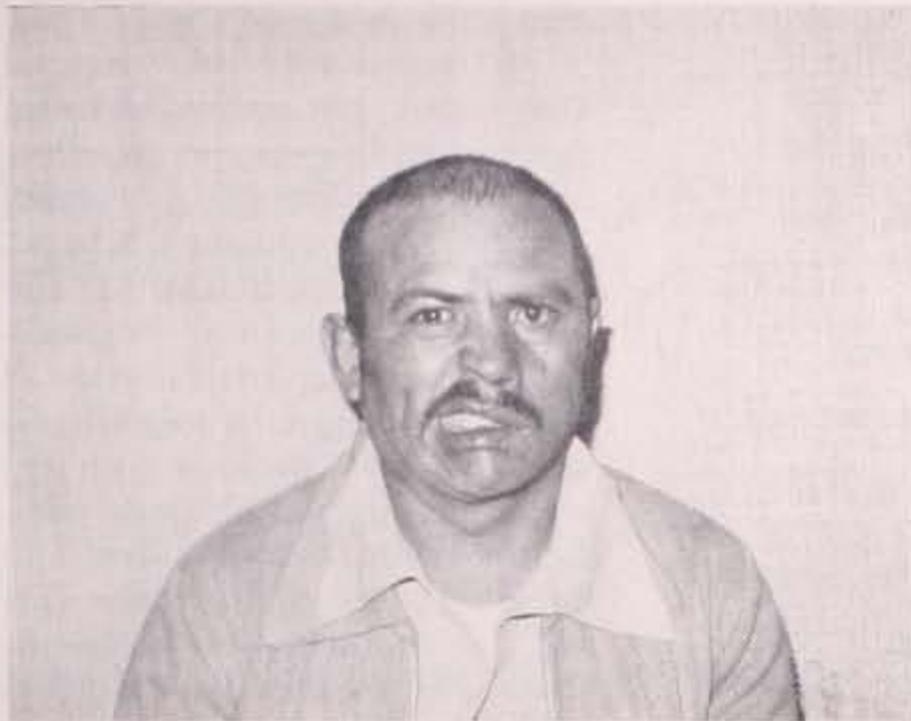


Fig. 1 Caso No. 3, paciente con parálisis facial izquierda, por sección del tronco nervioso en su porción laberíntica. Pre y post operatorio.

tiempo transmastoideo, al término del cual se creó una pequeña dehiscencia a nivel del tegmen timpánico, que nos sirvió como orientación para la identificación del campo quirúrgico al abordar la fosa craneal media. Todos se manejaron bajo anestesia general con hipotensión controlada. El tiempo promedio de cirugía fue de 6 hrs. Ninguno de ellos requirió al salir del quirófano pasar a la sala de terapia intensiva, refi-

riéndolos a todos de recuperación a su cuarto. La reinstalación de la movilidad facial (Tabla III) a corto plazo (3 meses) fue satisfactoria en tres pacientes y nula en uno (sección completa). En los dos casos de caídas, ambos correspondieron a niños, siendo en ellos en quienes con mayor prontitud se llevó a efecto la descompresión del nervio, con excelente recuperación (figs. 2 y 3). En los casos 1 y 2 cuya causa fue

por atropellamiento la recuperación a corto y largo plazo fue también satisfactoria (figs. 4 y 5). El caso No. 7 de la parálisis facial también cursó en un principio con parálisis del VI par. Como complicaciones se presentaron: infección de la herida de abordaje de la fosa craneal media en un caso (No. 4), infección de vías urinarias secundario al uso de sonda de Foley durante el transoperatorio en un caso (No. 6) y he-

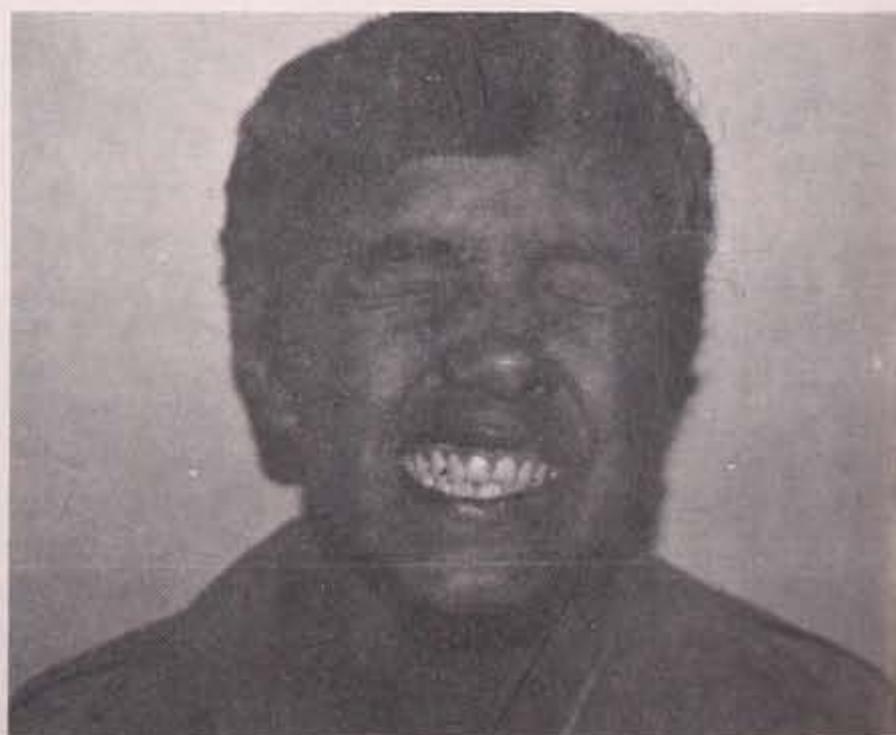
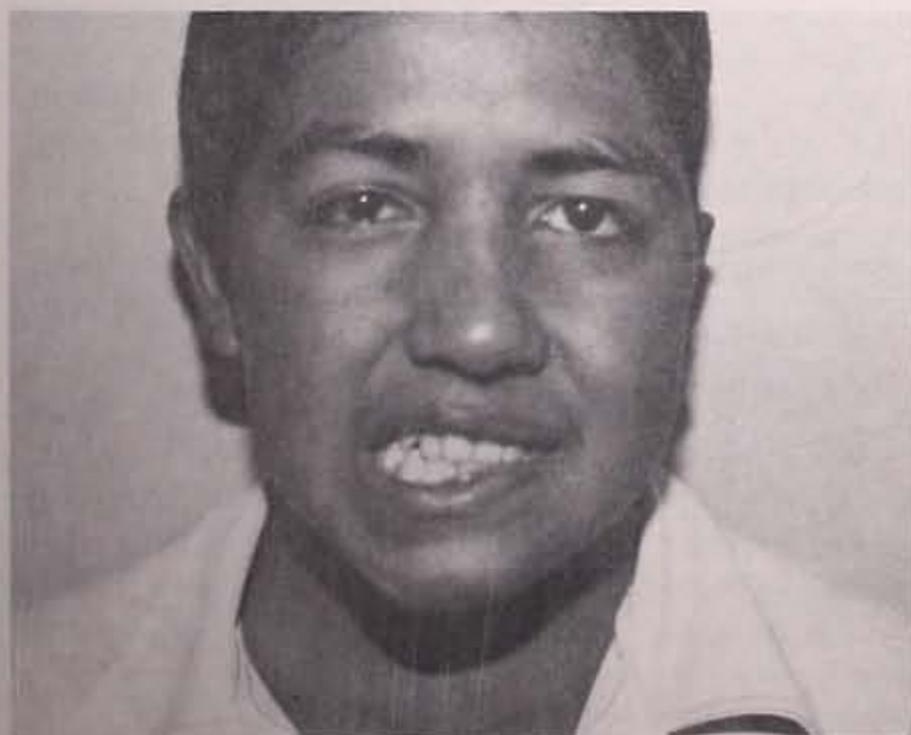


Fig. 2 Caso No. 4, niño de 12 años con parálisis facial izquierda, por fractura longitudinal. Pre y post operatorio.



Fig. 3 Caso No. 5, niño de 5 años, atropellado con fractura longitudinal. Pre y post operatorio a los 6 meses.

morragia importante durante el transoperatorio en el caso No. 5 que impidió el segundo tiempo intra-craneal. Todos fueron dados de alta de hospitalización entre el 10 y 12 día de post-operatorio. Se siguieron controles periódicos en la consulta externa, en un inicio dos veces por semana y tardíamente una vez al mes, practicando en todos ellos controles con la prueba de Hilger y más separadamente electromiografía.

COMENTARIO

En la parálisis facial post-traumática, como lo mencionan diferentes autores^{2,4,5} debe hacerse primero una evaluación del estado general del paciente, ya que muchas veces existen alteraciones que ponen en peligro su vida y que obviamente ameritan atención inmediata, antes de dirigirse al problema de la parálisis facial, como sucedió en nuestros casos No. 1, 3 y 5, en quienes por di-

versas razones antes tuvieron que ser manejadas por Neurología. El tiempo de instalación de la parálisis, la podemos catalogar en todos de inmediata a mediata, hecho por si solo, ya indicativo de mal pronóstico en cuanto a recuperación con manejo conservador. El tipo de fractura correspondió en el 71.1 % al longitudinal, que se corresponde con los hallazgos reportados por Fish, MacCabe,^{4,5}. En ocasiones la confirmación radiológica no es

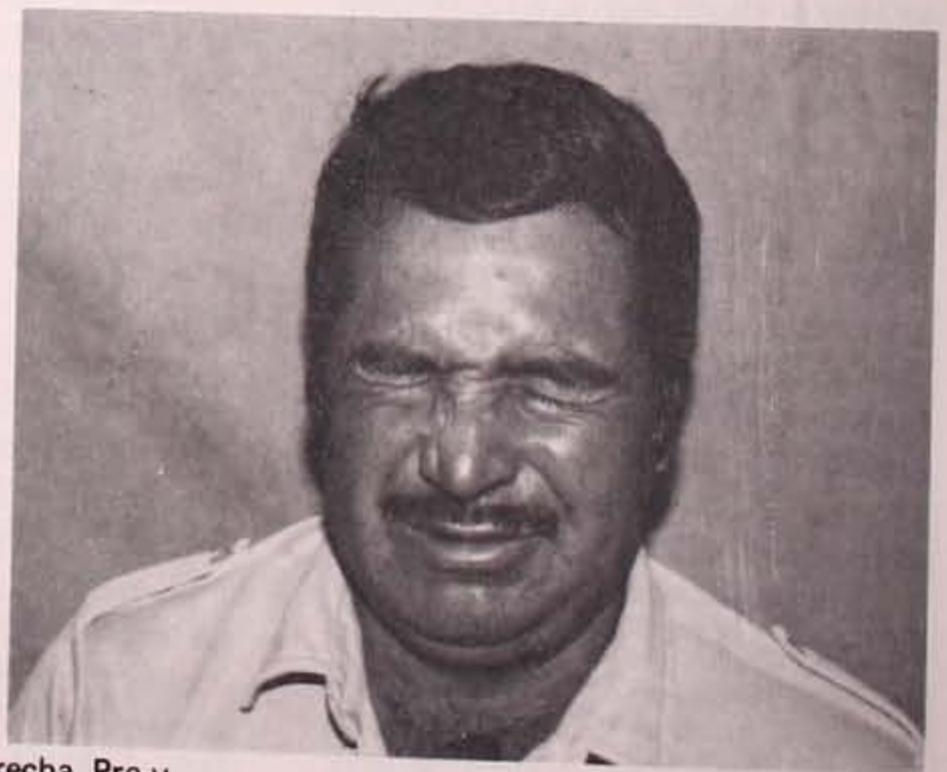


Fig. 4 Caso No. 1, paciente atropellado, con fractura longitudinal derecha. Pre y post operatorio.

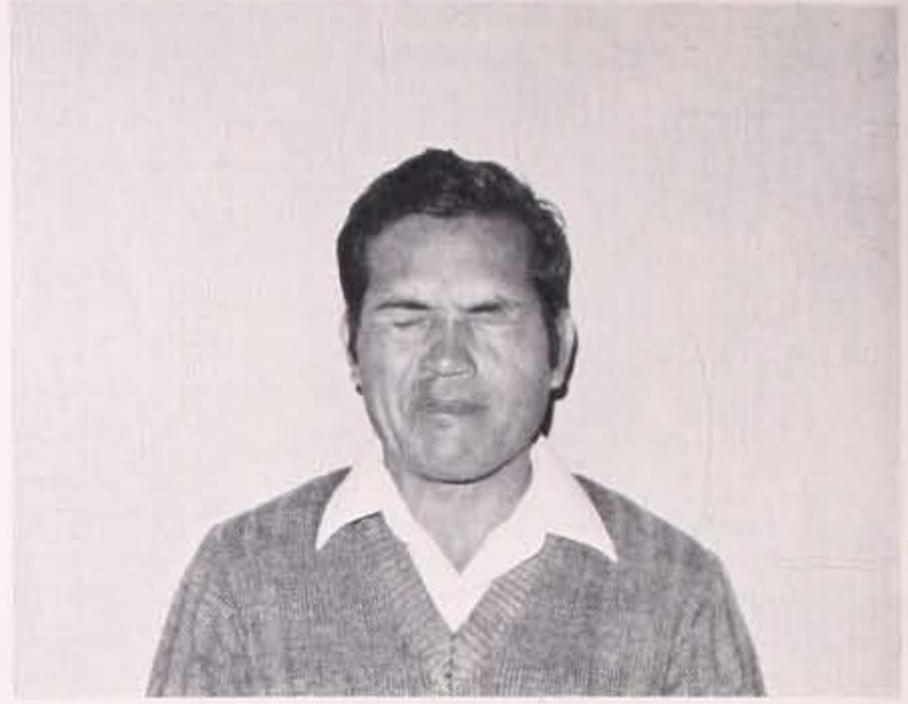


Fig. 5 Caso No. 2, paciente atropellado, con parálisis facial derecha, por fractura longitudinal del temporal. Pre y postoperatorio.

posible como sucedió en dos de nuestros casos. El tiempo transcurrido entre la instalación de la parálisis y el tratamiento quirúrgico varió, sobre todo, por dos hechos: recuperación del estado general del paciente y segundo, aceptación por el mismo del procedimiento quirúrgico, hecho presente en los casos 3, 5 y 7, quienes a pesar de tener parálisis facial completa, no aceptaban se les tratase quirúrgicamente. La recuperación a corto plazo fue satisfactoria en todos, a excepción del caso No. 3, donde se encontró totalmente seccionado el nervio, y debido a que la porción laberíntica del VII para es la más corta y delgada del trayecto del mismo⁶, sólo decidimos hacer afrontamiento de los cabos, basados en la experiencia personal obtenida con similar manejo de la parálisis facial secundaria a cirugía otológica, de la porción transmastoides.

Creemos haber alcanzado una adecuada recuperación a largo plazo siendo ilustrativo que ésto se logró, en aquellos pacientes en que la cirugía se realizó a más corto tiempo y a que la lesión

únicamente se concreta a edema neural.

CONCLUSIONES

- 1.- La parálisis facial secundaria a fractura del hueso temporal, día a día se presenta con mayor frecuencia en nuestro medio, inherentes al crecimiento de las grandes urbes entre otros factores.
- 2.- La atención de primera instancia se debe dirigir al estado general del paciente.
- 3.- Es importante efectuar un protocolo de estudio bien llevado, tanto desde el punto de vista clínico, como de laboratorio y gabinete para poder determinar el tipo de fractura presente.
- 4.- Los estudios radiológicos, no siempre ponen en evidencia el trazo de la fractura.
- 5.- La decisión quirúrgica se basará en la evolución, tiempo de instalación de la parálisis y los resultados de las pruebas electropronósticas.
- 6.- Para la vía de abordaje, es indispensable la prueba del

lagrimeo de Schirmer.

- 7.- Los mejores resultados dependerán del tiempo de instalación de la parálisis, el tiempo transcurrido entre ésta y el tratamiento quirúrgico y los hallazgos transoperatorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Harker, L. A., MacCabe, B. F.: Temporal bone fractures and facial nerve injury. *Otol. Cl. of North America*, 7: 425-436, 1974.
- 2.- Shambaugh, G. E., May, M.: *Otolaryngology de Paparella y Shumrick*. 1680-1703. Edit. Saunders. Filadelfia, 1980.
- 3.- MacGovern, F. H.: Facial nerve injuries in skull fractures. *Arch Otolaryngol.*, 88: 536-542, 1968.
- 4.- Fish, U.: Facial paralysis in fractures of petrous bone. *Laryngoscope*, 84: 2141-2154, 1974.
- 5.- Jongkees, L. B. W.: Facial paralysis complicating skull trauma. *Arch. Otolaryngol.*, 81: 518-522, 1965.
- 6.- Hernández, V. G., Hernández G. M., Ortiz, A. L. y Fernández de Lara, I.: Microanatomía quirúrgica del conducto auditivo interno a través de la fosa craneal media. *Anales Soc. Mex. O. R. L.* 28: 63-65, 1983.

Síndrome de Kartagener

Estudio clínico y ultraestructural de un caso

Dr. Héctor RAMIREZ OJEDA*
Dr. Francisco LUENGAS MUÑOZ**
Dr. Juan JIMENEZ CARDOSO***
Tec. T. Adolfo WUSTERMAUS CHAVEZ***

Resumen.- Se presenta un caso de un adolescente con síndrome de Kartagener caracterizado por: bronquiectasias, dextrocardia, sinusitis crónica, coartación de la aorta, xifoescoliosis, astenospermia, desviación septal y alteraciones importantes en las pruebas de función respiratoria. No se encontraron casos similares en el estudio familiar que se realizó. Los exámenes de la mucosa nasal y de los espermatozoides mediante microscopía de luz y electrónica, revelaron alteración en el número de los microtúbulos periféricos y ausencia de los brazos de dineína.

Summary.- This summary corresponds to an adolescent male with Kartagener's syndrome characterized by recurrent bronchiectasia, dextrocardia, chronic sinusitis, coarctation of aorta, kyphoscoliosis, asthenospermia, septal deviation and severe derangements in respiratory function tests. There were no similar cases of familial involvement. Light

and electron microscopy studies of nasal mucous membrane and spermatozoids showed alteration in the number of peripheral microtubules and lack of dinein arms.

El síndrome de Kartagener se hereda en forma autosómica recesiva y se caracteriza por la triada de sinusitis crónica, bronquiectasias y situs inversus. Tiene una frecuencia de 1 x 68000 personas¹ Sieweit en 1904 fue el primero en reportar un caso con situs inversus, bronquiectasias y sinusitis. Kartagener en 1933 fue el primero en puntualizar que la ocurrencia de esta triada era más que una coincidencia⁹ y en 1956 llegó a reportar 216 casos con este síndrome.

Con la aparición del microscopio electrónico se estudió la ultraestructura de los cilios de la mucosa respiratoria y de las colas de los espermatozoides, encontrándose que entre ambos no hay prácticamente diferencias^{1,3}. Posteriormente se hallaron alteraciones ultraestructurales en los cilios de la mucosa respiratoria y colas de los espermatozoides en pacientes que presentaban el síndrome de Kartagener y se reportaron también estas mismas alteraciones en pacientes que no pre-

sentaban situs inversus pero que tenían historia de sinusitis crónica, bronquitis crónica y otitis, proponiendo para estos pacientes el síndrome de los cilios inmóviles, tomando al síndrome de Kartagener como una forma especial de este síndrome^{1,3,4}. El síndrome de Kartagener presenta múltiples malformaciones y enfermedades asociadas^{2,4,5,6,7} estas se esquematizan en la (Tabla I). Las alteraciones otorrinolaringológicas de este síndrome se muestran en la (Tabla II).

La ultraestructura de un cilio de la mucosa respiratoria o de la cola de un espermatozoide sería como lo muestra la (Figura 1). En este diagrama de un corte transversal se aprecia que esta compuesto por nueve microtúbulos dobles situados en la periferia y dos microtúbulos centrales, estos microtúbulos se encuentran uni-

TABLA I	
MALFORMACIONES Y ENFERMEDADES ASOCIADAS AL SINDROME DE KARTAGENER	
Cardiovasculares	Neoplásicas
Dermatológicas	Neumológicas
Diabetes juvenil	Oftalmológicas
Enf. de Crohn	Otorrinolaringológicas
Esqueléticas	Psiquiátricas
Fibrosis quística	Renales
Genitales	Síndrome de Plummer Vinson

* Médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología Centro Hospitalario 20 de Noviembre ISSSTE. México D. F.
** Médico residente de Otorrinolaringología del mismo hospital.
*** Sección de microscopía electrónica del mismo hospital.

dos por tres tipos de conexiones:
a) Los brazos de dienina. b) Los eslabones de nexina. c) Los rayos.

TABLA II	
ALTERACIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS EN EL SINDROME DE KARTAGENER	
Hipoacusia Congénita	
Hipoacusia Adquirida	
Poliposis Nasal	
Sinusitis crónica	
Otitis crónica	
Tos	

La principal alteración ultraestructural del presente síndrome se encuentra por ausencia de los brazos de dienina^{1,3,4,5}. Estudios posteriores han revelado otro tipo de alteraciones ultraestructurales, sin embargo predominan las alteraciones en los brazos de dienina⁵. Dado a la gran similitud entre los cilios de la mucosa respiratoria y las colas de los espermatozoides se explica la asociación de infecciones crónicas de las vías aéreas e infertilidad^{1,3,5}.

CASO CLINICO

Se trata de un paciente masculino de 16 años de edad, originario de Navajoa, Sonora, su árbol genealógico sólo mostró consanguinidad en abuelos maternos y padre son sinusitis crónica; no se encontraron datos de interés en sus siete hermanos. El paciente presentó desde su infancia cuadros frecuentes de bronquitis aguda así como de sinusitis. El paciente llegó al servicio de otorrinolaringología para erradicación de focos sépticos ya que el servicio de cardiovascular había programado cirugía por presentar el paciente dextrocardia y coartación aórtica. Además el paciente presentaba obstrucción nasal con secreción purulenta, la cual a la

exploración se observó que provenía del meato medio, se encontró desviación septal izquierda obstructiva a expensas de espón vomeriano. Oídos normales. Prueba de diapasones no reveló alteraciones. Presentaba xifoesciosis, campos pulmonares con estertores bronquiales en ambos hemitórax, apex en hemitórax derecho en cuarto espacio intercostal, pulsos ausentes en áreas femorales, tensión arterial en brazo 140-60 mmHg., y en pierna 50-0 mmHg.

Se realizaron los siguientes estudios: Radiografías y tomografía de senos paranasales que mostraron engrosamiento de la mucosa en ambos senos maxilares y se corroboró la desviación septal. El angiocardiógrama mostró coartación aórtica. Tele de tórax con dextrocardia (Fig. 2). La espermatobioscopia reveló: motilidad grado I 0 %. Grado II 40 % Grado III 10 % Grado IV 0 % inmovilidad 50 % . Las pruebas de función respiratoria demostraron importantes alteraciones y la broncografía bronquiectasias cilíndricas con dilataciones monili-

formes en lóbulo superior derecho, se apreció hipertrofia de glándulas mucosas en todo el árbol bronquial (Fig. 3). El servicio de Cirugía Cardiovascular practicó plastia aórtica, encontrando dextrocardia y coartación aórtica inmediatamente después de la emergencia de la subclavia izquierda.

Estudios histológicos.- Se tomó biopsia de mucosa nasal, se cortó en dos fragmentos, el de mayor tamaño se fijó en solución de formol al 10 % para estudiarlo al microscopio de luz. El fragmento de menores dimensiones y el sedimento del semen, fueron fijados separadamente en glutaraldehído al 2 % postfijados en tetróxido de osmio, para ser observados al microscopio electrónico. Al microscopio de luz en los cortes de mucosa nasal, se encontró constituida por epitelio cilíndrico ciliado pseudoestratificado, con células caliciformes intercaladas y la lámina propia con glándulas serosas y mucosas.

Al microscopio electrónico de transmisión, se identificaron las células epiteliales cilíndricas con

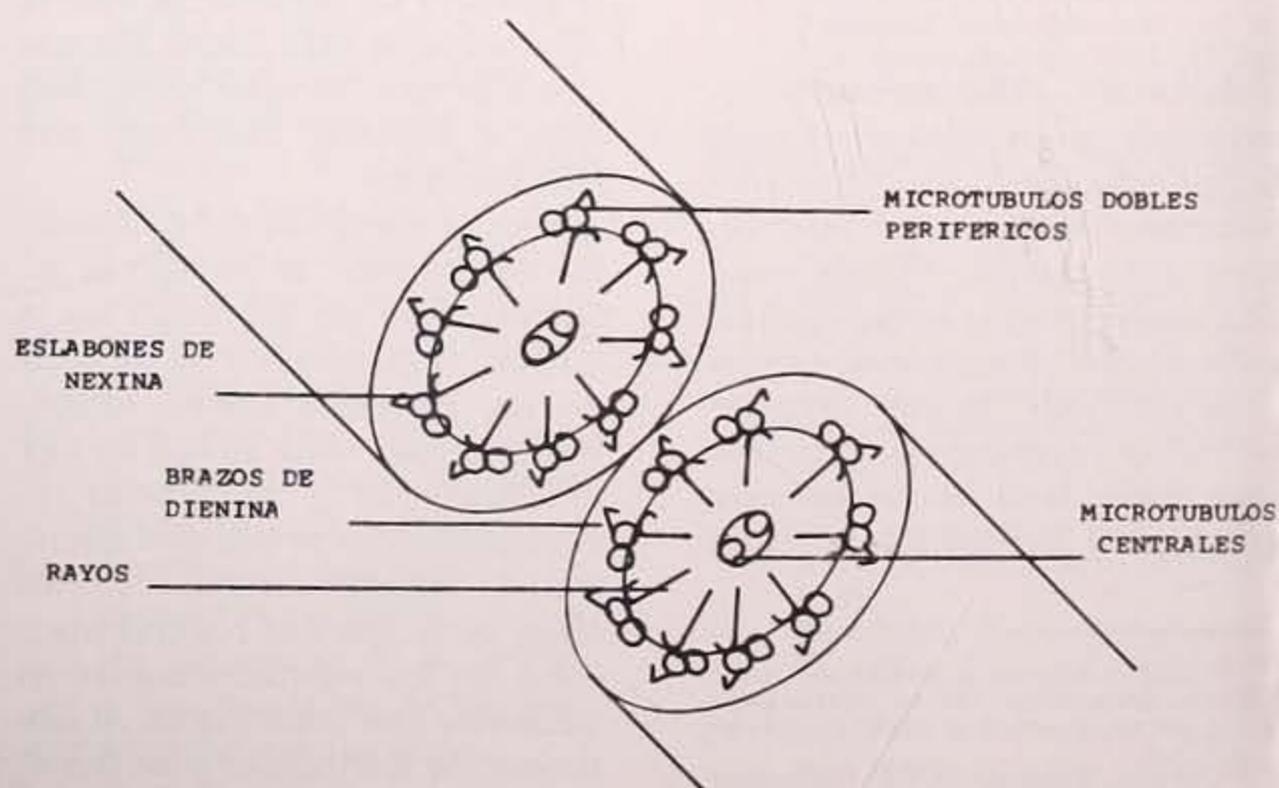


Fig. 1 Corte transversal de un cilio de la mucosa respiratoria o de la cola de un espermatozoide.

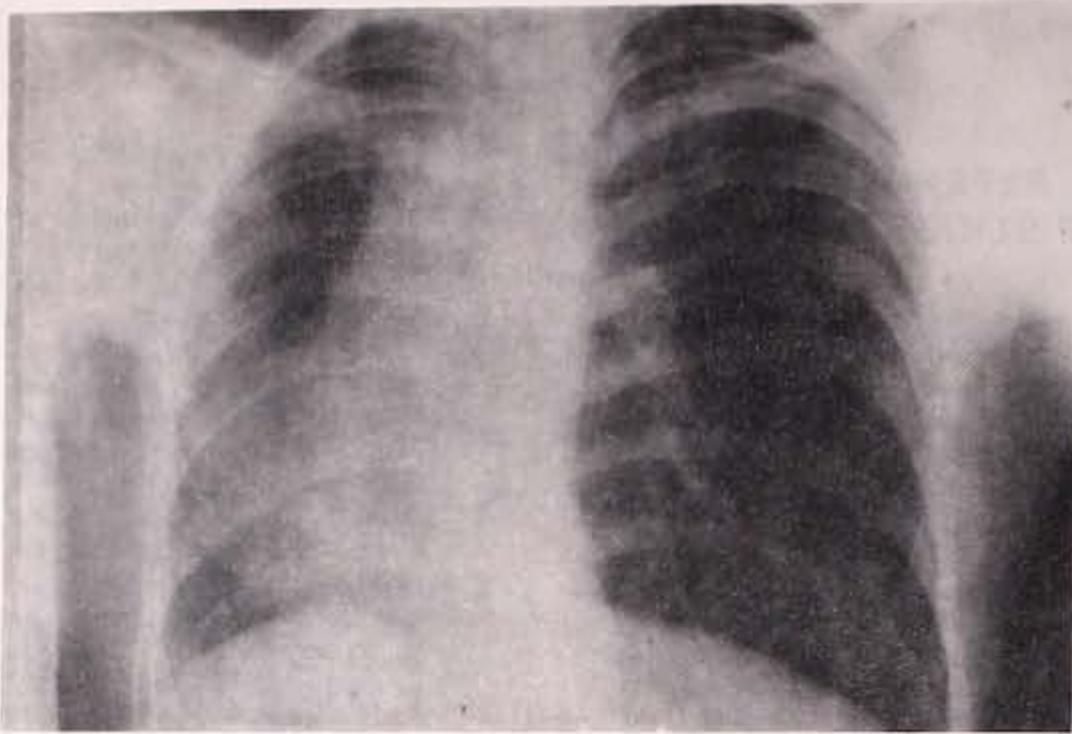


Fig. 2.- Tele de tórax que muestra la dextrocardia.



Fig. 3.- Broncografía en que se demuestran las bronquitis cilíndricas.

disminución de los cilios y las otras células sin alteraciones. (Fig. 4).

Los espermatozoides mostraron aspecto de inmadurez, al encontrar el citoplasma voluminoso y disminución de glucógeno. En un corte transversal se aprecian sólo seis microtúbulos periféricos y dos centrales con falta de los brazos (D). (Fig. 5).

COMENTARIO

No todas las manifestaciones del síndrome de Kartagener son constantes, se han encontrado pacientes con el síndrome incompleto los cuales se pudieran incluir en el síndrome de cilios inmóviles; este síndrome es de gran interés para el otorrinolaringólogo dado el perfil clínico de esta entidad.

En relación a la hipoacusia adquirida en el síndrome de Kartagener, es de tipo conductivo ocasionado por secuelas de otitis crónica y por el mal drenaje de la trompa de Eustaquio, ocasionado seguramente por la misma inmovilidad ciliar. Los estudios ultraestructurales indican que la maquinaria ciliar es defectuosa en estos pacientes y todos los auto-



Fig. 4.- Células epiteliales cilíndricas con disminución de los cilios de la mucosa nasal observada con microscopía electrónica.

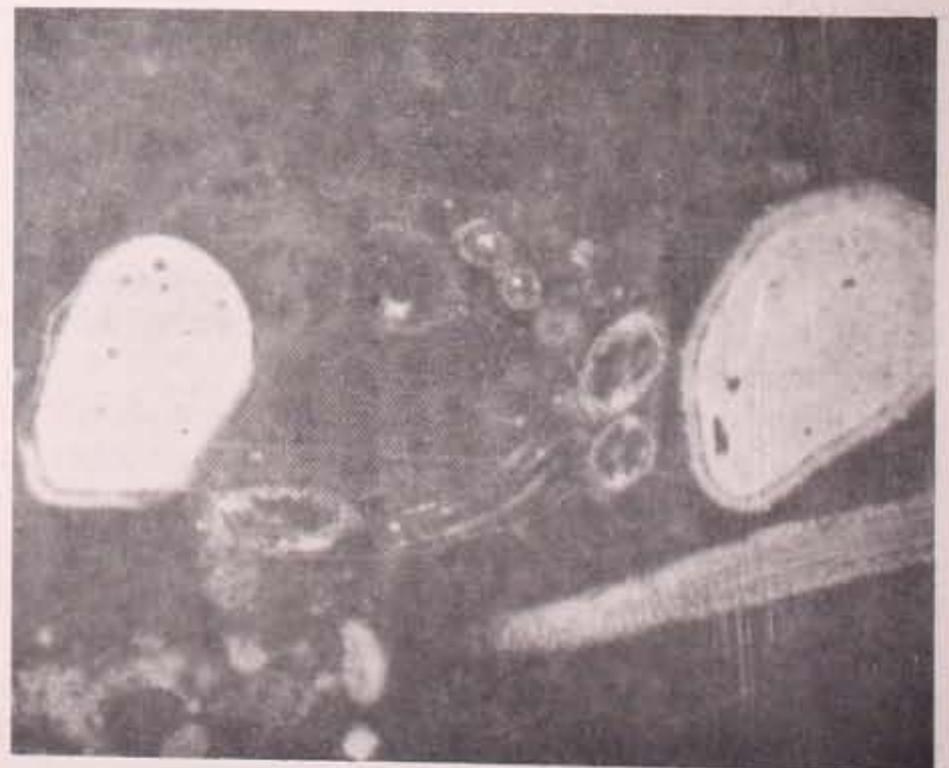


Fig. 5.- Microscopía electrónica en que se aprecian los espermatozoides en un corte transversal con sólo 6 microtúbulos periféricos y dos centrales con falta de los brazos.

res coinciden que el síndrome de Kartagener es un defecto genético en la ultraestructura ciliar, resultando en una inmovilidad de los mismos.

CONCLUSIONES

- 1.- El Síndrome de Kartagener es una enfermedad rara pero más frecuente de lo que se piensa.
- 2.- Se encuentra asociado a múltiples malformaciones o enfermedades que algunas son de interés para el otorrinolaringólogo.
- 3.- Las alteraciones ultraestructurales explican la inmovilidad ciliar.
- 4.- El Síndrome de Kartagener es una forma especial del

Síndrome de cilios inmóviles.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Afzelius, B. A.*: A human syndrome caused by immotile cilia. *Science* 193: 317-319, 1976.
- 2.- *Sethi, B. R.*: Kartagener's Syndrome and its otological manifestations. *J. Laryngol. Otol* 89: 183-188, 1975.
- 3.- *Eliasson, R.; Mossberg, B.; Camner, P. y Afzelius, B. A.*: The immotile cilia syndrom. A congenital ciliary abnormality as an etiologic factor in chronic airway infections and male sterility. *N. Engl. J. Med.* 297: 1-6, 1977.
- 4.- *Rott, H. D.*: Kartagener's Syndrome and the Syndrome of immotile Cilia *Hum. Genetics* 46: 249-261, 1979.
- 5.- *Turner, P. J. A.; Christopher, W.*

B., Corkey, M. B., John, Y. C. L.; Levison H. y Sturgess, J.: Clinical Expressions of immotile Cilia Syndrome. *Pediatrics* 67: 805-809.

- 6.- *Guizar-Vázquez, J.; Ramírez, V.; Mendoza, G. y Rodríguez, H.*: Síndrome de Kartagener o Síndrome de cilios inmóviles. *Rev. Mex. Ped.* 48: 383-386, 1981.
- 7.- *Mata, M.; Ibarquengoitia, F. y Zamora, C.*: Síndrome de Kartagener, Informe de un caso asociado a varias malformaciones. *Rev. Mex. Ped.* 2: 37-43, 1983.
- 8.- *Guzmán Lozano, F.; González Romero, A.; Rodríguez, F.; Sánchez Marle, J. y Orozco, S.*: Síndrome del cilio inmóvil. Una causa de infección crónica de las vías respiratorias. Presentación de dos casos. *Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología* 27: 44-49, 1983.
- 9.- *Kartagener, M.*: Zur pathogenese der bronkiektasien. I. Mitteilung bronkiektasien bei situs viscerum inversus. *Beitr Klin Tuberc.* 83: 198, 1933.

Absceso cerebral y petrositis.

Presentación de un caso

Dr. Juan Felipe SANCHEZ MARLE*
Dr. Jaime INIGUEZ MORENO**

Resumen.- Se presenta un caso de absceso cerebral complicación de una otomastoiditis crónica colestomatosa con anacusia y petrositis, que fue resuelto gracias a la terapia antimicrobiana, las medidas para disminuir el edema cerebral, el drenaje neuroquirúrgico del absceso y el tratamiento quirúrgico de la patología mastoidea y petrosa.

Summary.- Present case pertains to a patient with brain abscess secondary to chronic cholesteatomatous otomastoiditis with anacusia and petrositis in which resolution was obtained through antimicrobial therapy and in addition measures aimed to control cerebral edema, practice of neurosurgical drainage and surgical correction of mastoid and petrose pathology.

INTRODUCCION

Las complicaciones de las otitis medias fueron reconocidas desde antes de la era cristiana, y así Hipócrates en el año 460 A. C. mencionó que "Dolores agudos del oído acompañados con

fiebre alta debían ser temidos ya que el paciente podía presentar delirios y morir". No fue hasta Morgagni en el siglo XVIII que se estableció que las infecciones se originaban en el oído y que de este se extendían a las estructuras vecinas, y no que el oído representaba una vía de salida para el padecimiento cerebral, como había sido propuesto por el árabe Avicena al iniciarse el segundo milenio de nuestra era¹.

El absceso cerebral fue la primera complicación reconocida y tratada con buenos resultados en el siglo XVIII. En el siglo XIX el tratamiento quirúrgico del absceso cerebral se desarrolló rápidamente y debido a su alta incidencia como complicación otológica a la cual debía su principal factor etiológico se convirtió en una entidad tratada comunmente por el cirujano otólogo, a través de punciones cerebrales trans-mastoideas.

La petrositis a pesar de su tendencia a producir extensiones intracraneales fatales fue de las últimas complicaciones de las otitis medias en ser definidas y tratadas adecuadamente. En 1904 Guiseppe Gradenigo describe el síndrome que lleva su nombre, caracterizado por otorrea, dolor originado en el quinto par craneal y parálisis del sexto par craneal, de-

bido a la infección de las celdillas neumáticas del ápice petroso del temporal. Hasta los principios de la cuarta década de nuestro siglo son descritos los primeros intentos quirúrgicos sistematizados para drenar los abscesos de esta región anatómica^{2,3}.

De 1928 a 1933, período previo a la utilización de los antibióticos las complicaciones de las otitis medias llegaron a representar las causas de muerte del 2.5 % de las defunciones en un Hospital General, siendo encabezadas por meningitis, trombosis del seno lateral y absceso cerebral. En el período de 1949 a 1954 la mortalidad por complicaciones otológicas bajó a 10.25 %⁴ y seguramente en la actualidad deben de ser aún más baja, aunque esto guarda relación al grado de educación médica y facilidades disponibles de cada comunidad.

Indiscutiblemente el uso de los antibióticos cambió radicalmente el panorama de las complicaciones de las otitis medias, y en nuestros días la presencia de éstas, está relacionada principalmente a otitis crónicas, en las cuales un mejor entendimiento de su fisiopatología y de su tratamiento quirúrgico, han hecho que el control de los colesteatomas sea más adecuado —antes de producir una complicación,— puesto que repre-

* Hospital Militar Regional, Guadalajara, Jal. México.

** Hospital Universitario Doctor Angel Leño Universidad Autónoma de Guadalajara.

senta un proceso que destruye hueso y en el cual los antibióticos tienen un uso limitado.

PRESENTACION DE UN CASO

V. S. S. Masculino de 30 años con una historia de otorrea crónica izquierda desde la infancia y con aparente anacusia en ese oído desde la edad de 20 años en que inicia cefalea intensa y vómitos 3 días antes de su admisión al Hospital. El enfermo se traslada desde los campos agrícolas de Arizona en camión hasta la ciudad de Guadalajara con aparición de fiebre, somnolencia y aumento de la cefalea. Su examen de ingreso muestra un paciente deshidratado somnoliento, parcialmente desorientado, en mal estado general y con secreción purulenta en conducto auditivo externo izquierdo la cual al ser aspirada muestra detritos colesteatomatosos en oído medio y ático. El tímpano del lado derecho es aparentemente normal así como la función facial, no existiendo nistagmo pero sí ligero borramiento de los márgenes de la papila izquierda. El estudio radiológico simple de la mastoides izquierda muestra hiponeumatización con una área radiolúcida en el epitímpano y antro mastoideo izquierdo y en la posición de Stenvers un franco velamiento y destrucción de las paredes celulares de las celdillas petrosas. Con el diagnóstico de mastoiditis crónica con colesteatoma, probable anacusia izquierda, petrositis y probable absceso cerebral se inicia la administración de penicilina endovenosa, gentamicina intramuscular, esteroides intravenosos e hidratación del paciente. El Servicio de neurología pone en duda el diagnóstico de absceso cerebral y recomienda seguir el tratamiento instituido y observación. Vein-

ticuatro horas después aparece afasia de expresión así como un deterioro en las funciones mentales del paciente, por lo que se ordena una tomografía axial computada la cual revela una zona en el lóbulo temporal compatible con un absceso de esta región. (Fig. 1). Se practica una audiometría en condiciones no ideales, que muestra una anacusia izquierda y audición normal derecha. La tomografía lineal de los peñascos revela una zona de osteolisis en el techo del vértice petroso además de los hallazgos ya mencionados. El Servicio de neurocirugía 48 hrs., después del ingreso del paciente procede a practicar una craneotomía temporal izquierda, y se obtienen 20 c. c. de material purulento fétido del lóbulo temporo-parietal. El neurocirujano decide enuclear la cápsula del absceso lo que prolonga la intervención quirúrgica en 5 hrs., se detecta una área de tejido de granulación sobre la cara superior del peñasco. Post-operatoriamente el

paciente evoluciona satisfactoriamente con marcada disminución de la cefalea y el resto de los signos de hipertensión intracraneana. La afasia temporal de expresión persiste. Una semana después de la craneotomía con el paciente estable en sus funciones y aún bajo la administración de antibióticos basados en el cultivo del material purulento, que reveló *Proteus mirabilis* sensible a la ampicilina, es llevado al quirófano en donde bajo anestesia general y por una incisión intertragal tipo Lempert se expone la mastoide y se practica una mastoidectomía radical que muestra colesteatoma en oído medio y antro mastoideo con dehiscencia del tegmen timpánico y gran cantidad de tejido de granulación en esta área (Fig. 2). Se exploran los 4 tractos celulares posteriores encontrándose en todos ellos hueso reblandecido, tejido de granulación y material escaso de aspecto purulento (Fig. 3). Se decide explorar también el grupo anterior encontrándose en

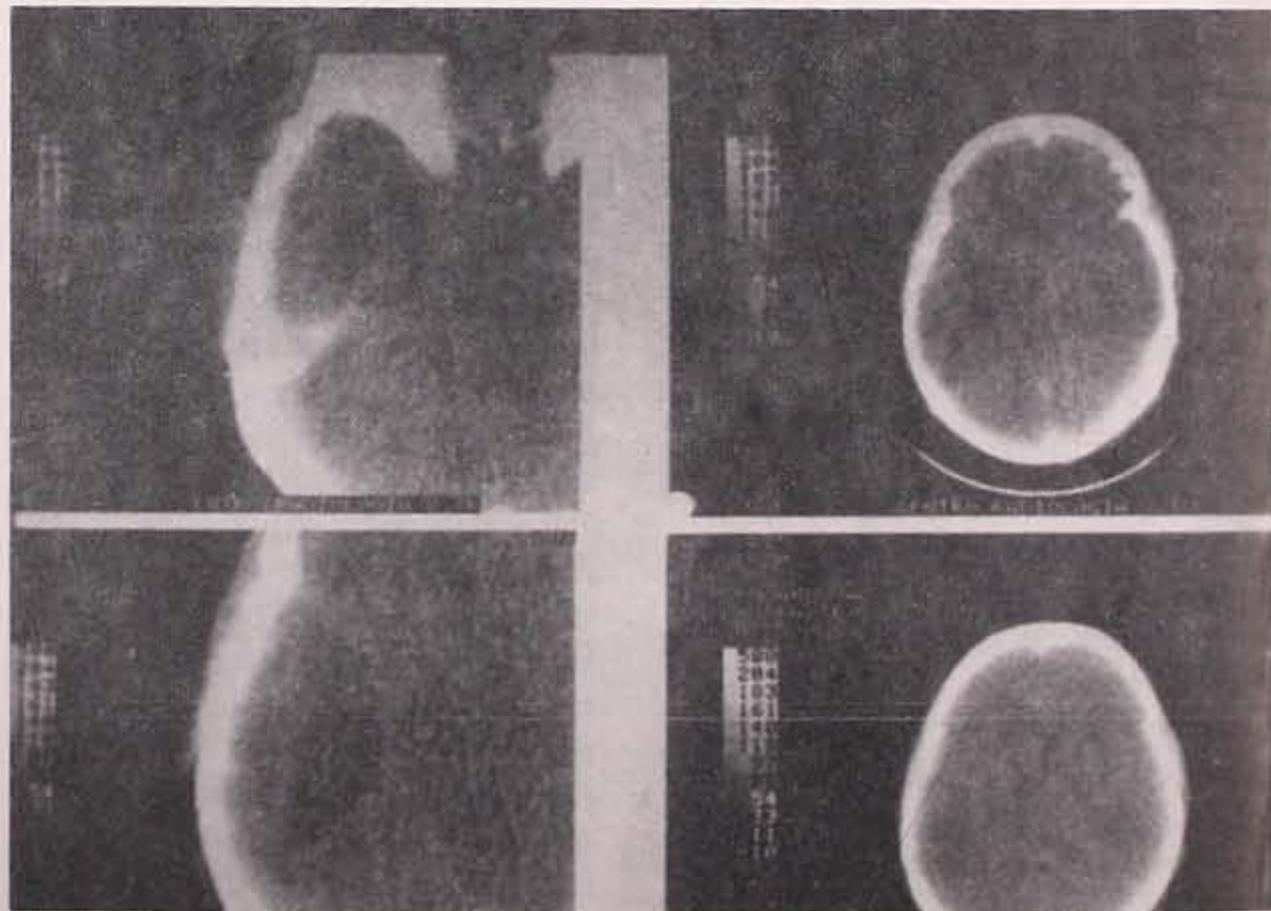


Fig. 1.- Tomografía computada que muestra la zona de absceso en el lóbulo temporal.



Fig. 2 Cavity of mastoidectomy.

éste hallazgos similares. Se tapona la cavidad mastoidea con gasa. La evolución post-operatoria es satisfactoria, retirándose el taponamiento mastoideo una semana después y es dado de alta al día siguiente, es decir 10 días después de su admisión, deambulando, con su afasia temporal y bajo tratamiento con 3 gms., de ampicilina diariamente, este tratamiento se mantuvo por un lapso de 2 meses. Todas las heridas cicatrizaron de primera intención y la cavidad mastoidea epitelizó sin ningún problema. La afasia ha venido desapareciendo lentamente aunque persiste a causa del tejido cerebral destruido y resecaído. Actualmente el paciente se encuentra nuevamente trabajando como peón agrícola.

COMENTARIO

La presentación de este caso nos demuestra claramente muchos de los aspectos más importantes de el absceso cerebral de origen otógeno. La larga historia de una otitis crónica, sin un tratamiento adecuado, con forma-

ción de colesteatoma y aún la aparición de una anacusia, preceden a la aparición de datos de hipertensión intracraneana, los cuales aumentan y aparece un signo de localización temporal manifestado por la afasia de expresión. El diagnóstico se efectúa desde su ingreso y se inicia el tratamiento recomendado.

El tratamiento de estos pacien-

tes previo al diagnóstico y localización de la complicación otógena, fue la terapia antimicrobiana y las medidas para disminuir el edema cerebral, el tratamiento neuroquirúrgico del absceso cerebral y finalmente el tratamiento quirúrgico de la infección mastoidea y petrosa.

Creemos de valor la discusión de estos casos, pues la poca frecuencia de su presentación en la era postantibiótica y de la precisión de la cirugía otológica actual, hacen que sus características y los métodos diagnósticos y terapéuticos a menudo sean olvidados. En los centros hospitalarios de concentración americanos se presentan con una frecuencia aproximada de uno al año¹⁵ y es necesario reagrupar los conocimientos acerca de casos como estos para aplicar las técnicas de diagnóstico radiológico y terapéutica neuroquirúrgica. Por otra parte obligan también al cirujano Otorrinolaringólogo a mantener frescos sus conocimientos en técnicas quirúrgicas poco empleadas actualmente como son la petrosectomía de Ramadier y Lempert.



Fig. 3 Exposure of the posterior cellular tracts.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Shambaugh G. E. Jr.*: Surgery of the ear. Second edition W. B. Saunders Company. Philadelphia & London. 1967.
- 2.- *Kopetsky S. J. y Almour R.*: Suppuration of the petrous pyramid. *Ann. Otol. Rhin & Laryng.*, 39: 996, 1930.
- 3.- *Eagleton, W. P.*: Unlocking the petrous for localized bulbar meningitis secondary to suppuration of the petrous apex. *Arch. Otol.*, 13: 386, 1931.
- 4.- *Courville, C. B.*: Intracranial complications of otitis media and mastoiditis in the antibiotic era. *Laryngoscope*, 65: 31, 1955
- 5.- *Stuart, E. A., O'brien, F. H. y Mc Nally, W. J.*: Some observations on brain abscess. *Arch. Otol.* 61: 212, 1955.
- 6.- *Gamez, E. J.; Quiroz, L. J. y Valdés G. H.*: Absceso cerebral en la edad pediátrica. Consideraciones sobre etiología y tratamiento. *Revista Mex. de Pediatría*. 185, 1981.
- 7.- *Williams, H. L.*: Latent Brain Abscesses which manifest themselves after mastoidectomy in chronic suppurative otitis media. *Laryngoscope*, 74: 346, 1964.
- 8.- *Izquierdo Rojo J. M. y col.*: Fundamentos de Neurocirugía. Vol. II 1979. Distribuidora Interamericana. España.
- 9.- *Hendershot, E. L. y Wood, J. W.*: Middle fossa approach in treatment of Petrositis. *Arch. Otol.* 98: 426, 1973.
- 10.- *Frenckner, P.*: Some remarks on treatment of apicitis with and without Gradenigo's syndrome. *Acta oto-laryng* 17: 97, 1932.
- 11.- *Dearmin, R. M.*: Logical surgical approach to tip cells of petrous pyramid. *Arch. Otol.*, 26: 314, 1937.
- 12.- *Farrior, J. B.*: The sublabyrinthine exenteration of the petrous apex. *Ann. Otol. Rhin & Laryng.*, 51: 1007, 1942.
- 13.- *Ramadier, J.*: Les osteites petreuses profondes (pétrosites). *Otorhino-laryng. Internat.* 17: 816, 1933.
- 14.- *Lempert, J.*: Complete apicectomy (mastoidotympano-appicectomy) New technique for complete exenteration of apical carotid portion of petrous pyramid. *Arch Otol.*, 25: 144, 1937.
- 15.- *Hilsinger, R. L. y Caparosa, R. J.*: Otogenic Brain Abscess. *Laryngoscope*, 80: 697, 1970.

Conferencia Magistral (+)

Dr. Salvador DURAN TORRES

El Antropólogo Reidenreich en 1937 excavando en los fósiles del más antiguo hombre primitivo, el *Sinanthropus* llamado hombre de Pekín y con implementos de herramientas rudimentarias de piedra, encuentra un esqueleto de hueso temporal conservado; tal parece que desde hace quince mil años antes de Cristo se mostrara interés de desentrañar el órgano guardado celosamente en el espesor del hueso temporal, tratando de arrancarle los secretos al aparato auditivo.

Pitágoras en el siglo VI dice que la audición es una emanación del alma. Galeno en el año 1037 le llama laberinto al oído interno, menciona que la prolongación de la oreja recibe el sonido que va a llevarlo al encéfalo a través del nervio auditivo, además señala que la sordera puede ser por oclusión del espacio donde está el oído, o por obstrucción del nervio acústico.

Las pruebas básicas de la audición en el siglo XVIII con Bonafont y los diapasones, se perfeccionan con la escuela de Viena junto con los alemanes. Von Graefe describe el nistagmus y cien años después se puntualiza que es un fenómeno resultante

de la compensación vestíbulo ocular. Graham Bell inaugura el teléfono que será la base del audífono de gran auxilio para los débiles auditivos.

El gran Helmholtz en 1821 después de inventar el oftalmoscopio, emite la teoría de la resonancia y en su libro "Percepción del Sonido" hacen eslabón entre la acústica y la música.

Los grandes de Francia forman escuela que se dispersa por toda Europa. Figuras notables en Norteamérica, dentro de los ya contemporáneos, el gran Edmundo Fowler con su prueba de equiparación de volúmenes vigente hasta esta fecha. Von Bekesy premio Nobel, autor de la audiometría automática auxilia el diagnóstico con ayuda de nuestro maestro James Jerger quien le da aplicación clínica y que tenemos el honor de tenerlo entre nosotros en este congreso. Las máquinas electrónicas ayudan a la Impedanciometría y las Respuestas Evocadas.

Innumerables investigadores y estudiosos, se suceden en todas las épocas y no es posible mencionar a todos sin caer en injustas omisiones.

En México el desarrollo de la Audiología y Foniología data de hace 40 años; la influencia de grandes maestros ha sido indiscutible.

La iniciativa y amor por la especialidad de los doctores Andrés Bustamante Gurría y Pedro Beruecos Téllez dá nacimiento al Instituto Nacional de Audiología, hoy Instituto de la Comunicación Humana, importante semillero de nuevos valores. La influencia del profesor Jean Tarnau crea puntales en la clínica fonológica y forma escuela en nuestro país.

La Audiología ingresa a los centros mexicanos de Seguridad Social con apoyo del maestro Dr. Miguel Arroyo Guijosa y es auxiliado técnicamente por el Dr. Benson quienes instalan el primer gabinete de diagnóstico audiológico al servicio del Hospital General "La Raza".

Los años cuarentas marcan una modificación trascendente en la práctica médica de México, se funda la medicina Institucional con su lema de dar la mayor cantidad de salud al mayor número, se impone una estructura doctrinaria de la práctica del especialista, se fundan planes pedagógicos y los Hospitales escuela se encargan de organizar cursos repetidos que promueven y facilitan la formación de estos médicos que crecen en gran proporción dentro de la medicina institucional; también se crean programas de especialización y surge

(+) Conferencia Magistral dictada en el Congreso Nacional de Audiología, Acapulco, México, Julio de 1982.

el médico residente iniciándose un nuevo trabajador que reclama un contrato de trabajo y no un contrato beca, haciendo trascender toda una consecuencia política y social. La masa de asalariados se incorporan a un grupo que ofrece salud masiva y que trata de hacer llegar la extensión de sus servicios hasta el último rincón de nuestra patria, tarea que es confundida con un sistema industrial; el obrero de la medicina se satura de mecanismos burocráticos y se organiza un sistema gigantesco de utilitarismo social.

El médico se convierte en una cosa y el grave problema de la cosificación, motiva crisis de valores humanos, en donde la población médica se vé orientada con un tipo de práctica que devalúa al hombre contemporáneo y exagera la crisis profesional enraizando la deshumanización.

En la práctica privada existe el sistema de explotación económica donde se vende la salud al mejor postor. Las metas de superación no son propiamente el interés académico, ni asimilar los beneficios de la investigación, los planes de enseñanza continua que están en marcha son insuficientes. La capacidad creativa debe ser correlativa al aspecto vocacional así como una remuneración económica suficiente que satisfaga las necesidades que corresponden al profesionista entregado al estudio y con interés por la investigación y la enseñanza.

El espíritu clásico de la medicina de curar y recuperar la función están pasando a segundo término, la prioridad actual es la prevención, y la profilaxis y el saneamiento que contribuyen a eliminar los daños y proteger la vida, son ideas cristalizadas que están en marcha; los programas de desarrollo con nuevo derrotero, eliminan caudales de energía humana

y económica que se han derramado en daños hechos. El interés del Dr. Bustamante Gurría en este terreno ha sido puesto de manifiesto en la exposición del trabajo anterior sobre "La Importancia de la Medicina Preventiva en los trastornos de la comunicación" del Dr. Francisco Hernández Orozco, quien al frente del Instituto de la Comunicación Humana, mantiene el activo desarrollo de este importante aspecto de la medicina moderna y cuyos planes de unificación están bajo el mando del Dr. Guillermo Soberrón. Sin duda la medicina preventiva está desviando la orientación clásica. La única manera de no morir del todo es hacer un libro, hay en nuestro país varias decenas de temas pedagógicos y técnicos que no fue posible precisar. En el aspecto médico y hasta hace 3 años aparecen 2 obras de Jorge Corvera Bernardelli figura eminente de la medicina de México de hoy, maestro amigo y compañero de nosotros.

Seamos maestros haciendo notar el aforismo de que enseñando se aprende dos veces, nuestra ciencia requiere de espíritu pedagógico para formar nuevas generaciones que son de necesidad en el mundo contemporáneo. Es necesidad pues, enseñanza e investigación, enseñar con liberalidad fuera de egoísmos, la época actual lo facilita. Tenemos además que estructurarnos para educar y entiendo por educar, pasar la estructura propia, la realidad de la formación filosófica y moral proyectándose al alumno. Se enseña con los conocimientos y se educa con la manera de ser.

Paracelso decía que el hondo fundamento de la medicina es el amor y que si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él se obtenga, el amor dijo, nos hace aprender el arte y fuera

de él no nacerá ningún médico. Muchos años pasaron y por cambios en los conceptos, el radiólogo y el Foniatra son profesionales auxiliados con todas las ciencias colaterales que les dan apoyo, son ante todo médicos con obligación de adquirir ciencia y con el deber de actualizar también su constante compromiso para desarrollar las ciencias afines que complementan la especialidad subordinando la técnica a nuestros conocimientos. Porque la medicina tienda a la prevención y la profilaxis se apoja del sentido humano de la validez y de la muerte he inevitables que forman un sistema ideológico dentro de la práctica diaria, el dolor no podrá eliminado y por ello tendrá mantenerse una ideología acorde con los valores esenciales que bien prevalecer unidos: la tra del inválido en el oír y no h son finalmente una expresión que requieren de profunda comprensión y del cumplimiento de normas que acompañen a un semejante en su destino solitario.

El sentido de nuestra vida es la vulgaridad ni el confort de vida fácil, sino la suma de valores injertados en la dignidad vocacional médica. El fascinante mundo de la Audición y de la Exploración, ha merecido la dedicación de grandes maestros que no precedido, algunos de ellos eran geniales que nos legaron saber con su intuición, con su talento y su inquietud de ser son el caudal cultural que se compartió con nuestro esfuerzo en nuestro estudio y que para generaciones venideras, son el eslabón del pasado y el futuro así que los alumnos de hoy son los maestros del mañana y la tarea es dena inacabable. El estudio del investigador de ayer y hoy serán figuras históricas de siempre.

pero la referencia histórica que puede hacerse en tono gris, debe cobrar colorido entre nosotros si somos concientes de nuestros valores esenciales y nos mantenemos en el esfuerzo del estudio y en la inquietud de la investigación.

Pertenecemos a una secuencia histórica y el programar el futuro con vocación al servicio del hombre, está muy fuera de una civilización deshumanizada que conduce al callejón del ocaso. Vivi-

mos un mundo que maneja la problemática de la comunicación y por tanto debemos comunicarnos, es decir establecer necesaria unión a esta nueva Sociedad que crece con rapidez y no puede desviarse de sus objetivos, ni claudicar de las finalidades con las que fue meditada. Comunicar es entenderse, así como también ceder nuestros conocimientos a los que vienen.

Investigar es crear, es inquie-

tud del saber y es hábito en el estudio, es además el infatigable esfuerzo por perseguir la verdad que al desentrañarla amplía el horizonte con ansia de conocimiento, que determina nuestra realización y nos dá el supremo destino de la dignidad profesional.

Yo invito pues a marchar por este camino, el del amanecer que es luz que nace y el de la firme esperanza que será nuestro futuro.

Notas e informaciones

SIMPOSIO MULTIDISCIPLINARIO EN RINOPLASTIA

Del 3 al 4 de octubre de 1984 se efectuará en Lausana, Suiza, en el Hospital Universitario de Vaud, el Simposio Multidisciplinario en Rinoplastia con la participación de cirujanos plásticos y otorrinolaringólogos de prestigio mundial. El director del simposio es el Dr. R. Meyer.

Para mayores informes: "Multidisciplinary Summit Symposium for Rhinoplasty" c/o Lausanne Tourist Office and Convention Bureau P. O. Box 248 CH-1000 6 Lausanne, Suiza.

CURSOS DEL INSTITUTO DE OTOLÓGIA GARCIA-IBÁÑEZ.

Barcelona, España

XXII Curso de Microcirugía del oído y disección del hueso temporal.

Noviembre de 1984

Curso práctico dedicado a la disección del hueso temporal, cirugía en el vivo, películas, videos y conferencias.

VII Curso de disección de los senos paranasales

Octubre de 1984. Dirigido por el Dr. F. Bagatella (Ferrara, Italia). Curso de disección y microcirugía anatómico-quirúrgica del macizo rinosinusal, películas, videos y conferencias.

Para mayores informes: Instituto de Otológia García-Ibáñez. Doctor Roux 91 Barcelona 17 España. Tel. 205-02-04.

XI CONGRESO IBERO-AMERICANO DE OTONEUROLOGIA

Del 4 al 6 de junio de 1984 se celebrará en la ciudad de Barcelona, España, el XI Congreso Ibero-Americano de Otoneurología. El Presidente es el Dr. García-Ibáñez y el temario a desarrollar será: Otoesclerosis, colesteatoma, vértigo, nervio facial, neurinoma del acústico, glomus yugularis, implantes cocleares.

Para mayores informes: Secretario del Congreso. Dr. R. Jiménez Montoya. Instituto de Otológia García-Ibáñez C/ Dr. Roux 91 Barcelona 17 España. Tel. 205-02-04.

XII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ORL Y PATOLOGIA CERVICO-FACIAL

Del 7 al 11 de mayo de 1984 se celebrará en la ciudad de Oviedo, España, el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. El Presidente del comité organizador es el Dr. T. Tamargo Menéndez.

El resumen del programa científico es el siguiente:

I) PONENCIAS OFICIALES:

- "Lesiones precancerosas en O. R. L." Dr. J. J. Alvarez Vicent.
- "Parálisis facial". Dr. Quezada Marín y Prof. D. López Aguado.

II) COMUNICACIONES A LAS PONENCIAS

III) COMUNICACIONES LIBRES.

IV) MESAS REDONDAS:

- "Cirugía conservadora del carcinoma de laringe". Dr. M. Fernández-Vega.
- "Epidemiología y profilaxis en O. R. L.". Prof. R. Hernández.
- "Semiología vestibular". Dr. C. Gavilán.
- "Colesteatoma". Prof. J. Marco Clemente.
- "Perspectivas en Oncología". Dr. A. Jiménez Lacave.
- "Timpanoplastias". Dr. E. García-Ibáñez.

V) CURSOS MONOGRAFICOS:

- "El audífono: su prescripción y adaptación". Dr. E. Salesa.
- "Otosclerosis". Dr. F. Antolí-Candela Cebrián y Dr. F. Antolí-Candela Cano.
- "Alteraciones del sistema oculomotor". Dr. C. Gavilán y Dr. J. Gavilán.
- "Fistuloplastias fonatorias y laringectomías totales". Dr. J. Algaba.
- "Patología quirúrgica del tiroides y paratiroides". Dr. C. Suárez.
- "Cirugía del oído interno y otoneurocirugía". Prof. C. Zini.

Para mayores informes: Secretaría Técnica del Congreso: Suárez de la Riva 7, 4o. Oviedo 9 España.

REUNIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS COMBINADAS DE PRIMAVERA

Del 5 al 12 de mayo de 1984 se llevarán a cabo las Reuniones Otorrinolaringológicas Combinadas en el Hotel The Breakers, Palm Beach, Florida EUA. Participan en esta reunión las siguientes sociedades: American Laryngological Association, American Otological Society, American Laryn-

gological, Rhinological and Otological (Triological) Society, American Neurology Society, American Broncho-Esophagological Association, American Society for Head and Neck Surgery, American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery.

Para mayores informes: The American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Inc. 1101 Vermont Avenue N. W. Suite 302 Washington D. C. 20005 (202) 289-4607 EUA.

XIX CONGRESO PANAMERICANO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Del 11 al 15 de septiembre de 1984 se llevará a cabo en la ciudad de Québec, Canada, el XIX Congreso Panamericano de Otorrinolaringología y Broncoesofagología.

Para mayores informes: Prof. Paul Savary, 44 Cote du Palais, Quebec, Canada GIR 4H 8

XIII CONGRESO MUNDIAL DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Del 26 al 31 de mayo de 1985 se realizará en Miami, Florida EUA el XIII Congreso Mundial de Otorrinolaringología.

Directorio de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología

Abbud Neme Foze
Insurgentes Sur No. 686-803
Col. Nápoles
Delegación Benito Juárez
03810 México, D. F.
Tels. 523-20-82 y 536-18-41

Aguilar Carrillo Agustín
Oriente 4 No. 212
Orizaba, Ver.

Aguilera José T.
División del Norte No. 2929
04040 México, D. F.
Tel. 544-72-70

Aguilar Pereyra Oscar
Zaragoza No. 37 Norte
Los Mochis, Sin.

Alcalá Barrios Pablo
Nueva York No. 188-3
Col. Nápoles
Delegación Benito Juárez
03810 México, D. F.
Tels. 524-83-40 y 524-52-27

Alcazar Pineda Antonio
Altamira No. 221 Poniente
Tampico, Tamps.
Tel. 2-01-25

Alcocer Humberto
Mexicali No. 83
Col. Hipódromo
06110 México, D. F.

Alvarez Balbas Jorge Federico
Tuxpan No. 84
Delegación Cuauhtémoc
06760 México, D. F.
Tel. 564-09-43

Amaya Reza Salvador
Colina de las Termas No. 74
Bulevares Residenciales
Naucalpan, Estado de México
Tel. 584-78-14

Anchondo Cosme B.
Hidalgo No. 287 Oriente Esq.
con Corona
Culiacán, Sin.
Tel. 2-37-24

Andrade Gallegos Rafael
Monterrey 147-402 A
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 584-26-53

Andrade Pradillo Juan
Juan Escutia No. 79
Col. Condesa
06140 México, D. F.
Tels. 553-29-73 y 553-31-15

Andrade Pradillo Pedro
San Luis Potosí No. 44
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 564-65-86

Aponte Rueda Marco Antonio
Bulevar Benito Juárez No. 505 Altos
Cuernavaca, Mor.

Aranda Torres Benjamín
Bulevar Adolfo López Mateos 81 Pte.
Leon, Gto.
Tel. 3-13-02

Arcos Garduño Miguel Angel
Arista No. 24
Col. Guerrero
Delegación Cuauhtémoc
06300 México, D. F.

Arenas de los Ríos Diego
Av. Revolución No. 41 Desp. 12
Col. Tacubaya
Delegación Miguel Hidalgo
11870 México, D. F.
Tels. 277-19-36; 548-70-02 y
595-73-01

Arrieta Gómez J. Refugio
Nicolás San Juan No. 1117-202
Col. del Valle
03100 México, D. F.
Tel. 575-42-50

Arriola Lima Manuel
Insurgentes Sur No. 300-609
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.

Arroyo Castelazo José Antonio
Tehuantepec No. 204-1er. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 564-48-20

Arroyo Castelazo Miguel Angel
Tehuantepec No. 204-3er. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tels. 574-91-46 y 592-40-77
(Clave 63-20)

Arroyo Guijosa Miguel
Tehuantepec No. 204-1er. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 564-48-20

Asch Jaime
Ejército Nacional No. 650-202
Col. Polanco
Delegación Miguel Hidalgo
11560 México, D. F.
Tel. 520-09-22

Cortés Ochoa Rodolfo
Morelos No. 1586-202
Guadalajara, Jal.
Tel. 25-49-79

Corvera Bernardelli Jorge
 Durango No. 50 Bis 5o. Piso
 Col. Roma
 Delegación Cuauhtémoc
 06700 México, D. F.
 Tels. 533-60-04 y 568-02-62

Covarrubias Tavera Marcelino
 Allende No. 700 Oriente
 27000 Torreón, Coah.
 Tels. 4-41-37 y 4-61-81

Craig Sosa Robert Joseph
 Vermont No. 37-1
 Col. Nápoles
 Delegación Benito Juárez
 03810 México, D. F.

Cruz Zambrano José
 Calle Central y Av. Central
 Tuxtla Gutiérrez, Chis.
 Tel. 2-05-88

Culebro Carreri Enrique
 Sinaloa No. 76-3er. Piso
 Col. Roma
 Delegación Cuauhtémoc
 06700 México, D. F.

Curioa Karana Elías
 Durango No. 33-51
 Col. Roma
 Delegación Cuauhtémoc
 06700 México, D. F.
 Tels. 525-67-91 y 638-18-30

Chávez Becerril Jesús
 Delegación Cuauhtémoc
 Hidalgo Poniente No. 406
 06700 México, D. F.
 Tels. 525-67-91 y 683-18-30

Chávez Larzon Ricardo
 Apto. 16 Escuela de Medicina
 Universidad Autónoma de Montemorelos
 Montemorelos, N. L.

Chavoya Contreras Ney
 Gelati No. 109-3
 Col. San Miguel Chapultepec
 11850 México, D. F.
 Tel. 515-73-24

Chavoya Magaña Rogelio
 Gelati No. 109
 Col. San Miguel Chapultepec
 11850 México, D. F.

Chuc Crespo José Marcelino
 Calle Ejército Mexicano
 Casa No. 10
 Unidad Militar
 Col. Atasta
 Villahermosa, Tab.

Dávalos Luiviano Efraín
 Bartolomé de las Casas No. 636
 Morelia, Mich.
 Tel. 2-16-78

Davalos Valenzuela Roberto
 Av. México Xochimilco No. 161
 Edificio E Depto. 22
 Col. Huipulco
 México 22, D. F.

Decanini Sergio
 Clínica San Antonio
 Aldama No. 415 Sur
 Monterrey, N. L.
 Tel. 42-38-30

Decanini Lozano Carlos
 Aldama. No. 415 Sur
 Monterrey, N. L.

De Cordova Solis Arturo
 Av. del Taller Retorno 18 No. 19
 Col. Jardín Balbuena
 15900 México, D. F.
 Tel. 552-54-71

Delgado Falfari Andrés
 Ejército Nacional No. 617-801
 Col. Polanco
 Delegación Miguel Hidalgo
 11560 México, D. F.
 Tels. 250-96-71 y 595-47-70

Deutsch Reiss Ernesto
 Av. Reforma No. 110-1er. Piso
 Lomas de Chapultepec
 11000 México, D. F.
 Tels. 520-60-25 y 540-19-19

Díaz Barriga Herrera Jorge
 Guadalupe No. 205-2o. Piso
 Celaya, Gto.

Díaz Leon Severino
 Víctimas del 25 de junio No. 365
 Veracruz, Ver.

Dorantes Reynoso José A.
 Madrigal de las Altas Torres No. 61
 Col. Unidad Morelos
 Morelia, Mich.
 Tel. 2-40-65

Durán Torres Salvador
 Tlaxcala No. 180 Desp. 1
 Col. Hipódromo
 06100 México, D. F.

Elías Azar Antonio
 Av. Costera Miguel Alemán
 No. 320-103
 Acapulco, Gro.

Ellinhaus Pfister Kurt
 Eugenio Sue No. 335-5o. Piso
 Col. Polanco
 Delegación Miguel Hidalgo
 11560 México, D. F.
 Tel. 545-70-60

Escajadillo Díaz Jesús Ramón
 Centro Médico del Prado
 Bugambillas No. 50 Desp. 303
 Fracc. del Prado
 Tijuana, B. C.

Escudero Sergio
 Eulogio Parra No. 2904
 Guadalajara, Jal.
 Tel. 25-49-79

Espinoza Ruíz José de Jesús
 Corregio No. 32 Bis
 Ciudad de los Deportes
 03710 México, D. F.
 Tels. 563-42-09 y 561-14-33
 Ext. 1005

Espinosa Ulloa Rafael
 Av. Anza No. 408
 Col. Pitic
 Hermosillo, Son.

EsperDib Sergio Omar
 16 Sur No. 1308-401
 Puebla, Pue.
 Tel. 43-81-66

Esquivel Medina Eligio
 Dr. Vicente Beristain No. 162
 Col. Asturias
 Delegación Cuauhtémoc
 06850 México, D. F.
 Tel. 511-00-25

Estrada Arvide Francisco
 Esparza Oteo No. 144-208
 Col. Guadalupe Inn
 San Angel
 01020 México, D. F.
 Tels. 550-32-63 y 550-44-15

Estrada Pascual Edgardo

Privada 13-C Sur 6928
Col. San José Mayorazgo
Puebla, Pue.
Tel. 40-73-88

Farías Alvarez Oscar

Protasio Tagle No. 105
Col. Tacubaya
Delegación Miguel Hidalgo
11870 México, D. F.

Farías Martínez Roberto

Calle 4a. Díaz Mirón No. 1906-7
Tijuana, B. C.
Tel. 5-35-77

Fernández López Adelfo

Tlacotalpan No. 59-206
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tels. 564-45-15 y 516-09-36

Fernández Nespereira Vicente

Tuxpan No. 16-9o. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.

Tels. 584-66-00 y 586-61-82

Flores Cordero Leandro

Av. Ejército Nacional No. 615-904
Col. Polanco
Delegación Miguel Hidalgo
11560 México, D. F.

Tels. 250-03-18 y 250-96-87

Flores Salinas Mario

Av. México No. 2436-202
Guadalajara, Jal.
Tels. 95-93-47 y 24-27-30

Fajardo Arroyo Juan

Manuel Gutiérrez Nájera No. 466
Col. Lorenzo Boturini
México 8, D. F.
Tel. 552-34-52

Gallegos Gutiérrez José

Insurgentes Sur No. 590-3er. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 543-95-94

Gallegos Rueda Francisco

Circuito Puericultores No. 24-B
Ciudad Satélite Estado de México

Ganem Helu José

Guanajuato No. 100-102
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tels. 564-98-61 y 560-48-07

García Castañeda Máximo

Calderón de la Barca No. 359-3er. Piso
Col. Polanco
11550 México, D. F.
Tel. 250-06-97 y 545-58-51

García de Leon C. Francisco

Justino Fernández No. 13
Col. Tacubaya
Delegación Miguel Hidalgo
11870 México, D. F.
Tel. 533-07-60

García García Miguel Angel

Ejército Nacional No. 613-205
Col. Polanco
Delegación Miguel Hidalgo
11560 México, D. F.

Tels. 592-40-77 Clave 11533

García Lara J. Jesús

Nervo No. 36 Ote.
Tepic, Nay.
Tel. 2-11-37

García López Jesús

Hospital Carbonífero
Domicilio Conocido
Nueva Rosita, Coah.

García Palmer Rafael

Calderón de la Barca No. 359-3er. Piso
Col. Polanco
Delegación Miguel Hidalgo
11560 México, D. F.

Tels. 545-58-51 y 250-06-97

García Zuñiga José Luis

Av. México No. 2516-103
Guadalajara, Jal.
Tel. 16-03-48

Garcini Pablos Vélez Carlos

Obrero Mundial No. 155-402
Col. del Valle
03100 México, D. F.

Garza Salinas Sergio

Clínica San Antonio
Aldama No. 415 Sur
Monterrey, N. L.
Tel. 56-22-20

Guillén Cazarín Ernesto Hermilo

Francisco Ayala No. 149-2
Col. Asturias
Delegación Cuauhtémoc
06850 México, D. F.
Tel. 538-83-90

Giorgana Frutos Luis Alberto

Tehuantepec No. 86-101
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.

Tels. 564-77-82 y 564-77-71

Giorgana Rafael

Tehuantepec No. 86-101
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.

Tels. 564-77-82 y 564-77-71

Gómez Flores Roosevelt

Fidencia No. 109
Villahermosa, Tab.

Gómez Madrigal Ignacio

Sierra Nevada No. 910
Guadalajara, Jal.
Tel. 25-23-77

Gómez Scheafer Enrique

Navegantes No. 179
Veracruz, Ver.

Góngora Gómez Juan

Bulevar Ramírez Méndez No. 510
y V. Guerrero
Fracc. Bahía
Ensenada, B. C.

González Moctezuma Julio A.

Durango No. 290-409
Col. Roma

Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 286-24-79

González Rentería Luis

Monterrey No. 47-1er. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 528-62-67

González Rivas Rafael

Picacho No. 226
Jardines del Pedregal
Delegación Alvaro Obregón
001900 México, D. F.
Tels. 568-20-80 y 568-24-35

González Romano Armando

Libertad No. 1687
 Guadalajara, Jal.
 Tels. 25-70-76 y 25-76-71

González Salas José Luis

Belizario Domínguez No. 100
 Col. Coyoacán
 04000 México, D. F.

González Ulloa Mario

Tuxpan No. 16-10o. Piso
 Col. Roma
 Delegación Cuauhtémoc
 06700 México, D. F.
 Tel. 574-15-84

Gutiérrez Marcos José Angel

Callejón de la Escondida No. 53
 Casa 3
 Col. Coyoacán
 Delegación Coyoacán
 04000 México, D. F.
 Tel. 554-90-60

Guzmán Lozano Fernando

Manuel M. Dieguez No. 207-2
 Esq. Av. México
 Guadalajara, Jal.

Guzmán Palacios Francisco Javier

Amado Nervo No. 510
 San Luis Potosí, S. L. P.
 Tel. 3-22-82

Heras Espinosa Joel

Gabriel Tepepa No. 132-1
 Col. Emiliano Zapata
 Cautla, Mor.

Hernández Díaz Raúl

Av. Santa Lucía No. 67
 Col. Olivar del Conde
 Delegación Alvaro Obregón
 01400 México, D. F.
 Tel. 651-30-40

Hernández Goribar Mariano

Av. Alvaro Obregón No. 286-101
 Col. Roma
 Delegación Cuauhtémoc
 06700 México, D. F.
 Tels. 286-74-97; 286-74-39 y
 596-04-84

Hernández Orozco Francisco

Baja California No. 196-902
 Col. Roma
 Delegación Cuauhtémoc
 06700 México, D. F.
 Tel. 564-06-43

Hernández Pacheco Luis

Emilio Carranza No. 13
 Uruapan, Mich.

Hernández Palestina Mario

Durango No. 84-4o. Piso
 Col. Roma
 Delegación Cuauhtémoc
 06700 México, D. F.
 Tels. 533-24-66 y 533-24-67

Hernández Valencia Guillermo

Av. Politécnico Nacional No. 1678
 Col. Lindavista
 Delegación Gustavo A. Madero
 07300 México, D. F.
 Tel. 586-69-31

Irigoyen Salgado Rodolfo

Montevideo y Cienfuegos No. 303
 Desp. 701
 Col. Lindavista
 Delegación Alvaro Obregón
 07300 México, D. F.
 Tel. 586-67-44

Izquierdo Romero William

Aureliano Colorado No. 111 Altos
 Villahermosa, Tab.

Kageyama Escobar Alfonso Miguel

Lomas del Anáhuac No. 42
 Col. Lomas de Tarango
 Delegación Alvaro Obregón
 01620 México, D. F.

Kume Omine Masao

Durango No. 355-602
 Col. Roma
 Delegación Cuauhtémoc
 06700 México, D. F.
 Tels. 511-15-61 y 286-15-00

Jaramillo Palomino Arturo

Lucio No. 22-5o. Piso Desp. 511
 Jalapa, Ver.
 Tel. 7-73-40

Jiménez y Ramírez Francisco

Clínica del Paseo
 5 Poniente No. 1314-705
 Puebla, Pue.
 Tels. 42-11-26 y 41-80-48

Jiménez García José Francisco

Av. Guerrero No. 219
 Zacatecas, Zac.
 Tels. 2-48-91 y 2-16-80

Jiménez Guzmán Jesús

Av. Independencia No. 3000-302
 Monterrey, N. L.

Jiménez Ramos Eduardo

Trujillo No. 672 Desp. 206
 Col. Lindavista
 Delegación Gustavo A. Madero
 07300 México, D. F.
 Tel. 586-42-80

Jurado Solis José Luis

Av. Arboledas No. 402
 Esq. Montes Apalaches
 Col. Arboledas
 Celaya, Gto.

Laguardia Campaña Enrique

Tlacotalpan No. 109-302
 Col. Roma
 Delegación Cuauhtémoc
 06700 México, D. F.
 Tel. 574-62-18

Ledesma Sola Ma. de Lourdes

Querétaro No. 62-5o. Piso
 Col. Roma
 Delegación Cuauhtémoc
 06700 México, D. F.
 Tel. 584-80-60

Lee Kim Manuel

Vértiz No. 1157
 Col. Narvarte
 Delegación Benito Juárez
 03020 México, D. F.
 Tel. 575-31-41

Leo Tiburcio José Luis de

Juárez No. 101
 Veracruz, Ver.

Levy Pinto Samuel

Paseo de las Palmas No. 745-1er. Piso
 Lomas de Chapultepec
 Delegación Miguel Hidalgo
 11000 México, D. F.
 Tel. 520-13-20

Licona Julio Cesar

Jesús García y Yucatán
 Hermosillo, Son.

López Atristain Manuel

Ejército Nacional No. 613-501
 Col. Polanco
 Delegación Miguel Hidalgo
 11560 México, D. F.
 Tel. 250-66-85

López de Nava Albarrán Javier

Norte 13 No. 4926
 Col. Magdalena de las Salinas
 Delegación Gustavo A. Madero
 07760 México, D. F.
 Tel. 567-56-93

López de Nava Mario
Circunvalación Santa Eduwiges
No. 2360-4o. Piso
Guadalajara, Jal.
Tel. 15-35-82

López Herrera Andrés
Apartado Postal No. 1101
Ciudad Reynosa, Tamps.

López Infante Fausto
Río Bamba No. 800
Col. Lindavista
Delegación Gustavo A. Madero
07300 México, D. F.
Tel. 586-06-24

López Lizárraga Eduardo
Niños Héroe No. 1921-1er. Piso
44100 Guadalajara, Jal.
Tel. 12-52-90

López López Celerino
Av. Chapultepec Norte No. 70
Guadalajara, Jal.
Tel. 25-23-05

López López Jaime
Centro de Diagnóstico Kelvin
Col. Anzures
11590 México, D. F.

López Marín Enrique
Cibilete No. 175
Col. Chapalita
Guadalajara, Jal.
Tel. 21-70-67

López Ortega Muller Felipe
Av. San Fernando No. 514
Colima, Col.
Tels. 2-25-35 y 2-43-62

López Ríos Guillermo
Sur 127 No. 16
Col. Santa Isabel Industrial
Delegación Iztapalapa
09820 México, D. F.
Tels. 582-35-94 y 533-60-04

Macías Fernández Luis
Amsterdan No. 119-301
Col. Condesa
Delegación Cuauhtémoc
06140 México, D. F.
Tel. 286-74-15

Macías Jiménez Benjamín
Hegel No. 120-50. Piso
Col. Polanco
Delegación Miguel Hidalgo
11560 México, D. F.
Tels. 531-70-82 y 545-28-39

Madariaga Rangel Benito
Tonalá No. 178-3er Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 574-32-62

Magaña Rivero Alberto
Gustavo Adolfo Bécquer No. 43
Esq. Ejército Nacional
Col. Nueva Anzures
Delegación Miguel Hidalgo
11590 México, D. F.
Tels. 250-70-52 y 250-76-89

Mandujano Valdés Mario A.
Av. Las Palmas No. 745-107
Lomas de Chapultepec
Delegación Miguel Hidalgo
11000 México, D. F.
tels. 520-37-01 y 520-37-08

Manjarrez Bernal Alfonso
Sonora No. 119 Norte
Ciudad Obregón, Son.
Tel. 3-61-39

Marín Santillán Manuel
Montes Urales No. 307
Col. San Agustín
Monterrey, N. L.

Martín Díaz José C.
Perú No. 160 Esq. Canada
Col. Vista Hermosa
Monterrey, N. L.
Tel. 46-13-28

Martínez Cardenas Gilberto
Clínica Saltillo
Aldama y Xochitl
Saltillo, Coah.
Tel. 3-68-78

Martínez Gallardo Francisco
Calderón de la Barca No. 359-3er. Piso
Col. Polanco
Delegación Miguel Hidalgo
11560 México, D. F.
Tels. 545-58-51 y 250-06-97

Martínez Ortega María Elena
Padre Mier No. 321 Ote.
Monterrey, N. L.
Tel. 43-20-50

Medellín Arreola Héctor
Centro Médico del Potosí
Antonio Aguilar No. 155
San Luis Potosí, S. L. P.
Tel. 5-17-45

Medina Espinosa Ranulfo
Prol. División del Norte No. 5201
Casa 30
Residencial San Marcos
Delegación Xochimilco
16050 México, D. F.
Tel. 286-05-95

Mejía Pérez Roberto
Zacatecas No. 119 Norte
Tepic, Nay.

Mena Becerra Javier
Edificio Benavides
Pino Suárez Sur No. 602-118
Monterrey, N. L.

Molina Téllez Eduardo
Mérida No. 170
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 584-26-63

Monroy Enriquez Heriberto
Guerrero No. 503
Irapuato, Gto.
Tel. 7-09-92

Mendoza Cevallos Enrique
Obregón No. 502-D Poniente
Navojoa, Son.
Tel. 2-49-25

Montes de Oca Fernández Eduardo
Herschel No. 152 Esq. Kelvin
Col. Polanco
Delegación Miguel Hidalgo
11560 México, D. F.
Tel. 545-74-40

Moral Ambrosio del
Av. Universidad No. 912
Chihuahua, Chih.

Morales Balanzan José Noé
Retorno 13 Edificio 30
Entrada B. Depto. 6
México 9, D. F.
Tel. 571-82-52

Moreno Betancourt Cecilia
Médica Sur
Puente de Piedra No. 150-428
Tlalpan 22, D. F.

Muñoz Campero Pedro Aníbal
Av. Central Sur No. 59 1er. Piso
Tapachula, Chis.

Navarrete Mejía Luis Mario
Lerdo No. 404
Coatzacoalcos, Ver.
Tel. 2-10-24

Navarrete Tiburcio Adalberto
Taxqueña No. 1818 Casa 26 B
Col. Coyoacán

Delegación Coyoacán
04000 México, D. F.

Novelo Guerra Edgard
Guiellermo Prieto No. 4

Col. San Rafael
Delegación Cuauhtémoc
06470 México, D. F.

Novelo López Héctor
Londres No. 224-1104

Col. Juárez
Delegación Cuauhtémoc

06600 México, D. F.
Tel. 525-35-44

Núñez García Formenti Luis
Nicolás Bravo 611

La Paz, B. C. Sur

Nurko Berkovich Boris
Ejército Nacional No. 650-202

Col. Polanco
Delegación Miguel Hidalgo

11560 México, D. F.
Tels. 545-15-35 y 250-62-33

Ortiz Cadenas Humberto
Norte 81 No. 544

Col. Electricistas Atzacapozalco
02060 México, D. F.

Ortiz Chavarría Salvador
Paseo Bolívar No. 12-310

31000 Chihuahua, Chih.

Ortiz Ortiz Jorge Alberto
Alonso Avila No. 122 Esq. Washington

Fracc. Reforma

Veracruz, Ver.

Tel. 3-32-67

Osio Romandía Alfredo

Clinica del Noroeste

Juárez y Yucatán

Hermosillo, Son.

Osorno Velázquez Alicia

Av. El Riego Andador 77

Duplex 5

Villa Coapa

Delegación Tlalpan

14390 México, D. F.

Tel. 671-12-74

Pacchiano Cao Rafael

Amores No. 26

Col. del Valle

Delegación Benito Juárez

03100 México, D. F.

Tel. 523-67-80

Palacios G. Francisco Javier

Amado Nervo No. 510

San Luis Potosí, S. L. P.

Tel. 3-22-82

Palacios Ríos José Ignacio

Av. de las Américas No. 465 Norte

Ciudad Juárez, Chih.

Palacio Ulloa Sergio Octavio

Clínica España

Av. España No. 2-27

Cuenca Azuay, Ecuador

Paquot Rodríguez Jorge

Bolívar 12

31000 Chihuahua, Chih.

Parra Eduardo de la

Durango No. 33-11o. Piso

Col. Roma

Delegación Cuauhtémoc

06700 México, D. F.

Tel. 533-29-25

Peñaloza López Yolanda

Av. Santiago No. 426

Col. San Jerónimo Lídice

Delegación Magdalena Contreras

10200 México, D. F.

Tel. 595-03-18

Peñaloza Plascencia Manuel

Agricultores No. 5076

Jardines de Guadalupe

Guadalajara, Jal.

Peraldi Ferrino Ignacio

Av. de las Américas No. 465 Norte

Ciudad Juárez, Chih.

Peralta Valdés Héctor

Tres Cruces No. 99

Col. Coyoacán

Delegación Coyoacán

04100 México, D. F.

Tels. 554-61-32 y 554-74-80

Pérez Fuentes Ernesto

J. García Icazbalceta No. 78

Col. San Rafael

Delegación Azcapozalco

02010 México, D. F.

Pérez Gómez Francisco

Dr. Guajardo No. 101

Col. Los Doctores

Monterrey, N. L.

Tel. 46-91-20

Pérez Gómez Manuel

Insurgentes Sur No. 1783

Col. San Angel

Delegación Alvaro Obregón

01000 México, D. F.

Tels. 524-03-79 y 594-90-69

Pérez Matos Sergio

Parque de las Flores No. 7880

Fracc. Los Parques

Ciudad Juárez, Chih.

Pérez Morales Reynaldo

Calle 2 No. 113

Córdoba, Ver.

Pérez Paniagua Salvador

Ramos Millán No. 14

Guadalajara, Jal.

Tel. 25-27-50

Pineda Hernández Humberto

Madero No. 850 Norte

La Paz, B. C. Sur

Portilla Rosado Cesar

Juárez No. 514

Villahermosa, Tab.

Prado Abarca Alejandro

Durango No. 49-802

Col. Roma

Delegación Cuauhtémoc

06700 México, D. F.

Tels. 528-73-44 y 525-44-33

Quijano Flores Angel

Pino Suárez No. 446 Sur

Monterrey, N. L.

Tel. 43-34-33

Quijano Rivadeneira Eva de

Pino Suárez No. 446 Sur

Monterrey, N. L.

Tel. 43-34-33

Quijano Torres Angel

Pino Suárez No. 446 Sur

Monterrey, N. L.

Tels. 43-34-33 y 43-34-45

Quintanilla Hernández Alfredo

Juárez y 14

Ciudad Victoria, Tamps.

Tel. 2-09-75

Quiroz Torres Guillermo
Durango No. 290-4o. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 286-24-74

Ramírez González José Luis
Cortés de Monroy No. 1709
San Felipe
Chihuahua, Chih.

Ramírez Marines Wilmer
Av. Fray Diego de la Magdalena
No. 246
Col. del Valle

San Luis Potosí, S. L. P.

Ramírez Ojeda Héctor
Guanajuato No. 224-604
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 584-50-63

Ramírez Orendain Indalecio
Justo Sierra No. 2135
Guadalajara, Jal.
Tel. 25-27-50

Ramírez Santaella Francisco
Alcalá No. 808
68000 Oaxaca, Oax.
Tel. 6-86-31

Ramos Bustamante Yoiana Mercedes
Medellín No. 108-401
Col. Hipódromo Condesa
06170 México, D. F.

Ramos Arriola Crispín
Málaga No. 2101
Col. Jardines Alcalde
Guadalajara, Jal.

Rebolledo Vergara Benito
Tonalá No. 15-7o. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 528-86-84

Rebollo Valés José I.
Medellín No. 43-703
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 511-75-88

Reinking Federico Jr.
Bulevar Cervantes Saavedra No. 625
Lomas de Chapultepec
Delegación Miguel Hidalgo
11000 México, D. F.
Tels. 589-06-39 y 557-29-33

Reyes López Gloria Eugenia
Av. Cantiles No. 38-16
Fracc. Cantiles II
Mozimba
Acapulco, Gro.

Reyes Montes de Oca Armando
Tuxpan No. 16-502
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tels. 564-70-32 y 562-60-22

Reyes Rodríguez Federico
Zacatecas No. 230-203
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.

Tels. 574-45-89 y 543-24-94
Reynoso y Delgado Victor Manuel
Insurgentes Sur No. 1650-202
Col. San Angel
Delegación Alvaro Obregón
01030 México, D. F.
Tel. 524-26-39

Rico Sánchez Francisco
Bulevar Juárez No. 507
Depto. 203
Cuernavaca, Mor.
Tel. 2-10-45

Rivadeneira Francisco
Av. Central No. 90
Morelia, Mich.

Rivera Avila Francisco M.
Av. Hidalgo No. 7-A
76000 Querétaro, Qro.
Tel. 2-18-33

Rivera Guerrero Francisco
Av. Hidalgo No. 7-A
76000 Querétaro, Qro.
Tel. 2-18-35

Rizo Jiménez Sichem
Apartado Postal No. 1114
Mazatlán, Sin.

Rodríguez Alcaráz Antonio
Baja California No. 225-B 701
Col. Condesa
06140 México, D. F.
Tels. 574-33-29 y 532-03-64

Rodríguez Hernández Rogelio
Matanzas No. 715
Col. Lindavista
Delegación Gustavo A. Madero
07300 México, D. F.
Tels. 587-12-90 y 586-80-67

Rodríguez Suárez Francisco Javier
Rancho Las Pampas
Col. Santa Cecilia
Delegación Coyoacán
04930 México, D. F.
Tels. 671-08-86 y 671-57-04

Rodríguez Trejo Rosendo
Torreón No. 212
Col. Campbell
Tampico, Tamps.

Roldan Posada Daniel
Calz. del Risco No. 114
Jardines del Pedregal
11900 México, D. F.
Tel. 568-27-64

Romero Fernández Fernando
Manzanilla No. 122-103
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.

Tels. 564-11-25 y 572-03-27
Romero Martínez Roberto
Albert No. 4
Col. Portales

Delegación Benito Juárez
03300 México, D. F.
Tel. 532-73-12

Romero Pérez Gustavo
Av. Cristóbal Colón No. 72
Lomas Verdes, Estado de México
Tel. 393-51-72

Romero Rodríguez Ramón
Durango No. 355-6o. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.

Tel. 511-15-61
Rosal Sigler Rolando del
Insurgentes Sur No. 1862 9o. Piso
Col. San Angel
Delegación Alvaro Obregón
01000 México, D. F.
Tels. 524-45-46 y 524-63-51

Rosete Pérez Samuel
Tuxpan No. 16-4o. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 584-76-55

Rubio Monteverde Horacio
Insurgentes Sur No. 318-401 B
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tels. 574-02-07 y 543-33-76

Ruenes Fernández Ramón
Durango No. 90-10
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 511-88-11

Salazar Ayala Nicolás
Av. del Trabajo No. 206 Pte.
Consultorio 10
Salamanca, Gto.
Tel. 8-30-10

Saldaña Alfaro Guillermina
Av. 20 de Noviembre No. 82-105
México 1, D. F.
Tel. 542-39-24

Saldivar Garza Lilia
Torre Uxmal Depto. 7
Unidad Independencia
México 20, D. F.
Tel. 595-28-79

Sánchez Cortés José
Justo Sierra No. 2081
Guadalajara, Jal.

Sánchez Marle Juan Felipe
López Mateos Norte 328-403
Guadalajara, Jal.
Tel. 15-72-11

Sánchez Medal Alarcón Luis Fernando
Sierra Fría No. 140
Lomas de Chapultepec
11000 México, D. F.

Sánchez Montes de Oca Margarita
Nicolás Bravo Norte No. 425 B
Toluca, Estado de México

Sánchez Olvera Víctor
Independencia No. 716-104
San Luis Potosí, S. L. P.

Sánchez Sánchez Bernardino
Juan A. Mateos No. 219
Col. Vista Alegre
Delegación Cuauhtémoc
06860 México, D. F.
Tel. 538-54-61

Santiago Díez de Bonilla Julian
Vicente García Torres No. 302
El Rosedal
Delegación Coyoacán
04330 México, D. F.
Tels. 564-94-07 y 549-42-12

Shubich Neiman Issac
Amsterdam No. 124-703
Col. Condesa
Delegación Cuauhtémoc
06140 México, D. F.
Tel. 533-49-35

Silva Avila Antonio
Tehuantepec y Reforma No. 110
Hermosillo Son.

Smoler Berkovsky José
Apartado Postal 11-742
06100 México, D. F.
Tel. 574-79-77

Soda Merhy Antonio
Tlacotalpan No. 59-205
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tels. 564-94-07 y 564-45-15

Solís Chávez Maurilio
Centro Médico
Av. 8 Norte y 2 Oriente
Col. Obrera
Poza Rica, Ver.
Tel. 2-38-85

Solís DaCosta Oscar
Adoquines No. 8
Villa Satélite
Hermosillo, Son.

Solís Quiróz Juan Carlos
Av. Juárez No. 2118-402
Puebla, Pue.
Tel. 48-59-15

Soriano y Rodríguez Gilberto
Tepic No. 139-602
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.

Soto Rojas Sergio
35 Oriente No. 927
Puebla, Pue.

Taboada Gómez José Francisco
Hospital Militar Regional
Domicilio Conocido
Chihuahua, Chih.
Tel. 2-05-44

Tapia Acuña Ricardo
Insurgentes Sur No. 300-714
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 574-47-78

Tarasco Camino Severino
Protasio Tagle No. 105
Col. Tacubaya
Delegación Miguel Hidalgo
11870 México, D. F.
Tel. 516-49-41

Téllez Girón H. Patricia
Pilares No. 427-801
Col. Del Valle
Delegación Benito Juárez
03100 México, D. F.
Tel. 575-77-85

Tello Cordero Agustín
Al Arroyo No. 202
Col. Prados Vallarta
Guadalajara, Jal.
Tel. 45-02-00

Tijerina de Sánchez Leticia
Linaloe No. 6 Esq. Pirul
Col. Sta. María la Ribera
Delegación Cuauhtémoc
06400 México, D. F.
Tels. 583-81-03 y 583-67-43

Trejo Vázquez Ana Ma. Guadalupe
Retorno 34 de G. García No. 23
Col. Jardín Balbuena
Delegación Venustiano Carranza
15900 México, D. F.

Urrea Flores Ana Alicia
Juan de Dios Batiz No. 517 Pte.
Culiacán, Sin.

Valencia Gutiérrez Cesar
Durango No. 33-11o. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 533-29-25

Valdés Alberto

Juárez No. 3 Poniente
Piedras Negras, Coah.

Valenzuela Esquerro Carlos

Petrarca No. 332-1
Col. Polanco
Delegación Miguel Hidalgo
11560 México, D. F.
Tel. 545-26-93

Valenzuela Cuaron Arturo

Av. de las Américas No. 201-307
Ciudad Juárez, Chih.

Vaquero Sánchez Luis

Maestro Antonio Caso No. 150-1
Col. San Rafael
Delegación Cuauhtémoc
06470 México, D. F.

Vázquez Palacios Adolfo

Atenas No. 295 Esq. Moscú
Valle Dorado
Tlalnepantla, Estado de México
Tel. 379-49-27

Velázquez Manzo Romeo

Cidonia No. 59
Col. Jardines de Coyoacán
Delegación Coyoacán
04400 México, D. F.

Vega Velázquez Servando

Sor Juana Inés de la Cruz No. 15-104
Tlalnepantla, Estado de México
Tel. 565-16-99

Velázquez Uribe Jorge

Gabriel Mancera No. 1815
Desp. 203
Col. del Valle
Delegación Benito Juárez
03100 México, D. F.
Tel. 524-16-44

Vera Martínez Victor E.

Joaquín Herrera No. 70
Col. Morelos
Delegación Cuauhtémoc
06200 México, D. F.
Tels. 529-68-41 y 789-19-30

Vila Santos Jerónimo

Arista No. 1020 Altos
Veracruz, Ver.
Tel. 20-38-95

Vilar Canales Pelayo

Durango No. 84-4o. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tels. 533-24-66 y 511-29-16

Vilar Puig Pelayo

Durango No. 84-4o. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tels. 533-24-66 y 511-29-16

Villar Ramón del

Amsterdam No. 295
Col. Condesa
Delegación Cuauhtémoc
06140 México, D. F.
Tel. 574-42-62

Villanueva Ricardo

Av. Juárez No. 145-7
Centro de la Ciudad
Delegación Cuauhtémoc
06000 México, D. F.
Tel. 546-23-12

Villarreal Medellín Gustavo

Reforma No. 630 Int. 801
Torre 1
Suites Tecpan
06900 México, D. F.

Vital Chávez Jesús

Javier Mina No. 225-6
Guadalajara, Jal.
Tels. 17-84-76 y 14-27-87

Viñas Pineda René

Cuauhtémoc No. 300-A Norte
Piedras Negras, Coah.
Tel. 2-10-82

Viñas René Gilberto

Morelos y Terán
Piedras Negras, Coah.

Vivar Mejía Gustavo

Monterrey No. 172-4o. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D. F.
Tel. 574-03-25

Wladislavosky Wasserman Pablo

Cofre de Perote No. 319-301
Lomas de Chapultepec
Delegación Miguel Hidalgo
11000 México, D. F.
Tel. 520-88-67

Zapata Zamora Adolfo Jesús

Zuluaga No. 25 C
Col. Narvarte
Delegación Benito Juárez
03020 México, D. F.
Tel. 686-26-35

Zaragoza Hernández Alvaro

Ermita Iztapalapa No. 278-5o. Piso
Col. Nativitas
Delegación Benito Juárez
03500 México, D. F.

Zavala Bustillo Raúl

Aldama No. 610
Villahermosa, Tab.
Tel. 2-13-01

Zepeda Díaz Ismael

Catipoata No. 11
Col. Tlalpan
14000 México, D. F.
Tels. 516-85-00 y 516-85-01

Zermeño Torres Luz Teresa

Cerro San Andrés No. 284-4
Col. Campestre Churubusco
04200 México, D. F.
Tel. 689-12-91

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.



Ventaja del espectro... FLOXAPEN* actúa en bacterias susceptibles causantes de la Amigdalitis, Faringitis y Otitis

"FLOXAPEN* es eficiente... contra infecciones estafilococcicas, incluso cuando se sospecha de estafilococo aureus resistente",⁽¹⁾ mientras que las ampicilinas, cefalosporinas y macrólidos no lo son

Ventaja de niveles hemáticos... FLOXAPEN* es especialmente útil contra infecciones estreptococcicas, por sus altos y sostenidos niveles hemáticos... a diferencia de las ampicilinas, cefalosporinas, lincomicina o eritromicina" (2, 3, 4, 5)

BIBLIOGRAFIA:

1.- Pegram, P.S.: Ann. Fam. Physic. 24 (3): 165-170, 1981.
2.- Basker, M.J., et al: J. Antimicro. Chemo., 6: 333-341, 1980.

3.- Harding, J.W., et al: Gen. Prac. Forum, 205: 801-806, 1970.
4.- Sutherland, R., et al: Brit. Med. J., 4: 455-480, 1970.
5.- Iwasawa, T., et al: Chemotherapy, Vol. 17, No. 7, 1473-9, 1969.

atamiento es curar la Amigdalitis Aguda/Faringitis...

Floxapen es la elección!

Ventaja de afinidad... "FLOXAPEN* es naturalmente afín por tejido paranasal y faríngeo..."^(5, 6)

Ventajas de comodidad y economía... con sólo 3 tomas/día, cápsulas o suspensión, FLOXAPEN* proporciona a su paciente comodidad y economía.

FLOXAPEN* es bien tolerado



Cuando usted suma las ventajas

Floxapen*

Le da más

Fórmula:

Cada cápsula contiene 500 mg de Flucloxacilina Sódica; cada cucharadita de 5 ml contiene 250 mg de Flucloxacilina Sódica

Dosis:

Adultos: 1 cápsula de 500 mg. cada 8 horas
Niños: 1 cucharadita (5 ml.) de suspensión de 250 mg. cada 8 horas

Presentaciones:

Floxapen cápsulas de 500 mg. Caja con 9 cápsulas. FLOXAPEN suspensión de 250 mg. por 5 ml. Fco. para 60 ml.

Precauciones: 1.- No existe en el mercado penicilina que no ofrezca peligros.
2.- La sensibilidad de cada persona al medicamento es el factor desencadenante de reacciones alérgicas leves o graves. 3.- La penicilina, siendo inofensiva para

la mayoría de los pacientes, en otros resulta altamente perjudicial, por lo que sólo el médico, basándose en su experiencia y en las reacciones anteriores de las personas por el uso del medicamento, determinará si debe o no ser usado.
4.- La penicilina es un medicamento útil dentro de la terapéutica actual y su prescripción y uso quedarán bajo la estricta responsabilidad del médico. 5.- En el caso de que se presenten accidentes por penicilina, se recomienda la aplicación inmediata de adrenalina al milésimo por vía intramuscular. Podrán utilizarse, asimismo, otros recursos cuando el médico así lo estime pertinente, tales como: antihistamínicos, esteroides y otros.

Reacciones Secundarias: Al igual que todos los antibióticos, pueden presentarse reacciones alérgicas.

Contraindicaciones: Sensibilidad a la penicilina y cefalosporinas

*Marca Registrada
I. Méd. JJE 3891/J.

Regs. Nos. 77601 y 77599 S.S.A.

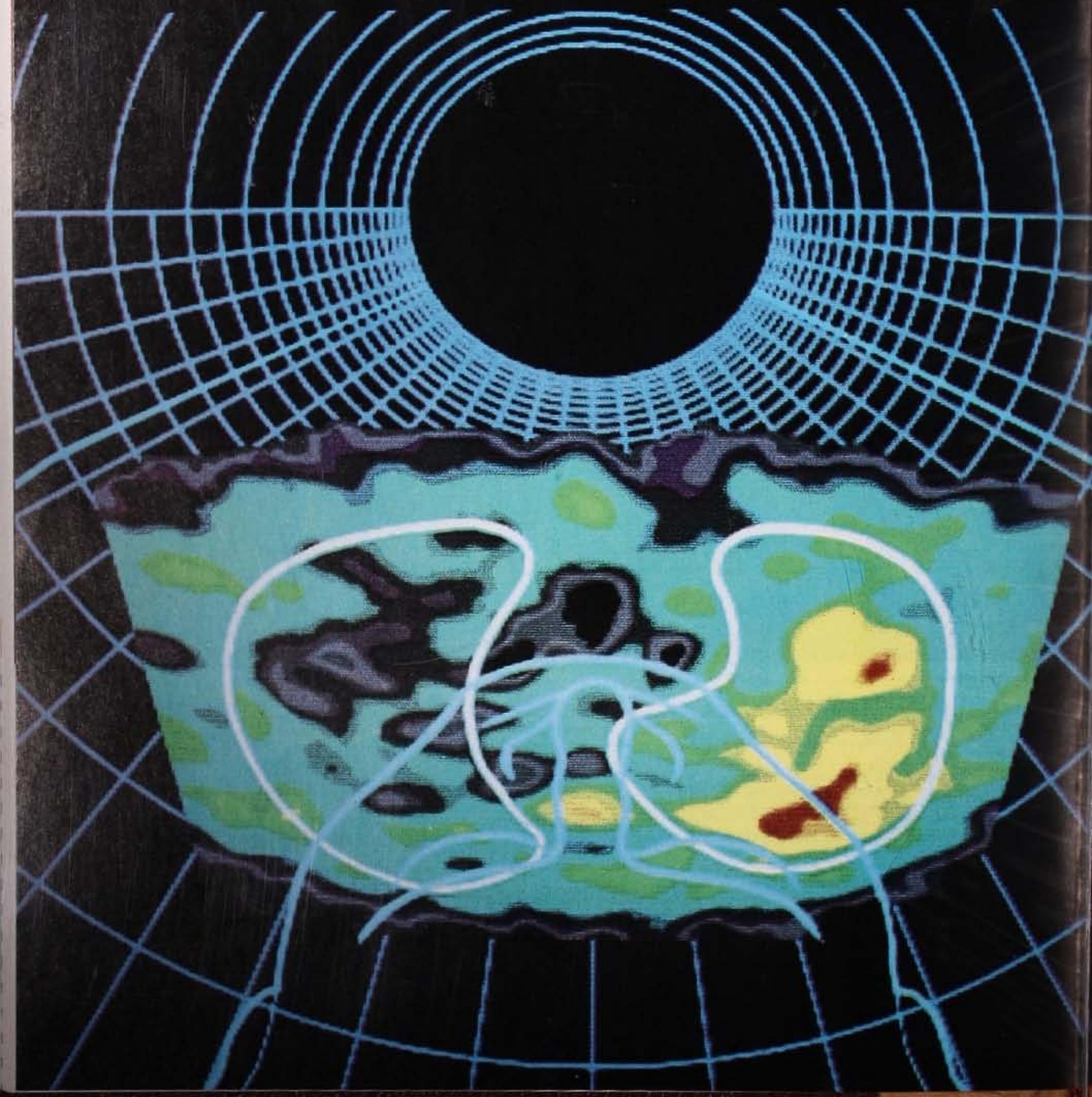
Hecho en México por:
Beecham Farmacéutica, S.A. de C.V.
Miguel Angel de Quevedo No. 307,
Coyoacán 04310, México, D.F.

Beecham
La Autoridad en Penicilinas

*Un grupo internacional de especialistas en Medicina Nuclear, del Hospital Hammersmith, de Londres, empleó la tomografía por emisión de positrones y **PANTOMICINA** marcada con carbono¹¹, para obtener una singular valoración objetiva a nivel del parénquima pulmonar humano, que duró 60 minutos.*

Resultado: La primera medición, no invasiva, de penetración antibiótica en tejido humano infectado.

60 minutos dentro del pulmón humano...



Pantomicina

le proporciona los resultados clínicos que usted necesita

en el tratamiento de las infecciones de las vías respiratorias

en amigdalitis/faringitis: 20 estudios* 1,718 pacientes ⁹²⁻¹¹¹	curados:	1,494	87.0%
	curados o mejorados:	1,645	95.8%
en sinusitis: 13 estudios* 171 pacientes ⁷⁹⁻⁹¹	curados:	130	76.0%
	curados o mejorados:	155	90.6%
en otitis: 16 estudios* 516 pacientes ⁶³⁻⁷⁸	curados:	427	82.8%
	curados o mejorados:	477	92.4%
en bronquitis: 18 estudios* 526 pacientes ⁵⁻²²	curados:	430	81.7%
	curados o mejorados:	485	92.2%
en neumonía bacteriana: 14 estudios* 521 pacientes ²³⁻³⁶	curados:	427	82.0%
	curados o mejorados:	471	90.4%
en neumonía por Mycoplasma: 15 estudios* 209 pacientes ³⁷⁻⁵¹	curados:	**	
	curados o mejorados:	206	98.6%
en neumonía por Legionella: 11 estudios* 53 pacientes ⁵²⁻⁶²	curados:	42	79.2%
	curados o mejorados:	49	92.5%

Las cifras representan los promedios de curación informados, la posología y la duración del tratamiento variaron entre estudios. Referencias completas, a solicitud.

Los estudios clínicos de pacientes con neumonía por *Mycoplasma pneumoniae*, con frecuencia sólo informan el periodo de duración de los síntomas, dificultándose la evaluación del porcentaje de pacientes "curados" frente a los "mejorados".

Nos. 85398, 60843, 60805, 62253, 75829 y 43013, 0240M80 S.S.A. Marcas registradas. "MR" A.R. 8121-83 I. Med. JGE 2245 J.

Información para prescribir, en páginas interiores



ABBOTT LABORATORIES
DE MEXICO, S.A.
División Farmacéutica

AUDIOMETROS E
IMPEDANCIOMETROS

ELECTRONISTAMOGRAFOS
SILLAS DE TORSION
IRRIGADORES CALORICOS

CAMARAS SONOAMORTIGUADAS

AUDIFONOS PARA SORDERA

ENTRENADORES AUDITIVOS
INDIVIDUALES Y COLECTIVOS



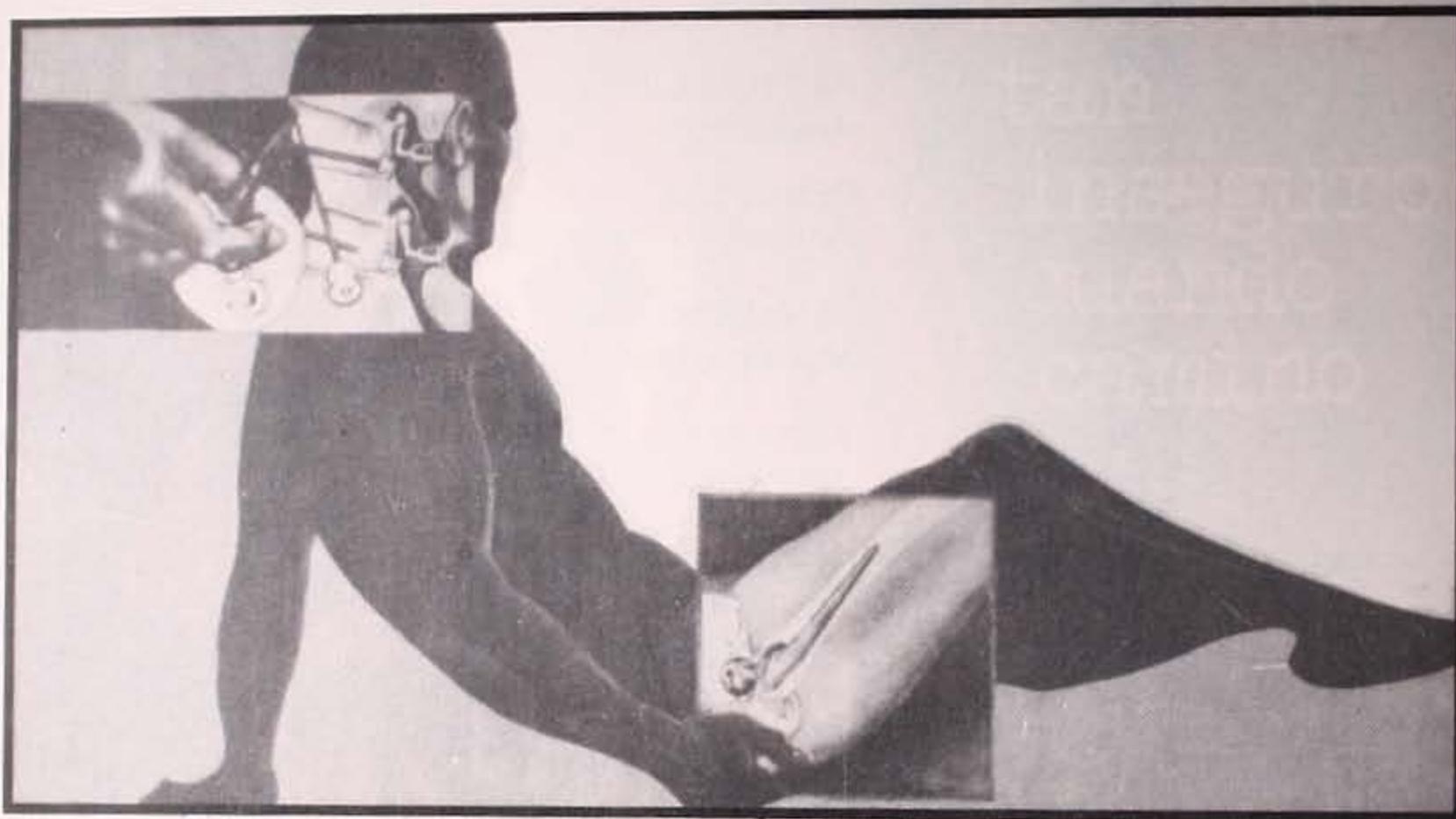
la casa de
confianza

INSTITUTO ALEMAN DE SORDERA

AVE. DURANGO 316

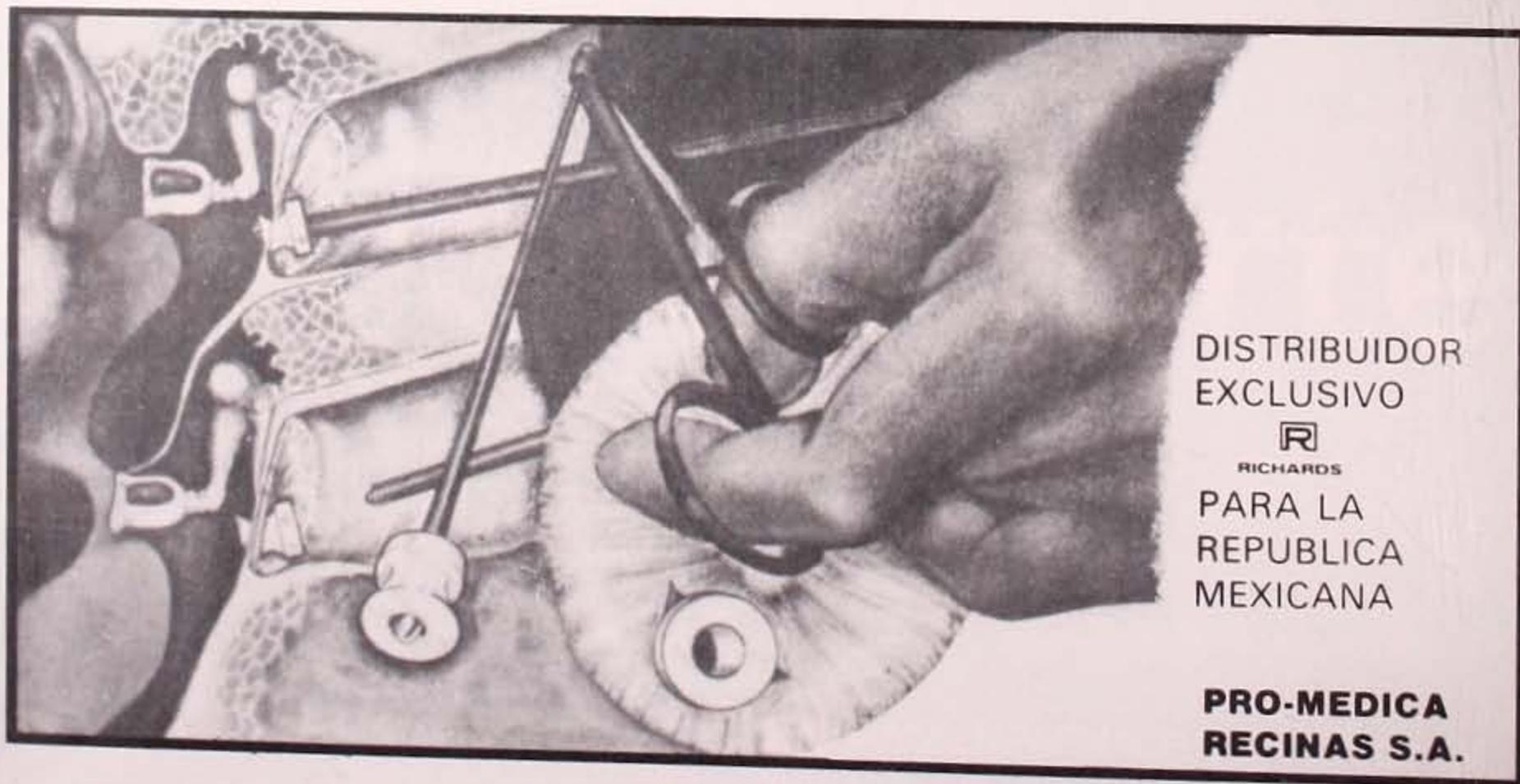
México 7, D. F.

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



DESDE LOS PEQUEÑOS HASTA LOS GRANDES IMPLANTES
R RICHARDS SIEMPRE A LA VANGUARDIA EN LA INVESTIGACION.

CALIDAD TRADICIONAL PARA LA CONFIANZA DE MEDICOS Y PACIENTES



DISTRIBUIDOR
EXCLUSIVO



RICHARDS

PARA LA
REPUBLICA
MEXICANA

**PRO-MEDICA
RECINAS S.A.**

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

NEGOCIACION	PRODUCTO ANUNCIADO
<i>ABBOTT</i>	PANTOMICINA Antibiótico
<i>ASTRA</i>	PENGLOBE Antibiótico
<i>BEECHAM</i>	PENAMOX Mucolítico antibiótico
	FLOXAPEN Antibiótico
<i>BOEHRINGER INGELHEIM</i>	BISOLVON Fluidificante de la secreción de las vías respiratorias superiores
<i>DEWIMED, S. A.</i>	INSTRUMENTAL PARA MICROCIROUGIA Y EQUIPO MEDICO
<i>IMPULSORA COMERCIAL INTERNACIONAL RIO BRAVO, S. A. DE C. V.</i>	Instrumental y equipos para microcirugía otorrinolaringológica
<i>INSTITUTO ALEMAN 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 LATIN AMERICA</i>	AUDIOMETROS PROFESIONALES
<i>NICOLET</i>	INSTRUMENTOS DE POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS
<i>OFTASA, S. A.</i>	ORLA Especialistas en oídos y garganta
<i>PRO-MEDICA RECINAS, S. A.</i>	INSTRUMENTAL DE RINOPLASTIA Y MICROCIROUGIA DEL OIDO
<i>ROCHE</i>	BACTRIM bactericida de amplio espectro
<i>SCHERAMEX</i>	IDULAMINE Tabletas, jarabe, antihistamínico
<i>TOMFER</i>	PRODUCTOS PARA LA SUPERACION DE PROBLEMAS AUDITIVOS

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



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.

* Marca Registrada

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. ERE-9294/J

1953 1978

25



DEWIMED, S.A.

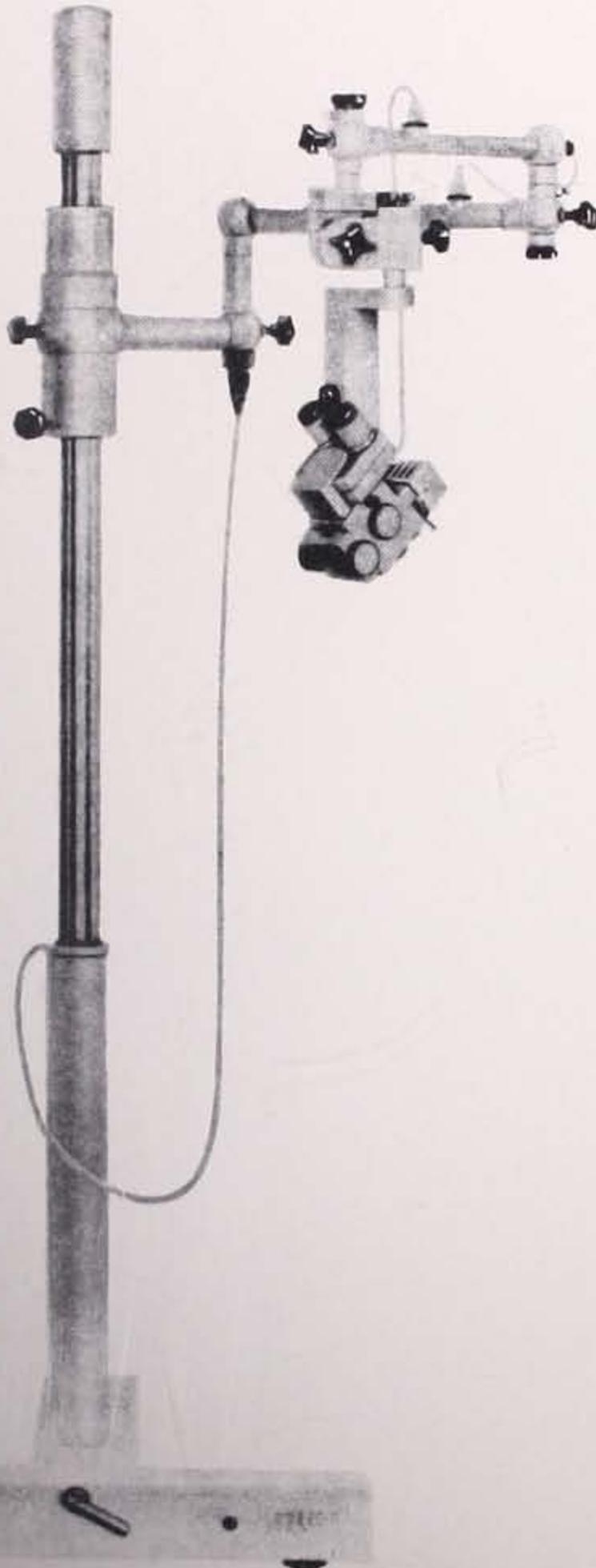
INSTRUMENTAL PARA MICROCIROGIA

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