



ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL

FUNDADA EN 1949

ORGANO OFICIAL

PAGINA DEL DIRECTOR 113

REVISIONES DE TEMAS CON CASUISTICA ORIGINAL

Fracciones altas con bajas dosis de radioterapia
preoperatoria para el tratamiento del cáncer
laríngeo avanzado. *Dr. J. Ramón Escajadillo y cols.* 115

Tratamiento de la rinitis alérgica con ketotifeno,
Estudio doble ciego comparativo contra placebo
Dr. Isaac Shubich Neiman 121

AVANCES TECNICOS

Un nuevo botón para la rehabilitación
de la voz posterior a la laringectomía total
Dr. J. Ramón Escajadillo y cols. 126

CASOS CLINICOS

Absceso septal
Manejo y reconstrucción
Dr. Guillermo Alatorre Sb. y col. 130

Infecciones orofaciales de origen dental
(Presentación de 3 casos)
Dr. Bernardo Grobeisen Roudy y cols. 133

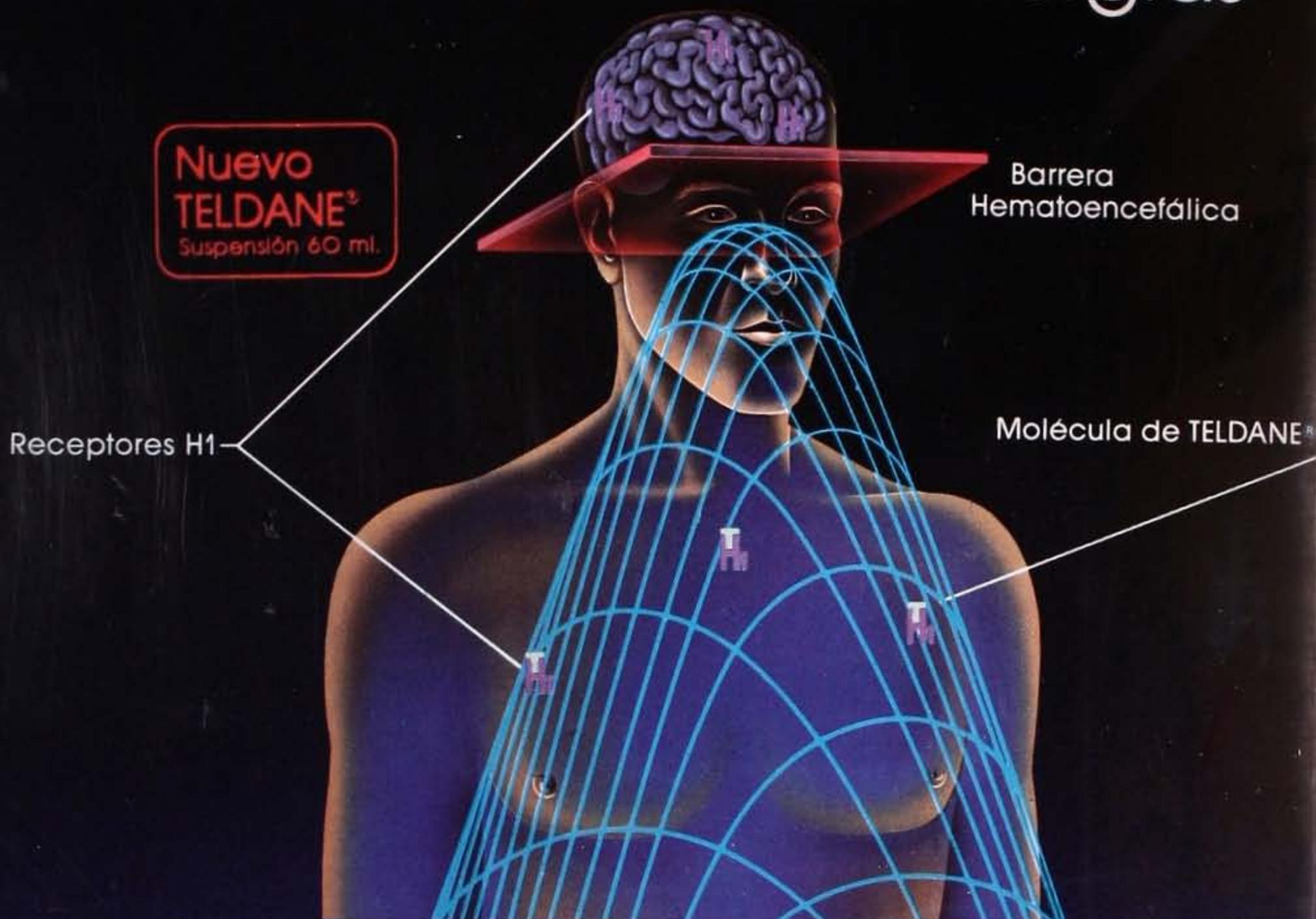
NOTAS E INFORMACIONES 137

DISTRIBUCION GRATUITA

MEXICO, SEPTIEMBRE - OCTUBRE - NOVIEMBRE 1984

VOL. XXIX NUMERO 4

Un Avance Importante En El Tratamiento De Las Alergias



TELDANE® no posee efectos sedantes, el factor limitante de mayor importancia para el uso de los antihistamínicos.

TELDANE® – Acción Antialérgica Periférica – no atraviesa la barrera hematoencefálica.

TELDANE® – Acción Antialérgica Específica – bloquea únicamente los receptores histamínicos H1 periféricos.

TELDANE® – Sin Efecto Sedante – no potencia la acción de los tranquilizantes ni del alcohol.

EN URTICARIA / EN RINITIS

TELDANE®

(Terfenadina)

El Primer Bloqueador Específico de los Receptores H1 Periféricos
Acción Antialérgica Sin Efecto Sedante

Bisolvon*

(Bromhexina)



otitis media
sinusitis
faringitis
laringitis

Bisolvon*

- 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***

Clorhidrato de N-ciclohexil-
N-metil-(2-amino-3,5-dibromobencil)-amina.
Bromhexina.
Presentaciones: Bisolvon* caja con
20 comprimidos de 8 mg; Bisolvon*
ampollitas, caja con 3 de 4 mg x 2 ml;
Bisolvon* solución, frasco con 60 ml.

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 cucharada con 10 ml dos veces al día.

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

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

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

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

PRESENTACIONES:

Caja con 6 tabletas en tira de aluminio.

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



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 México, D. F.
543-0412 687-2440 687-5669

Rapidez...!

Pot



Tecnología de alta precisión: El disparo a los crayones fue hecho con una bala calibre 22 que viajaba a una velocidad de 304.8 m/seg. Para tomar la foto se utilizó un microflash estroboscópico a 1/3 de microsegundo. Foto de Ron Buccino, laboratorio de Luz Estroboscópica, M.I.T., de Cambridge, Mass., U.S.A.

Los beneficios clínicos y diferencias reales entre
amoxicilina y ampicilina

De Beecham...

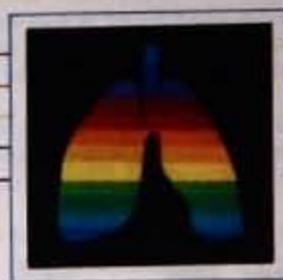
La compañía innovadora y autoridad mundial en
penicilinas semisintéticas

Más que una ampicilina

Penamox*

Cada 8 horas

...! Impacto...!



En infecciones de las vías respiratorias
La amoxicilina está reemplazando claramente a la ampicilina por estas
convincientes razones... Rapidez! Potencia! Impacto!

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

MAYOR TASA DE ABSORCION...

- RAPIDEZ DE ACCION
- MAS PRONTO ALIVIO

"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)

NIVELES HEMATICOS AL DOBLE...

- MAYOR EFICACIA
- NIVELES HEMATICOS PROLONGADOS POR 8 HORAS

"La amoxicilina oral, equivale a la ampicilina inyectable, mg. a mg." (2)

BUENA PENETRACION TISULAR...

- AFINIDAD POR EL SITIO DE LA INFECCION

"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)

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, estas 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 ampola, fco. con solvente (agua destilada) 2 ml. Inyectable de 500 mg. 1 frasco ampola, 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 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, cristalurias, 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., Neu H.C.: Experience with amoxicillin: An overall summary of clinical trials in the United States. J. Infect. Dis. 129 (June Suppl.), 266-271, 1974

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica

*Marca Registrada Regs. Nos. 78552, 78554, 88252 y 0127M79, S.S.A.
I. Méd. KHE-3584/J

Beecham
La autoridad en penicilinas



Hecho en México por:

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

En el campo de la alergia...

IDULAMINE*

Tabletas/Jarabe

(maleato de azatadina)

DOS VECES AL DIA

* CONTROLA LAS MANIFESTACIONES ALERGICAS RESPIRATORIAS

IDULAMINE proporciona alivio considerable de la congestión, los estornudos, la rinorrea y el lagrimeo.

* ALIVIA LAS MANIFESTACIONES ALERGICAS CUTANEAS

IDULAMINE, alivia la erupción, el eritema y el prurito, ayudando a evitar lesiones secundarias por el rascado.

* CON LA DOSIS MAS BAJA DE ANTIHISTAMINICO

En la mayoría de los casos basta 1 mg (una tableta o dos cucharaditas) dos veces al día.

* CON MENOS EFECTO SEDANTE

Estudios específicos (Biehl, 1979 y Luscombe, 1980) han demostrado que a las dosis recomendadas el efecto sedante de IDULAMINE es mínimo.



IDULAMINE

INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

FORMULA DE COMPOSICION: Cada tableta de IDULAMINE contiene 1 mg de maleato de azatadina, el Jarabe IDULAMINE contiene, en cada 5 ml 0.5 mg de maleato de azatadina. **ACCIONES:** El maleato de azatadina es un antihistamínico de acción prolongada, con propiedades antihistamínica, anticolinérgica, antiemética y sedante. Su acción antihistamínica parece efectuarse por dos mecanismos: 1) inhibiendo la acción de la histamina en los sitios receptores de las células efectoras y 2) inhibiendo la liberación de histamina de las células durante la anafilaxia. **INDICACIONES Y USO:** El Jarabe y las Tabletas IDULAMINE están indicados para aliviar los síntomas de enfermedades alérgicas respiratorias como: la rinitis alérgica crónica y aguda, polenosis (fiebre del heno) y rinitis vasomotora. El maleato de azatadina también está indicado para aliviar los síntomas de afecciones dermatológicas alérgicas como: la urticaria crónica y aguda, edema angioneurótico, eccema alérgico, dermatitis por contacto, picaduras de insectos, prurito anogenital, prurito inespecífico, reacciones medicamentosas y enfermedad del suero, dermatogralismo y en reacciones anafilácticas como tratamiento coadyuvante con epinefrina y otras medidas de rutina. **POSOLOGIA Y ADMINISTRACION Adultos:** Una tableta de IDULAMINE o 2 cucharaditas del Jarabe IDULAMINE por la mañana y por la noche. En casos refractarios o más severos, pueden administrarse dos Tabletas de IDULAMINE o 4 cucharaditas del Jarabe IDULAMINE dos veces al día. **Niños de 6 a 12 años:** De media a una tableta de IDULAMINE o de 1 a 2 cucharaditas del Jarabe de IDULAMINE dos veces al día. **Niños de 1 a 6 años:** Media cucharadita del Jarabe IDULAMINE dos veces al día. **INTERACCIONES CON OTRAS DROGAS:** Los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) prolongan e intensifican el efecto de los antihistamínicos, pudiendo causar hipotensión grave. El uso simultáneo de antihistamínicos con alcohol, agentes antidepressivos tricíclicos, barbitúricos u otros depresores del sistema nervioso central puede potenciar el efecto sedante del maleato de azatadina. La acción de los anticoagulantes orales puede ser inhibida por los antihistamínicos. **REACCIONES ADVERSAS:** El médico debe estar alerta ante la posibilidad de cualquier efecto adverso asociado con las drogas antihistamínicas. El efecto secundario observado con mayor frecuencia con el uso de antihistamínicos es la somnolencia. Otras posibles reacciones adversas, comúnmente relacionadas con los antihistamínicos incluyen: reacciones cardiovasculares, hematológicas, neurológicas, gastrointestinales, genitourinarias y respiratorias. Se han reportado reacciones adversas generales como: urticaria; erupción; choque anafiláctico; sensibilidad a la luz; sudoración excesiva; escalofríos; sequedad de las mucosas de la boca, nariz y garganta. **CONTRAINDICACIONES:** Las Tabletas y el Jarabe IDULAMINE no deben ser administrados a recién nacidos y prematuros, en pacientes bajo tratamiento con inhibidores de la MAO, o en aquellos que han demostrado hipersensibilidad o reacciones de idiosincrasia natural a los componentes de estas preparaciones o a drogas con estructuras químicas similares. **PRECAUCIONES:** Las Tabletas y el Jarabe IDULAMINE deben ser usados con precaución en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho; úlcera péptica; esplenomegalia; obstrucción piloro-duodenal; hipertrofia prostática o estrechez del cuello de la vejiga; enfermedades cardiovasculares incluyendo hipertensión; hipertiroidismo o en aquellos con presión intraocular aumentada. Debe advertirse a los pacientes que no desempeñen actividades que requieran estar alerta mentalmente, como conducir un automóvil u operar instrumentos o maquinaria durante el uso de antihistamínicos. Los antihistamínicos pueden causar mareos, efecto sedante e hipotensión en pacientes mayores de 60 años. El Jarabe IDULAMINE no se recomienda para usarse en niños menores de 1 año de edad. **USO DURANTE EL EMBARAZO Y EN MUJERES LACTANDO:** No se recomienda el uso de este producto durante el embarazo o la lactancia. **SOBREDOSIS:** En casos de sobredosis debe iniciarse inmediatamente el tratamiento de urgencia. **SINTOMAS DE SOBREDOSIS:** Los efectos de sobredosis con antihistamínicos pueden variar desde depresión del sistema nervioso central (efecto sedante, apnea, disminución de la lucidez mental, colapso cardiovascular) estimulación (insomnio, alucinaciones, temblores o convulsiones) o inclusive causar la muerte. Otros signos y síntomas pueden ser: mareos; tinitus; alaxia; visión borrosa e hipotensión. Los síntomas de estimulación es más fácil que se presenten en niños, como también síntomas y signos similares a los provocados por la atropina (sequedad de la boca; pupilas dilatadas y hijas; rubor; temperatura alta y síntomas gastrointestinales). **TRATAMIENTO:** Se debe inducir al vómito, incluso si el enfermo lo ha hecho espontáneamente. La inducción farmacológica del vómito más adecuada es la administración de jarabe de ipecacuana. Sin embargo, no se debe inducir al vómito en pacientes con alteraciones de la conciencia. La acción de la ipecacuana se facilita por la actividad física y la administración de 240 a 360 ml de agua. Si no se produce el vómito en 15 minutos, la dosis de ipecacuana deberá repetirse. Deben tomarse precauciones contra la aspiración del vómito, especialmente en el caso de lactantes y niños. Después del vómito, puede administrarse una suspensión de carbón activado en agua para absorber los restos de droga que pudieran haber quedado en el estómago. Si no se logra inducir el vómito o ello está contraindicado, se debe hacer un lavado gástrico. El tipo de solución para lavado de elección, es la solución salina fisiológica particularmente en niños. En adultos, puede utilizarse agua corriente, pero la cantidad administrada deberá eliminarse lo más posible antes de la siguiente ingestión. Los laxantes salinos atraen agua hacia la luz del intestino por osmolaridad y pueden por ese medio ser más útiles al diluir rápidamente el contenido de éste. Además de las recomendaciones antes mencionadas, el tratamiento de los signos y síntomas de sobredosis debe ser coadyuvante y sintomático. No deben emplearse estimulantes (agentes analepticos). La hipotensión puede tratarse con vasopresores. Para controlar las convulsiones pueden administrarse barbitúricos de corta duración (diazepam y paraldehído). La fiebre alta especialmente en niños, puede requerir tratamiento con baños de esponja con agua fría o mantas hipotermicas. En caso de apnea se debe aplicar respiración asistida. **PRESENTACION:** IDULAMINE Tabletas; Caja con 20 tabletas, IDULAMINE Jarabe; Frasco con 80 ml. **NOTA:** Para información más detallada existe un folleto profesional disponible para los médicos que lo soliciten.

Marca Registrada.
REG. No. 80978, 80977 S.S.A.
Literatura Exclusiva para Médicos.
I. Méd. KEE-1963/J
ARE-9084 IDE

Scheramex

AV. 16 DE SEPTIEMBRE No. 301
COL. XALTOCAN, DELEG. XOCHIMILCO
16090 MEXICO, D.F.

1.- Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología publicará de preferencia los trabajos originales, casos clínicos, simposia, mesas redondas, etc. que se sustenten en las 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 ordenaran 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.

BOLETIN DE COLABORACION

ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Presente:

Deseo colaborar por el año de (cuatro Números) en la publicación de la Revista por lo

que envío cheque a nombre de la Sociedad Mexicana de ORL, por la cantidad de \$

Favor de enviármela a:

Nombre

Dirección

Atentamente

Firma

Colaboración por 1 año (4 números)

México	\$ 3 500,00 M. N.
América, España y Portugal	\$ 100,00 Dls. U. S. A.
Otros países	\$ 105,00 Dls. U. S. A.

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.

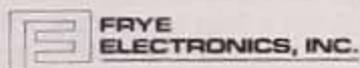
Cámaras Sonoamortiguadas, Audiómetros Manuales, Automáticos y Clínicos.
Equipo Electrónico Analizador para Calibración Acústica y Eléctrica.



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.

GOULD

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 antibacteriano”

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.

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					◐ ◐	◐ ◐

Fórmula:
Comprimidos infantiles: cada uno contiene Trimetoprim 20 mg 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-TROPMED 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).



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

ANALES DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA

Director-Editor

DR. PELAYO VILAR-PUIG

Subdirector

DR. JORGE CORVERA BERNARDELLI

Consejo de Redacción

DR. MIGUEL ARROYO CASTELAZO

DR. JORGE BARRERA IGLESIAS

DR. SERGIO DECANINI TORNESSI

DR. ANDRES DELGADO FALFARI

DR. RAFAEL GARCIA PALMER

DR. FERNANDO GUZMAN LOZANO

DR. MARIANO HERNANDEZ GORIBAR

DR. SAMUEL LEVY PINTO

Gerente General

LIC. JOAQUIN BOHIGAS

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
1984-1985

Presidente

DR. RAFAEL GARCIA PALMER

Vice-Presidente

DR. RAÚL MERELES DEL VALLE

Secretario

DR. JOSÉ ANTONIO ARROYO

CASTELAZO

Tesorero

DR. VICTOR REYNOSO

Y DELGADO

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

Los esquemas masivos de vacunación han hecho desaparecer de la práctica clínica a la difteria, enfermedad frecuente y devastadora ante la que muchos enfermos irremediabilmente sucumbían hasta hace pocos años. Era una de las causas por las que a menudo los Otorrinolaringólogos de hace unos lustros se veían obligados a realizar traqueotomías o a colocar las sondas de O'Dweyer en la glotis, en un intento de mantener la vía aérea permeable. Quien haya visto alguno de estos estuches tan elegantes como inútiles, verá que contenían diversos calibres de las sondas y un instrumento especial para dirigir las hasta la laringe.

Este año se cumple un siglo del descubrimiento del bacilo de la difteria, gracias a las investigaciones de Federico Loeffler quien cultivó y aisló este germen en medios especiales. El microbio fue posteriormente estudiado exhaustivamente por otros investigadores como Roux y Yersin, quienes demostraron contundentemente lo descrito por Loeffler, dándole su nombre al bacilo de la difteria.

Loeffler nació en 1852 y murió en 1915. Hizo sus estudios de Medicina de Berlín y en Warzburgo. Trabajó en 1866 en el Instituto Federico Guillermo y en 1900 fue nombrado Consejero del Instituto Imperial de Sanidad.

Sus contribuciones al avance de la Ciencia fueron múltiples; efectuó notables investigaciones sobre la forma de atenuar la acción del virus del carbunco, contribuyó junto con las aportaciones de Koch y Goffky a demostrar la utilidad del vapor en la esterilización de objetos, base de muchos de los actuales sistemas de desinfección. Loeffler descubrió otros microbios como el de la roseola y el de la septicemia del cerdo, el de la difteria del ganado vacuno, el del tifus de los ratones y aportó innovaciones en la forma de colorear y hacer preparaciones para observar microbios en el microscopio.

Estas fueron en síntesis las importantes contribuciones de tan destacado científico. Muchas vidas se han salvado gracias al descubrimiento del bacilo de la difteria, cuyo centenario conmemoramos ahora y que abrió la puerta para el desarrollo de las inmunizaciones que acabarían por borrar de la práctica clínica a tan temible enfermedad.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Vilar-Puig'. The signature is stylized and somewhat abstract, with a large, sweeping flourish at the bottom.

P. Vilar-Puig

Fracciones altas con bajas dosis de radioterapia preoperatoria para el tratamiento del cáncer laríngeo avanzado

Dr. J. Ramón ESCAJADILLO *
Dr. Albert A. ANNYAS **
Dr. Paul E. HOEKSEMA **

Resumen.- Se trataron ciento un carcinomas laríngeos avanzados con la ayuda de fracciones altas con bajas dosis de radioterapia preoperatoria (FABDR), seguida por laringectomía total el día posterior a la terminación de la radioterapia. Los tumores fueron local y regionalmente controlados en el 88 % de los casos. Aunque existió un mejor control local con los tumores supraglóticos, éste no fue estadísticamente significativo al compararse con los tumores glóticos. Veintisiete de 30 fallecimientos fueron directamente asociados con el desarrollo de metástasis a distancia o de tumores primarios secundarios, lo que sugiere que debe prestarse mayor atención a la prevención y detección temprana de estos problemas para mejorar los índices de sobrevivencia. FABDR fue

bien tolerada por los pacientes, con poca o ninguna reacción local en la piel o afección en la cicatrización de las heridas después de la cirugía.

Summary.- One hundred and one advanced laryngeal carcinomas were treated with the aid of preoperative high-fractional low dose irradiation, followed by total laryngectomy the day after completion of radiotherapy. Tumors were locally and regionally controlled in 88 % of the cases. Although a slightly better local control was achieved with supraglottic tumors, it was not statistically significant when compared to glottic lesions. Twenty seven of 30 deaths were directly associated with the development of distant metastases or second primary tumors, and more attention must be paid to the prevention and early detection of these problems, in order to improve survival rates. Preoperative high-fractional low dose irradiation was well tolerated by the patients with minimal or no local skin reactions or impairment wound healing process after surgery.

INTRODUCCION

Hasta ahora, el manejo del cáncer laríngeo avanzado sigue siendo controvertido. Algunos autores prefieren iniciar el tratamiento con radioterapia, reservando la cirugía para el cáncer persistente^{1,2,3}. Otros se inclinan por esta última, combinándola o no con radioterapia pre o postoperatoria^{4,5,6}. Con respecto a la radioterapia preoperatoria, el uso de bajas vs. altas dosis de radiación parece ofrecer porcentajes similares de control local^{7,8,9,10}. El objeto de fracciones altas con bajas dosis de radioterapia preoperatoria (FABDR) es el erradicar las células radiosensibles en la periferia del tumor, prevenir recurrencias locales y reducir las complicaciones postoperatorias debidas a la radioterapia.

El propósito de este artículo es presentar nuestras experiencias con 101 carcinomas laríngeos avanzados, que fueron tratados con FABDR. Se administra una dosis total de 30 Gy que es dada en 10 fracciones iguales de 3 Gy por día. El tratamiento es administrado en 2 semanas, 5 días por

* Hospital ISSSTECALI. Tijuana, B. C. México.

** Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de Groningen, Holanda.

semana, seguido por laringectomía total el día posterior a la terminación de la radioterapia.

MATERIAL Y METODOS

El material clínico consiste en 101 pacientes con carcinoma laríngeo avanzado, tratados en el Hospital Universitario de Groningen, Holanda de 1974 a 1980. Los tumores fueron clasificados de acuerdo a la Unión Internacional Contra el Cáncer¹¹, 43 fueron glóticos y 58 supraglóticos. En todos los casos se confirmó histológicamente el diagnóstico de carcinoma espinocelular. Cuando hubo duda acerca del estadio, se colocó automáticamente al paciente en el inmediato inferior.

Los pacientes fueron tratados preoperatoriamente con una unidad de cobaltoterapia, usando 2 campos paralelos, derecho e izquierdo, de 12 x 15 cm., a fin de incluir el tumor primario y el área de drenaje linfática en el cuello, desde la región subdigástrica a la yugular inferior, excluyendo la región supraclavicular en paciente con N-O. La dosis total central del tumor fue de 30 Gy en 10 fracciones iguales de 3 Gy, 5 veces por semana. Los pacientes con cuellos cortos y extensión subglótica fueron tratados con campos paralelos ántero-posterior (AP) y pósterio-anterior (PA) para incluir el área linfática supraclavicular y proporcionar un amplio margen para las extensiones subglóticas. El día posterior a la terminación de la radioterapia se realizó laringectomía total, con o sin disección radical de cuello.

Noventa y tres de los pacientes fueron hombres y 8 mujeres (proporción 11:1). La edad varió de 30 a 73 años, con promedio de 60. Veinticuatro de los tumores fueron estadio II (24%), 47

TABLA I

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL ESTADIO

GRUPO	TNM	No. PACIENTES	TOTAL
Estadio II	T2NOMO	24	24
Estadio III	T2N1MO	3	47
	T3NOMO	39	
	T3N1MO	5	
Estadio IV	T3N2MO	1	30
	T4NOMO	17	
	T4N1MO	11	
	T4N2MO	1	
Total			101

estadio III (46%), y 30 estadio IV (30%) (Ver Tabla I). Veintiún casos (21%) requirieron disección radical de cuello, y en ningún paciente se detectaron metástasis a distancia al inicio del tratamiento. El mínimo control postoperatorio fue de 3 años, con una media de 50 meses. Se realizaron estudios histopatológicos de las laringes extirpadas para valorar la utilidad de la radioterapia. Los índices estadísticos de sobrevida fueron calculados usando el método actuarial de Kaplan y Meyer¹². Se consideró que había recurrencia local si ésta ocurría primero en el traqueostoma, base de la lengua o en hipofaringe; si los ganglios linfáticos del cuello eran el primer sitio de recurrencia, ésta se catalogó como regional.

RESULTADOS

La correlación clínico-histopatológica de los tumores aparece en la Tabla II. Cuando la clasificación clínica preoperatoria fue comparada con la histológica postoperatoria, se hizo aparente que en el 50% de los tumores T2 (14/27), 30% de los T3 (15/45), y 50% de los T4 (15/29), la FABDR cambió los estadios

en forma favorable. Sin embargo, en los casos que requirieron disección radical de cuello debido a la presencia de ganglios clínicamente positivos (N 21), la FABDR tuvo un pobre efecto en esterilizar los ganglios, habiendo en el reporte histopatológico sólo 5 casos sin evidencia de tumor.

La Figura 1 muestra las curvas actuariales absolutas y corregidas de sobrevida. Puede apreciarse que la sobrevida absoluta a 3-5 años fue del 70%, con una curva de sobrevida actuarial corregida de 88%.

En lo referente a la región laríngea afectada, los porcentajes de sobrevida absolutos para pacientes con tumores glóticos y supraglóticos fueron de 67% y 72%, respectivamente. Los porcentajes de sobrevida corregidos fueron de 86% y 88%. Cuando ambos grupos se compararon, no se encontró significado estadístico ($P > 0.01$).

La Tabla III muestra la sobrevida de acuerdo a los diferentes estadios. Nueve por ciento de los tumores T2NO, 11% de los T3NO, 12% de los T4NO, y 19% de los pacientes con metástasis ganglionares localizadas en cuello, murieron a consecuencia del tumor. Sin embargo, con esta

TABLA II

CORRELACION CLINICO-HISTOPATOLOGICA (N = 101)

Clasificación clínica		Clasificación histopatológica postoperatoria					Cambio favorable estadio
Estadio	No.	NET*	T1	T2	T3	T4	
T2	27	2	12	8	5	—	14 (50 %)
T3	45	1	4	10	23	7	15 (30 %)
T4	29	1	1	4	9	14	15 (50 %)
Total	101	4	17	22	37	21	44 (43 %)

* NET = No evidencia de tumor

modalidad de tratamiento, se obtuvo un 88 % de control loco-regional del tumor.

Se presentaron un total de 8 recurrencias locales, 3 de ellas en asociación con recurrencias regionales. Siete de ellas aparecieron en el traqueostoma, y la otra en la base de la lengua. Todos los pacientes con recurrencias locales fallecieron en un periodo de 3 a 12 meses posterior al diagnóstico. Con respecto a las recurrencias regionales, éstas fueron 9, 3 de ellas contralaterales; 5 pacientes fueron sometidos a disección radical de cuello, habiéndose logrado un control local del tumor en 4. Sin embargo, 3 fallecieron, 2 debido al desarrollo de metástasis a distancia, y otro a infarto del miocardio (Ver Tabla IV).

En estas series no hubo complicaciones quirúrgicas mayores, y la ausencia de una alta morbilidad sugiere que la FABDR no tiene efecto en la incidencia de complicaciones.

Dieciocho pacientes desarrollaron metástasis a distancia (17.8 %), 4 en el grupo de T2, 7 en el de T3, y 7 en el de T4. Doce se localizaron en el pulmón, 2 en el hígado, 1 en la pleura y 3 en el esqueleto óseo. Todos los pacientes murieron en un periodo de 1 a 12 meses.

Se detectó un total de 13 tumores primarios secundarios

(12.8 %), 10 de ellos se diagnosticaron 6 meses posteriores a sus carcinomas laríngeos; 10 de los 13 aparecieron en los bronquios, y los otros 3 en el labio, paladar

y estómago, respectivamente. Nueve pacientes han fallecido; 3 aún viven, con evidencia de enfermedad y el paciente con el tumor secundario en el labio está aparentemente curado.

Ocho de las muertes debidas a carcinomas laríngeos T2 (26.6 %) 12 de los T3 (26.6 %) y 7 de los T4 (24.1 %) fueron asociadas directamente al desarrollo de metástasis a distancia o de tumores primarios secundarios.

COMENTARIO

Es difícil establecer principios de tratamiento adecuado para los pacientes con carcinomas larín-

TABLA III

TABLA DE SOBREVIDA (N = 101)

Estadio	Total	Sobrevida actuarial absoluta		Sobrevida actuarial corregida		muerte debido al tumor
		3 años	%	3 años	%	
T2NO	24	18	75 %	22	91 %	2 (9 %)
T3NO	39	29	74 %	35	89 %	4 (10 %)
T4NO	17	12	70 %	15	88 %	2 (12 %)
T2-4 N1-2	21	12	57 %	17	81 %	4 (19 %)
a) T2N1	3					
b) T3N1	5					
c) T4N1	11					
d) T3N2	1					
T4N2	1					
Total	101	71	70 %	89	88 %	12 %

TABLA IV

RECURRENCIAS DE CARCINOMAS LARINGEO

ESTADIO	PACIENTES	RECURRENCIAS LOCALES	RECURRENCIAS REGIONALES	TOTAL
T2	27	1	3*	4
T3	45	3	4**	7
T4	29	4	2	6
	101	8(7.9 %)	9(8.9 %)	17(16.8 %)

* Una asociada con recidiva local

** Dos asociadas con recidiva local

geos avanzados. La opción entre cirugía e irradiación se ve influida por factores como la edad del paciente, estado de salud, estadio de la enfermedad, así como la misma actitud del paciente hacia el tratamiento. Además de esto, sólo pueden obtenerse resultados óptimos a través de una estrecha cooperación entre otorrinolaringólogos-cirujanos de cabeza y cuello y radioterapeutas.

La radioterapia preoperatoria seguida de cirugía en el tratamiento de carcinomas laríngeos avanzados resecables ha sido propuesta desde hace tiempo^{7,10,14,15,16}, y aunque altas vs. bajas dosis de radioterapia preoperatoria no han mostrado superioridad una sobre otra en estudios clínicos controlados^{9,10}, existe cierta falta de experiencia con el empleo de FABDR en el manejo de tumores laríngeos.

Una dosis de 30 Gy en 10 fracciones iguales equivale a 1,355 Ret., de acuerdo a la dosis estándar nominal,¹⁷ lo que representa cerca del 75 % de la tolerancia normal de los tejidos, que es estimada en 1,800 Ret. La realización de cirugía el día posterior a la terminación de la radioterapia aumenta el beneficio de la FABDR, disminuyendo la posibilidad de repoblación celular del tumor restante.

En 44 de los 101 casos (43 %), la FABDR cambió el estadio de las lesiones en una forma favorable, de acuerdo al reporte histopatológico (Ver Tabla II). La regresión tumoral durante la radioterapia constituye un buen signo pronóstico, siempre y cuando el tratamiento operatorio no sea cambiado por el cirujano.

Dieciséis de las 21 disecciones radicales de cuello mostraron ganglios histopatológicamente positivos, y sólo 2 casos desarrollaron recurrencia, 1 en el sitio de

sobrevida

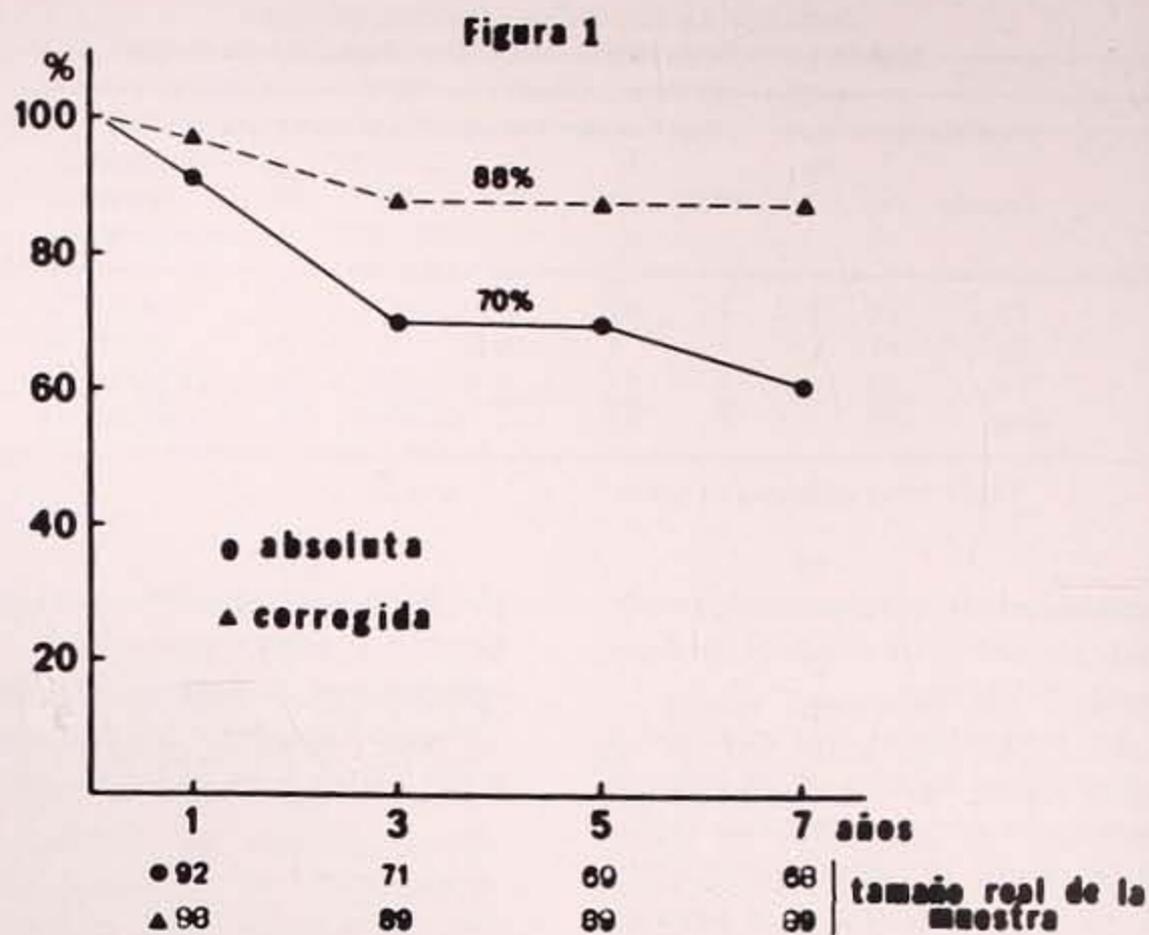


Figura 1.- Curvas de sobrevida actuarial absolutas y corregidas de los 101 carcinomas laríngeos.

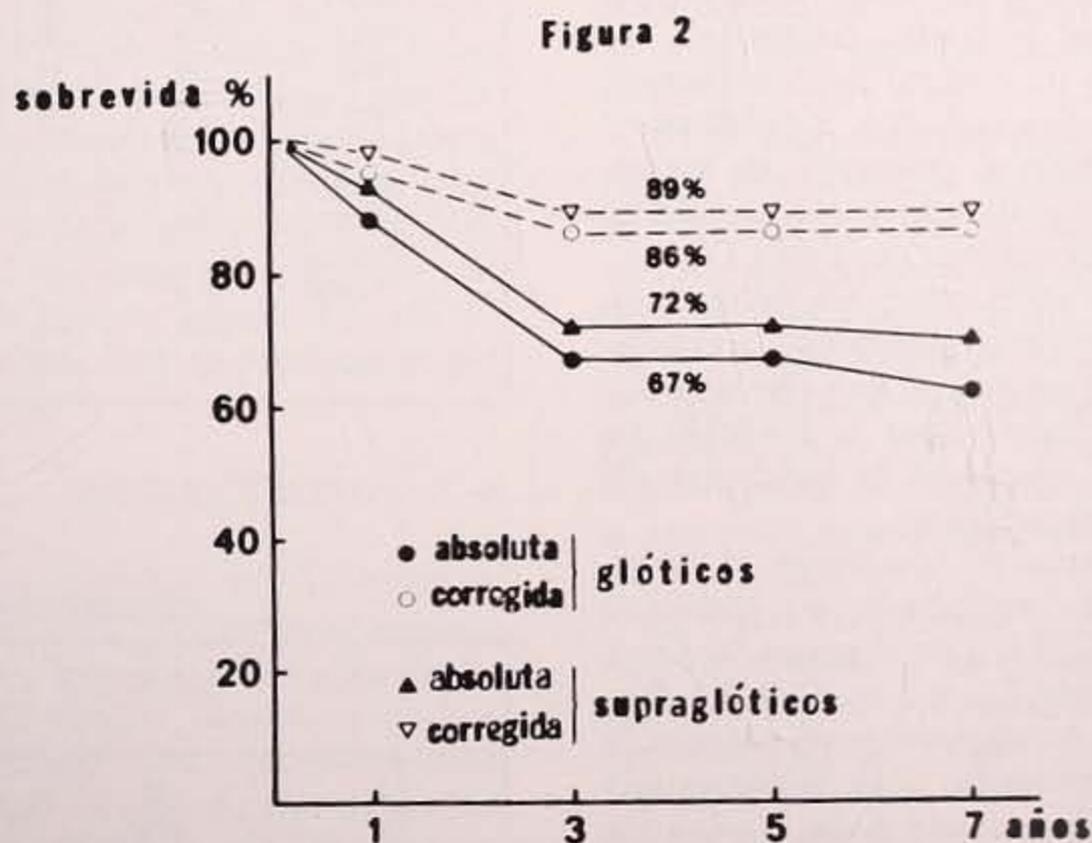


Figura 2.- Curvas actuariales de sobrevida absolutas y corregidas para los tumores glóticos (N = 43 y supraglóticos (N = 58).

TABLA V

ESTADISTICA COMPARATIVA DE SOBREVIDA, DE ACUERDO A DIFERENTES METODOS DE TRATAMIENTO

AUTOR	ESTADIO	No. PACIENTES	REGION	METODO DE TRATAMIENTO	% SOBREVIDA	SOBREVIDA ACTUAL CORREGIDA
Harwood ¹	T2NO	164	GL	RT	63 % - 5 años	80 %
Skolnik ^{2,3}	T2NO	31	GL	LG	73 % - 5 años	*
Escajadillo (presente serie)	T2NO	24	GL+SP	FABDR + LG	75 % - 3 años	91 %
Harwood ¹	T3NO	89	GL	RT	49 % - 5 años	69 %
Wang ^{2,4}	T3NO	62	SP	ADRP	63 % - 3 años	*
	T4NO	45	SP	ADRP	33 % - 3 años	*
Ogura ⁵	T3NO	71	GL	LG	69 % - 3 años	*
Smith ^{2,5}	T4NO	33	SP	LG	60 % - 5 años	61 %
Escajadillo	T3NO	39	GL+SP	FABDR + LG	74 % - 3 años	89 %
(presente serie)	T4NO	17	GL+SP	FABDR + LG	70 % - 3 años	88 %
Harwood ¹	T2-4 N1-3	45	GL	RT + CS	38 % - 5 años	43 %
Ennuyer ^{2,6}	T2-4 N1-3	140	SP	LG + DRC	41 % - 5 años	*
Escajadillo (presente serie)	T2-4 N1-3	21	GL+SP	FABDR + LG + DRC	57 % - 3 años	81 %

GL = glóticos SP = supraglóticos RT = radioterapia LG = laringectomía FABDR = fracciones altas con bajas dosis de radioterapia ADRP = altas dosis de radioterapia preoperatoria CS = cirugía de salvamento DRC = disección radical de cuello * sin datos disponibles.

la disección del cuello y otra contralateral. Esto parece apoyar el concepto de Henschke et al.,¹⁸ en el sentido de que se puede esperar una disminución aparente en el número de recurrencias locales, posteriores a disecciones de cuello con el uso de FABDR.

Aunque este estudio carece de un grupo de control local la FABDR con laringectomía total controló local y regionalmente los tumores en 89 de 101 pacientes; esto se compara favorablemente con otras modalidades de tratamiento propuestas para el carcinoma laríngeo avanzado (ver Tabla V).

Nuestra incidencia de metástasis a distancia (17.8 %) fue similar a lo reportado en materiales de autopsia^{19,20}, y más alta a la incidencia basada en materiales clínicos, que varía entre 1.3 y 5 %²¹. Nosotros consideramos que, debido al alto control local alcanzado con esta modalidad de tratamiento, las metástasis a distancia se hicieron más aparentes.

Por otro lado, se ha mostrado que los pacientes con carcinoma laríngeo constituyen un grupo de alto riesgo para el desarrollo de otros tumores primarios en el tracto respiratorio²²; nuestras series confirman lo anterior, ya que, en 13 casos (12.8 %) se detectaron tumores primarios secundarios, siendo los más comunes metacrónicos.

Veintisiete de un total de 30 decesos se asociaron en forma directa el desarrollo de metástasis a distancia o tumores primarios secundarios. Esto significa que 4 de cada 15 nuevos pacientes con carcinomas laríngeos avanzados tratados con FABDR más laringectomía total fallecerán en los próximos 5 años debido a metástasis o a otros tumores primarios. Esta incidencia es difícil de explicar, en virtud de que otros autores¹⁰, empleando FABDR y cirugía, han publicado incidencias más bajas. Sin embargo, esto nos lleva a prestar más atención a la prevención y detección temprana

de estos problemas, con objeto de mejorar nuestros índices de supervivencia.

Esta modalidad de tratamiento fue bien tolerada por los pacientes, con ninguna o mínima reacción local en piel, y sin afección en el proceso de cicatrización después de la cirugía. El costo-efectividad de este tratamiento se hace evidente al no aumentar la morbilidad quirúrgica debido a reacciones a la radioterapia, complicaciones, cambio de opinión del paciente con respecto a la cirugía, o el permitir suficiente tiempo a las células tumorales residuales de crecer y proliferar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Harwood, A. R., Hawkins, N. V., Beale, F., et al.: Management of advanced glottic cancer. A 10 year review of the Toronto experience. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 5: 899-904, 1979.
- 2.- Jorgensen, K.: Carcinoma of the larynx 3. Therapeutic results. *Acta Tadiol.* 13: 446-464, 1974.

- 3.- *Lederman, M.*: Radiotherapy of cancer of the larynx. *J. Laryngol Otol.* 84: 867-896, 1970.
 - 4.- *Joseph, D. L., Shumrick, D. L.*: Risks of head and neck surgery in previously irradiated patients. *Arch. Otolaryngol.* 97: 381-384, 1978.
 - 5.- *Ogura, J. H., Sessions, D. G., Spector, G. J.*: Analysis of surgical therapy for epidermoid carcinoma of the laryngeal glottis. *Laryngoscope* 85: 1522-1530, 1975.
 - 6.- *Wang, C. C.*: Treatment of glottic carcinoma by megavoltage radiation therapy and results. *Am. J. Roentgenol.* 120: 157-163, 1974.
 - 7.- *Powers, W. E., Ogura, J. H.*: Low dose preoperative radiation in head and neck cancer. *Otolaryngol. Clin. N. Am.* 533-541, 1969.
 - 8.- *Siirala, U., Paavolainen, M.*: The problem of advanced supraglottic carcinoma. *Laryngoscope* 85: 1633-1642, 1975.
 - 9.- *Hendrickson, F. R., Liebner, E.*: Results of preoperative radiotherapy for supraglottic larynx cancer. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 77: 222-229, 1968.
 - 10.- *Kazem, I., Broek, P. van den, Huygen, P. L. M.*: Planned preoperative radiation therapy for advanced laryngeal carcinoma. *Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 8: 1533-1537, 1982.
 - 11.- *U. I. C. C. (Unión Internacional Contra el Cáncer)*: TNM Classification of Malignant Tumors. Geneva International Union Against Cancer, p p. 33-37 1982.
 - 12.- *Kaplan, E. L., Meier, P.*: Nonparametric estimation from incomplete observation. *J. Am. Stat. Soc.* 53: 457-481, 1958.
 - 13.- *Harwood, A. R., Beale, F. A., Cummings, B. J., et al.*: T3 glottic cancer: an analysis of dose time-volume factors. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 6: 675-680, 1980.
 - 14.- *Ogura, J. H., Biller, H. F.*: Preoperative irradiation for laryngeal and laryngopharyngeal cancers. *Laryngoscope* 80: 802-810, 1970.
 - 15.- *Biller, H. F., Ogura, J. H., Davis, D. W., et al.*: Planned preoperative irradiation for carcinoma of the larynx and laryngopharynx treated by total and partial laryngoscope 79: 1387-1395, 1969.
 - 16.- *Strong, B. W., Henschke, U. K., Nickson, J. J., et al.*: Preoperative x-ray therapy as an adjunct to radical neck dissection. *Cancer* 19: 1509-1516, 1966.
 - 17.- *Ellis, F.*: Dose, time, and fractionation. A clinical hypothesis. *Clin. Radiol.* 20: 1-7, 1969.
 - 18.- *Henschke, U. K., Frazell, E. L., Hilaris, B. S., et al.*: Value of preoperative x-ray therapy as an adjunct to radical neck dissection. *Radiology* 86: 450-453, 1966.
 - 19.- *Abramson, A. L., Parisier, S. C., Zamansky, M. J., et al.*: Distant metastases from carcinoma of the larynx. *Laryngoscope* 81: 1503-1511, 1971.
 - 20.- *Mumma, C., Chusid, L.*: Distant metastases from primary malignancies of the endolarynx. *Laryngoscope* 71: 524-529, 1961.
 - 21.- *Pictrantoni, L., Fior, R.*: Clinical and surgical problems of cancer of the larynx and hypopharynx. *Acta Otolaryngol. Suppl.* 142: 1-58, 1958.
 - 22.- *Wagenfeld, D. J. H., Harwood, A. R., Bryce, D. P., et al.*: Second primary respiratory tract malignant neoplasms in supraglottic carcinoma. *Arch. Otolaryngol.* 107: 135-137, 1981.
 - 23.- *Skolnik, E. M., Yee, K. F., Wheatley, M. A., et al.*: Carcinoma of the laryngeal glottis therapy and end results. *Laryngoscope* 85: 1453-1466, 1975.
 - 24.- *Wang, C. C.*: Megavoltage radiation therapy for supraglottic carcinoma. Results of treatment. *Radiology* 109: 183-186, 1973.
 - 25.- *Smith, R. R., Caulk, R. M., Russell, W. O., et al.*: End results in 600 laryngeal cancers using the American Joint Committee's proposed method of stage classification and end results reporting. *Surg. Gynec. Obstet.* 113: 435, 444, 1961.
 - 26.- *Ennuyer, A., Bataini, P.*: Treatment of supraglottic carcinomas by telecobalt therapy. *Brit. J. Radiol.* 38: 661-666, 1965.
- Correspondencia:
Apartado Postal 2349
22000 Tijuana, B. C. México.

Tratamiento de la rinitis alérgica con ketotifeno

Estudio doble ciego comparativo contra placebo

Dr. Isaac SHUBICH NEIMAN *

Resumen.- Con el objeto de valorar la eficacia y tolerancia del ketotifeno en el tratamiento de la rinitis alérgica, se realizó un estudio doble ciego, comparativo contra placebo en dos grupos de pacientes con rinitis alérgica. Cada grupo incluyó a 15 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 5 y 59 años y con similares características generales de atopía. El primer grupo recibió ketotifeno a dosis de 2 mg al día durante 90 días, el segundo grupo fue tratado con placebo en las mismas condiciones que el anterior. Los resultados fueron excelentes en el 85.7 % de los pacientes tratados con ketotifeno ($n = 14$, uno suspendió por enfermedad intercurrente) y en el 13 % de los pacientes que recibieron placebo ($n = 15$), con una diferencia estadística altamente significativa ($p < 0.001$). La tolerancia fue buena para ambas sustancias, presentándose 2 casos de efectos secundarios importantes (somno-

lencia y mareo) en el grupo ketotifeno que obligaron a suspender el tratamiento. Se perfila al ketotifeno como un medicamento eficaz para el tratamiento a mediano plazo de la rinitis alérgica.

Summary.- A comparative double-blind trial with Ketotyphen vs. placebo in two populations of patients with allergic rhinitis was initiated to evaluate its effectiveness and tolerance. Each group comprised 15 patients of both sexes within age group from 5 to 59 years, with comparable symptomatology of atopy. First group received 2 mg/day of Ketotyphen during 90 days. Second group was treated with placebo, complying the same protocol of the first group. In 85.7 % of patients which received Ketotyphen results were rated as excellent or good ($n = 14$) (one patient dropped-out due to an intercurrent disease). The same results were obtained in 13 % of patients taking placebo ($n = 15$) and between both groups there was a high statistically significant difference ($p < 0.001$). Both drugs were well-tolerated by pa-

tients and only two of them suffered serious side-effects (somnolence and dizziness) in the Ketotyphen group, that prompted to stop the drug. Ketotyphen is emerging as an effective drug in the medium-range therapy of allergic rhinitis.

INTRODUCCION

La rinitis alérgica además de ser un padecimiento de difícil manejo es un problema frecuentemente observado por el otorrinolaringólogo y el alergólogo. Es considerado por algunos autores como el más común de los padecimientos alérgicos; se ha considerado que afecta entre el 5 y el 10 % de la población en general (Huges, J. G. 1980)³, mientras que otros autores han mencionado que del 10 al 20 % de la población, en los Estados Unidos de Norteamérica¹⁰, padece alguna forma de rinitis alérgica. Con base a esto, consideramos de interés la elaboración de este trabajo que promete ofrecer a nuestros pacientes con esta patología, un mejor enfoque terapéutico.

* Otorrinolaringólogo. Hospital Infantil de México, México, D. F.

En fechas recientes, se ha obtenido un nuevo medicamento, activo por vía oral que ejerce un efecto inhibitorio sobre las reacciones alérgicas del tipo I en diversos órganos, contrarrestando la liberación anafilactoide de la histamina mastocitaria, sin producir taquifilaxis, este medicamento es un Benzocicloheptatofeno (ketotifeno). Su uso terapéutico se inició favorablemente en el asma, primero en diversos modelos experimentales⁵ y después de una serie de ensayos clínicos a largo plazo, en donde el tratamiento se controló por más de tres años^{1,4,5,8 y 9}. Con esta droga se obtuvieron resultados excelentes en el asma extrínseca de origen alérgico¹ siendo superior a otros medicamentos preventivos del mismo padecimiento.

Dado que el ketotifeno ha demostrado en diversos estudios su capacidad para inhibir las reacciones anafilácticas, en forma profiláctica, mediante un efecto estabilizador del mastocito, este medicamento está clasificado como antihistamínico y antianafiláctico, lo que lo sitúa en una posición ventajosa respecto a otros medicamentos, tales como antihistamínicos, descongestionantes sistémicos ó locales, corticosteroides que sólo actúan como bloqueadores de los receptores de histamina y que sus efectos colaterales son más graves y de mayor frecuencia que los del ketotifeno es oral, por lo que es más fácil de administrar que el cromoglicato disódico que fue el primer antianafiláctico de que se tuvo conocimiento, pero con el inconveniente de tener que administrarlo por inhalación, lo que lo hace de difícil empleo en niños, en los que la rinitis alérgica es tan frecuente. Tari Haahtela¹¹ comprobó la eficacia del ketotifeno en la rinitis alérgica al disminuir

la respuesta inmediata de la mucosa nasal alérgica ante alérgenos capaces de desencadenar hipersensibilidad en dicha mucosa.

OBJETIVO

Con base a lo antes señalado, el presente estudio tiene como objetivos valorar la eficacia y seguridad que ofrece el ketotifeno por vía oral, a mediano plazo, en pacientes portadores de rinitis alérgica.

MATERIAL Y METODO

Se llevó a cabo un estudio doble ciego comparando la eficacia y seguridad del ketotifeno contra placebo en el tratamiento de la rinitis alérgica. Se incluyeron en el estudio a 30 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 5 y 59 años, con diagnóstico clínico y de laboratorio de rinitis alérgica, asociada o no con asma bronquial.

Durante la primera semana de estudio, todos los pacientes recibieron placebo con el propósito de eliminar la acción de cualquier otro medicamento administrado antes de su ingreso al estudio; posteriormente 15 pacientes escogidos al azar recibieron ketotifeno a dosis de 2 mg al día divididas en 2 tomas durante 90 días, mientras que los 15 restantes recibieron placebo de aspecto idéntico al anterior y a la misma dosis. Se excluyeron del estudio a aquellos pacientes que tuvieran enfermedad hepática o renal, diabetes mellitus, rinitis no alérgica (vasomotora), poliposis nasal, infección agregada, con pruebas cutáneas negativas, o que no cooperaran para la realización del estudio. No se permitió otro tipo de medicamentos (antihistamínicos esteroides, etc.) que pudieran desvirtuar el resultado del estu-

dio; sin embargo, los pacientes que desarrollaron cuadros infecciosos agregados, fueron tratados con medicamentos antimicrobianos.

Se valoró clínicamente a cada paciente al inicio del estudio, después del período de administración de placebo y a los 30, 50, 70 y 90 días de tratamiento. Los parámetros clínicos que se investigaron fueron: Rinorrea, estornudos, prurito nasal, obstrucción nasal y rinoscopia para valorar el estado de la mucosa nasal y los cornetes. Con el propósito de confirmar el origen alérgico del padecimiento, se llevaron a cabo al inicio del estudio una serie de pruebas de laboratorio: determinación de IgE, eosinofilia nasal y sanguínea, placas de senos paranasales, pruebas cutáneas a inhalantes o RAST.

De acuerdo a la evolución del cuadro clínico de la rinitis alérgica (rinorrea, estornudos, obstrucción nasal, mucosa nasal, etc.) se realizó al final del estudio una valoración global tanto en los pacientes tratados con ketotifeno como en aquellos tratados con placebo; se calificaron como excelentes y buenos resultados, los casos en los que hubo curación completa y mejoría o disminución importante de los síntomas y signos. Como fracaso los que no presentaron mejoría o empeoraron, así como aquellos que suspendieron el tratamiento por presentar efectos secundarios intensos y como no analizables los que suspendieron el tratamiento por causas ajenas al medicamento.

Se analizaron estos resultados con la prueba de xi cuadrada para observar la significancia de los resultados comparándolos con los obtenidos con placebo.

Se valoraron al final del estudio los efectos secundarios que se presentaron en el curso del mismo.

RESULTADOS

Las características generales de los pacientes al ingresar al estudio fueron similares tanto para el grupo ketotifeno como para el grupo placebo.

De los 30 pacientes incluidos en ambos grupos (15 pacientes en cada grupo), 14 pacientes fueron del sexo femenino (46 %) y 16 pacientes del sexo masculino (54 %); la edad promedio de los pacientes fue de 21 años, habiéndose incluido en el estudio pacientes de 5 a 59 años de edad. Veintisiete enfermos terminaron el estudio (90 %) y 3 del grupo a quien se administró ketotifeno suspendieron el tratamiento, uno por presentar enfermedad intercurrente que impedía la continuación del mismo (no analizable) y 2 por presentar efectos secundarios intensos que se manifestaron como somnolencia, mareo y sequedad de boca.

El total de los enfermos presentaron síntomas y signos de rinitis alérgica en el momento en el que fueron admitidos al estudio, 10 pacientes (33 %) tenían antecedentes familiares de la enfermedad y una tercera parte de ambos grupos refirieron haber padecido asma bronquial antes de la rinitis alérgica.

En lo que a exámenes de laboratorio se refiere (Tabla I), los 30 pacientes presentaron pruebas cutáneas positivas a inhalantes o RAST; 12 de ellos (40 %) mostraron IgE elevada 20 (66 %) eosinofilia nasal mayor del 15 % y 7 (23 %) incremento de eosinófilos en sangre superior al 8 %. En 6 pacientes (20 %) se demostró velamiento etmoido-maxilar mediante placas de senos paranasales.

De los enfermos que recibieron ketotifeno, 12 (85.7 %) mostraron desaparición o disminución importante de la rinorrea,

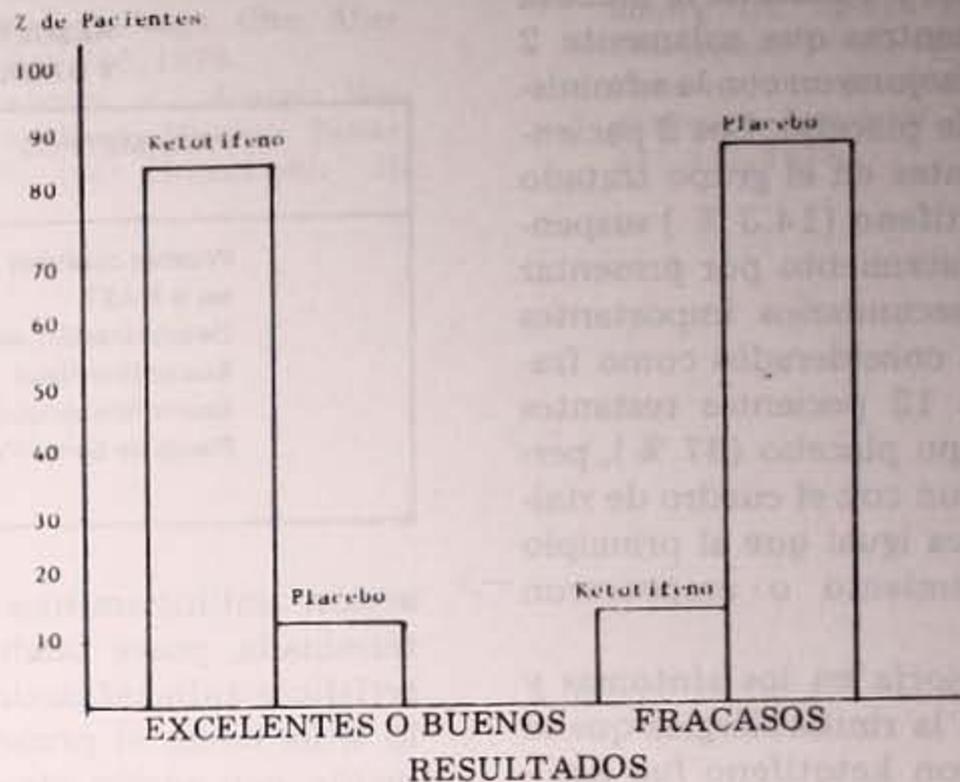


Figura 1.- Resultados globales en cuanto a eficacia con ketotifeno y placebo.

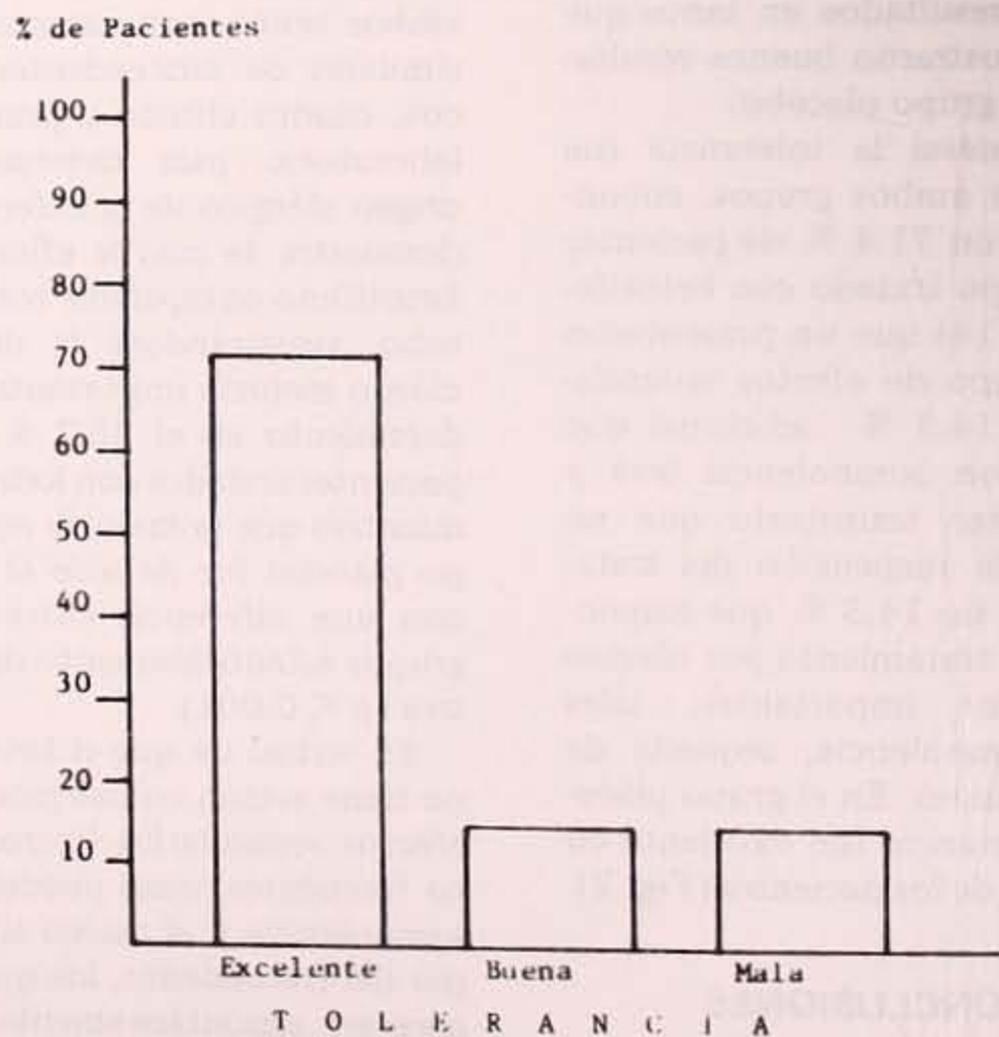


Figura 2.- Resultados en cuanto a tolerancia clínica con ketotifeno (n = 14).

obstrucción nasal, prurito nasal, estornudos y edema de la mucosa nasal, mientras que solamente 2 (13 %) mejoraron con la administración de placebo. Los 2 pacientes restantes en el grupo tratado con ketotifeno (14.3 %) suspendieron tratamiento por presentar efectos secundarios importantes y fueron considerados como fracaso; los 13 pacientes restantes en el grupo placebo (87 %), permanecieron con el cuadro de rinitis alérgica igual que al principio del tratamiento o empeoraron (Fig. 1).

La mejoría en los síntomas y signos de la rinitis alérgica que se obtuvo con ketotifeno fue significativamente superior a la lograda con placebo ($p < 0.001$), (método de "xi cuadrada" para comparación de proporciones), encontrándose en el grupo ketotifeno un 85.7 % de buenos y excelentes resultados en tanto que 13 % mostraron buenos resultados en el grupo placebo.

En general la tolerancia fue buena en ambos grupos, encontrándose un 71.4 % de pacientes en el grupo tratado con ketotifeno ($n = 14$) que no presentaron ningún tipo de efectos secundarios, un 14.3 % adicional que presentaron somnolencia leve y de carácter transitorio que no ameritó la suspensión del tratamiento y un 14.3 % que suspendieron el tratamiento por efectos secundarios importantes, tales como somnolencia, sequedad de boca y mareo. En el grupo placebo la tolerancia fue excelente en el 100 % de los pacientes (Fig. 2).

CONCLUSIONES

El mecanismo de acción del ketotifeno nos permite afirmar que se trata de un medicamento que además de contar con una

acción antihistamínica bien determinada, posee también características antianafilácticas, lo que lo sitúa como el primer medicamento con acción preventiva sobre los síntomas y signos de la rinitis alérgica, que puede ser administrado por vía oral tanto en niños como en adultos.

El presente estudio con pacientes de diversas edades y de ambos sexos, con características similares de antecedentes atópicos, cuadro clínico y pruebas de laboratorio para determinar el origen alérgico de la enfermedad, demuestra la mayor eficacia del ketotifeno comparada con el placebo, registrándose la desaparición o mejoría importante del padecimiento en el 85.7 % de los pacientes tratados con ketotifeno, mientras que la mejoría en el grupo placebo fue de sólo el 13 %, con una diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

En virtud de que el ketotifeno no tiene acción colinérgica, posee efectos secundarios ligeros y poco frecuentes como pueden ser la somnolencia y el mareo al principio del tratamiento, los que desaparecen espontáneamente en el curso del mismo.

Por lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que el ketotifeno es un medicamento que por su eficacia comprobada y su

TABLA I

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO Y RADIOLOGICAS EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS

PARAMETROS	RESULTADOS	No. de Pacientes	%
Pruebas cutáneas a inhalantes o RAST	Positiva	30	100
Determinación de IgE	Elevada	12	40
Eosinofilia Nasal	> 15 %	20	66
Eosinofilia sanguínea	> 8 %	7	23
Placas de Senos Paranasales	Velamiento Etmoido-Maxilar	6	20

buen tolerancia, se perfila como un avance en la terapéutica de la rinitis alérgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Frank, A.: A comparison between the efficacy of ketotifen and DSGG, Allergol. Immunopath., suppl. V, 5, 39-42, 1977.
- 2.- Girard, J. y Cuevas, M.: Antiasthmatic properties of a new peroral drug (H-C 20-511). Acta allerg. 32: 27-34, 1977.
- 3.- Huges, J. C.: Allergic rhinitis, in synopsis of Pediatrics. Pags. 644. Mosby. St Louis, 1980.
- 4.- Magnussen, H. y Hartmann, V.: The anti-anaphylactic substance ketotifen in the long term oral therapy of bronchial asthma. Allergol Immunopath., suppl. V, 5: 27-32, 1977.
- 5.- Martin, U. y Romer, D.: Ketotifen, a new type of anaphylactic agent. Allergol. Immunopath., suppl. V, 5: 5-10, 1977.
- 6.- Mattson, K.; Poppius, H. y Nikander-Hurme, R.: Preventive effect of ketotifen, a new antiallergic agent, on histamine induced bronchoconstriction in asthmatics. Clin. Allergy. 9: 411-416 1979.
- 7.- Mattson, K.; Poppius, H. y Hurme, R.: A controlled study on the preventive effect of ketotifen, an antiallergic agent, on methacholine induced bronchoconstriction in asthmatics. Clin. Allergy 9: 495-501, 1979.

- 8.- *Muhar, F.*: The long term treatment of bronchial asthma with ketotifen, a new non-corticoid antiallergic agent. *Allergol. Immunopath. suppl. V. 5*: 33-38, 1977.
- 9.- *Pauwels, R., Lamont, H. y van der Straeten, M.*: Comparison between ketotifen and DSGG in bronchial challenge. *Clin. Allergy. 8*: 289-293, 1978.
- 10.- *Tennenbaum, J.*: Allergic Rhinitis In Allergic Diseases. *Patterson, R. (ed) Philadelphia: JB Lippincot. pp 161-195, 1972.*
- 11.- *Tari Haahtela.*: Comparising among HC 20-511 (ketotifen), Clemastine, DSCG and Beclomethasone dipropionate in nasal challenge. *Annals of Allergy 41*: 345-347, 1978.

Un nuevo botón para la rehabilitación de la voz posterior a la laringectomía total

Dr. J. Ramón ESCAJADILLO *
Dr. Albert A. ANNYAS **
Harald LEEVER ***

Resumen.- Los autores proponen un nuevo botón para la rehabilitación de la voz después de la laringectomía total. Consideran que la prótesis que han desarrollado elimina algunas desventajas de los botones que se han utilizado hasta el momento. Su inserción a través de la boca y el esófago o como procedimiento primario durante la laringectomía total, se realiza fácilmente con el empleo de instrumentos especialmente diseñados. Se tuvo éxito en 31 de los 36 pacientes en los que se utilizó el botón durante la laringectomía total, cifras comparables con lo reportado en la literatura utilizando otros modelos de prótesis.

Summary.- Authors propose a new "button" for speech therapy and rehabilitation after total laryngectomy. They consider their

prothesis very useful because avoid some of the disadvantages of buttons presently employed. Its insertion through mouth and esophagus or as a primary procedure during total laryngectomy it is easily performed with the aid of a special designed device. With this button, successful results were obtained in 31 of 36 patients in whom was inserted during total laryngectomy, a rate comparable with that reported in the literature with the use of other prothesis.

INTRODUCCION

Casi desde que se realizó la primera laringectomía, se ha sabido que el habla podía ser restaurada creando una abertura entre la hipofaringe y la tráquea. Siguiendo esta idea, se desarrollaron varias técnicas quirúrgicas con diferentes índices de éxito^{1,2,3}. Sin embargo, quedó sin resolver el problema de mantener abierta una pequeña fístula tráqueo-esofágica que permitiera el paso del aire en una dirección, sin que hubiera aspiración, hasta que, en 1979. Sin-

ger y Blom⁴ reportaron una técnica endoscópica que emplea una prótesis de silicón, la cual resuelve los problemas antes mencionados; esto constituyó un avance importante en la cirugía neoglótica reconstructiva. Más tarde, en 1981, Panje⁵ desarrolló una válvula de silicón. Ambas prótesis se colocan en una fístula tráqueo-esofágica, lográndose con ellas un alto porcentaje de éxito en la rehabilitación del habla sin aspiración de saliva. Sin embargo, éstas presentan algunas desventajas, como son la necesidad de mantener la recién creada fístula tráqueo-esofágica durante varios días antes de colocar la prótesis, la remoción y reinsertación diaria para su limpieza, el desplazamiento inadvertido de la prótesis produciendo el cierre espontáneo de la fístula, la necesidad de usar adhesivos para fijar la prótesis, y la presencia de un estoma angosto (menos de 1.5 cm). Debido a esto, en 1980 se diseñó en Groningen, Holanda, un nuevo botón de silicón⁶ que eliminaba estas desventajas y que los autores perfeccionaron en 1982, haciéndolo más anatómico y funcional. El

* Hospital Regional de Zona No. 20 I. M. S. S. Tijuana B. C. México, D. F.

** Hospital Universitario. Groningen, Holanda.

*** Técnico del Hospital Universitario. Groningen, Holanda.

lado esofágico de la prótesis está diseñado como una válvula de un solo sentido para evitar el paso de saliva y alimento, el lado externo o traqueal de la válvula permite el paso de cantidades suficientes de aire de la tráquea al esófago y, además, tiene un pequeño cordón de silicón que sólo se utiliza en el procedimiento para la inserción de la prótesis en la fístula tráqueo-esofágica (Fig. 1). Este cordón se corta después de la inserción. Para el procedimiento quirúrgico hemos elaborado instrumentos especiales: 1) Un fórceps flexible con punta afilada que se usa para la punción de la pared tráqueo-esofágica y que puede, al mismo tiempo, prensar el cordón del botón; 2) Un fórceps flexible de punta roma que facilita la inserción y el cambio del botón en la fístula como procedimiento de consultorio bajo anestesia local (Fig. 2).

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Se lleva a cabo una esofagoscopia bajo anestesia general (usando un tubo endotraqueal pequeño). El esofagoscopio se coloca 2 cm por debajo del traqueostoma; para fines de orientación, es útil la transiluminación por la pared esofágica, así como la palpación de la punta del esofagoscopio, el cual es rotado 180° con objeto de colocar la superficie biselada directamente por debajo de la pared posterior de la tráquea. En seguida, se crea una fístula tráqueo-esofágica haciendo una punción en la pared posterior de la tráquea, aproximadamente 1 cm por debajo de la unión mucocutánea del estoma. El fórceps flexible de punta es introducido a través de la fístula y secado por el esofagoscopio. Después el cordón del botón se pren-



Fig. 1.- En la fotografía se aprecia el lado traqueal del botón, así como el cordón de silicón que se cortará al colocar en la fístula tráqueo-esofágica la prótesis. Obsérvese la superficie redondeada del botón, la cual disminuye la irritación de la mucosa traqueal durante el habla.

sa a la punta de este fórceps, el cual se pasa de nuevo a través del esofagoscopio hasta que el botón

se inserta en la fístula tráqueo-esofágica y se corta el cordón (Fig. 3). Con esta técnica no hay

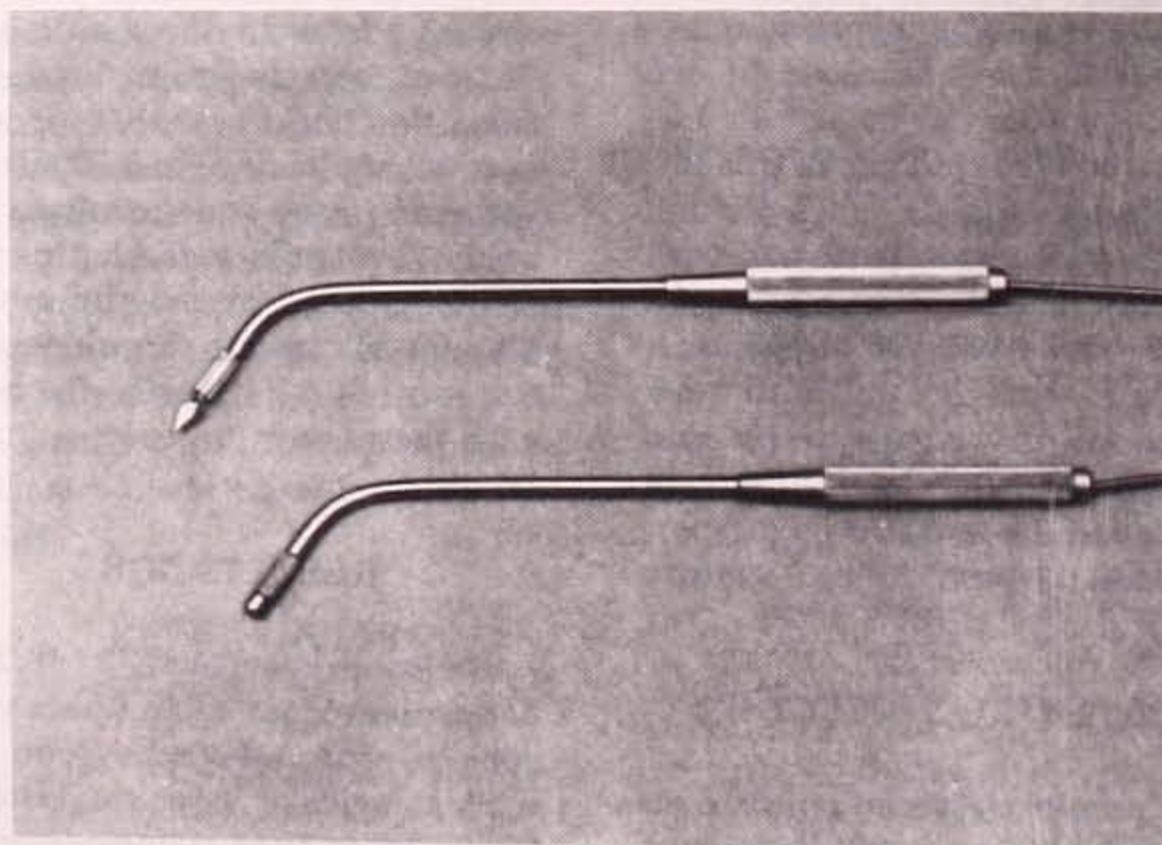


Fig. 2.- Instrumentos desarrollados para la aplicación y cambio del botón. En la parte superior se aprecia el fórceps flexible de punta afilada, que se usa para la punción de la pared tráqueo-esofágica. En la parte inferior se muestra el fórceps flexible de punta roma, que facilita la inserción y el cambio del botón en la fístula.

necesidad de dejar epitelializar la fístula, ya que el soporte de ésta ocurre a través del mismo botón. El tamaño del botón (7, 8, 9 u 11 mm) se escoge de acuerdo al grosor de la pared tráqueo-esofágica.

El procedimiento quirúrgico para insertar el botón durante la laringectomía total no difiere en esencia de la técnica anterior. La punción se realiza con el fórceps flexible afilado, dirigiendo esta operación con el dedo índice, el cual se introduce en la porción proximal del esófago antes del cierre de la hipofaringe.

Cuando es necesario cambiar el botón, se realiza como procedimiento de consultorio, aplicando previamente un anestésico local alrededor del traqueostoma, posteriormente el fórceps flexible de punta roma se introduce al esófago a través del botón, y se avanza el cable flexible por la hipofaringe hasta la boca. En seguida se prensa el cordón del botón, volviéndose a introducir hacia el esófago, colocándolo en la fístula tráqueo-esofágica, previa remoción del botón que se reemplazó debido al término de su vida media, la cual se indica por una discreta aspiración de saliva y líquidos y concomitante tos. Es importante enfatizar que el botón no lo puede extraer el paciente. La parte esofágica del mismo actúa como una válvula de un solo sentido, lo cual le confiere su propiedad de autolimpieza, permitiendo el paso de aire durante el habla.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio consiste de 36 pacientes tratados de agosto de 1982 a septiembre de 1983 en el Hospital Universitario de Groningen, Holanda, y a quienes se les aplicó el botón durante larin-

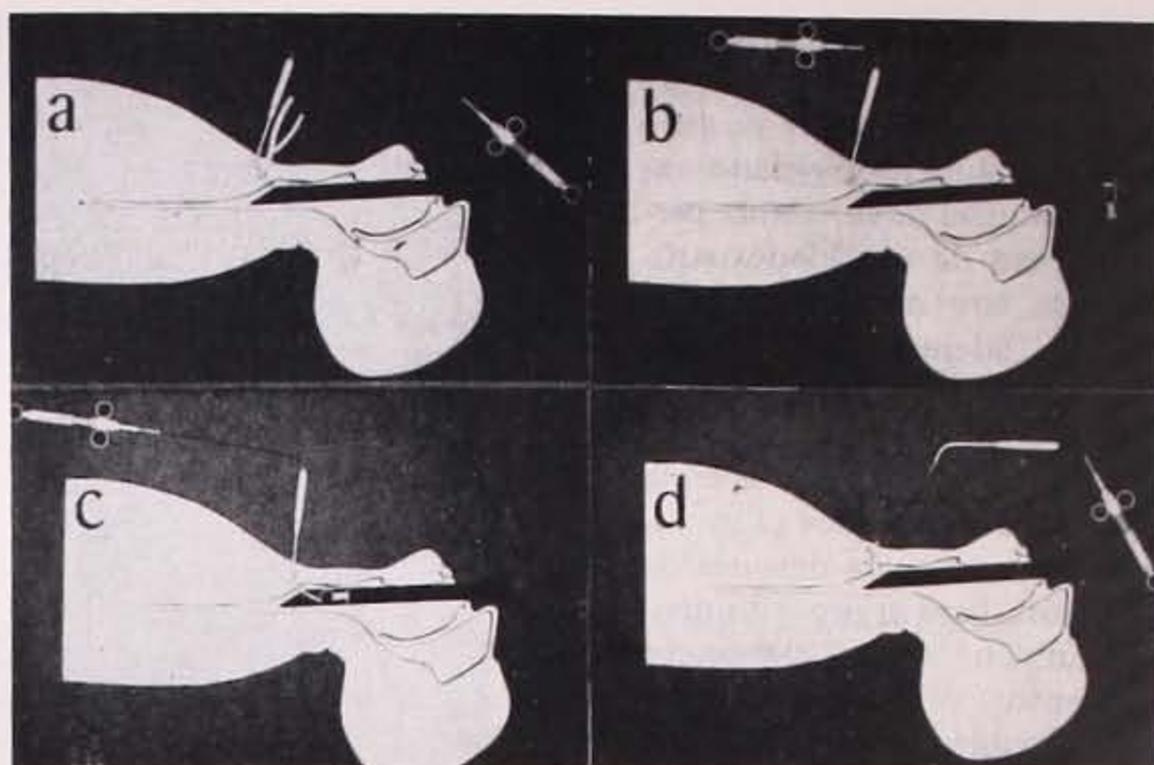


Fig. 3.- Procedimiento de aplicación del botón. a) Punción e introducción del fórceps flexible a través de la fístula y el esofagoscopio. b) El cordón de silicón del botón se prensa en el cable flexible del fórceps. c) Se introduce el botón en el esofagoscopio. d) Inserción del botón en la fístula tráqueo-esofágica.

gectomía total. Todos ellos recibieron 30 Gy de radioterapia preoperatoria; se efectuó disección radical de cuello en 6 casos, y 5 pacientes recibieron radioterapia postoperatoria. Treintatrés fueron hombres, y 3 mujeres; las edades fluctuaron de 36 a 75 años, con un promedio de 65 años. Se consideró haber logrado una rehabilitación exitosa de la voz si el paciente desarrollaba un habla inteligible y fluida; los pacientes que no obtuvieron un habla fluida fueron considerados fracasos. El seguimiento fue de 5 a 18 meses, con un promedio de 10 meses.

RESULTADOS

De los 36 pacientes, 31 (86.2%) desarrollaron un habla fluida y se consideraron satisfechos con su voz esofágica a través del botón. Cinco casos fueron considerados fracasos (13.8%), 2 de ellos asociados a una falta de relajación de los músculos constrictores faríngeos, otro se tragó el botón y

se rehusó a su aplicación, y otros 2 no quisieron continuar con la terapia de lenguaje. En 4 de ellos el botón fue removido y las fístulas cerraron espontáneamente en un periodo de 3 a 10 días. Ningún paciente desarrolló infección en el sitio de la punción tráqueo-esofágica.

El tiempo promedio de vida del botón fue de 4.6 meses, con una variación de 1 a 19 meses.

COMENTARIO

El mecanismo vibratorio para la voz esofágica desarrollada por el método de inyección o a través de materiales prostéticos, como lo es el botón, se localiza en el esófago cervical; sin embargo, los pulmones constituyen la fuente de aire al utilizar materiales prostéticos, y no el aire tragado, como sucede tradicionalmente en la voz esofágica. Esto produce un aumento de volumen y flujo de aire a través del segmento vibratorio, permitiendo al paciente con voz tráqueo-esofágica produ-

cir un habla más fluida que los pacientes con el desarrollo de voz esofágica por el método de inyección^{7,8}.

Durante los últimos años, se ha hecho evidente que las técnicas endoscópicas que utilizan prótesis de silicón ofrecen más ventajas que los métodos quirúrgicos desarrollados para la rehabilitación del habla, habiendo por ello una mayor tendencia a hacer uso de las prótesis, debido a su simplicidad, mínima morbilidad, ausencia de aspiración y alto grado de éxito.

Por lo que respecta al botón que proponemos, nuestros resultados muestran la eficacia de aplicarlo inmediatamente después de la punción tráqueo-esofágica, sin la necesidad de esperar por varios días la formación de la fístula previa a la inserción de la prótesis. Por otro lado, este botón no requiere ni limpiarse ni cambiarse diariamente por el paciente, debido a sus propiedades de autolimpieza.

Originalmente se introdujo el uso de un trocar para la punción de la pared tráqueo-esofágica⁶, pero debido a problemas concernientes al tamaño de la fístula, que en ocasiones era más grande de lo necesario, desarrollamos el fórceps flexible afilado, que simplifica enormemente esta maniobra y da siempre un lumen adecuado para la inserción del botón. La aplicación del botón durante la laringectomía total prolonga la cirugía 2 a 3 minutos, lo que constituye una ventaja importante. El éxito obtenido, 86.2 %, se compara favorablemente con los reportados en la literatura utilizando otras prótesis^{5,8,9}.

Los autores compartimos el

criterio de Singer et al.¹⁰, quienes recomiendan la miotomía del constrictor faríngeo en aquellos pacientes incapaces de producir voz alguna, debido a la falta de relajación de los músculos crico-faríngeos. Dos de nuestras fallas fueron relacionadas con este hecho, y una de ellas será tratada con miotomía.

El final de la vida del botón se indica por la presencia de filtración de saliva o líquidos tragados, a través de la prótesis. El tiempo promedio de vida fue de 4.6 meses, lo que significa, aproximadamente, la aplicación de 3 botones al año por paciente, siendo más económico que lo reportado con otras prótesis.

CONCLUSIONES

El desarrollo de este nuevo botón de silicón para la inserción en una fístula tráqueo-esofágica, elimina algunos de los inconvenientes de otros diseños prostéticos usados hasta ahora. Su inserción a través de la boca y el esófago, o como procedimiento primario durante la laringectomía total, se realiza fácilmente con el empleo de los instrumentos especialmente diseñados. El éxito obtenido en 31 de 36 pacientes en los que el botón fue aplicado durante laringectomía total es comparable con lo reportado en la literatura utilizando otros materiales prostéticos para la rehabilitación del habla.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Asai, R.; Laryngoplasty after total laryngectomy. Arch. Otolaryngol. 95: 114-119, 1972.

- 2.- Conley, J. S., DeAmesti, F., Pierce, M.: A new surgical technique for the vocal rehabilitation of the laryngectomized patient. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 67: 655-664, 1958.
- 3.- Staffieri, M., Serafini, I.: La rehabilitazione chirurgica della voce e della respirazione laryngectomia totale. 29o. Congreso Nacional de la Associazione Otologi. Ospedaliéri Italiana Bologna, Associazione Otologi Ospedaliéri Italiana, p. p. 57-111, 1976.
- 4.- Singer, M. I., Blom, E. D.: Tracheoesophageal puncture: a surgical prosthetic method for postlaryngectomy speech restoration. Read before the Third International Symposium on Plastic and Reconstructive Surgery of the Head and Neck, New Orleans, 1979.
- 5.- Panje, W. R.: Prosthetic vocal rehabilitation following laryngectomy - the voice button. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 90: 116-120, 1981.
- 6.- Nijdam, H. F., Annyas, A. A., Schutte, H. K., et al.: A new prosthesis for voice rehabilitation after laryngectomy. Arch. Otorhinolaryngol. (Germany) 237: 27-33, 1982.
- 7.- Wetmore, S. J., Krueger, K., Wesson, K.: The Singer-Blom speech rehabilitation procedure. Laryngoscope 91: 1109-1117, 1981.
- 8.- Wetmore, S. J., Johns, M., Baker, A. S.: The Singer-Blom voice restoration procedure. Arch. Otolaryngol. 107: 674-676, 1981.
- 9.- Singer, M. I., Blom, E. D.: An endoscopic technique for restoration of voice after laryngectomy. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 89: 529-533, 1980.
- 10.- Singer, M. I., Blom, E. D., Hamaker, R. C.: Further experience with voice restoration after total laryngectomy. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 90: 498-502, 1981.

Correspondencia:
Apartado Postal 2349
22000 Tijuana, B. C. México.

Absceso septal Manejo y reconstrucción

Dr. Guillermo ALATORRE SB. *
Dr. Efraín MONTIEL OVIEDO **

Resumen.- Se presenta el caso de una paciente femenina de 14 años de edad, que cursó con un absceso septal originado por la manipulación de un ferúnculo del vestíbulo nasal derecho. Fue manejada primariamente con antimicrobianos sin respuesta y posteriormente se drenó el absceso bajo anestesia general dejándose una pequeña placa de rayos x entre el cartílago reabsorbido y la mucosa, para conservar los planos adecuadamente. Quince días después se realizó la reconstrucción septal con injerto de cartilago de la concha del pabellón auricular retirando la placa previamente insertada. Los resultados fueron satisfactorios a mediano plazo, con mejoría de la sintomatología y sólo discreta retracción del dorso nasal.

Summary.- Female patient, 14 year-old, who had a septal abscess which arised from boil squeezing in right nares. Initially she was treated unsuccessfully with antimicrobials and eventually the abscess was drained under general anesthesia. A small piece of X-ray film was placed between resorbed cartilage and mucous membrane, trying to preserve tissue layers. Two weeks later septal reconstruction was perfomed with a cartilage graft obtained from concha auriculae, after X-ray film piece was removed. Medium range results were considered satisfactory; symptoms improved and finally it remained only a slight retraction of dorsum of the nose.

INTRODUCCION

El absceso de séptum nasal, es una entidad poco frecuente en nuestro medio. Generalmente cuando se presenta es secundario a traumatismos, cirugía previa, hematomas, sinusitis o infecciones dentales, siendo los gérmenes

más comunmente encontrados el Estafilococo dorado, el Estreptococo beta hemolítico y el Haemophilus influenzae². Se le puede definir como la colección de pus entre el séptum cartilaginoso u óseo y el mucopericondrio ó mucoperiostio¹.

Fisiopatología.- Una vez formado el absceso, el pus separa al mucopericondrio del cartílago, causando en éste isquemia y necrosis secundaria a la interferencia del aporte sanguíneo por una vasculitis trombótica, reemplazando al cartílago por tejido fibroso, lo que produce una retracción desorganizada del mismo, que puede traducirse más tarde en hundimiento del dorso con deformación de la pirámide nasal en "silla de montar"⁴.

Signos y síntomas.- La obstrucción nasal es el síntoma principal, que puede ser uni ó bilateral, dependiendo de la localización del absceso, se puede acompañar de rinorrea mucosa o mucopurulenta, cefalea y sensación de cuerpo extraño intranasal⁵.

Al examen físico podemos encontrar una masa intranasal proveniente del séptum, generalmen-

* Otorrinolaringólogo adscrito al Servicio de O. R. L. del Hospital General del C. M. La Raza del I. M. S. S. México, D. F.

** Residente del 3er. año del Servicio de O. R. L. del mismo Hospital.

te de localización anterior, uni ó bilateral, blanda lisa y dolorosa que se acompaña de hiperemia de la mucosa. Puede ó no haber fiebre, misma que generalmente no rebasa los 38° a 38.5° C.

Manejo.- El absceso septal debe considerarse como una urgencia, por lo que una vez diagnosticado, el paciente debe tratarse con antimicrobianos del tipo de la penicilina y posteriormente efectuar drenaje quirúrgico¹, mismo que deberá realizarse de preferencia bajo anestesia general, con una incisión sobre la mucosa en el punto de máxima fluctuación, pudiendo ser ésta bilateral en los casos en que se perciba abombamiento en ambas fosas nasales; posteriormente se debe evacuar el pus mediante succión y limpieza del mucopericondrio, irrigación con una solución antibiótica y drenaje con Penrose que deberá permanecer por dos o tres días, aplicándose taponamientos en ambas fosas nasales para favorecer un drenaje adecuado. Los antimicrobianos por vía intravenosa deberán continuarse por un mínimo de 5 días¹.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente femenina de 14 años de edad, sin antecedentes heredo-familiares o patológicos de importancia para su padecimiento, el cual lo inicia el día 10 de enero de 1984, al tratar de drenar un furúnculo intranasal proveniente de fosa nasal derecha, notando al día siguiente edema importante y dolor de tipo punzante local, posteriormente presentó rinorrea hialina de predominio derecho y obstrucción nasal bilateral, por lo que una semana después recibió tratamiento médico a base de penicilina G procaínica de 800,000 UI., IM. diarias, durante 8 días, sin presentar mejoría a dicho tra-

tamiento, por lo que es enviada a nuestro Servicio el 18 de enero de 1984, apreciándose nariz mesorrina, con edema del dorso y discreto hundimiento a nivel de la bóveda cartilaginosa, el séptum alineado con la mucosa nasal hiperémica y congestiva, en donde se apreció abombamiento anterior en ambas fosas nasales de áreas II a IV blando, liso y doloroso a la presión, que proviene de séptum e impide visualizar el resto de las estructuras. Se practica debridación de absceso septal bajo anestesia general, realizándose incisiones en ambos lados en área I derecha y II izquierda, drenando aproximadamente 5 ml de secreción purulenta, encontrándose restos de pericondrio con el séptum cartilaginosa totalmente destruido y el séptum óseo conservado. Se colocó en la zona del cartílago destruido una pequeña placa de rayos x como implante para la conservación de planos, fijándola con catgut crómico dos ceros y dejando Penrose en la columnella.

En el postoperatorio se le maneja con penicilina G sódica cris-

talina 5,000 000 U. I., I. V. cada 6 hrs., diluidas en 50 c. c. de solución glucosada al 5 %, analgésicos y dieta blanda. Seis días después se retiran los taponamientos nasales y el Penrose.

Posteriormente, el día 3 de febrero de 1984 se le realiza reconstrucción septal con implante de cartílago de concha, obtenido en el mismo tiempo quirúrgico del pabellón auricular derecho de la paciente, (Fig. 1) abordando el septum con la técnica maxila premaxila, retirando la placa de rayos x previamente implantada se coloca el injerto de cartílago de concha haciéndole rayado en su cara cóncava a base de cuñas longitudinales (Fig. 2), en el sitio anteriormente ocupado por el cartílago destruido y el injerto se fijó con un punto simple a nivel de la unión de la columnella y la espina nasal (Fig. 3). Finalmente se colocan los taponamientos definitivos.

La evolución de la paciente ha sido satisfactoria, apreciándose sólo un ligero hundimiento del dorso nasal, desapareciendo la sintomatología obstructiva nasal.

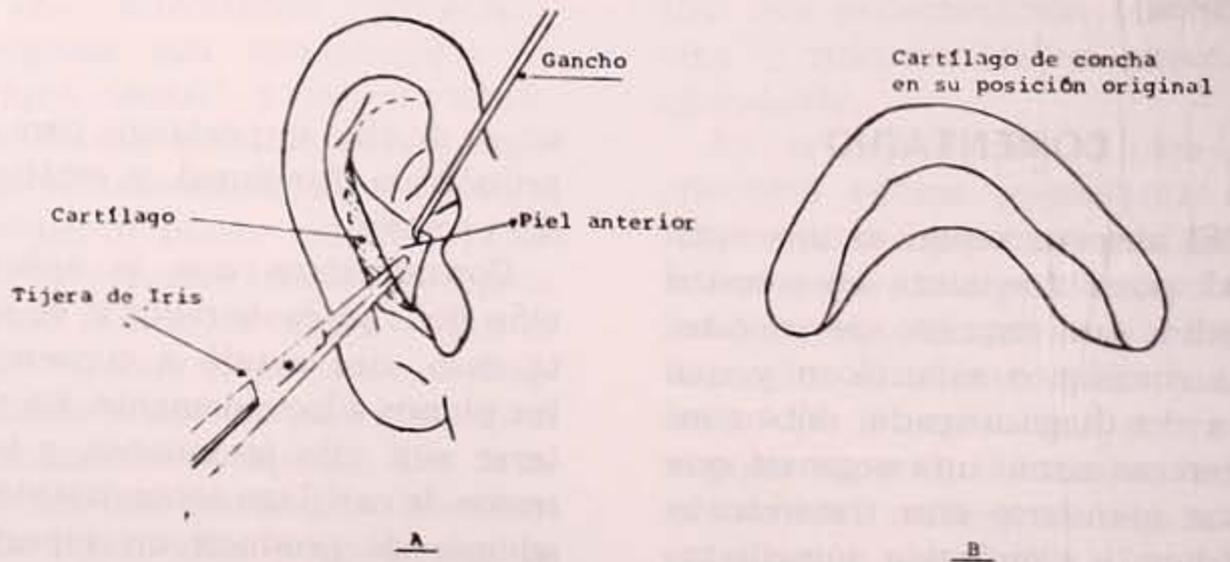


Fig. No. 1.- Método de obtención del cartílago de concha. Incisión sobre piel anterior en semiluna y levantamiento para exposición del cartílago.

A.- Tijera de iris y gancho de piel.

B.- Cartílago de concha ya extraído.

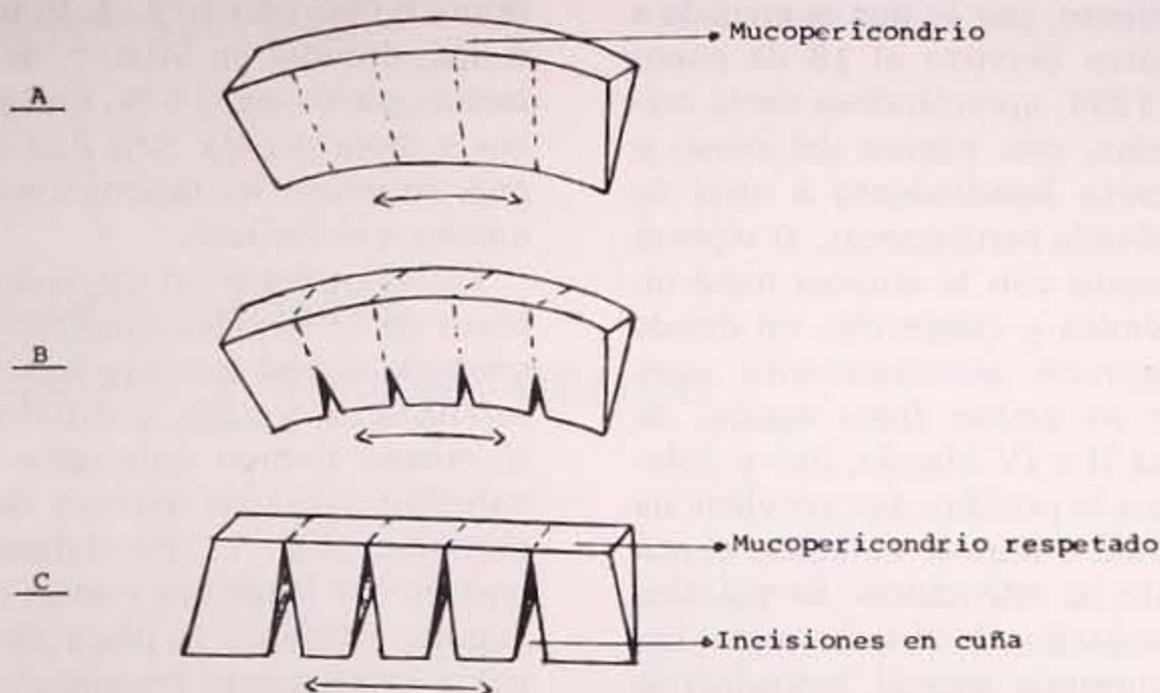


Fig. No. 2 Representación esquemática del rayado sobre la cara cóncava del cartílago, respetando el pericondrio de la superficie convexa, eliminando la tensión y logrando la verticalización del mismo.

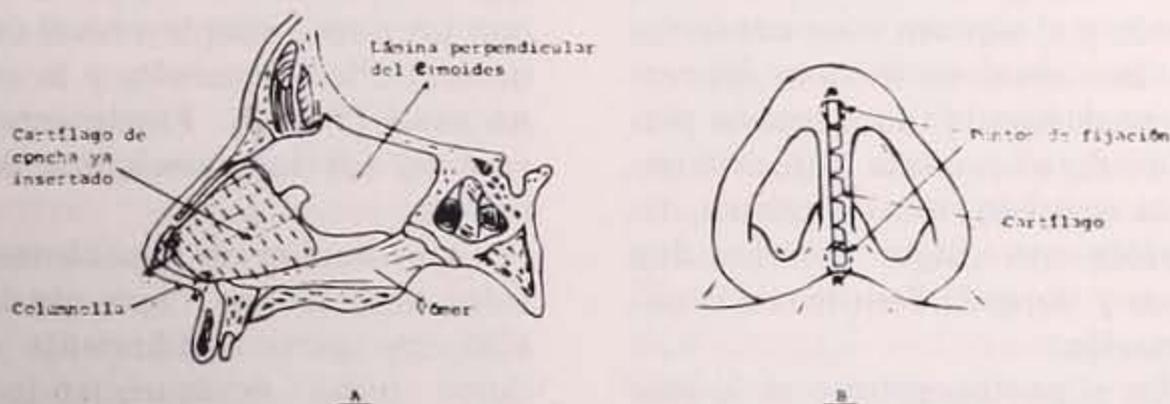


Fig. No. 3 A.- Cartílago de concha insertado en el septum, fijo mediante dos puntos a la columella (rayado horizontal y verticalmente).

B.- Vista inferior en la que se aprecian los puntos de fijación y cuñas del rayado vertical.

COMENTARIO

El absceso septal es una entidad poco frecuente en nuestro medio, que requiere de un estudio rinológico minucioso y que una vez diagnosticado, debe considerarse como una urgencia que debe atenderse con tratamiento médico y quirúrgico inmediato, por lo que el diagnóstico temprano

no es de vital importancia para el pronóstico funcional y estético del paciente.

Consideramos que la aplicación de la placa de rayos x, en este caso, nos ayudó a conservar los planos adecuadamente, sin alterar aún más la mucosa, y los restos de cartílago sobrevivientes, además de producir un soporte adecuado para la pirámide nasal,

siendo solamente necesario darle el tamaño y la forma adecuados al requerimiento del septum de la paciente.

Así mismo, consideramos que el cartílago de concha obtenido del oído de la misma paciente tiene un tamaño adecuado para implantarse en el septum, además de ser de fácil acceso, es necesario vencer solamente su curvatura para alinearlo, lo cual se logra rayándolo con bisturí hoja No. 11 ó 15 en forma longitudinal y haciéndole pequeñas cuñas sobre su cara cóncava⁸. (Fig. No 2).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Ambrus, P. S.; Eavy, R. D.: Management of nasal septal abscess. *Laryngoscope* 91: 575-582, 1981
- 2.- Da Silva, M.; Helman, J.: Nasal septal abscess of dental origin. *Arch. Otolaryngol.* 108: 380-381, 1982.
- 3.- Fearon, B.; Mc. Kendry, J. B.: Abscess of the nasal septum in children. *Arch. Otolaryngol.* 74: 408-412, 1961.
- 4.- Olsen, K. D.; Carpenter, R. J.: Nasal septal injury in children. *Diagnosis and management.* *Arch. Otolaryngol.* 106: 317-320, 1980.
- 5.- Paparella MM.; Schumrick, D. A.: *Otolaryngology: 2067-8 Editorial Saunders, Vol. No. 3 2a. edición. 1980.*
- 6.- Tetriak, D. N.: Clinical characteristics of abscess of the nasal septum. *Vest. Otorrinolaryngol.* 2: 72-73, 1980.
- 7.- Vase, P.; Johanessen, J.: Homograft cartilage in the treatment of an abscess in the nasal septum. *J. Laryngol. Otol.*, 95: 357-359, 1981.
- 8.- Wilson, T. M.; Wong, W. L.: Applications of the biomechanical behavior of cartilage to nasal septoplasty surgery. *Laryngoscope* 92: 300-309, 1982.

Infecciones orofaciales de origen dental

Presentación de tres casos

Dr. Bernardo GROBEISEN ROUDY *
Dr. Paul J. OLSOFF
Dr. Gustavo SUCHOWITZKY

Resumen.- Se presentan tres casos de procesos dentales complicados. En dos de los enfermos se desarrollaron sinusitis maxilares con fistulas oroantrales, las cuales fueron resueltas mediante operación de Caldwell-Luc y plastia de las fístulas. El otro caso se complicó con gran edema del piso de la boca y compromiso laríngeo, que obligó a la traqueotomía y drenaje quirúrgico de la región submandibular. Los tres casos evolucionaron satisfactoriamente con las medidas quirúrgicas establecidas además del adecuado manejo con antimicrobianos.

Summary.- The report describes the cases of three patients with dental processes that eventually were complicated. Two patients developed maxillary sinusitis with oroantral fistula and both were treated by a Caldwell-Luc procedure and repair of

fistulae. The remaining case was complicated by edema of the floor of mouth and laryngeal compromise which necessarily ended in a tracheostomy and surgical drainage of submandibular area. All patients had an uneventful postoperative course and surgery was supplemented with adequate doses of antimicrobial drugs.

INTRODUCCION

Las infecciones orofaciales piógenas son comunmente de origen dental¹ y aunque usualmente son autolimitadas y especialmente confinadas, el material purulento puede extenderse hacia los espacios faciales contiguos desde el sitio de origen^{2,3} por lo que es muy importante el diagnóstico temprano para instituir el tratamiento apropiado. Las complicaciones tales como la extensión intracraneal o mediastinal supurativa, la extensión retrofaríngea con obstrucción de la vía aérea, la supuración pleuropulmonar y la diseminación hematogena a válvulas cardiacas, prótesis y

otros focos metastásicos, indican la potencial gravedad de estas infecciones^{2,3,4}

PRESENTACION DE CASOS

Caso 1.- R. G. S. Masculino de 40 años de edad que se presentó a la consulta con antecedentes de extracciones dentales de segundo y tercer molares superiores derechos tres meses antes de su visita. Inició el cuadro con cefaleas generalizadas intensas, fiebre de 39.5°C, odinofagia, tos productiva con expectoración blanquecina y rinorrea hialina anterior abundante.

En la exploración clínica se encontró edema importante de los cornetes superior y medio bilateralmente, con predominio de los derechos. Al aspirar en el meato medio se obtuvo moco purulento. En la región oral sobre el maxilar superior del mismo lado, se encontró un área con tejido de granulación abundante a la altura del segundo y tercer molares, con una fístula oroantral de aproximadamente 2 cm de diámetro. Al hacerse la maniobra de Valsalva, se observó drenaje purulento

* Otorrinolaringólogo. México, D. F.

a través de la fístula. Se inició tratamiento a base de cefalosporinas, maleato de clorfeniramina y gotas nasales de fenilefrina al 0.25 %.

El estudio radiológico de senos paranasales demostró: Seno frontal izquierdo con moderado engrosamiento de la mucosa, celdillas etmoidales opacas, seno maxilar derecho con acentuada opacidad (Figs. 1 y 2). El seno maxilar izquierdo normal.

Cuatro semanas después de la primera consulta se realizó operación de Caldwell-Luc derecha y antrostomía bilateral transnasal. Se extirpó mucosa respiratoria polipoidea y se procedió al cierre de la fístula oroantral con un autoinjerto óseo de la cara anterior

del seno maxilar y un colgajo de mucosa oral. La fístula medía 2.5 cm en su diámetro mayor.

En el postoperatorio presentó rechazo del injerto óseo y del colgajo en la región proximal, dejando una fístula residual de 3 mm de diámetro. Esta fístula produjo nuevamente sinusitis maxilar derecha, motivo por el que se consideró la posibilidad de reoperar el seno. De acuerdo a la opinión del odontólogo, la fístula se produjo porque existía una zona de necrosis en la raíz dental del primer molar, razón por la que se procedió a realizar endodoncia y apicectomía de dicha pieza, a pesar de lo cual persistió la fístula. Se propuso la extracción de dicho molar a lo cual se

negaron tanto paciente como el odontólogo.

Finalmente se reintervino seis meses después practicándose operación de Caldwell-Luc derecha, fistulectomía y cierre con colgajo palatino y gingival con resultados postoperatorios satisfactorios por dos meses, después de los cuales reaparece la fístula entre el primer molar y el colgajo palatino. A la fecha esta fístula se ocluyó con una prótesis dental y se espera a que se haga la extracción de la pieza para lograr el cierre de la fístula en forma definitiva.

Caso 2.- L. O. P. Masculino de 37 años de edad con antecedentes de extracción del tercer molar inferior izquierdo. Seis días antes



Figura No. 1.- Radiografía en posición de Waters que demuestra una marcada opacidad del seno maxilar derecho.

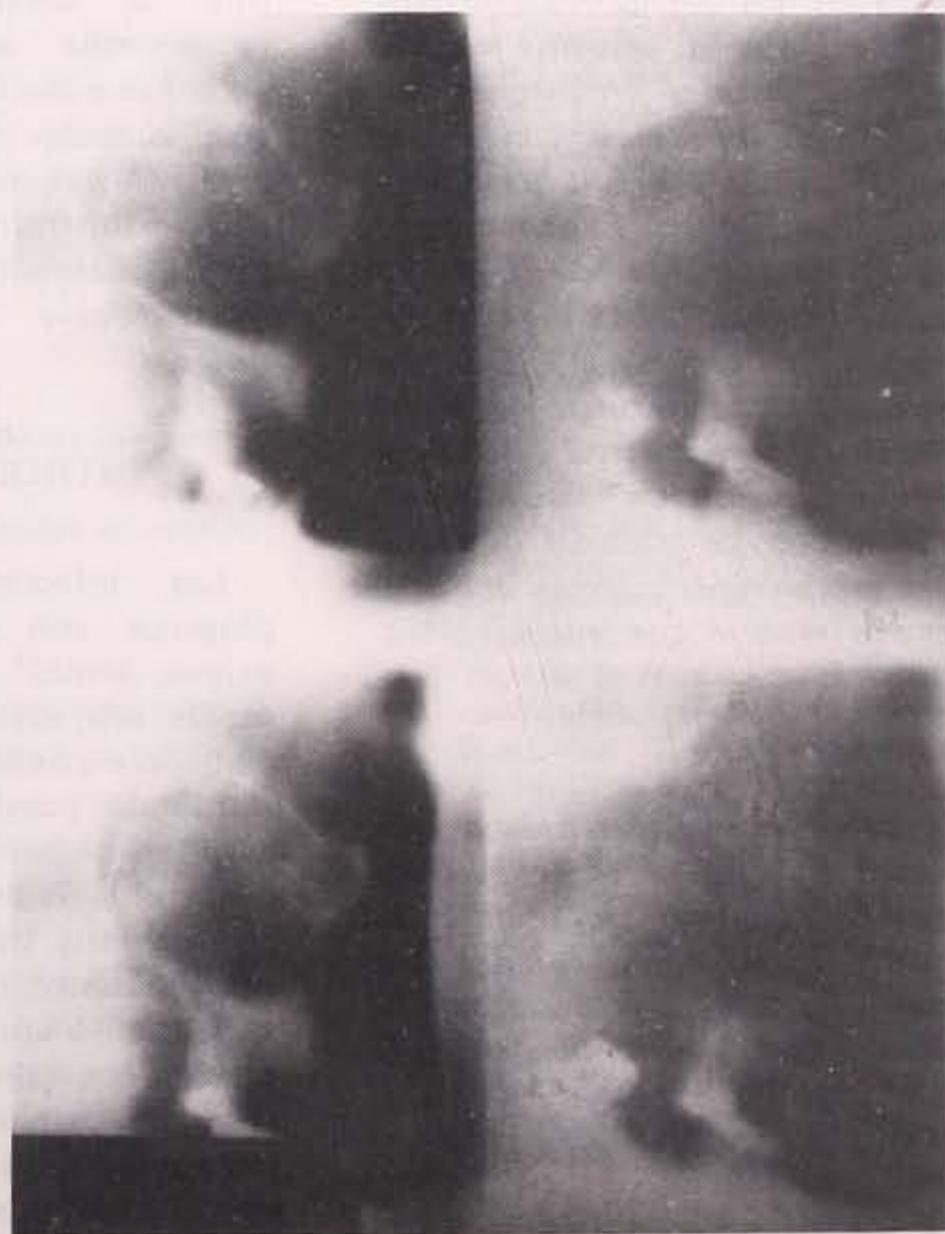


Figura No. 2.- Tomografía lateral del seno maxilar derecho en donde se demuestra fístula oroantral y solución de continuidad del tercio posterior del piso.

fue visto por tres diferentes facultativos quienes aparentemente no encontraron patología orgánica.

El paciente se presenta con disfagia, trismus y dificultad para hablar, todos estos síntomas evolucionaron en aumento lento y progresivamente.

Al examen físico se encuentra a un individuo delgado, sentado, con tórax inclinado hacia el frente, disnea moderada y dificultad discreta para el habla; fiebre de 38.5° C. Oídos, nariz y ojos normales. En la región oral observamos piezas dentarias en pésimas condiciones higiénicas y restauración dental; el alveolo del tercer molar inferior izquierdo obliterado por una curación dental. Edema considerable del piso de la boca, que empujaba a la lengua hacia atrás y hacia arriba; no se lograban visualizar pilares ni úvula. Aumento de volumen en cuello y eritema de la región submandibular de consistencia dura, sin fluctuaciones y muy dolorosa a la palpación.

La radiografía de cuello demostró obstrucción extrínseca de la vía aérea superior a nivel de la base de la lengua (Fig. 3). Los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis de 23,000 con neutrofilia de 83 %.

En estas condiciones el paciente es llevado al quirófano donde se le practicó traqueotomía bajo anestesia local (Fig. 4). Fue intubado a través del traqueostoma y se procedió al drenaje externo de la región submandibular, obteniéndose pus abundante que se envía para búsqueda de aerobios y anaerobios.

La herida fue irrigada profusamente con agua oxigenada y solución fisiológica y se le mantuvo con penicilina por vía intravenosa con 10 millones cada cuatro horas por siete días.



Figura No. 3.- Radiografía lateral de cuello que demuestra obstrucción de la vía aérea superior a nivel de la base de la lengua y aumento de densidad de los tejidos blandos de la región suprahiodea.

Al quinto día postoperatorio tanto la valoración clínica como la radiológica mostraron una importante disminución del edema del piso de la boca y de la base de la lengua, motivo por el cual se retiró la cánula de traqueotomía y dos días después es egresado del hospital. Tres meses después, última fecha de su revisión se encontraba en perfectas condiciones y es dado de alta.

Caso 3.- M. B. R. Femenino de 31 años de edad con desviación septal obstructiva izquierda y sinusitis maxilar izquierda. En marzo de 1981 fue sometido a septoplastia, operación de Caldwell-Luc izquierda y antrostomías transnasales bilaterales. En septiembre de 1983 se presentó a la consulta con cefalea y dolor facial izquierdo mal olor de boca. A la exploración física se encontraron datos de sinusitis purulenta maxilar izquierda y área de enrojecimiento por arriba del primer premolar izquierdo. Se inició tratamiento con cefalosporinas, maleato de clorfeniramina y fenilefrina gotas al 0.25 %. El estudio radiográfico mostró datos de sinusitis maxilar izquierdo con tratamiento endodóncico corto del primer premolar que mostraba una imagen radiolúcida en la región apical.

mer premolar izquierdo. Se inició tratamiento con cefalosporinas, maleato de clorfeniramina y fenilefrina gotas al 0.25 %. El estudio radiográfico mostró datos de sinusitis maxilar izquierdo con tratamiento endodóncico corto del primer premolar que mostraba una imagen radiolúcida en la región apical.

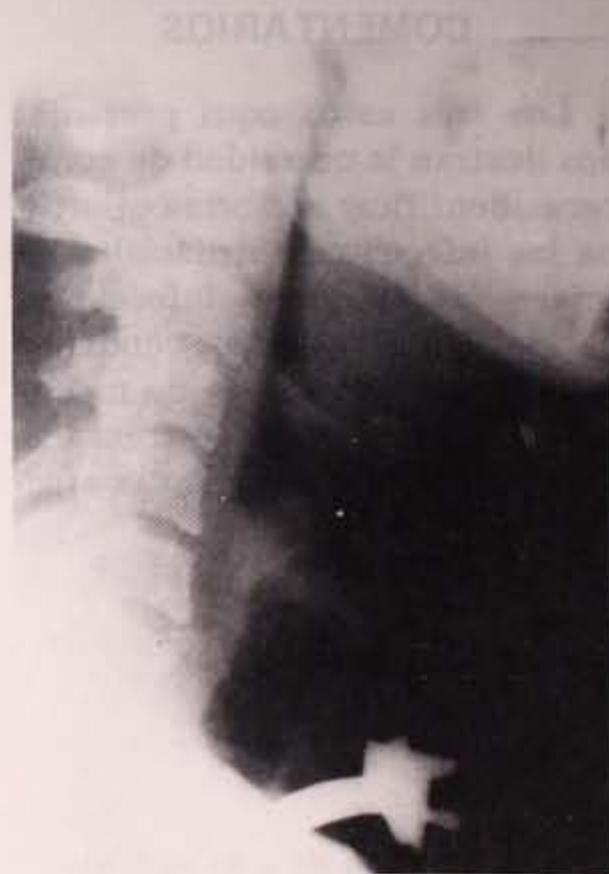


Figura No. 4.- Radiografía lateral de cuello con sonda de traqueostomía en posición.



Figura No. 5.- Radiografía oclusal donde por medio de una varilla de gutapercha se demuestra la presencia de fistula oroantral.

La enferma fue referida al odontólogo quien efectuó endodoncia de la pieza, después de lo

cual se formó una fístula entre la región apical del primer premolar y la encía que se comunicaba al piso del seno maxilar izquierdo (Fig. 5). Se procedió a realizar una operación de Caldwell-Luc izquierda y tratamiento de la fístula, lográndose a la fecha, 7 meses después de la intervención cierre total.

COMENTARIOS

Los tres casos aquí presentados ilustran la necesidad de conocer e identificar en forma oportuna las infecciones orofaciales de origen dental. Las infecciones de los tejidos blandos tienden a extenderse por planos de menor resistencia desde las estructuras que dan apoyo a los dientes afectados hasta los diferentes espacios faciales vecinos. El adecuado conocimiento de las vías anatómicas de estas infecciones proveerá información no únicamente de la naturaleza, localización y extensión de la infección, sino también pautas para el óptimo abordaje y drenaje quirúrgicos.

Por último es fundamental hacer conciencia en los odontólogos de la importancia que tiene el buen manejo de los antimicrobianos y de los puntos críticos determinantes de las conexiones accidentales entre las piezas dentales y las cavidades anexas como son los senos paranasales, ya que una reparación oportuna en el momento de la extracción, puede evitar la fistulización entre el antro y la cavidad oral.

Por último es fundamental hacer conciencia en los odontólogos de la importancia que tiene el buen manejo de los antimicrobianos y de los puntos críticos determinantes de las conexiones accidentales entre las piezas dentales y las cavidades anexas como son los senos paranasales, ya que una reparación oportuna en el momento de la extracción, puede evitar la fistulización entre el antro y la cavidad oral.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Chow, A. W., Roser, S. M., y Brady, F. A.*: Orofacial Odontogenic Infections. *Ann. Inter. Med.*, 88: 392-402, 1978.
- 2.- *Finch, R. G., Snider, G. E., y Sprinkle, O. M.*: Ludwig's Angina. *J. A. M. A.*, 243: 1171-1173, 1980.
- 3.- *Lewitt, G. W.*: Cervical Fascia and Deep Neck Infections. *Otolaryngol. Clin. of North Am.*, 9: 703-716, 1976.
- 4.- *Strauss, H. R., Tilghman, D. M., y Hankins, J.*: Ludwig's Angina, Empyema, Pulmonary Infiltrate, and Pericarditis Secondary to Extraction of a Tooth. *J. Oral Surg.*, 38: 223-229, 1980.

Correspondencia:

Newton 186-401

C. P. 11560 México, D. F.

Notas e informaciones

XIII CONGRESO MUNDIAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Del 27 al 31 de mayo de 1985 se efectuará en Miami Beach, Florida E. U. A. el XIII Congreso Mundial de Otorrinolaringología patrocinado por la Federación Internacional de Sociedades Otorrinolaringológicas.

El Presidente del Congreso es el Dr. J. Ryan Chandler, el Dr. Anthony J. Maniglia el Secretario General y el Dr. Joseph Freeman el Tesorero.

Los Hoteles sede son el "Fontainebleau Hilton Hotel & Resort" y el "Eden Roc Hotel and Cabana Club"

Para mayores informes dirigirse al Secretario General, Dr. Anthony Maniglia a 1500 N. W. 12 Avenue, Suite 817 Miami, Florida 33136 E. U. A. Teléfono (305) 325-8899 Telex

821373 ORL World UD Cable: Otcog

X CONGRESO INTERNACIONAL DE RADIOLOGIA EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Del 20 al 22 de mayo de 1985 se efectuará en Caracas Venezuela el X Congreso Internacional de Radiología en Otorrinolaringología.

El Presidente del Comité Organizador es el Dr. Edgar Chiossone Lares. La sede del evento será el Hotel Tamanco de Caracas, Venezuela

Dirección de las Oficinas.- Grupo Médico Otorrinolaringológico. Avenida Cafetal, Chuao. Caracas 1060 Venezuela. Tel. (58-2) 92-90-79 Dirección Postal.- Apartado 65.015 (Módulo Chuao) Caracas 2065-A Venezuela.

Los días 18 y 19 de Mayo de 1985 habrá un curso Pre-Congreso sobre "Enfoque práctico en Radiología ORL 1985".

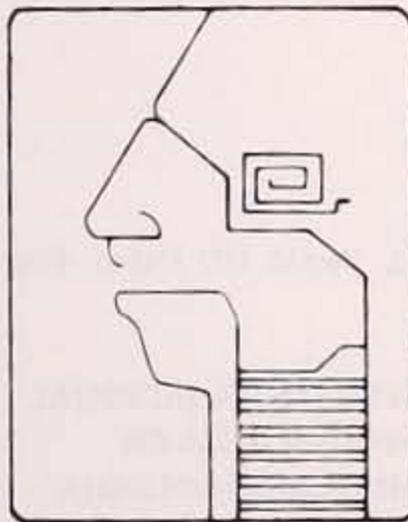
XI SIMPOSIO ANUAL DE ENFERMEDADES DEL OIDO, NARIZ Y GARGANTA EN LOS NIÑOS

Del 5 al 9 de diciembre de 1984 se efectuará en "The Breakers (Rompeolas), Palm Beach, Florida el "XI Simposio Anual de Enfermedades de Oído, Nariz y Garganta en los niños", dirigido por: Charles D. Bluestone M. D., Jack L. Paradise M. D. y Sylvan E. Stool M. D. Para mayores informes dirigirse a: Sandra Arjona, Manager, Sistemas de información, Departamento de Otorrinolaringología, "Children's Hospital of Pittsburgh" 125 De Soto St. Pittsburgh, Pa. 15213 (412) 647-5466 E. U. A.

XXXV CONGRESO NACIONAL

MONTERREY, N. L.

**SOCIEDAD MEXICANA
DE
OTORRINOLARINGOLOGIA**



1° AL 5 DE MAYO DE 1985

Sede Hotel Monterrey Plaza

Cursos de actualización, Mesas redondas, Trabajos libres.

**PRESIDENTE
Dr. Sergio Decanini Tornessi**

**Informes.- Áldama 415 Sur
Monterrey, N. L.
Tel. 43-12-46**



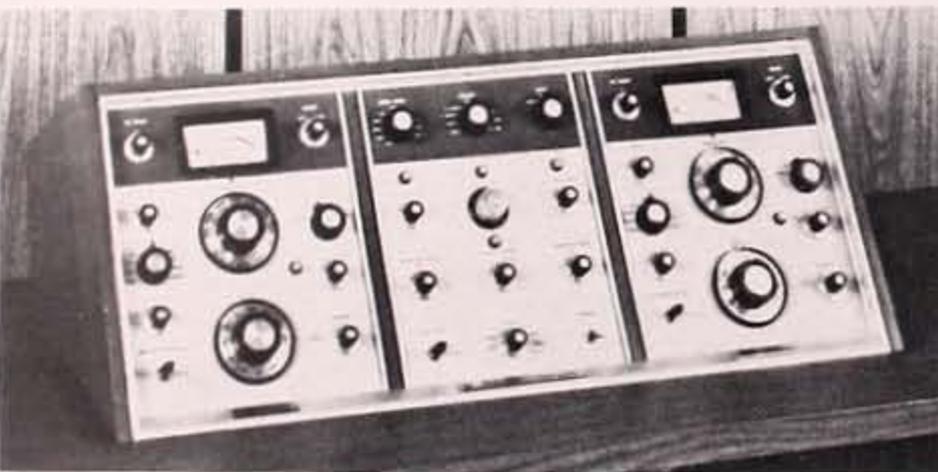
MAICO La más conocida marca en audición le ofrece el más amplio renglón de audiómetros



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



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



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



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

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

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

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

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

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

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

Cuando el objetivo de



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.

tratamiento 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 Flucloroxacilina Sódica; cada cucharadita de 5 ml contiene 250 mg de Flucloroxacilina 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.

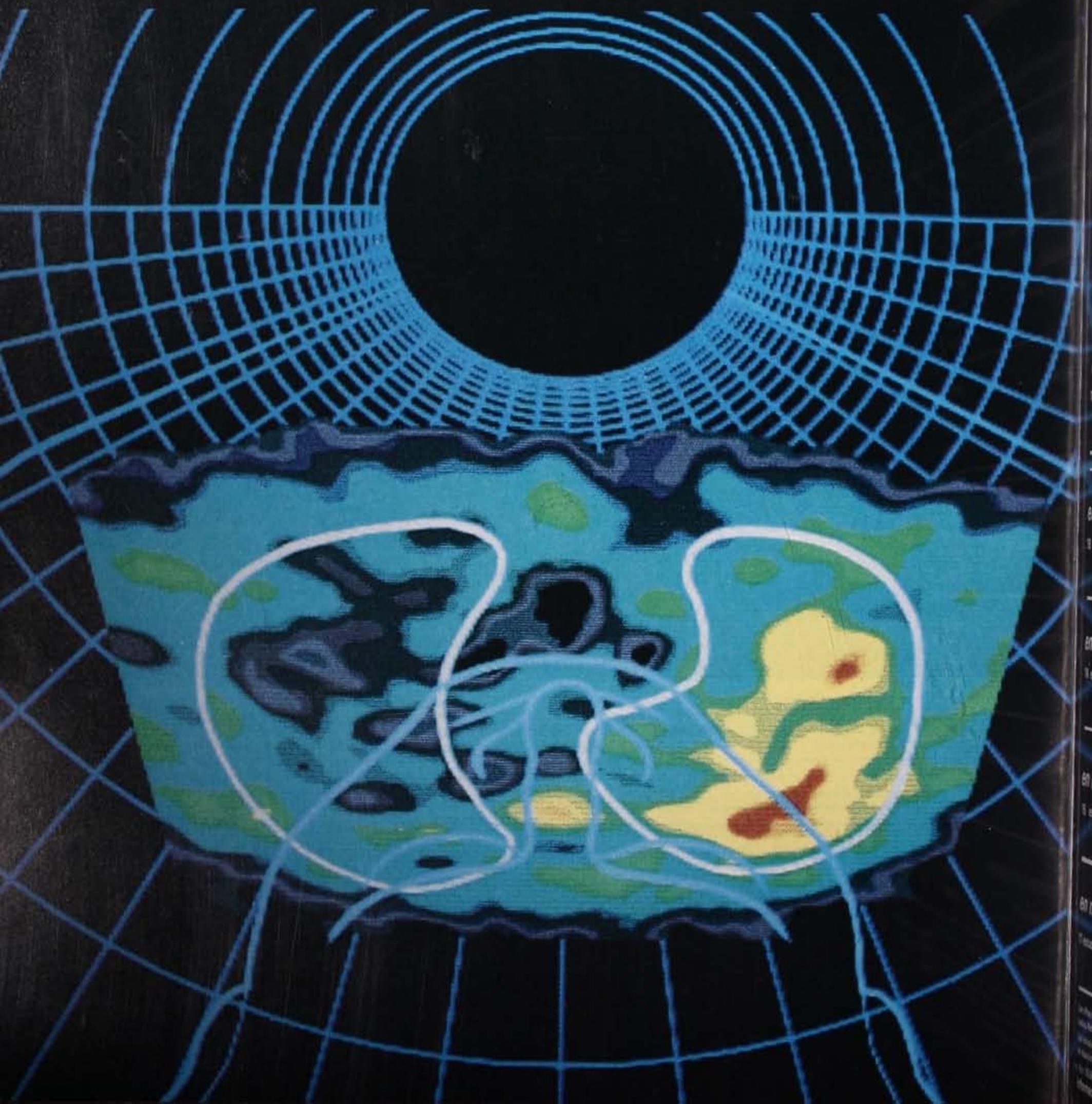
Hecho en México por:
Beecham Farmacéutica, S.A. de C.V.
Miguel Angel de Quevedo No. 307,
Coyoacán 04310, México, D.F.

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".

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

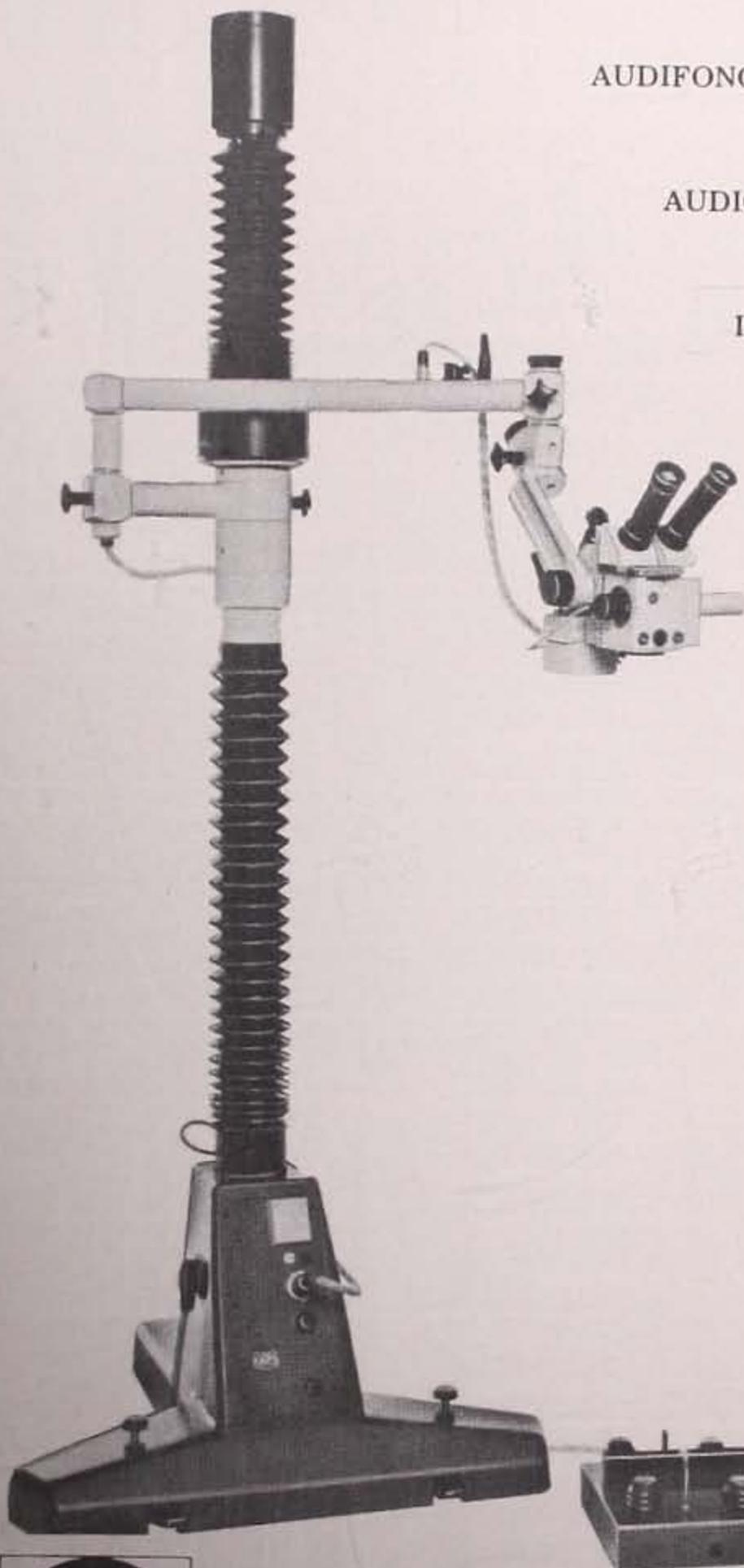
Información para prescribir, en páginas interiores



**ABBOTT LABORATORIES
DE MEXICO, S.A.**
División Farmacéutica

- MICROSCOPIOS PARA MICRO-CIRUGIA CON MOVIMIENTO MANUAL O ELECTROMOTORIZADO
- ESTATIVOS DE PARED O PEDESTAL.
- ENFOQUE FINO
- FACILMENTE TRANSPORTABLE DE CONSULTORIO A QUIROFANO.

Nuevo
Karl Kaps



AUDIFONOS PARA SORDERA

AUDIOMETROS

IMPEDANCIOMETROS

CAMARAS SILENTES

INSTRUMENTOS QUIRURGICOS
PARA OTORRINOLARINGOLOGIA

ELECTRONISTAMOGRAFOS

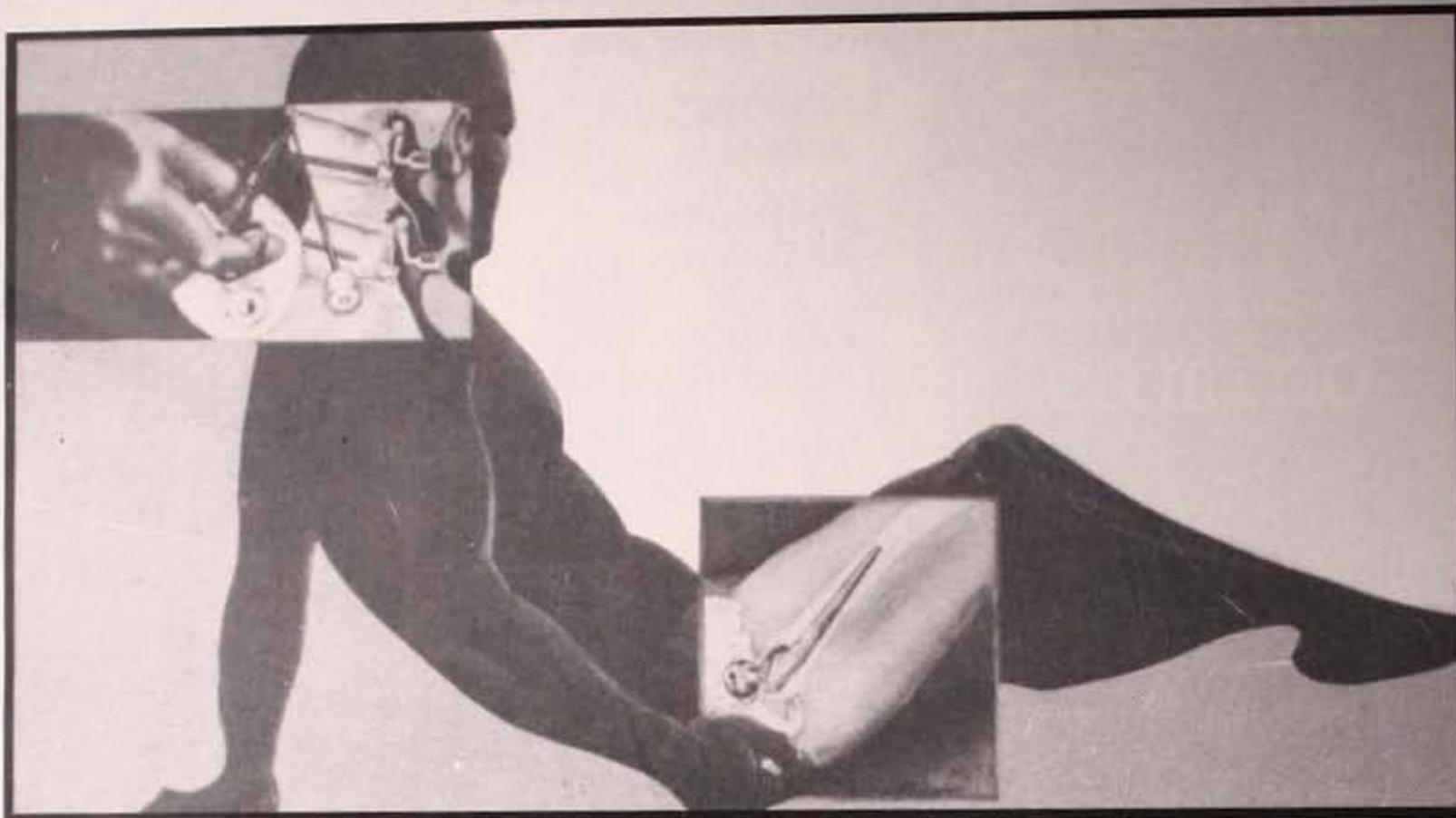
MICROSCOPIOS
KARL KAPS

SERVICIO



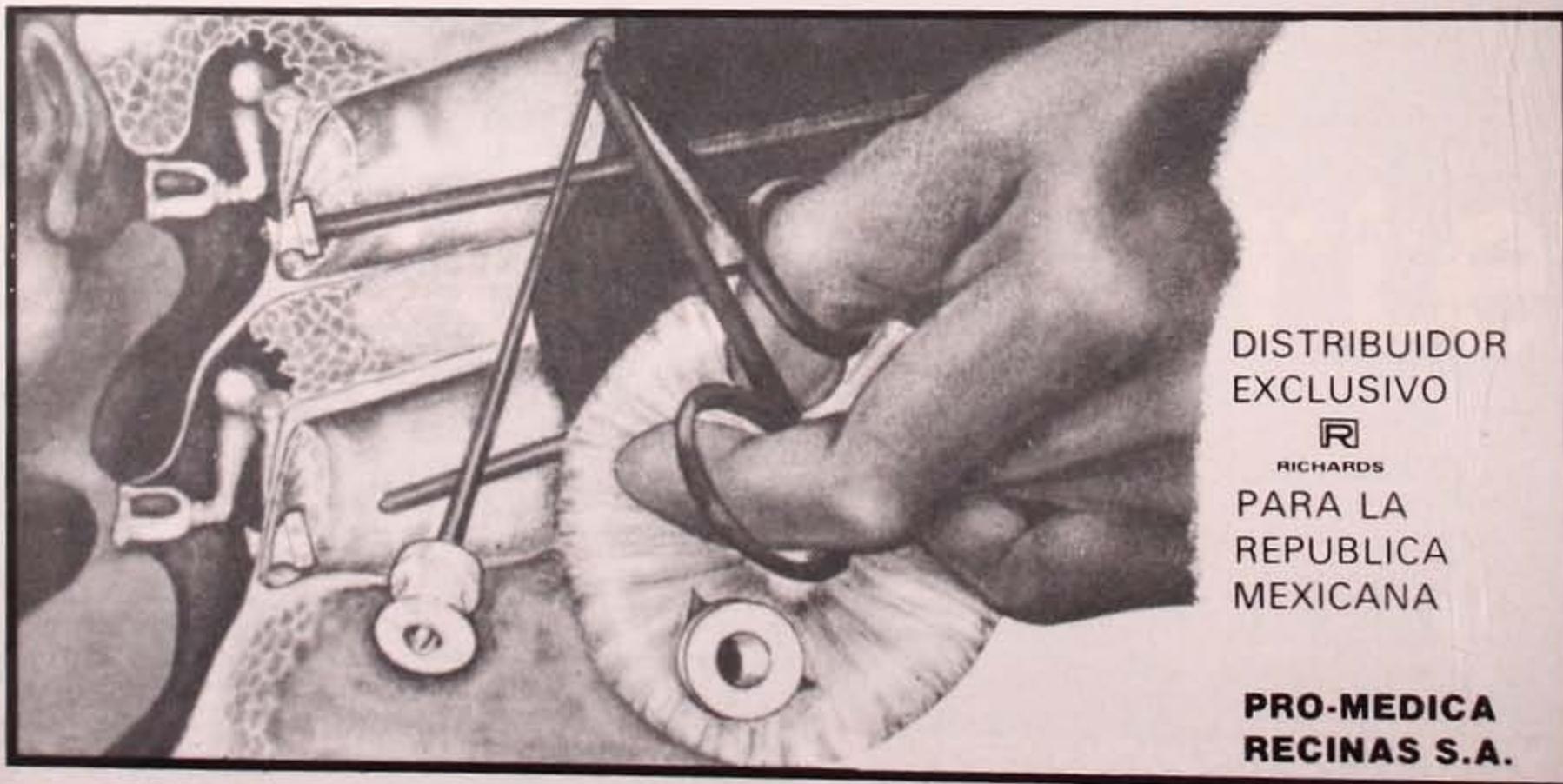
Karl Kaps KG
WEST GERMANY

INSTITUTO ALEMAN DE SORDERA
AV. DURANGO No. 316 COL. ROMA DELEG. CUAUHEMOC
06700, MEXICO, D.F. TELS.: 211-34-78 211-36-03



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
ABBOTT	PANTOMICINA Antibiótico
ASTRA	PENGLOBE Antibiótico
BEECHAM	PENAMOX Mucolítico antibiótico
	FLOXAPEN Antibiótico
BOEHRINGER INGELHEIM	BISOLVON Fluidificante de la secreción de las vías respiratorias superiores
DEWIMED, S. A.	INSTRUMENTAL PARA MICROCIROGIA Y EQUIPO MEDICO
LEPETIT	Nuevo TELDANE Rinitis, urticaria, antihistamínico
INSTITUTO ALEMAN DE SORDERA	AUDIFONOS PARA SORDERA Y EQUIPOS ELECTROMEDICOS PARA OTORRINOLARINGOLOGIA
JANSSEN FARMACEUTICA, S. A. de C. V.	STUGERON FORTE En el síndrome vertiginoso
MAICO LATIN AMERICA	AUDIOMETROS PROFESIONALES
NICOLET	INSTRUMENTOS DE POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS
OFTASA, S. A.	ORLA Especialistas en oídos y garganta
PRO-MEDICA RECINAS, S. A.	INSTRUMENTAL DE RINOPLASTIA Y MICROCIROGIA DEL OIDO
ROCHE	BACTRIM bactericida de amplio espectro
SCHERAMEX	IDULAMINE Tabletas, jarabe, antihistamínico
TOMFER	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

Dix, M.R., Practitioner 221, 296 (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

* Marca Registrada

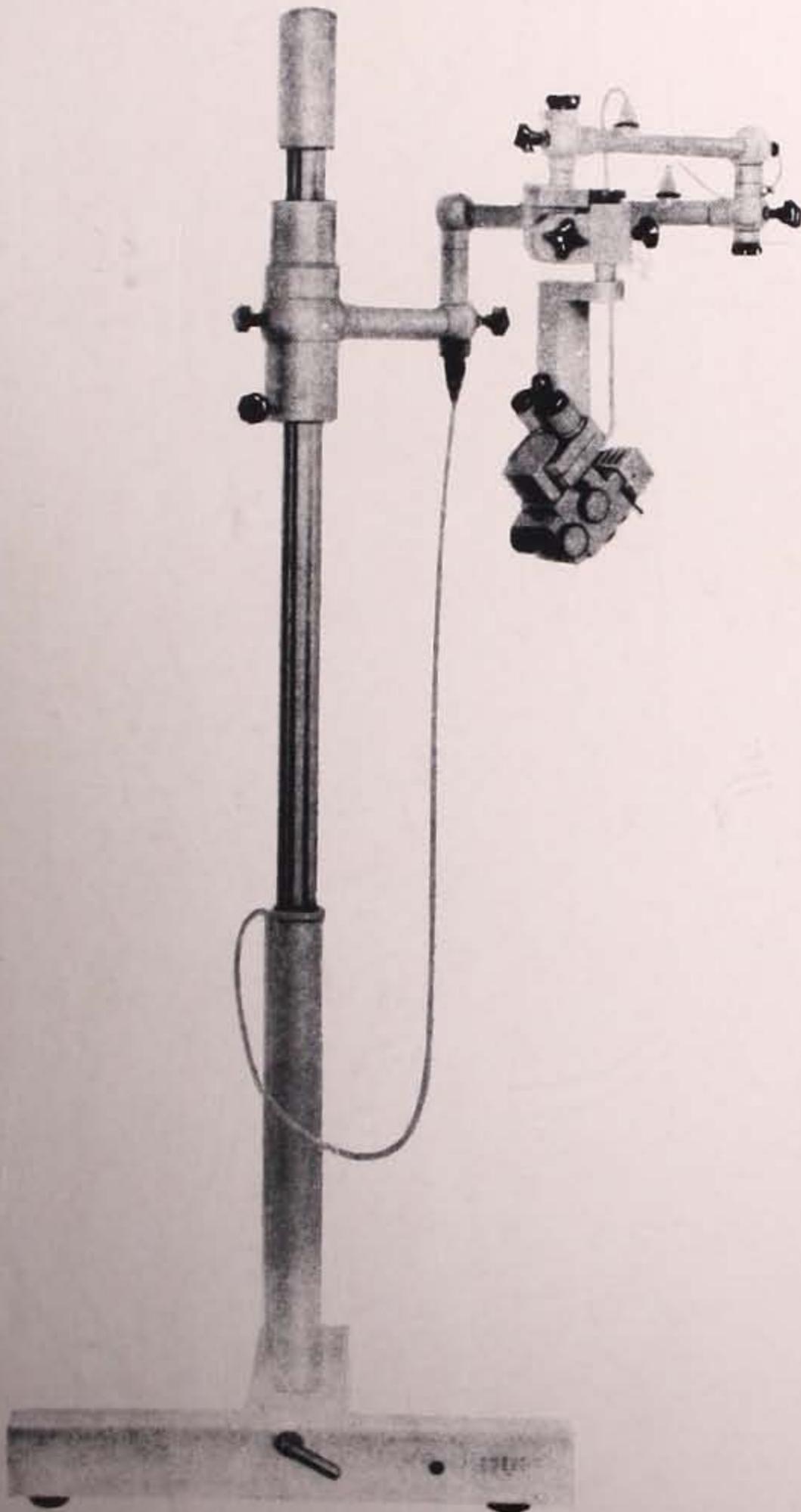


DEWIMED, S.A.

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