



# ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL

FUNDADA EN 1949

ORGANO OFICIAL

PAGINA DEL DIRECTOR.....	1
<b>REVISION DE TEMAS CON CASUISTICA ORIGINAL</b>	
Hipoacusia súbita unilateral Correlación de hallazgos oto-neurológicos y potenciales provocados auditivos de tallo cerebral. <i>Dr. José A. Arroyo Castelazo y col.</i> .....	3
La infección en la intubación prolongada. <i>Dr. Jorge Alvarez Balbas y cols</i> .....	8
Hemotímpano idiopático presentación de 5 casos. <i>Dr. Guillermo Hernández Valencia y Col</i> .....	11
Reparación quirúrgica de las perforaciones septales. <i>Dr. José L. Ramírez González y cols.</i> .....	16
<b>CASOS CLINICOS</b>	
Ameloblastoma del maxilar superior Presentación de un caso. <i>Dr. Manuel Peñaloza Plascencia y cols.</i> .....	19
Epiglotis aguda del adulto. <i>Dr. Bernardo Grobeisen Roudy y cols.</i> .....	23
NOTAS E INFORMACIONES .....	26
SUPLEMENTO .....	27

DISTRIBUCION GRATUITA

MEXICO, DICIEMBRE - ENERO - FEBRERO 1985

VOL. XXX NUMERO 1



# Un Avance Importante En El Tratamiento De Las Alergias

**Nuevo  
TELDANE®**  
Suspensión 60 ml.

Barrera  
Hematoencefálica

Molécula de TELDANE®

Receptores H1



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

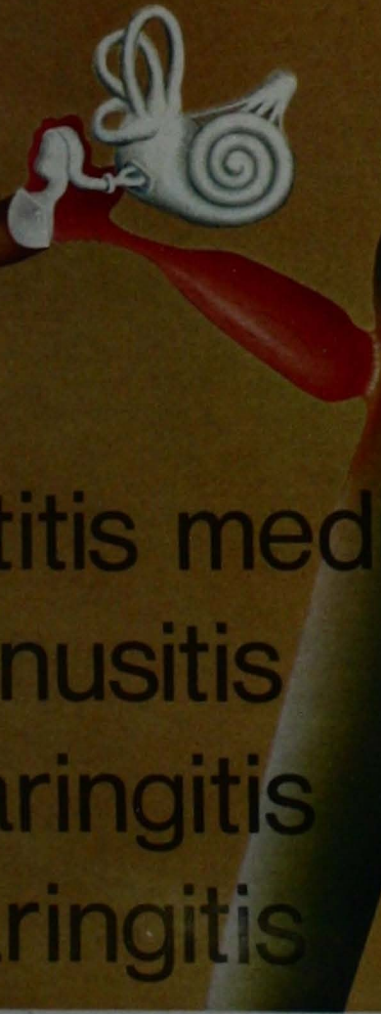
**TELDANE®**  
(Terfenadina)

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



# Bisolvon\*

(Bromhexina)



otitis media  
sinusitis  
faringitis  
laringitis

## Bisolvon\*

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.

fluidificante de la secreción de las vías respiratorias superiores

2 mg x ml.

Contraindicaciones:

Hasta la fecha no se conocen

Reacciones secundarias:

A dosis terapéuticas no deben esperarse

Su venta requiere receta médica

\*Marcas registradas

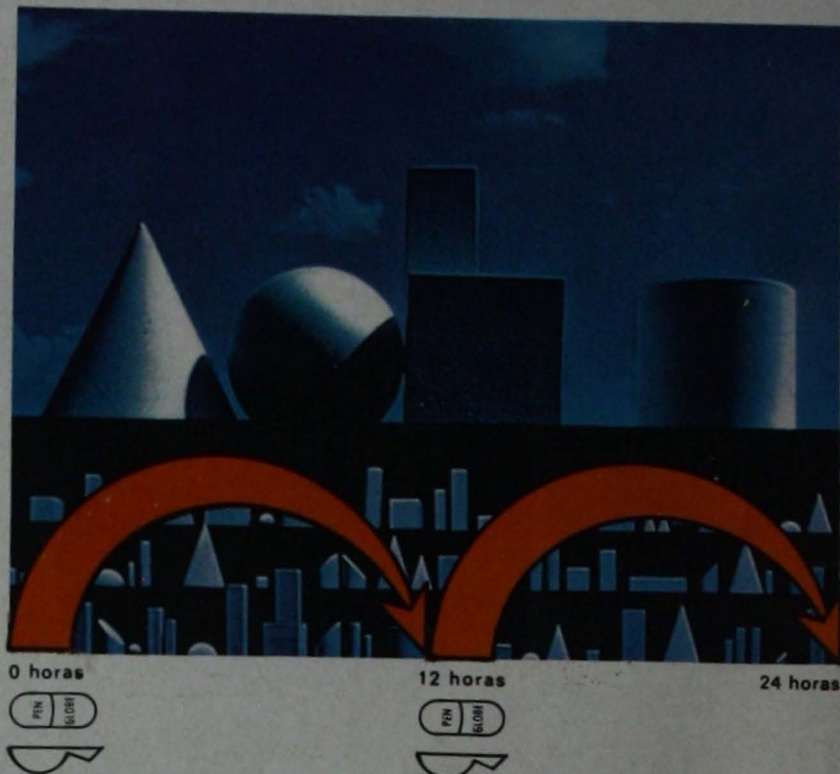
Regs. Nos. 66679, 66641, 73688, S.S.A.  
I I E-10873/J



**Boehringer  
Ingelheim\***



# 20 años de avance terapéutico



# PENGLLOBE

## 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.

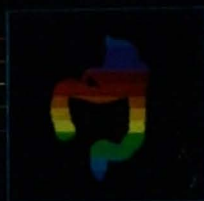
### PRESENTACIONES:

Caja con 6 tabletas en tira de aluminio.

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



De BEECHAM... la compañía innovadora  
y autoridad mundial en penicilinas semisintéticas



**Rapidez! Potencia! Impacto!**



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.

En infecciones:

- Respiratorias
- Gastrointestinales
- Urinarias

A diferencia de la ampicilina...

**Penamox**\* cada  
8 horas

**PRESENTACIONES:** Cápsulas de 500 mg., caja con 9. Suspensión de 250 mg., frasco para 60 ml. Suspensión de 500 mg., frasco para 45 ml. Inyectable de 250 mg., 1 frasco ampula, lco. con solvente (agua destilada) 2 ml. Inyectable de 500 mg., 1 frasco ampula, lco. con solvente (agua destilada) 2 ml. Tabletas de 1 g., caja con 6. **PRECAUCIONES:** 1. No existe en el mercado penicilina que no ofrezca peligros. 2. La sensibilidad de cada persona al medicamento es el factor desencadenante de reacciones alérgicas leves o graves. 3. La penicilina siendo inofensiva para la mayoría de los pacientes, en otros resulta perjudicial, por lo que solamente el médico basándose en su experiencia y en las reacciones anteriores de las personas por el uso del medicamento, determinará si debe o no ser usado. 4. La penicilina es un medicamento útil dentro de la terapéutica actual y su prescripción y uso quedarán bajo la estricta responsabilidad del médico. 5. En el caso de que se presenten accidentes por penicilina, se recomienda la aplicación inmediata de adrenalina al más alto porcentaje intramuscular. Podrán utilizarse asimismo, otros recursos cuando el médico así lo estime pertinente, tales como: antihistamínicos, esteroides y otros. **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilidad a la penicilina. **REACCIONES SECUNDARIAS:** Como con todas las penicilinas, pueden presentarse reacciones alérgicas, erupción cutánea y diarrea. A dosis muy elevadas, pueden presentarse nefropatías, cristaluria, elevación de transaminasa glutámico-oxalacética, agranulocitosis con monocitocitosis, hipertensión endocraneana benigna y encefalopatías. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:** Interfiere con los anticonceptivos en la circulación enterohepática de los estrógenos. **BIBLIOGRAFIA:** A solicitud del médico.

\* Marca Registrada. Regs. Nos.: 78552, 78554, 88252 y 0127M79 S.S.A.

I. Méd. KJE/3556/J

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

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

**Beecham**  
La Autoridad en Penicilinas







## EL... NO PUEDE DECIR

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



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

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



**PARA NIÑOS**  
**ROCHE** ■ Cuando se requiere algo más,  
 que correr riesgos

por las resistencias bacterianas que presentan  
 muchos de los antibióticos.<sup>2-3</sup>



AMIGDALITIS. FARINGITIS. LARINGITIS.

« **'BACTRIM'\*** »

suspensión

ACCION BACTERICIDA<sup>1</sup>

“Por el doble mecanismo de acción antibacteriano”

■ COMODA Y PRACTICA DOSIFICACION. Se administra cada 12 horas.

■ EFICACIA COMPROBADA.<sup>4-5</sup> 93% de curaciones en niños de 2 a 12 años con padecimientos de amigdalitis y laringotraqueitis.

EDAD	SUSPENSION	COMPRIMIDOS INFANTES	COMPRIMIDOS PARA ADULTOS
2 años a 5 meses	2.5 ml		
6 meses a 23 meses	5 ml		
2 años a 5 años	5 ml	1	1
6 años a 12 años	5 ml	2	2
12 años a 18 años	5 ml	2	2
18 años a 65 años	5 ml	2	2
65 años a 75 años	5 ml	2	2
75 años a 85 años	5 ml	2	2
85 años a 95 años	5 ml	2	2
95 años a 100 años	5 ml	2	2

**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:**

- Hitching 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
- Satzberg R. Annual Meeting Soc. Suisse de Pédiatrie, 1971
- Frenck M., Havas L. Clinical Experience with Trimethoprim and Sulfamethoxazol with Special Reference to Its Use in 867 Children. in Proceedings 10th SIAMI OTRUPMID Seminar, Symposium of Chemotherapy in Tropical Medicine of Southeast Asia and the Far East, pp. 129-148. Ed. T. Harnasuta, Bangkok, 1972

4 Knight L.J. Kinetic Studies with a Trimethoprim-Sulfonamide Combination. dans: Ve Congrès international de Chimiothérapie

5 Quirk C.A., Wagner D. Trimethoprim-Sulfamethoxazol in the Treatment of Infections of the Larynx, Nose and Throat. J. Infect. Dis. 128, Suppl. 696-700 (1973)

\* Maria Reg. Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

1 Med. Khl. 2:241; Rpts. No. 73341, 73362 S.S.A.



PRODUCTOS ROCHE, S.A. de C.V.

Av. Universidad No. 902 03310, 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.



Scheringmex



# IDULAMINE

**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 (hebre 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, eczema alérgico, dermatitis por contacto, picaduras de insectos, prurito anogenital, prurito inespecífico, reacciones medicamentosas y enfermedad del suero, dermatografismo 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 5 años:** Media cucharadita del Jarabe IDULAMINE dos veces al día. **INTERACCIONES CON OTRAS DROGAS:** Los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) pirrolongán 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, cheque 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 estenosante, obstrucción piloroduodenal, hipertrofia prostática o estrechez del cuello de la vejiga, enfermedades cardiovasculares incluyendo hipertensión, hipertriglicidemia 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 EMBARRAZO 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, ininitos, ataxia, 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 fijas, 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 740 a 360 ml de agua. Si no se logra inducir 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 pronto posible 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 paraldehid). La fiebre alta especialmente en niños, puede requerir tratamiento con baños de esponja con agua tibia 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

Schering

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 estas hayan sido leídas, ni tampoco si se ha leído únicamente un resumen.

La bibliografía se ordenará de acuerdo con las citas en el cuerpo del artículo. No se utilizarán los órdenes alfabético ni cronológico. Cada cita bibliográfica debe incluir necesaria, precisamente y en el orden citado lo que a continuación se anota: a) apellido o apellidos del autor, seguidos de la inicial de su nombre propio.

b) Título completo del trabajo en su idioma original. c) Nombre de la revista utilizando la abreviatura del Quarterly Cumulative Index Medicus cuando la tenga. d) Número del volumen en números arábigos. e) Números inicial y final de las páginas del artículo, separadas por un guión y a su vez separadas de la cifra del volumen por dos puntos (números arábigos). f) Después de poner una coma en la última cifra de las páginas, poner también con números arábigos el año de la publicación.

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

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

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

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

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

13.- Todo el material remitido para publicación deberá ser enviado por correo certificado o entregado a la Secretaría de la revista, dirigido al Director, en Eugénia 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.





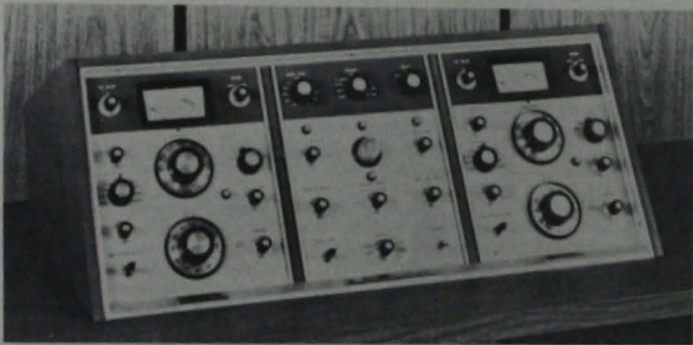
# MAICO La más conocida marca en audición le ofrece el más amplio renglón de audiómetros



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



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



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



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

Por más de 30 años AMERICAN OVERSEAS TRADING se ha especializado en instrumental para otorrinolaringología y audiolgía, siendo hoy en día el líder en este campo.

Además de MAICO somos los exportadores exclusivos para:

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

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

Si es de la especialidad, nosotros lo tenemos a precios directos de fábrica.

Entregamos en New Orleans o en cualquiera otra parte de Norteamérica sin variación de precios.

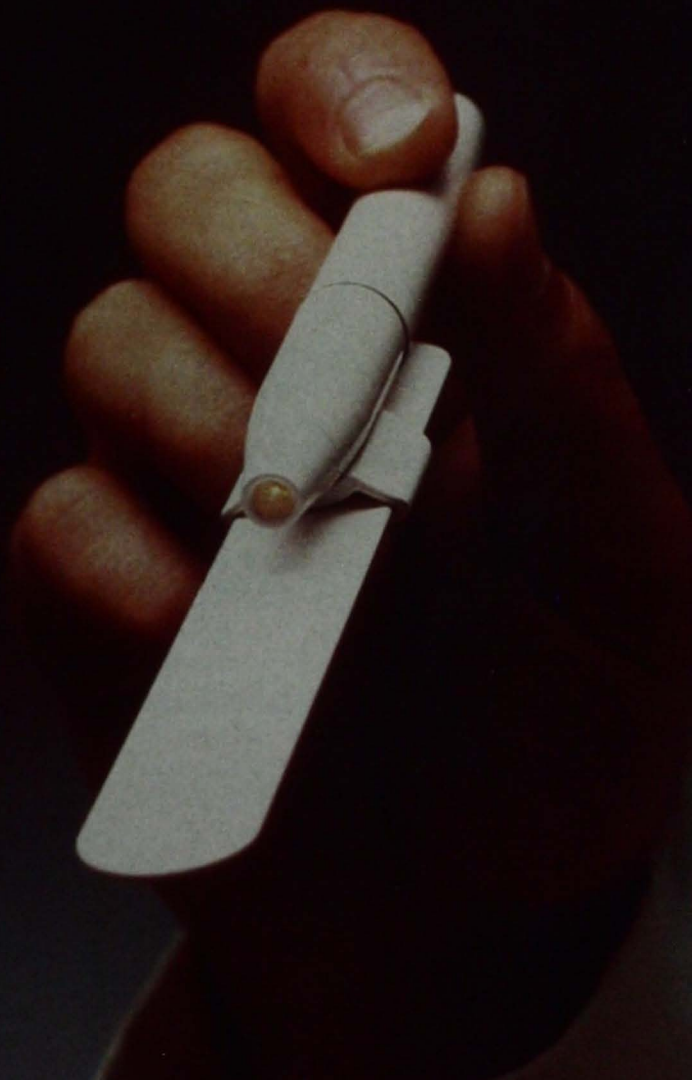
Escríbanos sobre sus necesidades y con gusto enviaremos informes.

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

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



# En el tratamiento de la Faringoamigdalitis



Obtenga la ventaja del espectro con

# Floxapen\*

**Fórmula:** Cada cápsula contiene 500 mg. de Flucloxacilina. Cada cucharadita de 5 ml. contiene 250 mg. de Flucloxacilina.

**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. cada 8 horas. FLOXAPEN\* Suspensión de 250 mg. Fco. para 60 ml.

**Precauciones:** 1.- No existe en el mercado penicilina que sea tan eficaz y segura. 2.- La sensibilidad de cada persona al medicamento puede ser desencadenante de reacciones alérgicas leves o graves. 3.- La penicilina, siendo inofensiva para la mayoría de los pacientes, en algunos casos puede ser altamente perjudicial, por lo que solamente el médico, basándose en su experiencia y en las reacciones anteriores de las personas por las que se prescribe el medicamento, determinará si debe o no ser usado. 4.- La penicilina es un medicamento útil dentro de la terapéutica actual y su prescripción quedará bajo la estricta responsabilidad del médico. 5.- En el caso de que se presenten accidentes por penicilina, se recomienda la aplicación de adrenalina al milésimo por vía intramuscular. Podrán utilizarse, en el mismo, otros recursos cuando el médico así lo estime pertinente, como: antihistamínicos, esteroides y otros.

**Reacciones Secundarias:** Al igual que con todos los antibióticos, pueden presentarse reacciones alérgicas y aparición de cepas resistentes.

**Contraindicaciones:** Sensibilidad a la penicilina y cefalosporinas. Distorsión de la función del hígado.

**El medicamento no debe ser usado:** No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica. \*Marca Registrada.

Becham Farmacéutica, S.A. de C.V. Reg. No. 1201 y 1202 S.S.A. I. Med. KJE 3941/J

Becham Farmacéutica, S.A. de C.V.  
Miguel Alemán, s/n. Esq. No. 307  
Ciudad de México, México, D.F.

**Beecham**  
La Autoridad en Penicilinas





En OTALGIAS DE ORIGEN PRIMARIO,  
sólo el oído de su paciente  
puede beneficiarse con...

# OTANEST

Analgesia inmediata  
y anestesia sostenida,  
para su prescripción exclusiva.

OTANEST.

Fenazona: Acción analgésica.

Benzocaína: Acción anestésica.



OTANEST  
Solución Otica  
Analgésico y Anestésico Otico.

Fórmula: Cada 100 ml. contienen:  
Fenazona ..... 5.71 g.  
Benzocaína ..... 1.40 g.  
Glicerina c.b.p. .... 100 ml.

Propiedades: Los componentes de OTANEST desarrollan una acción analgésica y anestésica sobre las estructuras del oído externo y sobre el tímpano.

Indicaciones: En el tratamiento de las Otagias que acompañan a los padecimientos infecciosos del conducto auditivo del oído medio.

Contraindicaciones: Tímpano perforado.

Reacciones secundarias: Ninguna reportada a la fecha, aunque podría manifestarse sensibilidad a los componentes de la fórmula.

Dosis y modo de empleo: De 3 a 6 gotas en el conducto auditivo, varias veces al día, taponando el oído con un algodón impregnado de OTANEST.

Recomendaciones: Es conveniente calentar el frasco de OTANEST al Baño María y aplicar las gotas tan calientes como pueda resistirlas el enfermo.

Presentación: Frasco gotero de 10 ml.  
Reg. No. 46078 S.S.A.

En ESTADOS CONGESTIVOS  
RESPIRATORIOS,  
sólo su paciente  
puede beneficiarse con...

# ALERFRIN

COMPRIMIDOS Y JARABE

ALERFRIN:  
SUPRIME LA SINTOMATOLOGIA  
DE LAS MOLESTIAS  
GRIPALES, NAALES, LARINGEAS  
O BRONQUIALES.

ALERFRIN:  
Efecto vasoconstrictor  
de la Fenilefrina.  
Acción antihistamínica  
del Maleato de Clorfeniramina.

ALERFRIN  
Comprimidos y Jarabe.

Fórmula: Cada Jarabe  
comprimido Cada 100 ml.  
contiene: contienen:  
Maleato de Clorfeniramina ..... 5 mg ..... 25 mg.  
Clorhidrato de Fenilefrina ..... 15 mg ..... 60 mg.  
Excipiente c.b.p. .... 1 comprimido ..... 100 ml.

Indicaciones: El ALERFRIN está indicado en el tratamiento de algunos de los padecimientos alérgicos; especialmente los que producen síntomas nasales, laringeos, edema angioneurótico, urticaria, prurito.

Contraindicaciones: No se administre en presencia de hipertensión arterial grave.

Reacciones secundarias: Puede ocasionar somnolencia y sequedad de boca.

Dosis y modo de empleo: Adultos: 3 a 6 comprimidos al día.  
Niños: De 1 a 3 cucharaditas (5 a 15 ml.) 3 veces al día, de acuerdo con su edad y peso.

Presentaciones: Comprimidos: Caja con 10.  
Jarabe: Frasco con 55 ml.  
Regs. Nos. 55828 y 55750 S.S.A.



## 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 Corvera Bernardelli  
Dr. Sergio Decanini Tornessi  
Dr. Andrés Delgado Falfari  
Dr. Rafael García Palmer  
Dr. Fernando Guzmán Lozano  
Dr. Mariano Hernández Goribar  
Dr. Samuel Levy Pinto  
Dr. Antonio Soda Merhy*Gerente General*

Lic. Joaquín Bohigas

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD  
MEXICANA DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA  
1984-1985*Presidente*

Dr. Rafael García Palmer

*Vice-Presidente*

Dr. Raúl Mereles Del Valle

*Secretario*Dr. José Antonio Arroyo  
Castelazo*Tesorero*

Dr. Víctor Reynoso y Delgado

Dir. Gral. de Derecho de Autor  
Registro No. 228-78  
Certificado de licitud  
de contenido 929  
Certificado de licitud  
de título 1625Eugenia 13-403 C.P. 03810  
México, D. F. Tel.: 543-93-63Correspondencia 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

*La historia sobre la utilización del microscopio en cirugía se inicia en Estocolmo, Suecia en 1921 en la Clínica Otorrinológica de Gunnar Holmgren, cuando su asistente Carl-Olaf Nylen sugirió la necesidad de la magnificación con un microscopio, para efectuar la cirugía de la otoesclerosis que en aquellas fechas se estaba iniciando. Así fue como Holmgren después de haber probado el microscopio monocular sugerido por Nylen, inició sus cirugías con un microscopio de disecciones binocular Zeiss.*

*Alrededor de los años treinta Sourdille en Francia y posteriormente Lempert en los Estados Unidos, perfeccionaron la operación de la fenestración para la otoesclerosis y utilizaban para ello la magnificación de las lupas, pero ninguno empleó el microscopio. Lempert profesor brillante y carismático empezó a enseñar su operación, entre cuyos alumnos se encontraba George Shambaugh, quien pronto se dió cuenta de la necesidad de usar una mayor magnificación para esta cirugía. A pesar que en la Gran Bretaña, Simpson Hall estaba usando el microscopio para hacer las fenestraciones y Terence Cawthorne para la cirugía del nervio facial al igual que Sullivan en Canadá, Lempert nunca quiso aceptar tal sugerencia, es más se opuso vigorosamente, retrasando la utilización generalizada del microscopio en los Estados Unidos por más de una década, Lempert afirmaba: "el microscopio hace las cosas más grandes pero no más claras, hace ver demasiado y así se dañan las delicadas estructuras del laberinto endolinfático; tal vez la vista de Shambaugh no es muy buena."*

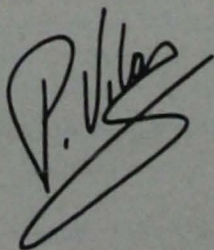
*A partir de los años cincuenta en Alemania Horst Wullstein y Fritz Zöllner describieron las técnicas para la timpanoplastia y el microscopio se empezó a utilizar cada vez más. La Compañía Zeiss diseñó un prototipo que fue presentado por Leonard Jongkees en el Congreso Internacional de Otorrinolaringología celebrado en Amsterdam en 1953. Al año siguiente Shambaugh empezó a utilizarlo en las movilizaciones del estribo que Rosen había propuesto en los Estados Unidos. En 1956 al revivir John Shea en el mismo país la estapedectomía, la utilización del microscopio quirúrgico es aceptada universalmente en el campo de la Otología.*



A excepción de unos cuantos oftalmólogos que usaban el microscopio, no es hasta 1964 cuando William House publica su monografía sobre la resección de los neurinomas por la vía transtemporal, que el microscopio es aceptado en otra especialidad, cuando los neurocirujanos se dan cuenta de las enormes posibilidades de la aplicación del microscopio al campo de la Neurocirugía. Con los trabajos de Yasargil en 1969 el microscopio entra de lleno a esa especialidad.

Por las mismas fechas se amplía el empleo del microscopio al campo de la Laringología, gracias a los trabajos de Kleinsasser quien sistematizó lo que hoy conocemos como microcirugía endolaríngea.

Paulatinamente el uso del microscopio se extiende a otros campos como el de la cirugía de la fosa pterigomaxilar. Paralelamente se sistematiza la vía transeptal-transesfenoidal para la cirugía de la hipófisis. Al mismo tiempo algunos cirujanos en diferentes países, preconizan la utilización del microscopio en la cirugía rinosinusal (septoplastía, rinoplastía, cirugía del antro maxilar, etmoidal, etc.), que curiosamente encuentra resistencia para su aceptación, particularmente entre los rinólogos, quienes consideran que el uso de las lupas es más que suficiente para realizar estas cirugías. A nuestro modo de ver constituye este un error histórico similar al de Lempert; quienes desde hace años utilizamos el microscopio rutinariamente en cirugías como la septoplastía o cualquiera de las cirugías de los senos paranasales, no nos cabe duda de las enormes ventajas que el empleo del microscopio nos proporciona, entre las que podemos mencionar: la magnificación, la iluminación, la posibilidad de una mejor ayudantía transoperatoria, la de proporcionar una mejor enseñanza y finalmente la de permitir una adecuada supervisión de los médicos residentes que se inician en estas cirugías. No pensamos que la microcirugía rinológica sea algo del futuro, todo lo contrario, es la del presente para los que no deseen tener el pasado en la espalda y no creemos que sea lejana su aceptación universal y su empleo rutinario.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Vilar-Puig'. The signature is stylized with a large, sweeping underline that loops back under the main text.

P. Vilar-Puig



## Revisiones de temas con casuística original

### Hipoacusia súbita unilateral

#### Correlación de hallazgos oto-neurológicos y potenciales provocados auditivos de tallo cerebral.

creo que Arroyo te ras  
se desvirtúan provocados  
y un "evocado", absurda  
traducción de l'anglais.

Dr. José A. ARROYO CASTELAZO\*  
Dr. Antonio YSUNZA RIVERA\*

**Resumen.**— Se presenta un estudio transversal, prolectivo y de tipo descriptivo de 20 pacientes, con el diagnóstico de hipoacusia súbita unilateral. A todos se les practicó además de las pruebas convencionales otoneurológicas, una evaluación con potenciales provocados auditivos de tallo cerebral, con el objeto de valorar la utilidad de este estudio en el diagnóstico topográfico de la hipoacusia súbita unilateral, y al mismo tiempo correlacionar los resultados con las pruebas otoneurológicas convencionales. Se concluye que si bien esta prueba tiene limitaciones en este tipo de pacientes, al igual que sucede con los estudios otoneurológicos convencionales, su utilización aumenta la posibilidad de certeza del diagnóstico topográfico, razón por la cual se sugiere su integración al conjunto de pruebas utilizadas en el estudio de estos enfermos.

**Summary.**— The present study comprised 20 patients with the diagnosis of sudden unilateral hypoacusia. Aside of conventional otoneurological test an auditory provoked potentials study was practiced to all of them trying to evaluate the value of that technique in the topographical diagnosis of sudden hypoacusia and at the same time, to correlate its results with those of conventional tests. The conclusion was that although the above mentioned study has several limitations in these patients, much in the same way of conventional tests, its utilization enhances the accuracy of topographical diagnosis. On that basis its addition to the battery of tests used in the diagnosis of sudden hypoacusia patients is suggested.

#### INTRODUCCION

Reconociendo que la hipoacusia neurosensorial puede ser causada por lesión coclear o retrococlear, se han diseñado una serie de pruebas que podríamos denominar "convencionales", orienta-

das a la demostración de reclutamiento y/o adaptación patológica, cuya validez no es discutible<sup>1</sup>.

Existen casos en los cuales dado al desplazamiento del umbral, estas pruebas no son aplicables. La hipoacusia súbita unilateral, es una entidad clínica que presenta dificultades en el diagnóstico topográfico dado que frecuentemente cursa con pérdidas profundas de la audición. En este caso, aún cuando se utiliza el conjunto de pruebas que integra el estudio otoneurológico, en muchas ocasiones no es posible establecer el sitio de la lesión<sup>1</sup>.

Recientemente, se han desarrollado pruebas electrofisiológicas útiles para demostrar la existencia de lesión coclear y/o retrococlear como la electrococleografía y los potenciales provocados auditivos de tallo cerebral (P.P.A.T.C.)<sup>2,3</sup>, cuya aplicación no ha sido utilizada en los casos de hipoacusia súbita unilateral en forma específica.

La ECOG, aún cuando es una excelente prueba diagnóstica, presenta dificultades técnicas que limitan su uso rutinario, mientras

\* Instituto Nacional de la Comunicación Humana, México, D.F.



que los P. P. A. T. C., son de aplicación más sencilla e igualmente útiles para la demostración de lesión coclear, por medio del análisis de las alteraciones en la función latencia-intensidad de la onda V, y/o de lesión retrococlear a través del análisis de las alteraciones del intervalo I-V y del radio de amplitud  $V/I^4$  5.

El objetivo del presente trabajo, es conocer la utilidad de los P. P. A. T. C. en el diagnóstico topográfico de la hipoacusia súbita unilateral correlacionando los resultados con los del resto del estudio otoneurológico.

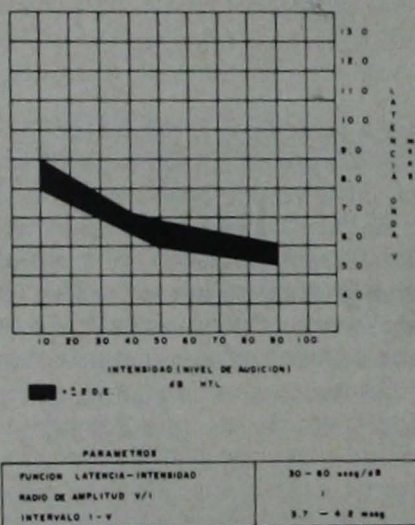


Figura 1.- Valores normales ( $X \pm 2$  D.S.) para los parámetros utilizados en el análisis de potenciales provocados auditivos de tallo cerebral.

## MATERIALES Y METODOS

Se seleccionaron 20 pacientes con hipoacusia unilateral súbita neurosensorial, excluyendo aquellos casos con afección contralateral aún cuando fuera, superficial que acudieron al I. N. C. H., durante el período comprendido de noviembre de 1983 a febrero de 1984, realizándoseles además de historia clínica completa, audiometría total, logo medicometría, impedanciometría, audiometría automática de Béke-

sy, S. I. S. I., prueba de Carhart, E. N. G. y potenciales provocados auditivos de tallo cerebral. Para la evaluación de las pruebas audiológicas se utilizaron las técnicas y los parámetros convencionales.

Para la determinación de P. P. A. T. C., se utilizó un equipo Racia A-7-9.

Los estímulos fueron "clicks" alternos por medio de audífonos TDH-49P, generados por el módulo de estimulación del mismo equipo.

Generalmente se usó una tasa de estimulación de 20/seg. cambiando a 10/seg. al requerir mediciones específicas de radios de amplitud y de intervalos interonda. Para el registro se utilizaron electrodos de oro (Grass) colocados en vértex (Cz) y en cada mastoide (A1 y A2) usando pasta (Grass EC-2) y cinta adhesiva.

cia mayor de 5 KOhms. El vértex se consideró como el sitio activo y la mastoides del oído estimulado como punto de referencia. La mastoides contralateral fue considerada como la tierra. En algunas ocasiones, para incrementar la definición de N1, se utilizó un registro "horizontal" (mastoide-mastoide).

Se utilizaron filtros pasa-banda para el registro de 150 a 3000Hz.

La promediación se "disparó" con el inicio del estímulo y procedió por 20.0 msec. a una tasa de 40 useg/Bin.

Para cada condición de estímulo se registraron 2 ondas resultantes, cada una resultado de una promediación de 2560 presentaciones del estímulo. En todos los casos, se usó enmascaramiento contralateral con ruido de banda ancha a 60 dB HTL generado por el mismo equipo.

HIPOACUSIA	
SUPERFICIAL	15 - 40 dB HTL
MEDIA	40 - 70 dB HTL
PROFUNDA	70 dB HTL
RESTOS	RESPUESTA SOLO EN 1 ó 2 FRECUENCIAS
ANACUSIA	NO RESPUESTA

Tabla I.- Clasificación de la hipoacusia de acuerdo a su grado.

La piel fue preparada para colocar el electrodo limpiándola energicamente con una mezcla de alcohol-acetona al 50 %. Los electrodos fueron recolocados siempre que se encontró una resisten-

De los P. P. A. T. C. se estudiaron en todos los pacientes los siguientes parámetros: umbral, latencia absoluta de onda V, función latencia-intensidad, radios de amplitud V/I e intervalo I-V.

AUDIOMETRIA TONAL	
8 HIPOACUSIAS DERECHAS	5 HIPOACUSIAS IZQUIERDAS
	38 % MEDIAS ( 5 )
	30 % PROFUNDAS ( 4 )
	15 % RESTOS ( 2 )
	15 % ANACUSIAS ( 2 )

Tabla II.- Hallazgos de la audiometría tonal en cuanto a grado y lateralidad de la hipoacusia.



Los valores considerados como normales se anexan en la figura 1.

La tabla I muestra la clasificación utilizada para cuantificar la hipoacusia de acuerdo a su grado. Así mismo, a todos los casos estudiados se les practicó Electro-nistagmografía, incluyendo las pruebas térmicas en donde hemos considerado como hipoexcitabilidad o preponderancia direccional, aquellas asimetrías mayores del 20 % al cuantificar la velocidad angular del componente lento.

## RESULTADOS

Se revisaron 20 pacientes de los cuales se realizó el estudio completo en 13. Seis fueron del sexo femenino y 7 del sexo masculino, el promedio de edad fue de 35.5 años con un rango de 8 a 55 años.

La tabla II, resume los hallazgos de audiometría tonal en cuanto a grado y lateralidad de la hipoacusia.

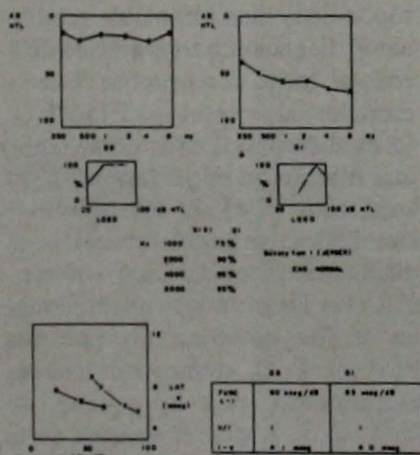


Figura 2.- Resumen de los resultados de un paciente del sexo masculino de 32 años de edad con hipoacusia izquierda súbita media sensorineural, sin síntomas vestibulares, con reclutamiento y sin daño retrococlear.

En la mayoría de los casos no se obtuvieron resultados de S. I. S. I., Carhart y del reflejo esta-

pedial dada la magnitud de la hipoacusia. En un solo caso se demostró reclutamiento por medio de la prueba de S. I. S. I. (fig. 2) y en ninguno fue posible hacer evidente la adaptación patológica.

E. N. G.		
9	NORMALES ( 69 % )	
3	NISTAGMUS ESPONTANEO ( 2 de 1er. g. y 1 de 2o. g. )	31 %
2	CON HIPOEXCITABILIDAD (UNILATERAL )	

Tabla III.- Resultados de la electronistagmografía.

En relación a la E. N. G., podemos observar en la tabla III los hallazgos obtenidos respecto a nistagmus espontáneo, postural, nistagmus optoquinético, rastreo pendular y excitabilidad laberíntica por medio de pruebas térmicas. Encontramos síntomas vestibulares asociados en 11 pacientes (84 %). Por último, la tabla IV muestra los resultados obtenidos con P. P. A. T. C. Encontramos ausencia de respuesta en 4 pacientes, dado que presentaban anacusia o hipoacusia profunda. En 3 casos encontramos reclutamiento electrofisiológico puesto en evidencia por aumento de la función latencia-intensidad (Fig. 3). En un caso encontramos datos sugestivos de alteración neurológica en tallo cerebral por disminución del radio de amplitud V/I y alargamiento del intervalo I-V (Fig. 4 y 5).

## COMENTARIO

Sobre el tema de la hipoacusia súbita, se han realizado múltiples estudios en relación con su posible etiología, etiopatogenia, pronóstico y tratamiento, sin embargo, aún existen gran cantidad de incógnitas<sup>1</sup>.

A través de experiencias clíni-

cas se ha pensado que el daño puede localizarse a nivel del neuroepitelio, del axón, de la primera neurona, del ganglio espiral, etc. Las características clínicas son la instalación en pocas horas de una hipoacusia de tipo senso-

rineural de grado variable, que se acompaña de acúfeno en algunos casos y de síntomas vestibulares en otros siendo su evolución muy variable y en un porcentaje importante presenta recuperación espontánea, mientras que en otro grupo el daño es irreversible<sup>1</sup>.

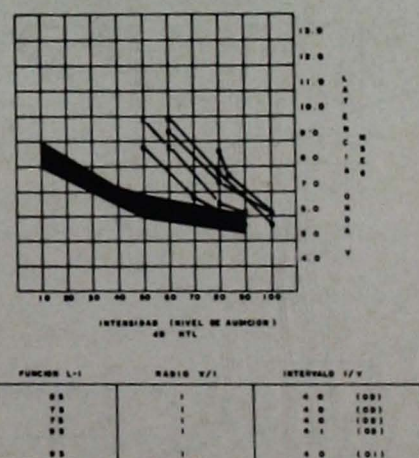


Figura 3.- Curvas y funciones de latencia-intensidad de los 5 pacientes que mostraron incrementos mayores de dos desviaciones estandar, sugestivos de reclutamiento, con intervalos I-V y radios de amplitud V/I dentro de límites normales.

Desde el punto de vista diagnóstico, con la realización de una historia clínica así como de una exploración audiológica y otoneurológica completa, es posible en ocasiones sospechar la etiolo-



gía así como diferenciar entre una lesión periférica y una central; sin embargo, muchas veces es imposible diferenciar el sitio del daño entre lesión del órgano de Corti (coclear) y del octavo par (retrococlear-neural), aún cuando se estudie al paciente con las pruebas convencionales, o bien practicando electronistagmografía que nos puede orientar a un diagnóstico de lesión periférica y/o central.

Con la intención de conocer con mayor precisión el sitio exacto de la lesión en los casos de hipoacusia súbita, hemos integrado a nuestro estudio los potenciales provocados auditivos de tallo cerebral (P.P.A.T.C.) aprovechando que se trata de un estudio con pocas limitaciones en su aplicación y poco molesto para el paciente, lo que no sucede con la ECOG<sup>2</sup>.

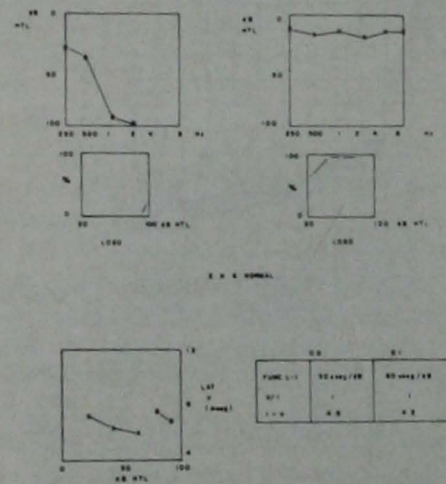


Figura 4.- Resumen de resultados de un paciente del sexo masculino de 50 años de edad, con hipoacusia súbita derecha, profunda, presentó síntomas vestibulares pero E.N.G normal. Los P.P.A.T.C., muestran datos sugestivos de alteración retrococlear en el oído derecho. (Intervalo I-V prolongado y radio de amplitud V/I alterado).

Existe amplia experiencia y suficiente bibliografía que apoya la utilidad de los P. P. A. T. C. para

P. P. A. T. C.					
O D			O I		
FUNCION LAT-INT	RADIO DE AMPLITUD V / I	INTERVALO I - V	FUNCION LAT-INT	RADIO DE AMPLITUD V / I	INTERV. I - V
50 ussg/dB	1	3.5 msag.	50 ussg/dB	1	3.8 msag.
75	1	4.0	50	1	4.0
52	1	4.0	60	1	4.0
75	1	4.0	60	1	4.0
50	1	4.8	40	1	4.0
52	1	4.0	47	1	3.9
95	1	4.1	60	1	4.2
90	1	4.1	52	1	4.0
40	1	4.0	46	1	4.2
			95	1	4.0
			30	1	4.0

= OÍDO HIPOACUSICO

Tabla IV.- Resultados de los potenciales provocados auditivos de tallo cerebral.

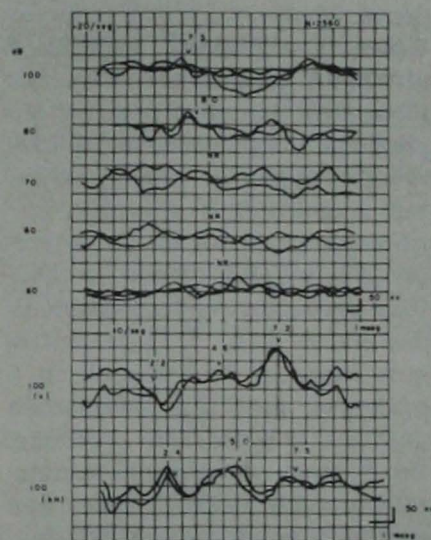


Figura 5.- Se muestran los P.P.A.T.C., del mismo paciente de la figura 4. El intervalo I-V prolongado y el radio de amplitud V/I alterado son evidentes en el registro vertical (vértex-mastoide) así como en el registro horizontal (mastoide-mastoide) utilizado con objeto de incrementar amplitud y definición de N1.

la detección y localización del daño en la vía auditiva<sup>6,7,8</sup>. En lesiones a nivel del receptor periférico, el análisis más valioso es el de la función latencia-intensidad de la onda V, como se reconoce en la literatura mundial<sup>2,3,4</sup>.

El diagnóstico de daño neural

en la vía auditiva se logra fundamentalmente por el análisis de las alteraciones de la latencia en los potenciales tempranos así como la interrelación de las latencias entre cada componente (onda) y por el análisis de los radios de amplitud, de los cuales el más eficaz es el  $V/I^{3,4}$ .

En la muestra estudiada el 32% de los casos la profundidad de la hipoacusia hizo imposible establecer el diagnóstico topográfico diferencial, tanto con pruebas convencionales como con los P.P.A.T.C., lo cual debemos considerar como una limitación importante. En un solo caso (7%) de los pacientes estudiados, se logró establecer el diagnóstico topográfico diferencial con las pruebas convencionales y fue corroborado con los P. P. A. T. C., demostrándose reclutamiento por la prueba de S. I. S. I. y por el análisis de la función latencia-intensidad. Mientras que en 5 pacientes (38%) fue posible establecer el diagnóstico de posible lesión coclear únicamente con los P.P.A.T.C., dado que las pruebas convencionales no lo permitieron en estos casos. Por último, en un caso (7%) fueron los P. P. A. T. C. los que hicieron evidente una lesión retrococlear, lo



cual que no fue posible con las pruebas convencionales.

De estos resultados se puede inferir que los P. P. A. T. C., deben formar parte del estudio de los pacientes con hipoacusia súbita en quienes las pruebas convencionales no demuestran claramente el sitio de la lesión o bien incluir a la P. P. A. T. C. como parte de la batería de pruebas audiológicas que nos permitirá corroborar el diagnóstico topográfico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.— *Page, J.M.*: Audiology: a problem oriented approach. Sudden deafness Otoralyngol. Clin. No. Amer, *11*: 801-811, 1978.
- 2.— *Picton, T., Stappells, D. y Campbell, K.*: Auditory evoked potentials from the human cochlea and brainstem. J. Otolaryngol. Suppl. *9, 10*: 1-41, 1981.
- 3.— *Galambos, R., y Hecox, K.*: Clinical applications of the auditory brainstem response. Otolaryngol. Clin. No. Amer, *11*: 709-727, 1978.
- 4.— *Finitzo-Hieber, T.*: Auditory brainstem responde: its place in infant audiological evaluations. Sem. in Speech, lang. and Hear, *3*: 76-87, 1982.
- 5.— *Coats, A.C.*: Human auditory nerve action potentials and brainstem evoked responses. Arch. Otolaryngol.: *104*: 709-717. 1978.
- 6.— *Coats, A.C.*: Human auditory nerve action potentials and brainstem evoked responses: effect of audiogram shape and lesion location. Arch. Otoralyngol. *103*: 605-622, 1977.
- 7.— *Stockard, J.J. y Rossiter, V.S.*: Clinical and pathologic correlates of brainstem auditory response abnormalities. Neurology, *27*: 316-325, 1977.



# La infección en la intubación prolongada.

Dr. Jorge ALVAREZ BALBAS\*  
Dr. Raymundo VERGARA PACHECO\*\*  
Dr. Andrés DELGADO FALFARI\*  
Dr. Manuel DIAZ de LEON PONCE\*\*

*Resumen.*— Se estudió la frecuencia de las infecciones traqueales en un grupo de 406 pacientes, que permanecieron intubados durante períodos variables con objeto de recibir ayuda respiratoria durante su estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos. La frecuencia de las infecciones fue mayor en los enfermos que se intubaron a través del orificio de la traqueostomía, que aquellos en los que la intubación fue buco-traqueal.

*Summary.*— Frequency of tracheal infections in a group of 406 patients intubated for diverse periods receiving ventilatory support in an intensive care unit was studied. The results showed that frequency of infections was greater in those patients intubated through tracheostomy opening, that in patients intubated through oro-tracheal route.

## INTRODUCCION

A pesar de que los beneficios derivados de la intubación endotraqueal sobrepasan a las complicaciones, aún es motivo de controversias su valor en las intubaciones prolongadas. La discusión se plantea principalmente sobre el modo de intubación, ya sea bucal o a través de traqueostomía.

El interés<sup>1</sup> primordial de los autores se ha centrado en las estenosis laringo-traqueales que se presentan como complicación de las intubaciones prolongadas. La infección desempeña una función importante en la formación de las estenosis<sup>2</sup> por lo que en este estudio se trató de correlacionar la frecuencia de las infecciones con el método de intubación empleado.

## MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes de 705 pacientes que estuvieron internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (U. C. I.) del Hospital General del Centro Médico Nacional durante el lapso com-

prendido entre el 1o de enero y el 31 de diciembre de 1982.

Los motivos de internamiento fueron muy diversos siendo los más frecuentes: el cuidado postoperatorio de pacientes neuroquirúrgicos, el cuidado postoperatorio de pacientes sometidos a otros tipos de procedimientos quirúrgicos extensos, principalmente abdominales y la atención de pacientes médicos o quirúrgicos con insuficiencias orgánicas múltiples. La edad promedio fue de 49 años, el mayor de 85 y el menor de 16 años. De los 705, tuvieron que intubarse 597.

La intubación tuvo como finalidad proporcionar ayuda mecánica a la respiración o resolver problemas consecutivos a hipoxemia de diferentes grados, para lo cual se utilizaron presión positiva o respiradores volumétricos, según el caso.

Desde el punto de vista respiratorio, se practicaron radiografías de tórax y cultivos de secreción bronquial obtenidos mediante frasco trampa, cada 24 horas; en los casos con traqueostomía se cultivó la secreción situada al-

\* Servicio de Cirugía de Cuello, Hospital General del Centro Médico Nacional, I.M.S.S. México, D.F.

\*\* Unidad de Cuidados Intensivos del mismo hospital.



rededor de la cánula y además se practicaron los estudios especiales según el motivo de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

No se tomaron en cuenta para este estudio los pacientes que fallecieron en la unidad así como aquellos que se dieron de alta por irrecuperables y murieron fuera de la misma.

Los enfermos dados de alta de la unidad por mejoría se revisaron en sus servicios y en la consulta externa buscando sintomatología sugerente de complicaciones, como disnea, disfonía o disfagia la cicatrización de la traqueostomía en los casos que la tuvieron, se observó por un lapso de 3 meses a 1 año.

Cuando se encontró por más de dos semanas algún síntoma de los arriba anotados, se practicaron los estudios necesarios para determinar el origen, entre ellos, estudios radiológicos y endoscópicos según el caso.

## RESULTADOS

De los 597 pacientes estudiados se eliminaron 191 por defunción dentro o fuera de la unidad. De los pacientes vistos durante el intervalo en estudio, 406 se intubaron, 366 por vía bucotraqueal, 34 a través de traqueostomía de primera intención y 6 se sometieron a intubación bucotraqueal de primera intención para posteriormente someterlos a traqueostomía e intubación por esta vía.

Los 366 pacientes con intubación bucotraqueal estuvieron intubados entre 1 y 816 horas y los 34 pacientes sometidos a traqueostomía lo estuvieron entre 48 y 816 horas.

La intubación sirvió como soporte ventilatorio en 83 % de los 406 pacientes y sólo 3.3 % requirieron ventilación volumétrica para corregir su insuficiencia res-

piratoria. En 11 pacientes fue necesario utilizar ambos tipos de ventiladores.

De los pacientes intubados por vía bucotraqueal, 94% recibieron soporte ventilatorio y en los que se sometieron a intubación por traqueostomía sólo 6 por ciento lo requirieron.

El criterio para considerar la existencia de infección se estableció por la presencia de secreción purulenta o tejido de granulación.

Bacteriológicamente se consideraron infectados los pacientes que presentaron desarrollo de un germen no común en las porciones altas de las vías respiratorias y digestivas o bien que además de tener gérmenes comunes presentarían secreción purulenta o tejido de granulación.

Bacteriológicamente se consideraron infectados los pacientes que presentaron desarrollo de un germen no común en las porciones altas de las vías respiratorias y digestivas o bien que además de tener gérmenes comunes presentarían secreción purulenta o tejido de granulación. De los cultivos positivos, 75% correspondieron a algún tipo de bacilo coliforme en su mayoría *Escherichia coli* y a *Pseudomonas* el 25% restante.

Las infecciones demostradas se trataron mediante antibióticos adecuados según la sensibilidad demostrada en el antibiograma; se realizó cambio de tubo endotraqueal cada 48 a 72 horas, principalmente en los casos traqueostomizados, además de intensificar los cuidados locales de la herida de traqueostomía.

En los pacientes intubados por vía bucotraqueal (366) se pudo comprobar infección en 10 de ellos (3.6%) en los intubados por traqueostomía exclusivamente, la frecuencia fue de 6 en 34 (17.6%), y entre los que fueron intubados por ambas vías fue de 3 en 6 en-

fermos (50%).

El total de infecciones en el grupo estudiado fue de 19 en 406 pacientes (4.6%) (Tabla 1).

Si bien los pacientes que murieron durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, no fueron tomados en cuenta en el presente estudio, cabe mencionar que 14 de los 196 fallecidos tenían infección de las vías respiratorias.

Aquellos englobados en el estudio, que no fallecieron, la solución del problema motivo de ingreso a la Unidad de cuidados intensivos produjo una mejoría rápida de las infecciones, las cuales pudieron controlarse en la mayor parte de los casos en un lapso de dos a tres semanas.

Un paciente presentó disfonía persistente y progresiva acompañada de disnea grave, que requirió una nueva traqueostomía un mes después de haber sido dado de alta de la Unidad de cuidados intensivos. En éste se observó tejido de granulación en la superficie subglótica de la comisura anterior y requirió tratamiento quirúrgico para restablecer la permeabilidad de la vía respiratoria; actualmente está decanulado y sin problemas fonatorios.

TABLA I

INFECCIONES EN PACIENTES INTUBADOS			
Tipo	Número Pacientes	Infección	%
Buco Traqueal	366	10	2.7
Traqueostomía	34	6	17.6
Buco Traqueal y Traqueostomía	6	3	50
Total	406	19	4.6

Un paciente más, remitido de otra institución con insuficiencia respiratoria después de un intento de suicidio e intubación bucotra-



queal prolongada, se le demostró a su ingreso una zona de estenosis de aproximadamente 3 cm de longitud en la porción distal de la tráquea, que requirió resección de la zona estenótica y anastomosis termino terminal.

## COMENTARIO

En la formación de las estenosis laringo traqueales intervienen numerosos factores; entre ellos los más importantes son el trauma<sup>3</sup>, la infección y la destrucción de tejidos<sup>4</sup>. El trauma puede producirse durante las maniobras de intubación o ser causado por la presión y la fricción que ejerce el globo del tubo contra la mucosa laringotraqueal<sup>5</sup>. La lesión de la mucosa es la puerta de entrada para la infección<sup>6</sup>, la cual, junto con la presión y los cambios tisulares provocados y favorecidos por el estado grave del paciente, produce destrucción de tejidos que culmina en colapso de la vía respiratoria y retracción cicatrizal, causa directa de la estenosis.

En las estenosis laringotraqueales observadas en el Servicio<sup>1</sup>, no se ha podido relacionar la duración de la intubación con la magnitud de la estenosis; en la mayor parte de los casos no ha sido posible conocer el tipo de tubo utilizado. Todos se presentaron a la consulta con infección

en la zona del tubo de traqueostomía, más grave cuanto más grande la estenosis. Por ese motivo se consideró la infección como el evento que, si no se corrige, culminará en estenosis. La observación se prolongó por un período de gran duración al considerar que muchas estenosis ocurren hasta tres a seis meses después que se estableció la lesión original.

De los 406 pacientes intubados, 19 manifestaron datos de infección durante su estancia en la Unidad de cuidados intensivos o poco después de ella. La frecuencia de infección fue mayor en los pacientes que, por alguna razón, requirieron traqueostomía. El número de estenosis laringotraqueales fue mayor en los casos que tuvieron traqueostomía y presumiblemente más infectados que en aquellos que fueron intubados por vía bucal (89%)<sup>7</sup>.

De los pacientes incluidos en este grupo sólo dos tuvieron obstrucción en alguna parte de las vías respiratorias; en uno dicha estenosis estaba establecida de antemano y la intervención motivo de su admisión a la Unidad de cuidados intensivos no resolvió su problema, por lo que fue necesario una nueva intervención; el otro desarrolló una estenosis subglótica que tuvo que corregirse posteriormente. Ambos casos se intubaron previamente utili-

zando tanto la vía bucotraqueal como la traqueostomía.

De los escasos datos existentes en la literatura actual, y de la experiencia propia, se puede concluir que debe preferirse la intubación bucotraqueal y que la ejecución de traqueostomía debe hacerse después de las 72 horas recomendadas y limitarse a casos especiales, particularmente si se dispone de tubos endotraqueales apropiados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.— *Delgado, A.; Curioca, E.; Peña, G. y Juan, F.*: El tratamiento de las estenosis laringo traqueales. Aceptado para publicación, *Neumol, Cir. Tórax.* (México).
- 2.— *D'amico, D.; Bassi, N. y Favia, G.*: Inflammatory stenosis by trachea. *Int. Surg.* 67: 209, 1982.
- 3.— *Donnelly, W.A.; Grossman, A. y Grem, M.*: Local sequela of endotracheal anesthesia as observed by examination of one hundred patients. *Anesthesiology* 9: 490, 1948.
- 4.— *Way, L. y Sooy, A.*: Histologic changes produced by endotracheal intubation. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 74: 799, 1965.
- 5.— *Cooper, D. y Grillo, C.*: Analysis of problems related to cuffs on entracheal tubes. *Chest.* 62: 21, 1972.
- 6.— *Keane, M.; Rowe, D.; Donney, C. y Atkins, P.*: Complications of intubation. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 1982, 91: 584, 1982.
- 7.— *Grillo, C.*: Surgical treatment of postintubation tracheal injuries. *Thor. Card. Surg.* 78: 860, 1979.



# Hemotímpano idiopático

## Presentación de 5 casos

Dr. Guillermo HERNANDEZ VALENCIA \*  
Dra. Sara Geluda GILDER STEIN \*\*

*Resumen.*— Se presentan cinco casos de hemotímpano idiopático en escolares que reunieron los criterios clínicos, audiológicos, radiológicos e histológicos aceptados actualmente para clasificarlos con este diagnóstico. La experiencia de los autores muestra la necesidad de no manejar conservadoramente estos casos, porque los mejores resultados terapéuticos se obtuvieron mediante la mastoidectomía simple o radical modificada.

*Summary.*— This article comprised five cases of idiopathic hemotympanus in a group of school children meeting accepted clinical, audiologic, radiologic and histologic criteria for diagnostic classification. Author's experience demonstrates the need of manage these cases in a conservative manner, because of the best therapeutic results was obtained with simple mastoidectomy or modified radical mastoidectomy.

### INTRODUCCION

El hemotímpano idiopático es un síndrome clínico, de etiología desconocida, caracterizado por: hipoacusia de tipo conductivo, generalmente unilateral, otorrea mucosanguinolenta intermitente y en la exploración se observa membrana timpánica de color azul o violácea, por la presencia de líquido achocolatado en oído medio y celdillas mastoideas. En la actualidad algunos autores consideran a esta patología como una fase de la otitis media serosa<sup>1,2</sup>.

### HISTORIA

En 1929 Shambaugh<sup>3</sup>, en su artículo "La membrana timpánica azul" es el primero en reportar dos pacientes adultos, en los que observó un tímpano azul, asociado a hipoacusia y salida de líquido achocolatado a la miringotomía. El supuso que ésta entidad era debida a obstrucción tubaria.

Folwler<sup>4</sup> en 1939, describió una forma poco usual de otitis media no supurada y la relaciona con los casos descritos por Shambaugh.

En 1941 O'Donnell<sup>5</sup> introdujo el término de Hemotímpano idiopático.

Ranger (1949) reportó 2 casos, que fueron tratados con miringotomía e insuflación tubaria sin mejoría, por lo que efectuó mastoidectomía simple, encontrando líquido achocolatado y gránulos de colesterol en el oído medio y mastoides<sup>6</sup>. El reporte histológico mostró: tejido de granulación, gránulos de hemosiderina y cristales de colesterol rodeados de células gigantes de reacción a cuerpo extraño.

Johnston (1953) reportó dos casos, en uno de los cuales tuvo que realizar mastoidectomía simple, a pesar de lo cual persistió la membrana timpánica azul y el líquido achocolatado en oído medio, concluyendo que la causa del hemotímpano era debida a la presencia de áreas varicosas en el oído medio<sup>7</sup>.

Simonton en 1955, describió el primer caso, en que hubo necesidad de practicar mastoidectomía radical, resolviendo el hemotímpano, pero el paciente continuó con episodios de otalgia<sup>8</sup>.

Telkildsen en 1956, reportó

\* Médico de base del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General, Centro Médico "La Raza", IMSS, México, D.F.  
\*\* Médico Residente de 3er año del mismo hospital.



un caso de hemotímpano idiopático asociada a parálisis de Bell, la cual mejoró al realizar mastoidectomía simple. Concluyó que probablemente la alteración vascular fuera la misma en originar ambas entidades<sup>9</sup>.

En 1961 Hybasek y Hybasek<sup>10</sup> publicaron tres casos, haciendo un amplio análisis de la patogénesis y sugirieron que ésta entidad era originada por hemorragia e inflamación aguda de las cavidades neumáticas del oído proponiendo un nuevo término: "Hematoma crónico postinflamatorio de las cavidades neumáticas del oído".

En 1967 Paparella<sup>1</sup> en su artículo "Patogénesis y patología del hemotímpano idiopático", concluye que la otitis media serosa y el hemotímpano son básicamente lo mismo, que en ambas condiciones se encuentran granulomas de colesterol y que no son enfermedades específicas sino diferentes fases de una misma condición.

Sheehy y Linthicum en 1969, hicieron una revisión de 33 casos, concluyendo que la mastoiditis crónica serosa y el hemotímpano idiopático son variantes de la otitis media serosa<sup>2</sup>.

## ETIOPATOGENIA

La etiología del hemotímpano idiopático, aún hasta el presente permanece obscura. Se han propuesto varias teorías como son: a) cambios inflamatorios en oído medio que originan hemorragias petequiales. b) cambios en la presión del oído medio, secundarios a disfunción tubaria, que condicionan la presencia de hemorragia.

Histológicamente se observa: inflamación crónica, células gigantes de reacción a cuerpo extraño, granulomas de colesterol y

depósitos de hemosiderina, siendo éstos últimos el hallazgo patognomónico del idiopático, ya que de hecho nos hablan de la presencia de hemorragia antigua.

## CUADRO CLINICO

Es una entidad poco frecuente, que puede presentarse tanto en niños como en adultos. No existe predisposición para ningún sexo ni raza.

La sintomatología por lo general es unilateral; se quejan ocasionalmente de otalgia intermitente, de moderada cuantía, otorrea en una o varias ocasiones, de aspecto achocolatado, de corta duración (generalmente de 1 a 3 días), sensación de plenitud de oído y acúfeno de tonalidad grave, así como de hipoacusia moderada no evolutiva, siendo éste el síntoma más constante y en ocasiones el único.

En la exploración física, generalmente no se encuentran datos anormales en faringe y nariz; en el oído se pueden detectar costras hemáticas en el conducto auditivo externo, si recientemente ha habido otorrea, la membrana timpánica por lo general está íntegra, engrosada y de color azul o violáceo e hipomóvil a la otoscopia neumática. Los diapasones demuestran una hipoacusia de tipo conductivo. Si se realiza paracentesis timpánica se obtiene líquido achocolatado, el cual es estéril.

La audiometría suele mostrar hipoacusia de tipo conductivo, con timpanograma tipo B (caja ocupada). Las radiografías simples de mastoides habitualmente revelan disminución de la neumatización y rara vez osteolisis.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe de hacerse de las siguientes entidades: presencia de hemo-

rragia en oído medio secundario a traumatismo craneal, discrasias sanguíneas, posición anómala del golfo de la yugular por dehiscencia ósea en hipotímpano, aneurisma de carótida interna, hemangiomas de oído medio y tumores glómicos del oído.

El diagnóstico del hemotímpano idiopático se basa en la historia clínica, la exploración física y los estudios de gabinete antes mencionados.

## TRATAMIENTO

El manejo debe ser mixto, médico y quirúrgico. Se utilizan vasoconstrictores sistémicos y antihistamínicos, generalmente sin grandes beneficios para el paciente. En cuanto a los procedimientos quirúrgicos pueden ir desde miringotomías, hasta la realización de una mastoidectomía radical modificada.

## PRESENTACION DE CASOS

### CASO No. 1.

Femenino de 13 años de edad, estudiante, vista por primera vez el 13 de enero de 1978. Adenoamigdalectomía a los 7 años, sin antecedentes alérgicos. Desde hace 4 años presenta otalgia derecha moderada, sensación de oído tapado y egofonía; esto se presenta 2 a 3 veces al año, tratada con antibióticos, antihistamínicos y vasoconstrictores. En 4 ocasiones presentó otorrea derecha de color café oscuro, con duración de 2 días. Niega vértigo y acúfeno. En el momento actual manifiesta hipoacusia derecha.

Exploración física —Orofaringe y nariz sin patología. Oído izquierdo normal. Oído derecho con conducto auditivo externo permeable, membrana timpánica íntegra, retraída hacia el promon-



torio, gruesa, de color azul, hipomóvil. Diapasones— Hipoacusia conductiva derecha. El estudio audiológico mostró hipoacusia media conductiva derecha, con timpanograma tipo B. Las radiografías de oído revelaron: mastoides izquierda neumatizada, derecha esclerodiploica. Biometría hemática y pruebas de coagulación dentro de límites normales. Se colocó en 2 ocasiones tubo de ventilación, obteniéndose líquido achocolatado de oído medio, con mejoría transitoria de la audición, por lo que se decidió practicar mastoidectomía radical modificada derecha con colocación de tubo de ventilación, encontrando líquido achocolatado, espeso en oído medio y mastoides, con mucosa hiperplásica, (1978), los estudios audiológicos posteriores reportaron audición derecha dentro de límites normales. (Figura 1).

mía a los 6 años de edad, antecedentes alérgicos negativos. El padecimiento actual lo inicia a los 4 años de edad con otorrea mucosanguinolenta derecha, intermitente, precedida de otalgia, con duración de un día, este cuadro se presenta cada 3 a 4 meses, el último hace 8 meses, con duración de 15 días, tratado con penicilina; niega hipoacusia u otra sintomatología.

Exploración física—Orofaringe y nariz normales, oído izquierdo normal, oído derecho con membrana timpánica de coloración violácea, en el extremo distal del mango del martillo se observa un pequeño nódulo rojizo. Las radiografías de oído mostraron: mastoides izquierda normal, derecha esclerodiploica, sin zonas de radiolucidez. Biometría hemática, plaquetas y pruebas de coagulación normales. Estudio audiológico: hipoacusia derecha mode-

trando el oído medio ocupado por líquido achocolatado viscoso; mastoides diploica con celdillas ocupadas por el mismo líquido y mucosa hiperplásica. El reporte histológico fue de granuloma de colesterol. Recuperación de la audición a límites normales. El tubo de ventilación se extruyó al cuarto mes del post-operatorio.

### CASO No. 3.

Femenino de 9 años de edad, estudiante, vista por primera vez en junio de 1979. Cuadros frecuentes de amigdalitis. Varicela y rubeola a los 5 años. Padecimiento actual de 8 días de evolución, con otorrea derecha espesa color café rojizo durante 2 días, precedida de otalgia, quedando con sensación de "oído tapado". Cuadros similares hace 15 y 6 meses, que remitieron sin tratamiento.

Exploración física.- Orofaringe:

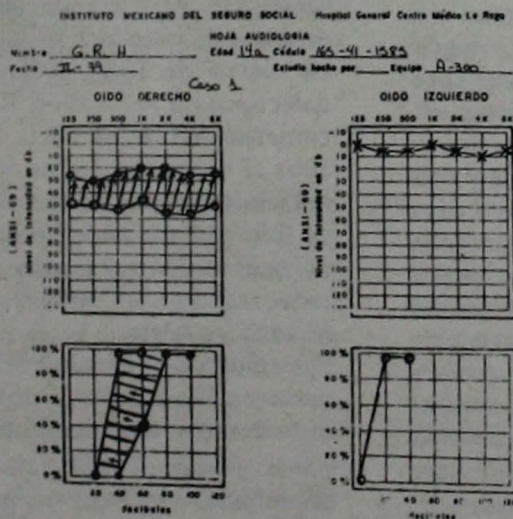


Figura 1. Caso 1.- Estudios audiológicos pre y postoperatorios. (Audición normal postoperatorial).

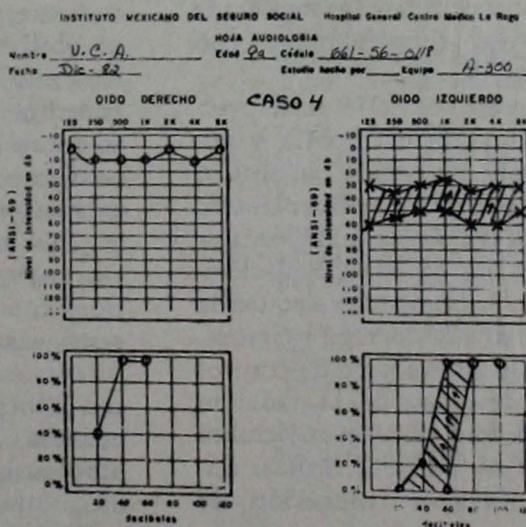


Figura 2 Caso 4.- Estudios audiológicos pre y postoperatorios. Mejoría parcial de la audición con persistencia de una hipoacusia superficial por otitis adhesiva.

### CASO No. 2.

Femenino de 8 años de edad, estudiante, vista por primera vez en junio de 1978. Amigdalecto-

rada de tipo conductivo (pérdida de 45 a 55 dB). Se decidió realizar mastoidectomía simple, revisión de oído medio y colocación de tubo de ventilación; encon-

amígdalas hipertróficas grado III, con periamigdalitis. Nariz: cornetes hipertróficos, sin exudados. Oído izquierdo normal, oído derecho con costras serohemáticas



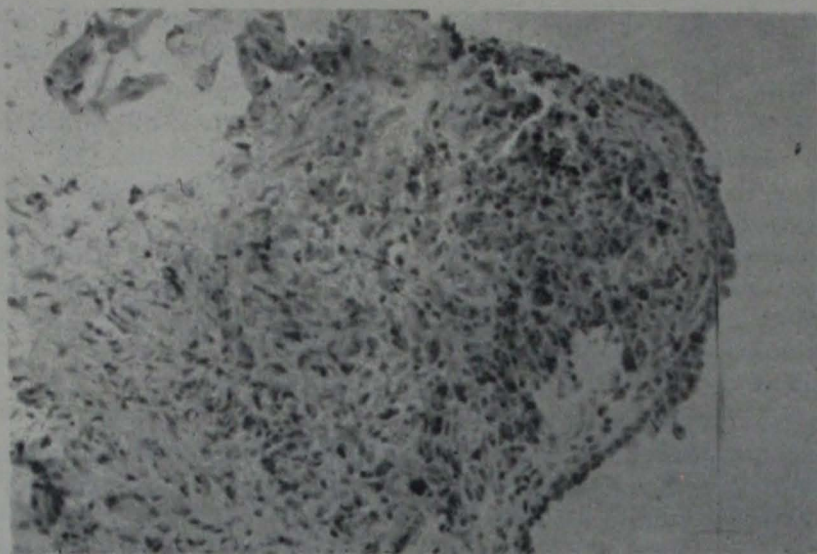


Figura 3.- Estudio histopatológico donde se observan gránulos de colesterol, células gigantes de reacción a cuerpo extraño y depósitos de hemosiderina.

en tercio interno del conducto, membrana timpánica íntegra, de color azul, engrosada, hipomóvil. Las pruebas con diapasones mostraron hipoacusia conductiva derecha. El estudio audiológico reveló hipoacusia derecha moderada conductiva, timpanograma con curva tipo B.

En agosto de 1979 se le practicó adenoamigdalectomía y miringotomía derecha y se obtuvo salida de líquido achocolatado, con mejoría de la audición por un lapso de 30 días. Radiológicamente la mastoides izquierda fue normal y la derecha esclerosa. El estudio audiológico de control mostró descenso de la audición en el oído derecho. En noviembre de 1979 se vuelve a realizar miringotomía con colocación de tubo de ventilación, mejorando la audición por 3 meses. En marzo de 1980 es sometida a mastoidectomía radical modificada derecha, con colocación de tubo de ventilación. Presentó mejoría postoperatoria de la audición, extruyendo a los 6 meses el tubo de ventilación, un año y medio después la membrana timpánica te-

nía aspecto normal, y la audición se encontraba en límites normales.

#### CASO No. 4.

Masculino de 8 años de edad, estudiante, visto por primera vez en abril de 1980. Adenoamigdalectomía a los 6 años, niega antecedentes alérgicos. El padecimiento actual lo inicia a los 5 años de edad con otalgia izquierda y otorrea sanguinolenta durante 2 días; tratado medicamente, quedando con otalgia intermitente posteriormente presentó otorrea en 5 ocasiones. Fue tratado previamente con miringotomías 2 veces y con tubo de ventilación en una ocasión. Actualmente presenta hipoacusia izquierda y egofonía, niega otra sintomatología.

Exploración física.- Orofaringe y nariz sin alteraciones. Oído derecho normal, el izquierdo con membrana timpánica íntegra, retraída, de coloración azulosa, con neotímpano central adherido a promontorio. Las pruebas con diapasones muestran una hipoacusia conductiva izquierda.

Estudio audiológico.- Hipoacu-

sia conductiva moderada izquierda, timpanograma curva B, aplanada. Radiografías.- Mastoides derecha neumatizada y la izquierda esclerosa.

En septiembre de 1980 se practica mastoidectomía radical modificada izquierda y colocación de tubo de ventilación; se encontró material achocolatado en mastoides y oído medio, algunos gránulos amarillentos de unos 2 mm de diámetro en caja y mastoides, adherencias entre la membrana timpánica, promontorio y la cadena osicular.

Se logró mejoría de la audición, quedando con hipoacusia superficial conductiva izquierda. (Figura 2). El control de diciembre de 1982 reveló membrana timpánica de coloración normal, parcialmente adherida a promontorio.

#### CASO No. 5.

Masculino de 15 años de edad, estudiante, visto por primera vez en marzo de 1982. Adenoamigdalectomía a los 3 años. El padecimiento actual lo inicia hace 2 años al notar hipoacusia derecha, inicialmente progresiva y después estable por un año acompañada de acúfeno intermitente, moderado, agudo, no pulsátil. Niega otorrea y otalgia.

Exploración física.- Orofaringe, nariz y oído izquierdo normales, oído derecho con membrana timpánica íntegra, opaca, pars flácida abombada, violácea, no pulsátil, hipomóvil.

Radiografías.- Mastoides derecha esclerosa, antro amplio. Biometría hemática y pruebas de coagulación normales. Estudio audiológico con hipoacusia moderada conductiva derecha (pérdida de 50 dB). Timpanograma.- Curva B en oído derecho.

Se realizó mastoidectomía ra-



dical modificada derecha, revisión de oído medio y paracentésis timpánica, encontrando membrana timpánica violácea en pars flácida, líquido achocolatado en oído medio y mastoides, mucosa engrosada, bandas fibrosas entre membrana timpánica y cadena osicular, gránulos amarillentos de 2 mm sobre promontorio y nicho de la ventana redonda, mismos que también se observaron en celdillas mástoideas, antro amplio. El estudio histopatológico mostró mucosa con inflamación crónica, granulomas de colesterol, rodeados por células gigantes de reacción a cuerpo extraño y depósitos de hemosiderina.

La audiometría a las 3 semanas del post-operatorio reveló un incremento en la audición de 10 dB. Cinco meses después, se observó la membrana timpánica engrosada por lo que se colocó un tubo de ventilación; al hacer la miringotomía apareció material muco-seroso en escasa cantidad, con mejoría de la audición hasta límites normales.

### COMENTARIOS

De acuerdo a los criterios actuales podemos considerar al hemotímpano idiopático como una fase poco común de la otitis media serosa; el diagnóstico debe basarse de acuerdo con Armstrong<sup>11</sup> y Sheehy<sup>2</sup> en los siguientes puntos: 1) Membrana timpánica azul o violácea, 2) Hipoacusia conductiva, 3) Líquido característico achocolatado, viscoso, estéril pro-

veniente de oído medio y mastoides, 4) Auscencia de un factor etiológico preciso.

Es importante mencionar que en todos nuestros casos se observó en oído medio y celdillas mastoideas líquido achocolatado, pudiendo encontrar en algunos de ellos granulomas de colesterol y hemosiderina, lo que nos habla de hemorragia antigua. (Figura 3). En dos de nuestros casos (2 y 5) el reporte histopatológico fue el clásico descrito por los diferentes autores<sup>2,10,11</sup>.

En base de nuestra experiencia podemos concluir que: el hemotímpano idiopático debe manejarse quirúrgicamente, practicando según el grado de afección de las celdillas mastoideas, mastoidectomía simple o mastoidectomía radical modificada, limpieza de oído medio y colocación de tubo de ventilación en el mismo acto quirúrgico; ya que a los pacientes a quienes se les manejó con miringotomía y tubo de ventilación, en todos hubo que practicar más tarde mastoidectomía. En general la recuperación auditiva fue satisfactoria, aún cuando las miringotomías repetidas tal vez favorezcan las otitis medias adhesivas como en los casos 4 y 5. En ninguno de nuestros enfermos se ha tenido la necesidad de practicar mastoidectomía radical, como reporta Sheehy en un caso<sup>2</sup>, pero si debe hacerse cirugía amplia ya que el padecimiento normalmente involucra a las celdillas mastoideas.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.— Paparella, M. y Lim D.: Pathogenesis and Pathology of the "Idiopathic Blue Drum". Arch Otolaryng. 85: 35-44, 1967.
- 2.— Sheehy J.L. y Linthicum J.: Chronic Mastoiditis, idiopathic hemotympanum and cholesterol granuloma of the mastoid. Laryngoscope 79: 1189-1217, 1969.
- 3.— Shambaugh, G.E.: The blue drum membrane. Arch. Otolaryngol. 10: 238-240, 1929.
- 4.— Fowler, E.P. Jr.: Actue nonsuppurative otitis media in Nelson's Loose-Leaf medicine of the ear. pp. 169-170, Thomas Nelson y Sons, New Yoek, 1939.
- 5.— O'Donnell, J.H.: "Blue Drum" or Idiopathic Hemotympanum in Children. Brit. Med., Jour. 2: 86, 1941.
- 6.— Ranger, D.: Idiopathic Haemotympanum. J. Laryngol. Otol. 63: 672-281, 1949.
- 7.— Johnston, W.R.: The problem of the Blue Eardrum: Idiopathic Hemotympanum. The Laryngoscope, 63: 1096-1117, 1953.
- 8.— Simonton, K.M.: The Blue Eardrum: Report of a case in which treatment was radical mastoidectomy. The Laryngoscope, 65: 342-344, 1955.
- 9.— Terkildsen, K.: A contribution to the problem of the Blue Eardrum Idiopathic Hemotympanum. The Laryngoscope, 66: 1582-1586, 1956.
- 10.— Hybasek, J. y Hybasek I.: Etiopathogenesis of so-called Idiopathic Hemotympanum and its relation to morphogenesis of the adhesive process: Chronic postinflammatory hematoma of the pneumatic cavities of the ear. Acta Otolaryngol, 53: 429-441, 1961.
- 11.— Armstrong, B.W.: Chronic secretory otitis media; Diagnosis and treatment. Southern Med. Jour. 50: 540-546, 1957.



# Reparación quirúrgica de las perforaciones septales

Dr. José L. RAMIREZ GONZALEZ \*  
Dr. Guillermo MODESTO GONZALEZ  
Dra. Cecilia MORENO BETANCOURT

*Resumen.*— Se presentan nueve casos de perforaciones septales (5 postquirúrgicas, 2 postraumáticas y 2 de origen desconocido) que fueron tratadas mediante la técnica rinoplástica basada en el avance de la mucosa septal, de los cartílagos laterales superiores y el cierre directo de la mucosa. El defecto cartilaginoso fue substituido mediante el uso de cartílago de concha auricular del propio paciente. Los casos fueron seguidos por un tiempo promedio de un año y tres meses y en todos se obtuvo un cierre de la perforación y una adecuada funcionalidad nasal.

*Summary.*— The present study comprises nine cases of septal perforation (five of postoperative type; two posttraumatic and two of unknown origin) managed through as rhinoplastic technique based on advancement of septal mucosa and lateral superior car-

*tilages and direct closure of the mucosa. The defect in the cartilage was repaired with an homograft obtained from auricle. Patients were followed through a mean period of 15 months and in all of them perforation closure and adequate nasal functioning were obtained.*

## INTRODUCCION

Las diferentes técnicas para reparar las perforaciones septales han sido desalentadoras, ya que la mayoría fracasan, optándose en algunos casos por el uso de los implantes de silastic o por no hacer nada<sup>1,11</sup>. Por si fuera poco en muchos casos en que se opta por realizar algún procedimiento quirúrgico, la reconstrucción requiere dos tiempos.

Por lo antes expuesto, es propósito del presente trabajo mostrar nuestra experiencia quirúrgica para resolver este tipo de patología. La técnica utilizada está basada principalmente en la rinoplastia de reducción con el avance de la mucosa septal, de

los cartílagos laterales superiores y el cierre directo de la perforación mucosa. La perforación cartilaginosa es substituida con cartílago de la concha auricular.

## MATERIAL CLINICO-QUIRURGICO

Se estudiaron retrospectivamente 9 pacientes con perforación septal que presentaban los síntomas y signos clásicos de epistaxis recurrentes, formación de costras mucosas, respiración silbante y molestias faríngeas.

La etiología de las perforaciones fue: 5 post-quirúrgicas (septoplastia), 2 postraumáticas y 2 de origen desconocido. El diámetro de las mismas, fue mayor en sentido anteroposterior en todos los casos. El diámetro vertical aunque menor, reviste mayor interés para lograr el cierre. En la Tabla I se anotan los diámetros de ambos diámetros.

Técnica quirúrgica y manejo post-operatorio.— Como primer paso se obtiene el cartílago de la concha auricular con el que se

\* Instituto de Otorrinolaringología y Cirugía Plástica Reconstructiva. Chihuahua, Chih. México.



ocluirá el defecto cartilaginoso septal. La porción tomada de la concha es moldeada de acuerdo al tamaño y forma del defecto septal.

El abordaje al dorso nasal lo efectuamos mediante incisiones intercartilaginosas y transfectiva del septum membranoso. Se prosigue con la elevación cuidadosa

las fosas nasales y la mucosa del borde de la perforación cartilaginosa (Fig. 1). El margen de la perforación mucosa se incide con bisturí (Fig. 2) quedando entonces separado de la mucosa del lado opuesto (Fig. 3).

Se eleva a continuación el periostio de los huesos propios y a continuación se efectúa la reduc-

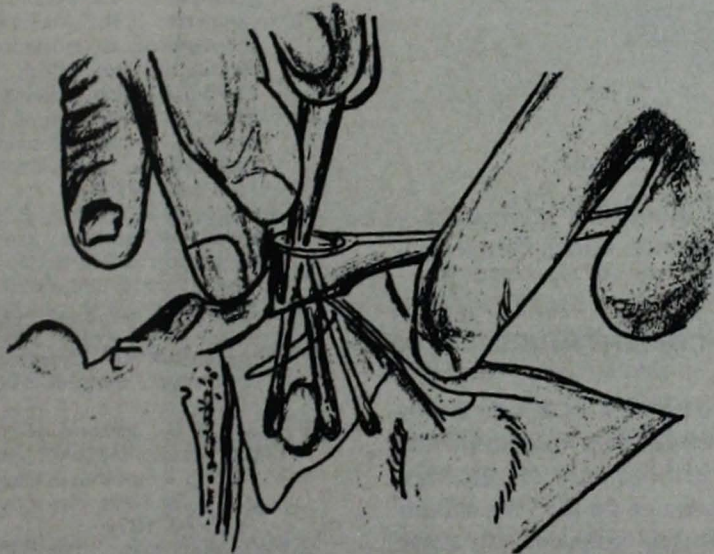


Figura 1. Diseción del mucopericondrio septal, evitando lesionar la mucosa a nivel de la perforación.

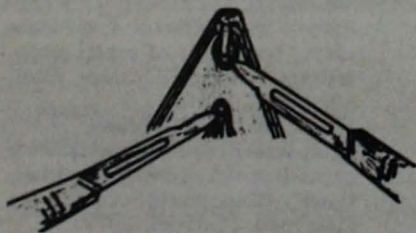


Figura 2.- Incisión de la mucosa del borde de la perforación.



Figura 3.- Mucosa del borde de la perforación ya separada.

del mucopericondrio septal en forma bilateral hasta el piso de

ción del dorso óseo por medio de la técnica de limado, procediendo posteriormente a separar los cartílagos laterales superiores a nivel de su unión con el séptum.

Se inicia la elevación de la mucosa de los cartílagos laterales superiores a nivel de su borde septal. Esta disección la prolongamos 4 mm o más si es necesario, por debajo del nivel en que se reseca el dorso cartilaginoso (cartílagos laterales superiores, séptum) obteniéndose así la ganancia de la mucosa que rotará en dirección de la perforación (Fig. 4 y 5).

Se procede después a colocar el injerto de cartílago de la concha auricular en el defecto septal y se inicia la sutura de los bordes de la perforación mucosa, efectuando un surgete continuo la-

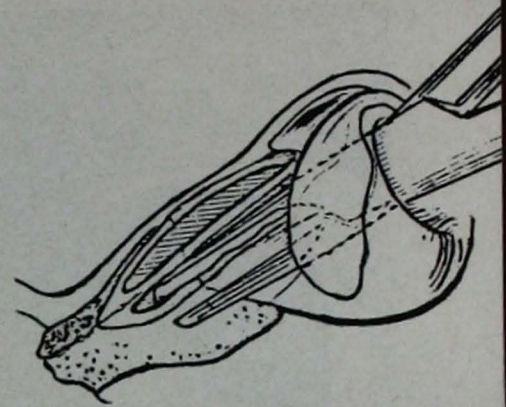


Figura 4.- Resección del cartílago septal, y cartílagos laterales superiores.

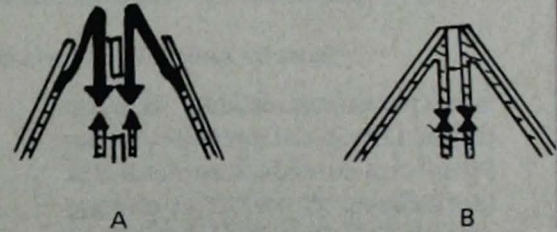


Figura 5. A.- Ganancia de mucosa después de haber resecaado el cartílago septal y los cartílagos laterales superiores. B.- La mucosa rotada en dirección del defecto.

TABLA I

TAMAÑO DE LAS PERFORACIONES		
No.	Antero Posterior	Vertical
1	2.3 cm	1.6 cm
2	2.4 "	1.4 "
3	2 "	1.2 "
4	1.8 "	1.2 "
5	1.6 "	1.1 "
6	1.5 "	1 "
7	1.2 "	1 "
8	1.8 "	.8 "
9	1.4 "	.8 "
Promedio	1.7 cm	1.1 cm

do por lado con Dexon 6-0. A continuación por medio de osteotomías laterales externas cerramos el dorso óseo y suturamos las heridas quirúrgicas. Finalmente colocamos dos laminillas tomadas de una placa radiográfica, que recortamos de suerte que tengan una longitud de 4 a 5 cms y su



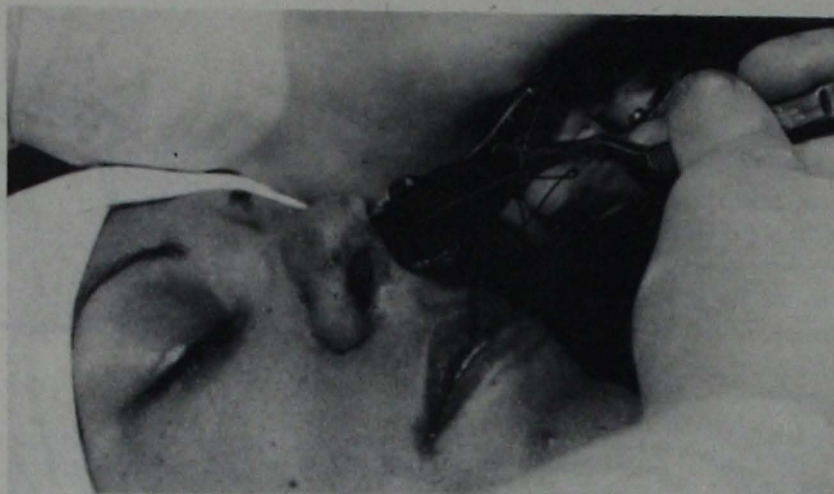


Figura 6.- Aplicación de las laminillas en cada fosa nasal.

anchura dependerá del tamaño de las narinas del paciente. Se colocan una en cada fosa nasal con la finalidad de evitar el choque directo del aire sobre el área quirúrgica (Fig. 6). Estas dos laminillas se unen en su extremo anterior de manera que queden cerca del vestíbulo y nos permitan mantenerlas en posición fija, facilitándonos su manejo. Para terminar se colocan los taponamientos intranasales y la férula nasal.

Manejo post-operatorio.— Los taponamientos nasales son retirados al 5o. día post-operatorio, pero se dejan aún las laminillas que se mantienen por dos semanas. Los pacientes son citados a la consulta cada 4 días para extraer las costras y secreciones mientras tienen colocadas las laminillas.

Resultados.— Los casos fueron seguidos durante un promedio de un año tres meses post-operatorio, encontrándose asintomáti-

cos, con integridad anatómica y aparentemente buena funcionalidad nasal.

#### COMENTARIO

La experiencia obtenida en los nueve casos aquí presentados nos permite afirmar que el cartílago de la concha es de fácil obtención con la ventaja adicional de tener un grosor adecuado para los fines que perseguimos. Por otra parte cuando valoramos al enfermo con una perforación septal, desde el postoperatorio podemos prever que entre mayor sea el dorso, el desarrollo de la técnica aquí propuesta será más fácil, lo que redundará en mayores posibilidades de éxito.

Finalmente pensamos que los resultados anatómicos y funcionales obtenidos en los casos que hemos presentado, pueden considerarse como muy adecuados, con la ventaja que esta técnica qui-

rúrgica se pudo realizar en un solo tiempo quirúrgico.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.— *Aubour, P.*: A targeted problem and its solution practical suggestion in cases of septal perforation: an easy way to insert the Kern's septal obturator. *Laryngoscope*, 89: 1170-1171, 1979.
- 2.— *Converse, J.M.*: Perforation of the septum. *Reconstructive and Plastic Surgery*. Vol. 2. Pag. 1150-1152, 2da. Edición.
- 3.— *Facer, G.W. y Kern, E.B.*: Non-surgical closure of nasal septal perforations. *Arch. Otolaryngol*, 104: 6-8, 1979.
- 4.— *Facer, G.W. y Kern, E.B.*: Nasal septal perforations: use of silastic button in log patients. *Rhinology*, 17: 115-120, 1979.
- 5.— *Fairbanks, D.N. y Fairbanks, G.R.*: Nasal septal perforation: prevention and management. *Ann. Plast. Surg.* 5: 1452-1459, 1980.
- 6.— *Kiv, B.G.*: Method of closure of the nasal septum perforation with a connective tissue transplant. *Zn Ushn Nas Gorl Balezn*, 1: 69-70, 1979.
- 7.— *Levine, L.A.*: The closure of symptomatic septal perforation. *Laryngoscope*, 90: 1238-1239, 1980.
- 8.— *Masing, H.; Gammert, C. y Jaumann, M.P.*: Our concept concerning treatment of septal perforations. *Laryngol. Rhinol. Otol*, 59: 50-56, 1980.
- 9.— *Meger, R. y Kessirnigu, M.D.*: Sculpturing and Reconstructive procedures in Aesthetic and functional Rhinoplasty. *Clinics in Plas. Surg.* 1: 31-36, 1977.
- 10.— *Montgomery, W.*: Nasoseptal perforation. *Surgery of the Upper Respiratory System*. Vol. 1. Pag. 343-349. 2da. edición.
- 11.— *Rees, T.D.*: Septal perforations: *Aesthetic Plastic Surgery*, Vol. 1. Pag. 336 WB Saunder Company, 1980.



## Casos clínicos

# Ameloblastoma del maxilar superior

## Presentación de un caso

Dr. Manuel PEÑALOZA PLASCENCIA\*  
Dr. Amado GONZALEZ MENDOZA\*\*  
Dr. Everardo VILLARREAL SOSA\*

*Resumen.*— Se presenta el caso de una paciente femenina de 9 años de edad con un ameloblastoma del maxilar superior del subtipo multiquístico o sólido, que requirió una maxilectomía para lograr su extirpación total. No ha presentado recidiva hasta la última revisión 18 meses después de la intervención. Se demuestra en este caso la necesidad de hacer cirugías radicales, en la variedad multiquística de los ameloblastomas, por que de lo contrario las recidivas son frecuentes.

*Summary.*— Female patient, 9-year old, presenting with an ameloblastoma of maxilla of polycystic or solid subtype who required a maxillectomy for its whole excision. In the follow-up visit eighteen months after operation no relapse of tumor was detected. This case demonstrated the need of radical surgery in cases of polycystic ameloblastomas, and lest this approach is not fulfilled, relapses are common.

\* Hospital de Pediatría. Centro Médico de Occidente. I.M.S.S. Guadalajara, Jal. México.

\*\* Unidad de Investigación Biomédica. I.M.S.S. Guadalajara, Jal. México.

## INTRODUCCION

El ameloblastoma es un tumor poco frecuente que tiene su origen en el epitelio oral el cual se invagina para formar el órgano dentario. Puede originarse de las células basales del esmalte, por alteraciones en el desarrollo de la lámina dental, de las células basales del epitelio mucoso o de epitelio aberrante de otro órgano de origen epitelial.

No existe predominio de raza o sexo. Se han encontrado en niños de 4 meses y en ancianos. Se observan más frecuentemente de los 25 a los 35 años, con un promedio de 5.8 años de evolución. Siempre existe como antecedente una pieza dentaria que no ha brotado o un traumatismo.

El sitio de implantación más frecuente es en la zona molar de la mandíbula, siguiéndole el área premolar, más raramente en la zona molar del maxilar y la premolar.

El ameloblastoma es una tumoración lentamente invasiva ya descrita desde el año de 1886 por Broca<sup>1</sup>, no dolorosa, y la cual puede ulcerarse o infectarse después de una extracción dentaria. Small y Waldrom<sup>2</sup> en una revisión de la literatura del período

de 1883 a 1953 encuentran 1036 casos, de los cuales 21, desarrollaron metástasis. En un estudio subsecuente hecho por Halperin<sup>3</sup>, de 1966 a 1976 encuentran 5 casos más de ameloblastoma maligno.

La propiedad más importante del ameloblastoma es la invasión a los espacios intertrabeculares del hueso esponjoso, sin reabsorción de éstos. No es capaz de invadir hueso compacto, pero sí puede erosionarlo, todo esto es de suma importancia ya que explican las altas tasas de recurrencia después del tratamiento quirúrgico conservador, las cuales se reportan entre un 55 a un 90%.

Existen varios subtipos de ameloblastoma: 1.- Ameloblastoma unikuístico. 2.- Ameloblastoma sólido o multikuístico. 3.- Ameloblastoma periférico. Cada uno tiene características histopatológicas y clínicas definidas, pero sin embargo, comparten algunas peculiaridades microscópicas comunes<sup>1</sup>.

En el año de 1970 Vickers y Garlin<sup>1</sup> establecen por primera vez los parámetros histológicos fundamentales para identificar estos tumores: 1.- Hiperchromatismo nuclear de células basales. 2.- Células basales en empalizada



y polarización nuclear. 3.-Vacuolización citoplásmica.

De acuerdo con Gardner, el criterio de tratamiento quirúrgico debe ser: *Ameloblastoma uniuquístico*.— En este tipo el forro del quiste es ameloblastomatoso, en el cual el tumor prolifera dentro del quiste. En estos casos, con una enucleación y curetaje de la cavidad dejando un adecuado margen de tejido sano, se puede esperar la curación, ya que el tejido fibroso que lo delimita no es tumoral. *Ameloblastoma multiquístico o sólido*.— Aproximadamente el 80% de estas tumoraciones asientan en la mandíbula, donde invaden los espacios intertrabeculares del hueso, más no la cortical, aunque si son capaces de erosionarla.

Por las características antes mencionadas, el cirujano no debe suponer que los límites clínicos son los quirúrgicamente reales, y si únicamente reseca la tumoración con este criterio las recurrencias son la regla.

En la actualidad los principios quirúrgicos que rigen el tratamiento de este tipo de ameloblastoma, son la resección marginal con 1.5 cm. más allá del borde determinado como sano, preservando la cortical del hueso. Posteriormente debe hacerse electrocauterización de la cavidad, con lo que se produce isquemia y necrosis más allá de los límites quirúrgicos, con la posibilidad de destruir tumor no identificado alrededor del hueso esponjoso. Ahora bien, en el caso en que el ameloblastoma asiente en el maxilar, las relaciones anatómicas de la región y las paredes delgadas, permiten una rápida invasión a estructuras vitales, por lo que el tratamiento en estos casos debe ser más radical, llegando inclusive a la maxilectomía, ya que las recidivas en esta área ensombrecen

el pronóstico.

*Ameloblastoma periférico*.— Es relativamente inocuo, bien delimitado y debe extirparse con un pequeño margen de tejido sano.

*Diagnóstico diferencial*.— Debe hacerse con las tumoraciones que asisten en esta misma área, pero especialmente con los quistes dentígeros ya que en la forma uniuquística del ameloblastoma existe una variedad denominada ameloblastoma quístico plexiforme con el cual puede confundirse fácilmente, hecho de suma importancia clínica debido a la implicación terapéutica. A este respecto Gardner<sup>5</sup> establece las bases histopatológicas diferenciales.

#### REPORTE DE UN CASO CLINICO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 9 años de edad

sin antecedentes heredofamiliares de importancia para el padecimiento actual.

Inicia la sintomatología con una tumoración en la región maxilo facial del lado derecho, lentamente progresiva, de 18 meses de evolución, que llegó a medir 3 cm de diámetro.

En el servicio Bucodontomaxilar se realizó resección de la tumoración, habiéndose encontrado tres quistes dentarios con rizogénesis imperfecta, así como ausencia de la pared anterior del seno maxilar derecho.

Dos meses después de la intervención inicia nuevamente crecimiento tumoral en el mismo sitio, acompañado de dolor leve y constante, rinorrea anterior y posterior derecha de tipo mucopurulenta.

A la exploración física encontramos desviación del séptum a la izquierda en área III no obstruc-

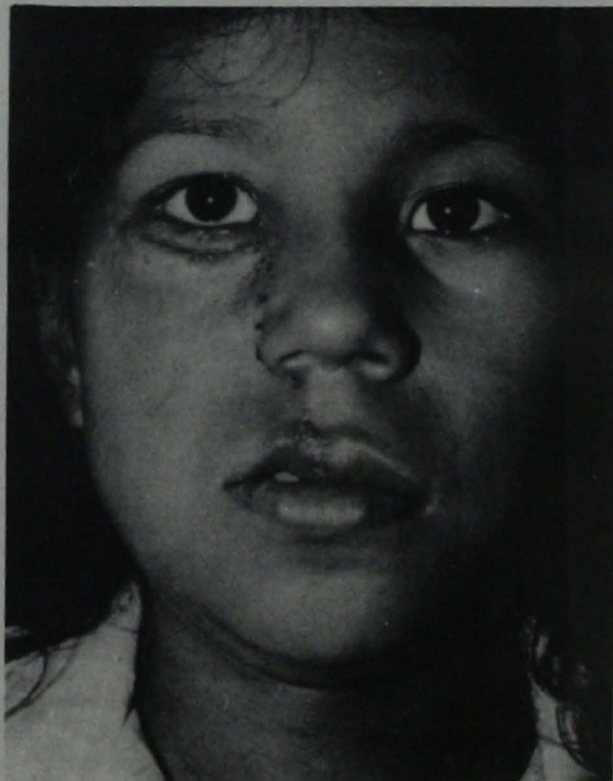


Figura 1.



tiva, tumoración en área premaxilar derecha, de consistencia dura, que llegaba al borde inferior de la órbita.

Biometría hemática, examen general de orina, urea, glucosa y creatinina dentro de límites normales.

Las radiografías simples de senos paranasales, las oclusales y las tomografías del seno maxilar derecho confirman la presencia de una tumoración localizada en el maxilar derecho, área premaxilar, que llega hasta el borde inferior de la órbita, de densidad sólida.

Se lleva a cabo maxilectomía derecha sin complicaciones y con una evolución postoperatoria inmediata y tardía adecuada. (Fig. 1 y 2). Posteriormente es enviada al servicio Bucodentomaxilar para colocación de prótesis. (Fig. 3).

Actualmente a 18 meses de la segunda intervención, se encuentra asintomática y sin ningún crecimiento tumoral local o metastásico.

El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica mostró: 1.- Vista a poco aumento; tumor formado por acúmulo de células neoplásicas cuya morfología recuerda a las células de los epitelios pavimentosos. (Fig. 4). 2.- La vista de acercamiento muestra la disposición en cordones de dichas células, estroma formado por tejido conjuntivo laxo edematoso y vascularizado. (Fig. 5). 3.- El mayor aumento muestra el detalle celular, observándose la similitud de las células tumorales con las de la basal de la epidermis, en empalizada, con hiper Cromatismo nuclear. (Fig. 6).

## COMENTARIO

La evolución clínica del caso aquí presentado coincide con lo



Figura 2.



Figura 4.

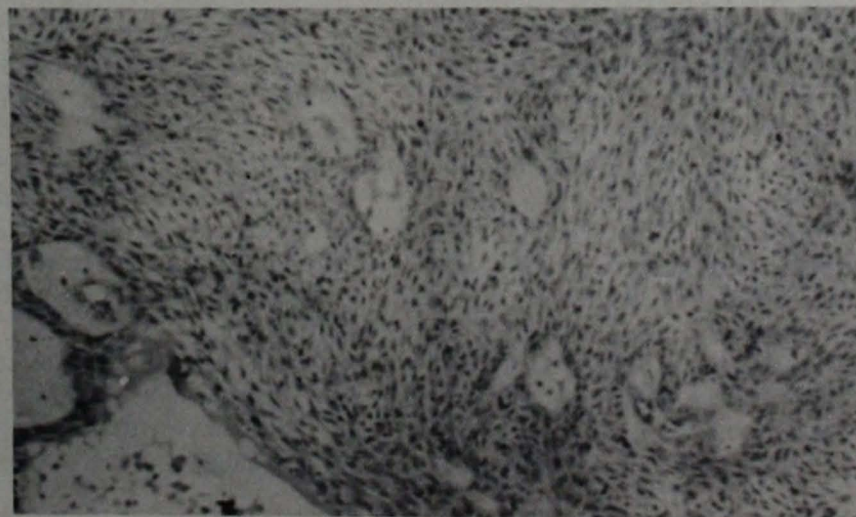


Figura 3.



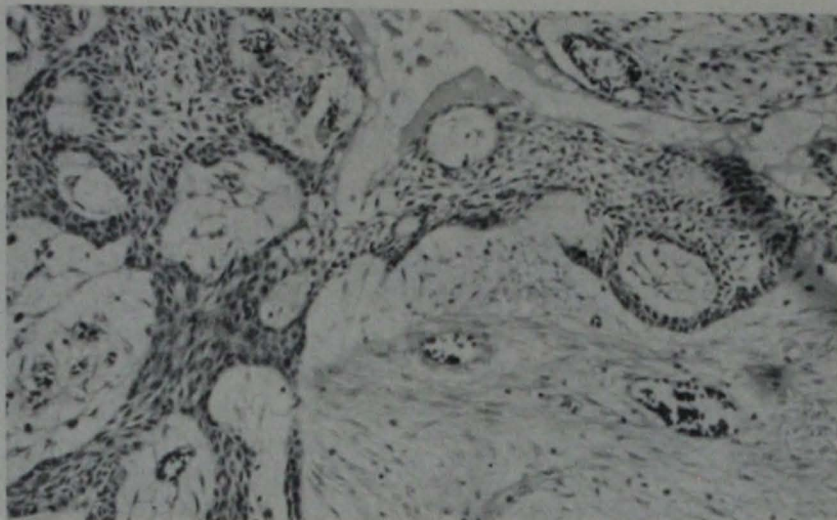


Figura 5.

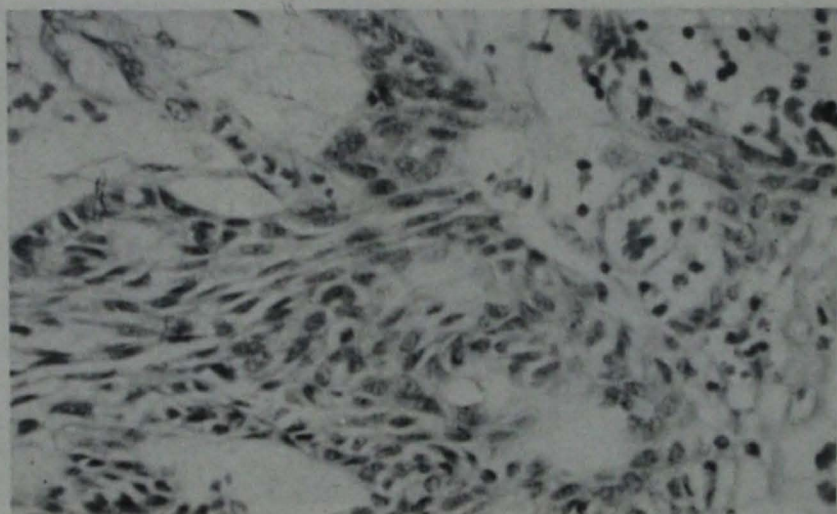


Figura 6.

previamente descrito por otros autores (Sehdey, Satkin y Gardner<sup>6, 7, 8, 9</sup>).

Gran parte de la importancia de esta patología resulta del hecho de que se trate de una tumoración cuyas características macroscópicas sean pleomórficas que confunde al médico poco experimentado, como ocurrió en nuestro caso, en donde el descubrimiento de múltiples lesiones quísticas, hicieron que los médicos tratantes en un inicio tuvie-

ran una impresión diagnóstica errónea, estableciendo por tanto medidas terapéuticas inadecuadas.

La presencia de lesiones quísticas múltiples son las que deberán hacernos sospechar de la posibilidad de que se trate de un ameloblastoma de la variedad multiquística.

En las variedades unikuísticas, el diagnóstico será establecido casi invariablemente por estudio histopatológico. Afortunadamen-

te la evolución clínica de estas, resulta más benigna en términos generales.

Por último cabe mencionar que debe tenerse especial atención en las variedades multiquísticas que asientan en forma primaria en maxilar superior, ya que por las características de la región, el tumor se comporta más agresivamente pudiendo comprometer en forma precoz la vida del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.— Vickers, R.A. y Gorlin, R.J.: Ameloblastoma: Delineation of early histopathologic features of neoplasia. *Cancer* 26: 699-709, 1970.
- 2.— Small, I.A. y Waldrom, C.A.: Ameloblastomas of the jaws. *Oral Sug.* 8: 281-297, 1955.
- 3.— Carr, R.F. y Halperin, V.: Malignant ameloblastoma from 1953 to 1966, Review of literature and report of a case. *Oral sug.* 26: 514-522, 1968.
- 4.— Gardner, D.G. y Pecak, A.: The treatment of ameloblastoma based on pathologic and anatomic principles. *Cancer* 46: 2514-2519, 1980.
- 5.— Gardner, D.G.: Plexiform unicystic ameloblastoma: a diagnostic problem in dentigerus syst. *Cancer* 47: 1358-1363, 1981.
- 6.— Sehdev, M.K., Huvos, A.G., Strong, E.W., Gerold, F.P. y Willis, G.W.: Ameloblastoma of maxilla and mandible. *Cancer* 33: 324-333, 1974.
- 7.— Shatkin, S. y Hoffmeister, F.S.: Ameloblastoma: a rational approach to therapy. *Oral Sug.* 20: 421-425, 1965.
- 8.— Rothouse, LL.S., Majack, R.A. y Fay, J.T.: An Ameloblastoma with myofibroblasts and intracellular septate junctions. *Cancer* 45: 2858-2863, 1980.
- 9.— Mc Guirt, W.F., Scruggs, M.S. y Koufman, J.A.: Hypercalcemia secondary to pseudoparhormone-secreting ameloblastoma. *Arch. Otolaryngol.* 107: 487-490, 1981.



# Epiglotitis aguda del adulto

Dr. Bernardo GROBEISEN ROUDY\*  
Dr. Gustavo SUCHOWITZKY STADELMANN\*  
Dr. Bjorn KAUFMANN JENZEN\*

*Resumen.*— Se presentan dos casos de epiglotitis aguda del adulto manejados en forma conservadora sin que requirieran traqueostomía o intubación endotraqueal. Se señalan las sugerencias para el manejo y vigilancia de estos pacientes.

## INTRODUCCION

*Summary.*— Two cases of acute epiglotitis of the adult are presented in this report which were managed with a conservative approach, without requiring tracheostomy nor endotracheal intubation. This article presents suggestions for management and follow-up of this group of patients.

Los pacientes que sufren epiglotitis aguda representan una urgencia respiratoria real, que demanda un diagnóstico rápido y la instalación de tratamiento hospitalario de urgencia.

Hay tres alternativas terapéuticas: 1.- Médica. 2.- Intubación<sup>1</sup>. 3.- Traqueotomía<sup>2, 3, 4</sup>.

El tratamiento de epiglotitis aguda se ha ido desarrollando

gradualmente al paso de los años. Morgan y Wishart, citaron una mortalidad del 75% en 1928. Esta tasa ha ido mejorando debido al buen manejo de la vía aérea. El uso de tubos endotraqueales para resolver la obstrucción inflamatoria de la vía aérea, fue sugerida en 1880 por Macewan sin embargo la traqueostomía se estableció como el tratamiento inicial de elección debido a su efectividad y seguridad<sup>3</sup>. El primer uso moderno de intubación nasotraqueal en el tratamiento de pacientes con epiglotitis fue reportado por Allen y Steven en 1965 de acuerdo con Bass<sup>4</sup>. desde entonces hay varios reportes en la literatura que demuestran la seguridad de la intubación nasotraqueal en el manejo de la vía aérea en pacientes con epiglotitis<sup>1, 2, 5, 6</sup>.

El propósito de este trabajo es valorar la importancia de las tres alternativas terapéuticas en dos casos con epiglotitis aguda del adulto y la respuesta que con el uso de epinefrina racémica se puede obtener.

Es de importancia mencionar que la epiglotitis aguda es una entidad poco común en la consulta pediátrica y más aún en el adulto.

## PRESENTACION DE CASOS

### CASO No. 1.

J.F. de 34 años de edad de sexo masculino. Inicia el cuadro doce horas antes de su admisión con odinofagia intensa de predominio izquierdo, temperatura 39°C y disfonía progresiva. Se admite al departamento de urgencias, donde se practica laringoscopia indirecta encontrándose inflamación difusa de la valécula y desplazamiento epiglótico hacia atrás (o en retroversión). En cuello presentaba masa palpable del lado izquierdo a nivel del cruce del hioides y arteria carótida de aproximadamente 2 x 2 cm, indurada y dolorosa. Se tomaron muestras de secreciones faríngeas y repliegues ariepiglóticos para cultivo que se reportaron negativos, la placa lateral de cuello demostró edema importante de la epiglotis.

El tratamiento consistió en cefalotina sódica 1 gr intravenoso cada cuatro horas e hidrocortisona 100 mgs intravenosos cada seis horas y ambiente húmedo continuo. A las 24 horas de iniciado el tratamiento, la mejoría clínica era evidente y a las 72 horas, fue dado de alta previa

\* México, D.F.



laringoscopia y placa lateral de cuello dentro de límites normales, continuando su tratamiento por diez días más. Se ha seguido al paciente durante seis años y se encuentra en estado satisfactorio.

#### CASO No. 2.

M.M.A. de 33 años de edad del sexo masculino. Inicia cuadro de 12 horas de evolución con disfonía progresiva, dolor faríngeo agudo, sensación de ahogo, taquicardico, taquipneico y temperatura de 38°C. En la laringoscopia indirecta se noto edema en la superficie lingual de la epiglotis y pliegues ariepiglóticos, por lo cual fue internado en la unidad de terapia intensiva.

Se tomaron radiografías laterales del cuello mostrando moderado edema de las estructuras epiglóticas con obstrucción aproximada del 50% de la vía aérea. (Fig. 1).



Figura 1.- Radiografía lateral de cuello, donde se visualiza edema importante de la epiglotis.

Se hace laringoscopia indirecta para tomar de secreciones de hipofaringe y estructuras epiglóticas.

cas. Se inició tratamiento con ampicilina <sup>6</sup>, 1gr intravenosa cada cuatro horas; oxígeno continuo con puntas nasales, diez litros por minuto y una inhalación de epinefrina racémica con vaporizador cada 20 minutos por una hora; se continuó con una inhalación cada hora por 24 horas.



Figura 2.- Radiografía lateral de cuello, antes de ser dado de alta el paciente, donde se aprecia excelente paso de aire a través de la laringe.

Después de 4 horas de evolución, notamos que la mejoría clínica era mínima, por tal motivo, se suspendió la epinefrina racémica y se inició hidrocortisona 200 mgs intravenosa cada seis horas. Hubo gran mejoría clínica manifestada por disminución de la temperatura a 37.5°C, sin disnea y sin disfonía. Por tal motivo el tratamiento se mantuvo por 48 horas más, y a las 72 horas, se reportó cultivo negativo. El paciente persistió con dolor en hipofaringe, por lo cual se substituyó la ampicilina por cloranfenicol 1 gr intravenoso cada seis horas. Después de 24 horas, el paciente es dado de alta asintomático, con laringoscopia y radiografía normales. El paciente

ha evolucionado por 36 meses sin complicaciones.

#### COMENTARIO

El tratamiento clásico de la epiglotitis aguda del adulto <sup>10</sup> es a base de la intubación nasotraqueal, orotraqueal o traqueotomía. En los dos casos que presentamos, los pacientes presentaron cuadros de obstrucción respiratoria parcial que a nuestro juicio no requirieron en el momento de su admisión ninguna de las dos maniobras mencionadas.

Consideramos que todo paciente adulto en el cual la obstrucción respiratoria es menor del 50%, son candidatos para tratamiento conservador <sup>3</sup>, vigilancia estrecha en la unidad de terapia intensiva, en la que disponemos de equipos de intubación, traqueotomía y rayos X, las 24 horas del día. Un personal de internos, residentes y enfermeras bien entrenados para manejar y resolver este tipo de patología.

El tratamiento de estos 2 pacientes difirió únicamente en el segundo, en el que se utilizó epinefrina racémica <sup>8</sup>, que en 1974, reportó algunos beneficios para este tipo de inflamación aguda. Estudios posteriores confirman que su utilidad es mínima en este tipo de patología tal como sucedió en nuestros casos, en cambio es de gran valor en la laringotraqueobronquitis aguda del niño. Con esto no queremos sugerir que el tratamiento de la epiglotitis aguda sea únicamente médico, ya que depende mucho de las instalaciones hospitalarias, personal y equipo de que se disponga, por lo cual el tratamiento de cada paciente debe individualizarse.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Cantrell R.W. et al.: Acute Epiglottitis: Intubation Versus Tra-



- cheostomy. *Laryngoscope* 88: 994-1005, 1978.
- 2.- *Baxter J.D. y Pashley N.R.T.*: Acute Epiglottitis: Twenty Five Years' Experience in Management, the Montreal Children's Hospital. *J. Otolaryngology* 6: 473-476, 1977.
  - 3.- *Bass W.J. et. al.*: Acute Epiglottitis: Surgical Emergency: *J.A. M.A.* 229: 671-675, 1974.
  - 4.- *Fearon, B. y Cinnamon, M.*: Special Considerations in Epiglottitis in Children. *Laryngoscope* 85: 1738-1745, 1975.
  - 5.- *Cohen S.R. y Chai, J.*: Epiglottitis: Twenty-Year Study with Tracheostomy. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol* 87: 461-467, 1978.
  - 6.- *Schuller, E.D. y Bieck, H.G.*: Safety of Intubation in Croup and Epiglottitis: Eight Year Follow-up. *Laryngoscope* 85: 33-46, 1975.
  - 7.- *Scheidemandel, H.H.E. y Page, S.*: Special Considerations in Epiglottitis (Epiglottitis): Treatment of Choice. *Laryngoscope* 87: 879-883, 1977.
  - 8.- *Heeneman, H. y Ward, K.M.*: Epiglottic Abscess: Its Occurrence and Management. *J. Otolaryngol* 6: 31-36, 1977.
  - 9.- *Johnson K. Gary. et. al.*: Acute Epiglottitis Review of 55 Cases. *Arch. Otolaryngol* 100: 333-337, 1974.
  - 10.- *Black M.J. y Baxter J.D.*: Acute Epiglottitis in Adults. *J. Otolaryngol* 10: 23-27, 1981.



## Notas e informaciones

### XIII CONGRESO MUNDIAL DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

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 Secretario General el Dr. Anthony J. Maniglia y el Tesorero el Dr. Joseph Freeman.

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: Otocong.

### X CONGRESO INTERNACIONAL DE RADIOLOGÍA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

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

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

Dirección de las oficinas.— Grupo Médico Otorrinolaringológico. Avenida Cafetal, Chuao. Caracas 1060. Venezuela. Teléfono (58-2) 92-90-79. Dirección Postal.— Apartado 65,015 (Módulo Chuao) Caracas 2065-A Venezuela.

### INSTITUTO DE OTOLOGIA GARCIA-IBAÑEZ BARCELONA, ESPAÑA

Cursos durante el año de 1985.

IX Curso de Disección de los Senos Paranasales. 25 al 27 de marzo y en octubre (fecha pendiente). Dirigido por el Dr. F. Bagatella de Ferrara, Italia. Curso de Disección y Microcirugía Anatómicoquirúrgica del Macizo Rinosinusal. Películas, videos y conferencias.

XXV Curso de Microcirugía del oído y Disección del Hueso Temporal. 18 al 23 de marzo y 10 al 15 de junio de 1985. Curso eminentemente práctico dedicado a la disección del hueso temporal. Cirugía en el vivo, películas, videos y conferencias, con la colaboración del Prof. D. Ruano, Catedrático de Anatomía de la Facultad de Medicina de Barcelona y de la Dra. C. Guirado del Instituto de Radiología de Cabeza y Cuello. Profesor del curso: Dr. Emilio García Ibañez.

Información:

Instituto de Otolología García-Ibañez  
Dr. Roux 91 bajos. Barcelona 080117  
España. Teléfono 205-02-04.



De BEECHAM... la compañía innovadora  
y autoridad mundial en penicilinas semisintéticas



**Rapidez! Potencia! Impacto!**



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.

En infecciones:

- Respiratorias
- Gastrointestinales
- Urinarias

A diferencia de la ampicilina...

**Penamox**\* cada 8 horas

**PRESENTACIONES:** Cápsulas de 500 mg., caja con 9. Suspensión de 250 mg., frasco para 60 ml. Suspensión de 500 mg., frasco para 45 ml. Inyectable de 250 mg., 1 frasco ampula, fco. con solvente (agua destilada) 2 ml. Inyectable de 500 mg., 1 frasco ampula, fco. con solvente (agua destilada) 2 ml. **Tabletas de 1 g., caja con 6.** **PRECAUCIONES:** 1.- No existe en el mercado penicilina que no ofrezca peligros. 2.- La sensibilidad de cada persona al medicamento es el factor desencadenante de reacciones alérgicas leves o graves. 3.- La penicilina siendo inofensiva para la mayoría de los pacientes, en otros resulta perjudicial, por lo que solamente el médico basándose en su experiencia y en las reacciones anteriores de las personas por el uso del medicamento, determinará si debe o no ser usado. 4.- La penicilina es un medicamento útil dentro de la terapéutica actual y su prescripción y uso quedarán bajo la estricta responsabilidad del médico. 5.- En el caso de que se presenten accidentes por penicilina, se recomienda la aplicación inmediata de adrenalina al milésimo por vía intramuscular. Podrán utilizarse asimismo, otros recursos cuando el médico así lo estime pertinente, tales como: antihistamínicos, esteroides y otros. **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilidad a la penicilina. **REACCIONES SECUNDARIAS:** Como con todas las penicilinas, pueden presentarse reacciones alérgicas; erupción cutánea y diarrea. A dosis muy elevadas, pueden presentarse nefropatías, cristaluria, elevación de transaminasa glutámico-oxalacética, agranulocitosis con mononucleosis, hipertensión endocraneana benigna y encefalopatías. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:** Interfiere con los anticonceptivos en la circulación enterohepática de los estrógenos. **BIBLIOGRAFIA:** A solicitud del médico.

\* Marca Registrada. Regs. Nos. 78552, 78554, 88252 y 0127M79 S.S.A.

I. Méd. KJE-3556/J

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica

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

**Beecham**  
La Autoridad en Penicilinas

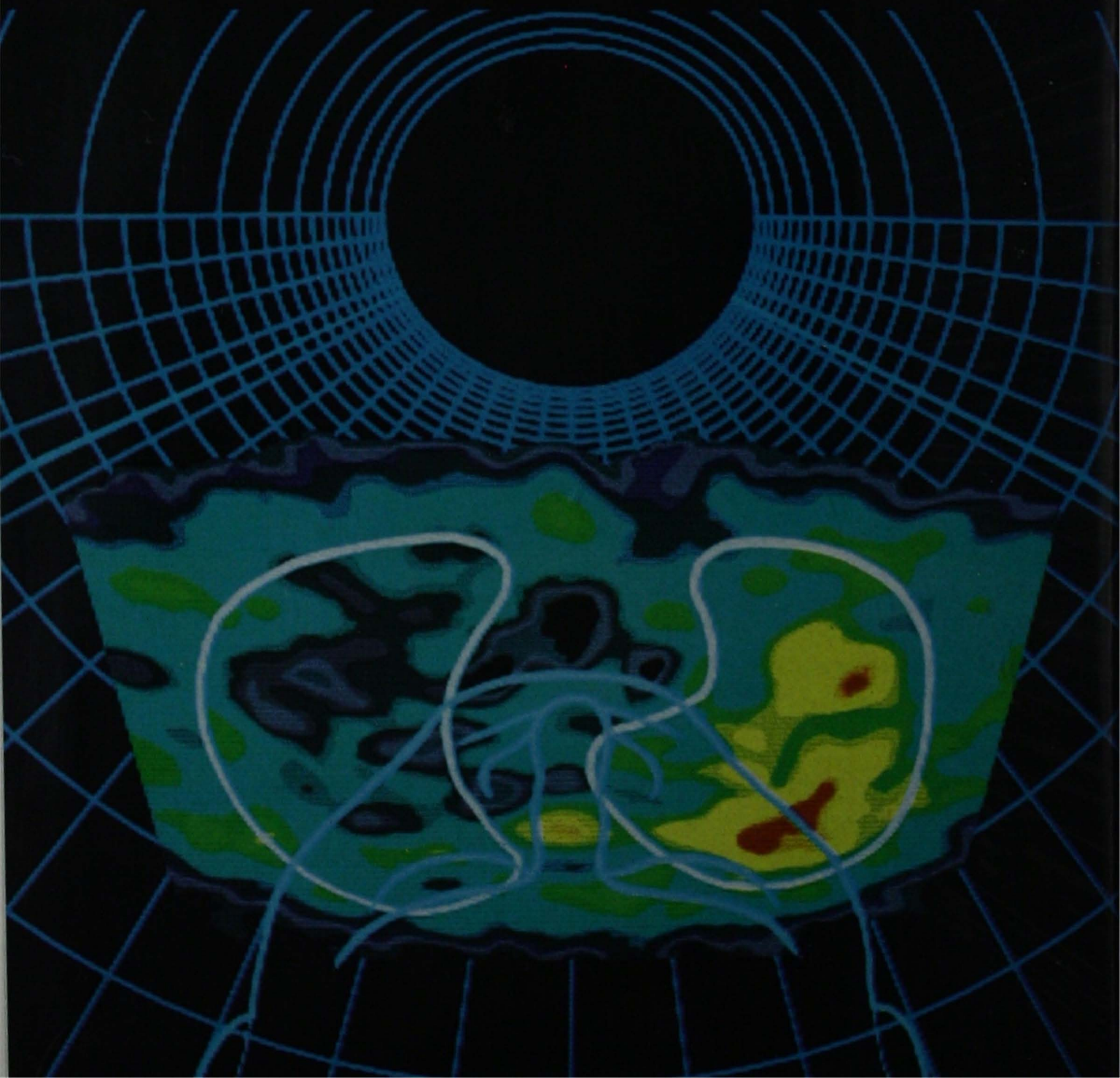




*Un grupo internacional de especialistas en Medicina Nuclear, del Hospital Hammersmith, de Londres, empleó la tomografía por emisión de positrones y **PANTOMICINA** marcada con carbono<sup>11</sup>, para obtener una singular valoración objetiva a nivel del parénquima pulmonar humano, que duró 60 minutos.*

*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

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

\* 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 período de duración de los síntomas, dificultándose la evaluación del porcentaje de pacientes "curados" frente a los "mejorados".

Regs. Nos. 85398, 60943, 60895, 62263, 75829 y 43013. 0240M80 S.S.A. Marcas registradas. "MR" A.R. 8121/83 I. Med. JGE 2245/J

Información para prescribir en náminas interiores



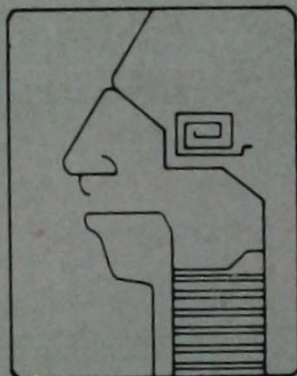
**ABBOTT LABORATORIES**  
**DE MEXICO, S.A.**  
División Farmacéutica



**XXXV CONGRESO NACIONAL**

**MONTERREY, N. L.**

**SOCIEDAD MEXICANA  
DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA**



**1° AL 5 DE MAYO DE 1985**

**Sede Hotel Monterrey Plaza**

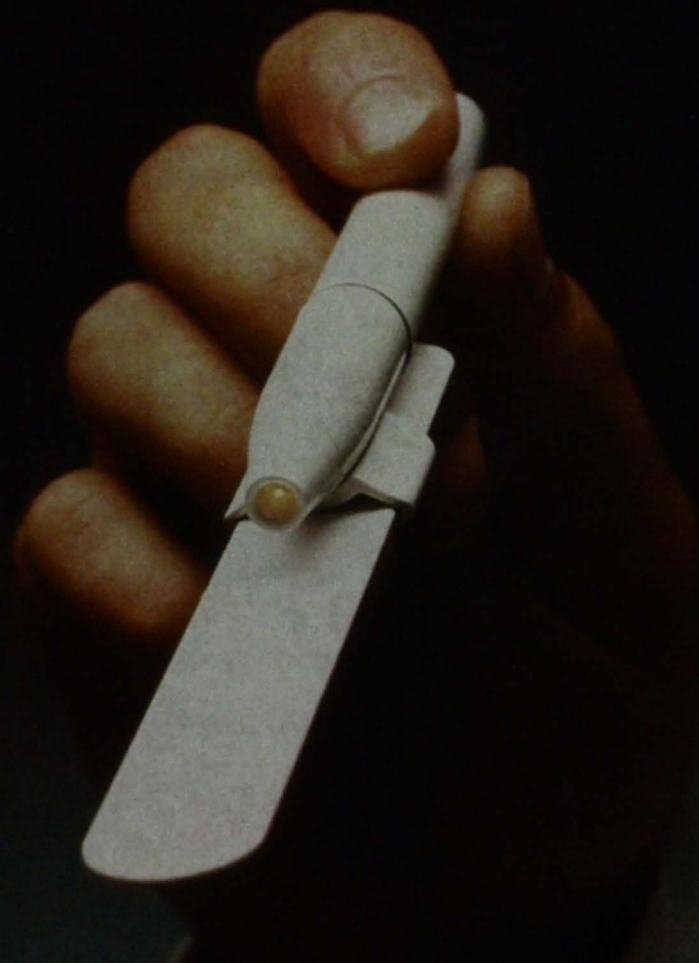
**Cursos de actualización, Mesas redondas, Trabajos libres.**

**PRESIDENTE  
Dr. Sergio Decanini Tornessi**

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



# En el tratamiento de la Faringoamigdalitis



Obtenga la ventaja del espectro con

# Floxapen\*

**Fórmula:** Cada cápsula contiene 500 mg. de Flucloxacilina. Cada cucharadita de 5 ml. contiene 250 mg. de Flucloxacilina.

**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 10 cápsulas. FLOXAPEN\* Suspensión de 250 mg. Fco. para 60 ml.

**Precauciones:** 1.- No existe en el mercado penicilina que no presente 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 solamente el médico, basándose en su experiencia y en las reacciones anteriores de las personas portadoras del medicamento, determinará si debe o no ser usado. 4.- La penicilina es un medicamento útil dentro de la terapéutica actual y su prescripción debe quedarán bajo la estricta responsabilidad del médico. 5.- En el caso de que se presenten accidentes por penicilina, se recomienda la aplicación de adrenalina al milésimo por vía intramuscular. Podrán utilizarse, asimismo, otros recursos cuando el médico así lo estime pertinente.

**Reacciones Secundarias:** Al igual que con todos los antibióticos, pueden presentarse reacciones alérgicas y aparición de cepas resistentes.

**Contraindicaciones:** Sensibilidad a la penicilina y cefalosporinas. Bibliografía: A solicitud del médico.

**Literatura exclusiva para médicos:** No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica. \*Marca Registrada.

Reg. No. 7788 y 7789 S.S.A. - L. Méd. KJE 3941/3

Hecho en México por:

Beecham Farmacéutica, S.A. de C.V.  
Miguel Alemán de Guzmán No. 307  
Colonia Polanco, México, D.F.

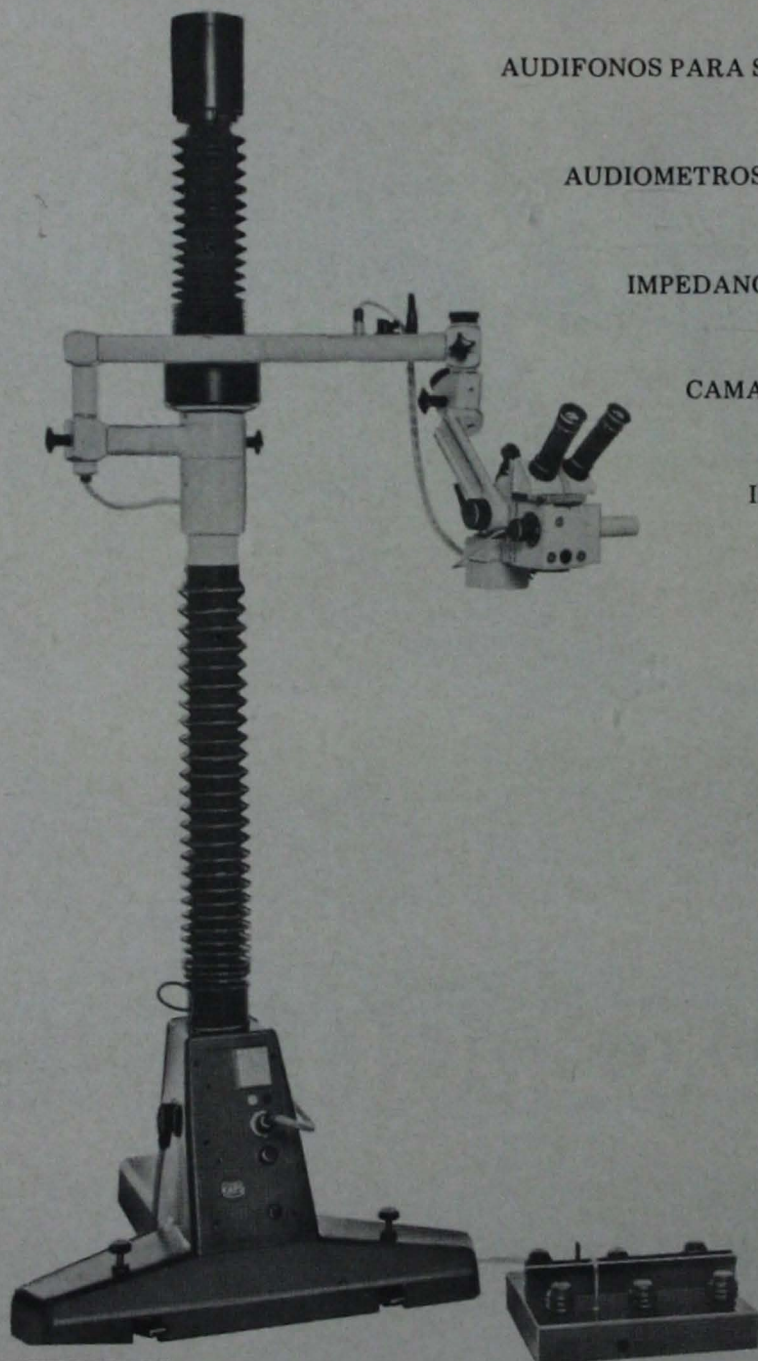
**Beecham**  
La Autoridad en Penicilinas





- 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

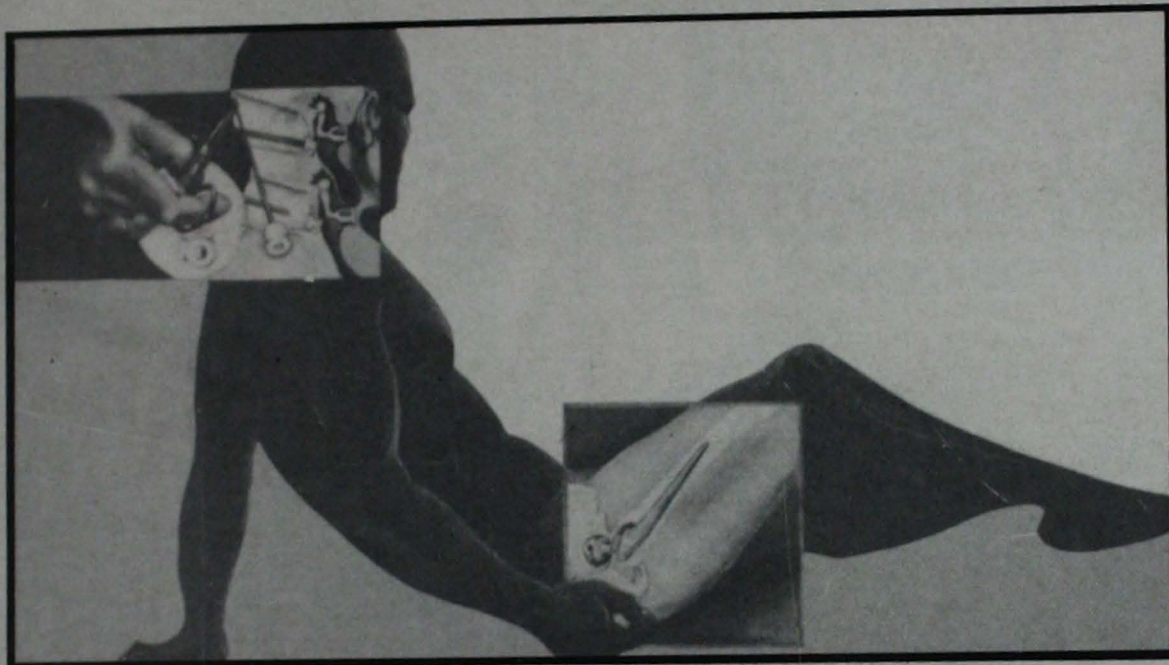
SERVICIO



Karl Kaps KG  
WEST GERMANY

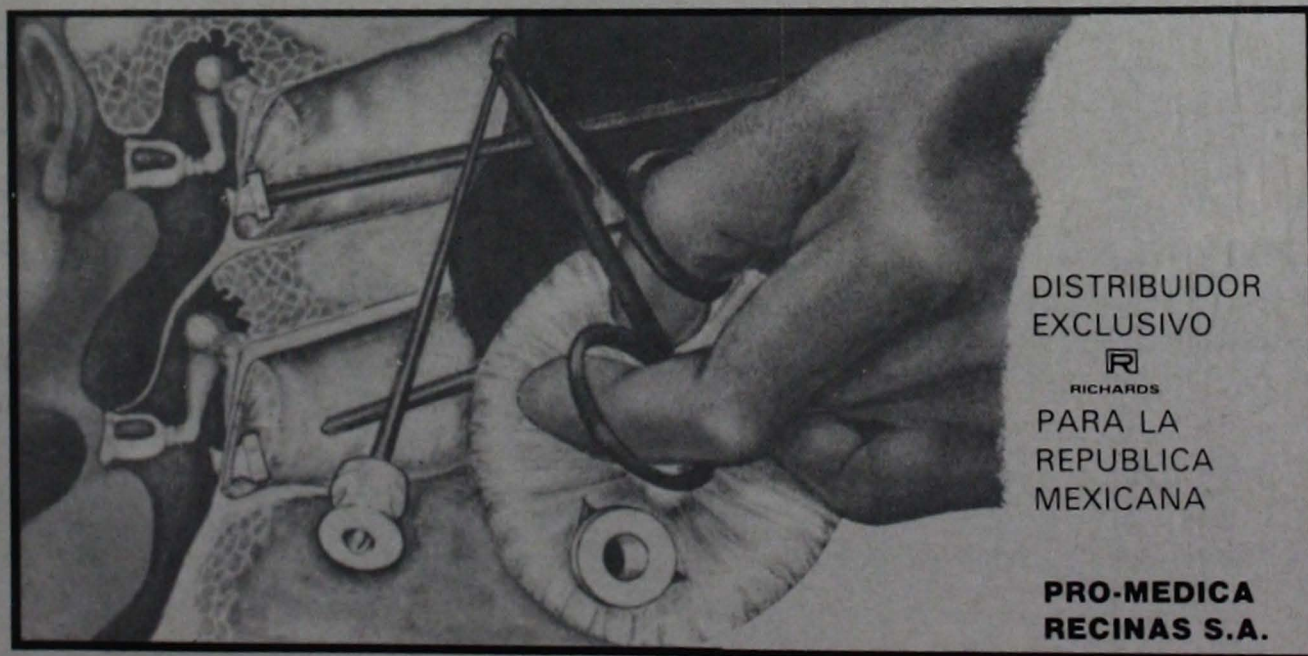
INSTITUTO ALEMAN DE SORDERA  
AV. DURANGO No. 316 COL. ROMA DELEG. CUAUHTEMOC  
06700, MEXICO, D.F. TELS.: 211-34-78 211-36-03





DESDE LOS PEQUEÑOS HASTA LOS GRANDES IMPLANTES  
**R**<sub>RICHARDS</sub> SIEMPRE A LA VANGUARDIA EN LA INVESTIGACION.

CALIDAD TRADICIONAL PARA LA CONFIANZA DE MEDICOS Y PACIENTES



DISTRIBUIDOR  
EXCLUSIVO



PARA LA  
REPUBLICA  
MEXICANA

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



# SINUSCAN

for rapid ultrasonic diagnosis of sinusitis

## Simple, safe, and straightforward diagnosis using a self-contained probe and display

### Easy to use, easy to read

The Sinuscan has been designed as a handy self contained unit for the diagnosis of paranasal sinus diseases particularly maxillary and frontal sinusitis. It is easy to use because of the series of light emitting diodes built-in to the probe that give the distance of the reflecting object. This makes it easy to apply the probe and read the result without having to turn away from the patient.

Sinuscan avoids the dangers of X-ray diagnosis methods, and it is safe and painless in operation. It is suitable for use also with children and pregnant patients.

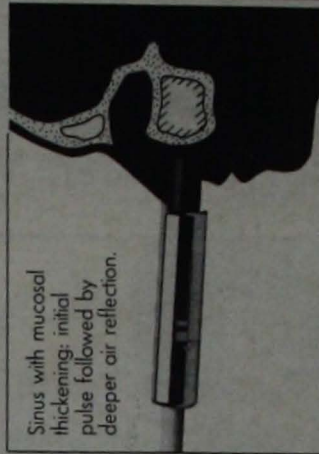
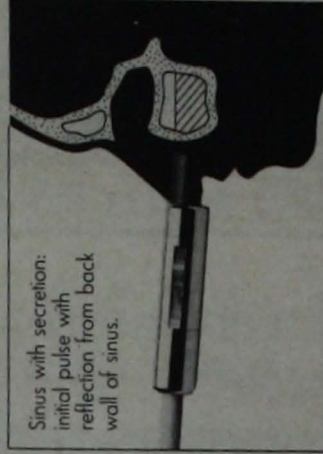
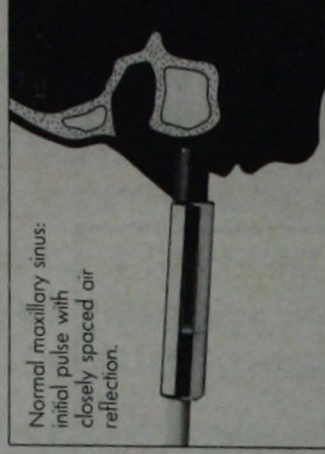
Informes 596 04 61 • 514 65 59 • 563 91 87

### Principles of operation

Pulses of longitudinal ultrasonic waves are generated at the transducer and these pass into the tissue. The pulses are reflected at the boundary between different materials: reflection at the boundary

between soft tissues is only about 10%, between soft tissue and bone about 30%, and between tissue and air 100%. Reflected pulses are detected by the transducer and converted to an electrical signal.

Pulses are amplified and used to drive a display of sixteen light emitting diodes. The time interval between the transmitted pulse and the reflected pulse gives a measure of the depth of the reflector in the material. The unit is pre-calibrated using the velocity of sound in tissue (about 1500 m/s), so that depth can be seen directly from which LED is lit. Each LED indicates a distance of either 5.0 or 2.5 mm to give a total depth of either 80 or 40 mm.







me siento  
tan  
inseguro  
cuando  
camino

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

STUGERON FORTE \* seda al laberinto sin sedar al paciente.

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

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

**En el Síndrome Vertiginoso:**

Marca Registrada

# Stugeron forte

## JANSSEN

**Fórmula :** Cada tableta contiene 75 mg. de Cinnarizina.

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

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

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

**Contraindicaciones :** Está contraindicado en casos de hemorragia cerebral reciente.

**Presentación :** Caja con 30 tabletas

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

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

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



**JANSSEN FARMACEUTICA S.A. de C.V.**

AVENA 42 MEXICO 13, D.F. TEL.: 582.07.11

**PROGRESO MEDIANTE LA INVESTIGACION**

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

Reg. No. 84564 S. S. A. I. Méd. No. ERE-9294/J



BIBLIOTECA  
VILAR

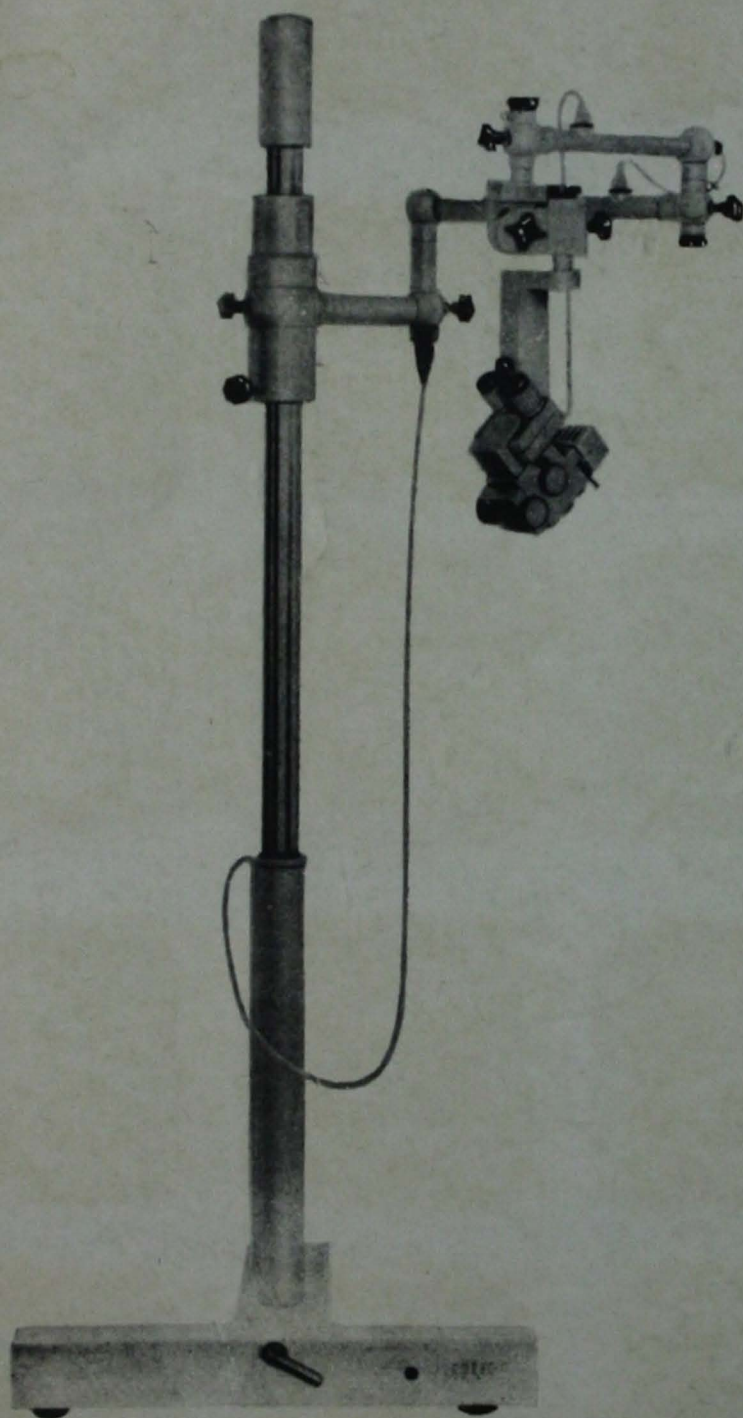


# DEWIMED, S.A.

INSTRUMENTAL PARA MICROCIRUGIA

Y

EQUIPO MEDICO



*Novedad*



**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