



ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL FUNDADA EN 1949 ORGANO OFICIAL

PAGINA DEL DIRECTOR 31

REVISIONES DE TEMAS CON CASUISTICA ORIGINAL

Linfomas del Macizo Centro-Facial
Dr. Nathan Baran Margolis y cols. 33

Papilomatosis Laríngea: Tratamiento con la
aplicación tópica de idoxuridina y dimetil sulfóxido.
Dr. Manuel Peñaloza Plascencia y cols. 38

CASOS CLINICOS

Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria
(Enfermedad de Randu-Osler-Weber):
Un nuevo procedimiento quirúrgico para el
control de la epistaxis.
Dr. Guillermo Hernández Valencia y col. 41

Hernia Cerebral Mastoidea: Presentación de un caso
Dr. Luis Ortíz Armenta 47

Celulitis Orbitaria como Complicación de la
Etmoiditis Aguda: Presentación de un caso.
Dr. Bernardo Grobeisen Roudy y cols. 51

REVISION DE UN TEMA

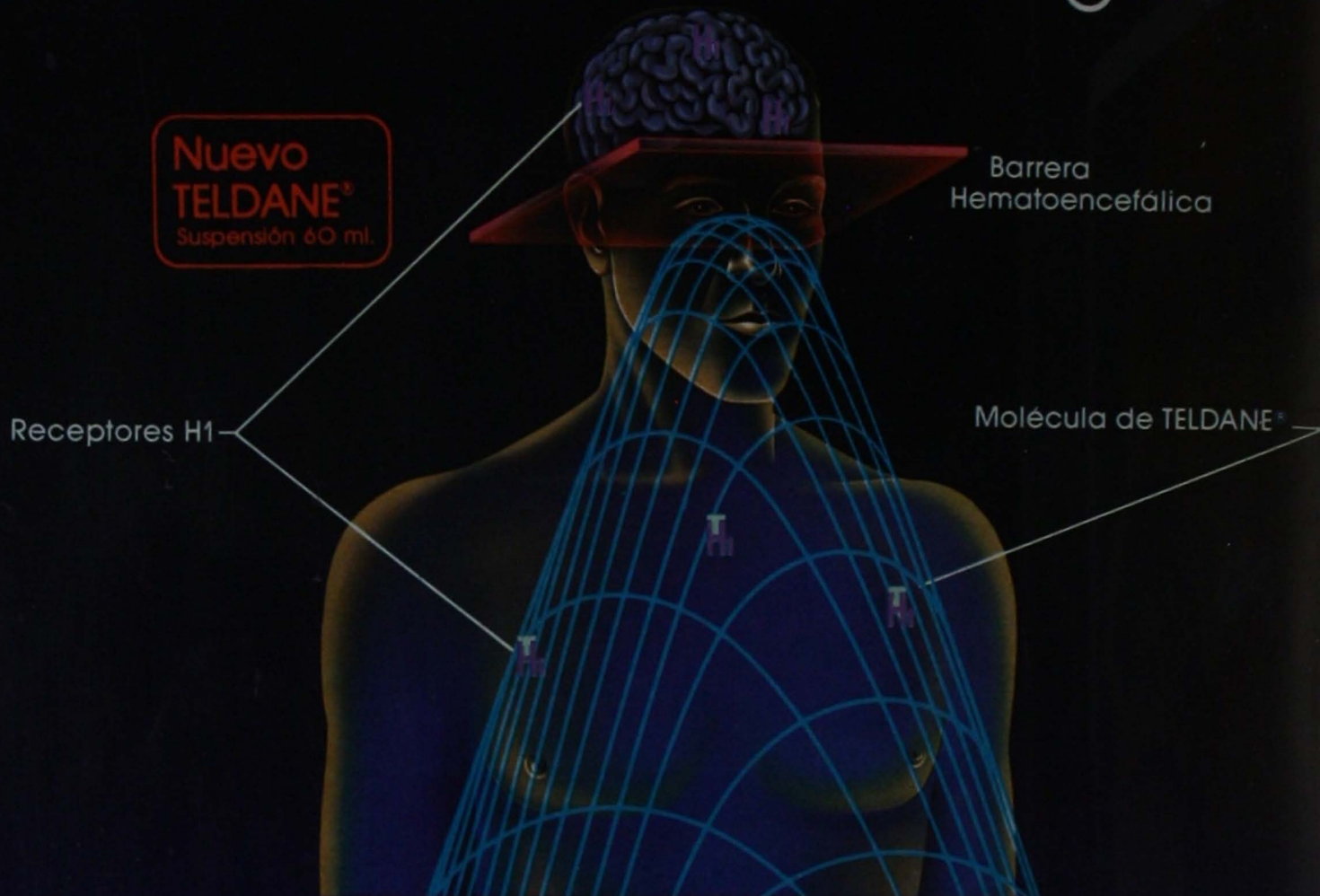
Manejo Quirúrgico de las Alteraciones
Rinoseptales en los Niños.
Dr. Armando González Romero y cols. 54

DIRECTORIO DE LA SOCIEDAD MEXICANA
DE OTORRINOLARINGOLOGIA 1985 60

DISTRIBUCION GRATUITA

MEXICO, MARZO - ABRIL - MAYO 1985
VOL. XXX NUMERO 2

Un Avance Importante En El Tratamiento De Las Alergias



Nuevo
TELDANE[®]
Suspensión 60 ml.

Barrera
Hematoencefálica

Receptores H1

Molécula de TELDANE[®]

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)

H1

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*
ampolletas, 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

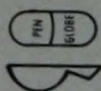


**Boehringer
Ingelheim.***

20 años de avance terapéutico



0 horas



12 horas



24 horas

PENGLOBE

La prodroga Bacampicilina

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

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

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

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

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

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

POSOLOGIA:

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

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

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

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

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

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

PRESENTACIONES:

Caja con 6 tabletas en tira de aluminio.

Frasco para hacer 60 ml de suspensión. La presentación contiene una 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 304.6 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: Capsulas 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, con solvente (agua destilada) 2 ml. Inyectable de 500 mg., 1 frasco/ampula, con solvente (agua destilada) 2 ml. Tabletas de 1 g., caja con 6. **PRECAUCIONES:** 1. No existe en el mercado penicilina que no ofrezca peligro. 2. La sensibilidad de cada persona al medicamento es el factor desencadenante de reacciones alérgicas leves o graves. 3. La penicilina siendo indolenta 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 01277/79 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 Guavedo No. 307
Coyacán, 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 México, 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.³⁻⁵



AMIGDALITIS. FARINGITIS. LARINGITIS.

« **'BACTRIM'*** »

suspensión

“Por el doble mecanismo de acción antibacteriano”

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

■ EFICACIA COMPROBADA.⁴⁻⁵ 93% de curaciones en niños de 2 a 12 años con padecimientos de amigdalitis y laringotraqueitis.

ACCION BACTERICIDA¹

Tabla Posológica de 'Bactrim'

EDAD	SUSPENSIONE Por 100 ml	COMPRIMIDOS INFANTILES Por 100 mg	COMPRIMIDOS PARA ADULTO Por 200 mg
2 años a 5 años	5 ml	2,5	2,5
5 años a 12 años	10 ml	5	5
12 años a 18 años	20 ml	10	10
18 años a 65 años	40 ml	20	20
65 años a 75 años	40 ml	20	20
75 años a 85 años	40 ml	20	20
85 años a 95 años	40 ml	20	20
95 años a 100 años	40 ml	20	20

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, laringitis 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:

Seguendo la psicología 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

primarios y lactantes menores de 3 meses de edad.

Bibliografía:

- Hitching, G.H. Selective Inhibitors of Dihydrofolate Reductase as Chemotherapeutic Agents. *Expos. The Symp. of Trimethoprim and Sulphonamides*. Royal College of Physicians, London, 9-5 1969.
- Salzberg, R. Annual Meeting Soc. Suisse de Pédiatrie, 1971.
- Fernex, M. Hayes, L. Clinical Experience with Trimethoprim and Sulfamethoxazol with Special Reference to Its Use in 867 Children. in: *Proceedings 10th SIAMI-OTRUMID Seminar: Symposium of Chemotherapy in Tropical Medicine of Southeast Asia and the Far East*, pp. 129-148. Ed. T. Narinasa, Bangkok 1972.

4 Knight, C.J. Kinetic Studies with a Trimethoprim/Sulphonamide Combination. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1970.

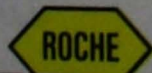
5 Urick, L.A., Wagner, D. Trimethoprim-Sulfamethoxazol in the Treatment of Infections of the Larynx and Throat. *J. Infect. Dis.* 128, Suppl. 6:66-700 (1973).

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

1 Med. (KH-3-24)J

Regs. Nos. 73349, 73367 S.S.A.

XA-240/84



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.



Scheramex

IDULAMINE

INSTRUCCIONES A LOS COLABORADORES

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

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, simposios, 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 aserciones 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 Cerdenal. Se evitará el uso de palabras extranjeras, cuando exista el equivalente en español. El autor debe aceptar las correcciones que le sean hechas por el Consejo de Redacción.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BOLETIN DE COLABORACION

ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Presente:

Deseo colaborar por el año de (cuatro Números) en la publicación de la Revista por lo que envío cheque a nombre de la Sociedad Mexicana de ORL, por la cantidad de \$

Favor de enviármela a:

Nombre

Dirección

Atentamente

Firma

Colaboración por 1 año (4 números)

México	\$ 3,500.00 M.N.
América, España y Portugal	\$ 20 Dls. U.S.A.
Otros países	\$ 25 Dls. U.S.A.

Nuestro instrumental está especialmente pensado para

Otología

Estapedectomías - Miringoplastias - Timpanoplastias
Aticoantrotomías por vía transmeatal
Abordaje del saco endolinfático - Fosa media
Neurectomías - Cirugía nerviofacial - etc.

Rinología

Microcirugía endonasal - Microcirugía de coanas, cornetes
Septoplastia - Etmoides - Cirugía del septum - Esfenoides
Microcirugía de la fosa pterigo-maxilar - Nervio vídiano

Laringología

Microscopia y Microcirugía endolaríngea
Microcirugía del cavum

Material diverso

Instrumental que complementa la realización quirúrgica
de O.R.L.

Mod. Dr. J. Prades

EN MEXICO, D.F.
Tel. 563-81-99



MANUFACTURAS DOMINGO

MATERIAL QUIRURGICO INSTRUMENTAL PARA MICROCIRUGIA

PALLARS, 65 - 71 - TEL. 300 03 21 - BARCELONA 18 - ESPAÑA

Pantomicina-500



PMN

 ABBOTT

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.



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

ALERFRIN

COMPRIMIDOS Y JARABE

ALERFRIN:

SUPRIME LA SINTOMATOLOGIA
DE LAS MOLESTIAS
GRIPALES, NASALES, LARINGEAS
O BRONQUIALES.

ALERFRIN:

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

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.

ALERFRIN
Comprimidos y Jarabe.

Fórmula:	Cada comprimido contiene:	Jarabe Cada 100 ml. 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, laríngeos, 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. 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

PAGINA DEL DIRECTOR

Hace unas semanas se inició un ciclo más de los cursos de especialización en Otorrinolaringología que conjuntamente con las Instituciones hospitalarias, coordina la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México: constituyen estos cursos el mayor número de residencias de la especialidad que se desarrollan en nuestro país.

Para quienes estamos involucrados en la impartición de la enseñanza de postgrado, cada que inauguramos un nuevo año académico, la fecha resulta particularmente significativa, porque quienes empiezan ahora su entrenamiento, el día de mañana serán los responsables del progreso de la especialidad en el país.

Al iniciar uno de esos cursos, expresábamos a los médicos residentes algunos conceptos extraídos de las ideas del profesor Peter B. Medawar, quien fuera premio Nobel de Medicina en 1960 por sus trabajos sobre rechazos de los órganos y tejidos transplantados en los humanos. Medawar escribió un libro que tituló "Consejos a un joven científico" y un gran número de las ideas ahí vertidas, las encontramos útiles para quienes ahora se inician en el campo de la Otorrinolaringología.

Nuestra revista, es hasta la fecha la publicación Otorrinolaringológica más relevante del país y al dedicarle la página editorial a tan trascendente tema, debe verse como muestra del interés que la vida académica de las nuevas generaciones, tiene para la comunidad Otorrinolaringológica mexicana.

Con algunas adaptaciones para hacerlo aplicativo a nuestro campo, transcribo varias de las ideas del profesor Medawar, quien afirma que, enseñar no significa sólo dar información fáctica, aspecto de importancia relativa, si no antes bien guiar el pensamiento y fomentar la reflexión y ésto es en esencia lo que debe guiar a quien se ocupa de la enseñanza de una disciplina científica como la nuestra.

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. 228-78Certificado de licitud
de contenido 929Certificado 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. 3203Impreso en México por:
IMPRESOS REFORMA, S. A.
Dr. Andrade No. 42 Col. Doctores
06720 México, D. F.

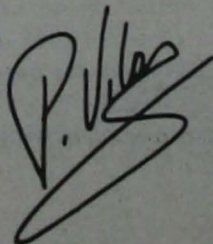
Por otra parte, cuando se analizan las razones por las que un joven postgraduado elige determinado camino, a menudo intervienen diferentes factores y circunstancias, pero es requisito indispensable que la razón fundamental que lo impulse sea una verdadera vocación, unida a un conjunto de cualidades personales. El libro del profesor Medawar tiene un capítulo titulado ¿Cómo puedo saber si tengo calidad para investigar? Se señala ahí que no existe manera infalible de conocer de antemano si alguien es apto para el desarrollo de una profesión como la nuestra en la que deberán concurrir un gran número de atributos.

Lo primero que los jóvenes deben saber de esta nuestra profesión, es que se verán enfrentados a un buen número de fracasos. Es importante que ningún joven científico —léase médico—, se deje engañar por anticuadas y erróneas representaciones acerca de como es la vida científica —léase vida médica—. Dígase lo que se diga, en realidad nuestra profesión es sumamente interesante, un tanto apasionada y en materia de horas trabajo, una ocupación muy exigente y a veces agotadora. También puede ser difícil para la familia tener que convivir con una obsesión, sin la compensación de estar poseída por ella.

A pesar de todo esto y de las frustraciones provocadas por los fracasos, una vez que el médico bisoño experimenta la satisfacción de haber llegado a un diagnóstico difícil, la de ver la expresión de un enfermo agradecido, el haber entendido un fenómeno complejo o haber realizado una intervención exitosa, es decir una vez que ha experimentado esa sensación más profunda y más expresiva que Freud llamó el "sentimiento oceánico", que no es más que la recompensa que proporciona cualquier verdadero avance del entendimiento, entonces habrá mordido el anzuelo y no le interesará ningún otro tipo de vida que la que escogió.

Por último es fundamental para que un médico en formación elija bien su línea de trabajo, que comprenda la labor que se efectúa en un departamento, conozca de antemano los alcances y las limitaciones que este tenga. Si un graduado comprende la labor que se está llevando a cabo en su Servicio y está orgulloso de él, hará bien en adoptar los pasos de los que ya saben a donde se dirigen, factor que por cierto marca la gran responsabilidad que tienen quienes se dedican a la enseñanza, ya que por ese sólo hecho, se convierten en modelo conductual a seguir. Un estudiante graduado debe permanecer leal a toda costa a un departamento que esté efectuando una labor que haya despertado su entusiasmo, su admiración o su respeto, nada bueno saldrá simplemente de irse a donde se le ofrece un trabajo sin que le interese la labor que se está realizando allí.

Como colofón queremos remarcar a quienes se inician ahora en esta disciplina, que si lo saben buscar, encontrarán un insospechado mundo, donde verán realizadas sus aspiraciones como profesionistas y como hombres.



P. Vilar-Puig

Linfomas del Macizo Centro-Facial

Dr. Nathan BARAN MARGOLIS*
Dr. Bernardino SANCHEZ SANCHEZ*
Dr. Manuel LEE KIM*

Resumen.— Se hace un análisis retrospectivo de los expedientes de 41 casos de linfoma centro facial, que fueron estudiados entre 1964 a 1983. Se valoró de cada caso los aspectos principales del cuadro clínico y la evolución que cada enfermo tuvo en función del tipo y grado de diferenciación celular. Resalta del presente estudio la importancia que tiene el estudio histopatológico cuando es efectuado oportunamente por un patólogo experimentado.

SUMMARY.— This retrospective study comprehended 41 patients with centralfacial lymphoma treated from 1964 to 1983. In each case main features of clinical picture were assessed and also the clinical evolution according to cellular differentiation and type of neoplasia. The study stresses the importance of early histopathological examination opportunely performed by an expert pathologist.

INTRODUCCION

Pocos padecimientos han provocado tanta confusión como las lesiones destructivas del macizo centro-facial, las cuales representan un enigma clínico, un dilema patológico y por lo tanto terapéutico.¹ Así, el clínico se enfrenta a una serie de padecimientos con manifestaciones similares y gran variedad de posibles etiologías.² Para el patólogo existen tres problemas en la evaluación de biopsias de una lesión necrosante y granulomatosa de las cavidades nasal, oral y/o senos paranasales: 1) obtener un espécimen de biopsia adecuado, 2) diferenciar los agentes infecciosos agregados y 3) clasificar los padecimientos.³

Las lesiones destructivas del macizo centro-facial han sido denominadas con una gran variedad de términos; granuloma letal de la línea media, reticulosis maligna, granuloma no cicatricial, etc., los cuales se refieren al mismo tipo de lesión.^{4,7} Actualmente existen tres entidades que por su curso clínico acelerado requieren de un diagnóstico temprano; dentro de las vasculitis encontramos la granulomatosis de Wegener,^{8,9,10} entre los padecimientos neoplásicos los linfomas,^{11,16} y por otro lado el granuloma idiopático de la línea media.^{3,17}

Los objetivos de este trabajo son: 1) investigar la frecuencia en nuestro medio de los linfomas en relación a otros procesos destructivos centro-faciales, 2) revisar la evolución clínica de los linfomas centro-faciales y realizar una correlación histopatológica de acuerdo al tipo y grado de diferenciación celular y 3) buscar criterios clínico-patológicos para realizar un diagnóstico temprano, iniciar oportunamente el tratamiento y mejorar el pronóstico.

MATERIAL Y METODO

Se revisó el archivo de patología quirúrgica del servicio de Anatomía Patológica del Hospital General del Centro Médico Nacional, del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo comprendido entre enero de 1964 y diciembre de 1983. El total de biopsias realizadas fué de 144,900; el número de lesiones destructivas del macizo centro-facial fué de 79, de las cuales 41 correspondieron a linfomas de la línea media.

Se revisaron los expedientes clínicos y las biopsias teñidas con hematoxilina y eosina de cada uno de los pacientes.

RESULTADOS

De los 41 expedientes revisa-

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

dos se encontró a 28 pacientes del sexo masculino y 13 del femenino. La edad varió entre 23 y 56 años con un promedio de 38. El tiempo de duración del padecimiento al realizar el diagnóstico varió entre 3 y 19 meses con una media de 8 meses.

Los signos y síntomas referidos en orden de frecuencia aparecen en la tabla I. La primera lesión macroscópica apareció en cavidad nasal en 13 casos y en orden decreciente en paladar, seno maxilar, órbita y seno etmoidal. Otros órganos afectados fueron: ganglios linfáticos del cuello en 6 casos, pulmón en 3 e hígado y bazo en uno.

El examen físico reveló un tumor irregular con necrosis masiva en 19 pacientes, destrucción de partes blandas con ulceración y necrosis en 18 y exclusivamente un tumor polipoide en 4. Los hallazgos de laboratorio y gabinete se describen en la tabla II.

En la revisión histopatológica se encontraron 5 casos de linfoma de linfocitos bien diferenciados, 27 de linfocitos moderadamente diferenciados y 9 de linfoma de linfocitos pobremente diferenciados.

La evolución clínica de los pacientes fué tórpida, encontrando que 27 de ellos fallecieron en un periodo menor de 5 años, cinco viven con evidencia de enfermedad localizada o diseminada y nueve abandonaron el servicio. De los pacientes que fallecieron, en 16 se debió al linfon^N, con diseminación masiva y fulminante, 5 por bronconeumonía difusa y 4 por septicemia con gran proceso destructivo centro-facial. Los que presentaban linfoma de linfocitos bien diferenciados tuvieron un promedio de supervivencia de 3.5 años, los portadores de linfoma de linfocitos moderadamente diferenciados el promedio

TABLA I.

SIGNOS Y SINTOMAS ENCONTRADOS EN PACIENTES CON LINFOMA CENTRO-FACIAL

SIGNO O SINTOMA	PACIENTES	PORCENTAJE
Necrosis nasal	39	95%
Fiebre	39	95%
Pérdida de peso	35	85%
Edema de mucosa nasal	28	68%
Oclusión nasal	25	60%
Ulceración de paladar	22	53%
Rinorrea mucopurulenta	18	43%
Dolor facial	16	39%
Epistaxis	12	29%
Edema de mejilla	10	24%
Edema periocular	9	21%
Edema centro-facial	7	17%
Ulceración en faringe	6	14%
Disfagia	3	7%
Caida de la pirámide nasal	1	2%
Total de pacientes	41	100%

fué de 1.9 años y aquellos con linfoma de linfocitos poco diferenciados fué de 9 meses.

El tratamiento fué a base de radioterapia en todos los casos

entre 4,500 y 5,00 rads y en algunos casos debridamiento quirúrgico asociado.

Los hallazgos de autopsia se describen en la tabla III.

TABLA II.

HALLAZGOS DE LABORATORIO Y GABINETE EN PACIENTES CON LINFOMA CENTRO-FACIAL

A) LABORATORIO	PACIENTES	PORCENTAJE
Leucocitosis	39	95%
Eritrosedimentación acelerada	29	70%
Aumento de inmunoglobulinas (IgG)	18	43%
Células atípicas en médula ósea	1	2%
Total de pacientes	41	100%
B) ESTUDIOS RADIOLOGICOS	PACIENTES	PORCENTAJE
Erosión de la pared nasal	10	31%
Aumento de densidad en los senos maxilares	9	28%
Erosión de la pared de los senos maxilares	6	18%
Estudio radiológico normal	4	12%
Aumento de densidad de los senos etmoidales	3	9%
Total de pacientes	32	100%

TABLA III.
HALLAZGOS DE AUTOPSIAS EN PACIENTES CON LINFOMA
CENTRO-FACIAL

SITIO DE LA LESION	PACIENTES	PORCENTAJE
Cavidad nasal o tejido paranasal	27	100 %
Ganglios linfáticos de cuello	26	96 %
Pulmón	26	96 %
Hígado	24	88 %
Ganglios linfáticos distales	19	70 %
Médula osea	9	33 %
Piel de la cara	8	29 %
Laringe	7	25 %
Riñón	5	18 %
Total de pacientes	27	100 %

COMENTARIO

Existe mucha controversia sobre la naturaleza de los linfomas que no son de tipo Hodgkin, lo cual se refleja en las múltiples clasificaciones que existen; un análisis de las mismas muestra que hay más similitudes que diferencias y estas se refieren básicamente a la terminología empleada para describir entidades morfológicas similares.¹¹

Del grupo de enfermedades destructivas del macizo centro-facial, la más frecuentemente encontrada es el linfoma que no es de tipo Hodgkin¹². Fremman, en una revisión de 1467 linfomas extranodales, encuentra 37 de nasofaringe y 33 de cavidad nasal y estructuras relacionadas¹³. En nuestra serie representó el 63% de los casos.

Todos los pacientes se encontraban entre la tercera y sexta década de la vida, hubo una preponderancia del sexo masculino de 2 entre 1.

En la etapa inicial las manifestaciones clínicas son inespecíficas y fácilmente se confunden con procesos infecciosos de tipo banal,¹⁴ hay que sospechar linfoma cuando un cuadro inflamatorio

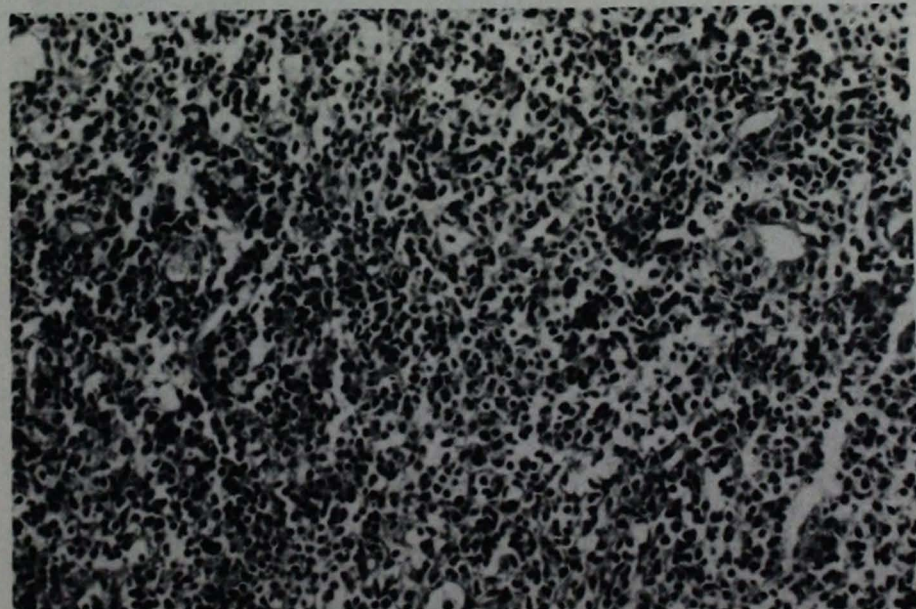


Figura 1.- Microfotografía; linfoma de linfocitos bien diferenciados.

e infeccioso de nariz y senos paranasales es resistente a los tratamientos convencionales. Los síntomas más frecuentes son: obstrucción nasal, edema de la mucosa, mejilla y periocular, rinorrea mucopurulenta, dolor centro-facial, epistaxis y disfagia.¹² A la exploración física se encuentra una tumoración y/o lesión necrótica a nivel de nariz, órbita, nasofaringe o senos paranasales¹⁵.

Los estudios de laboratorio resultan inespecíficos sin embargo

el estudio radiológico mostró erosión de la pared nasal o senos paranasales en el 49% de los casos de nuestra serie.

El diagnóstico diferencial se realiza con la granulomatosis de Wegener y el granuloma idiopático de la línea media con quienes comparte algunas características clínicas e histopatológicas que pueden confundir al clínico y al patólogo, sin embargo, el tratamiento y pronóstico varían considerablemente^{3,8}.

El estudio de las biopsias de los padecimientos destructivos

del macizo centro-facial representó un alto grado de dificultad diagnóstica, ya que presentan extensas zonas de necrosis, inflamación aguda y crónica, colonias bacterianas y con frecuencia se observaron granulomas no caseosos, el cambio microscópico definitivo fué el encontrar células neoplásicas malignas de estirpe linfoide en sus diferentes grados de diferenciación celular. Generalmente hay que repetir la toma de biopsias en varias ocasiones

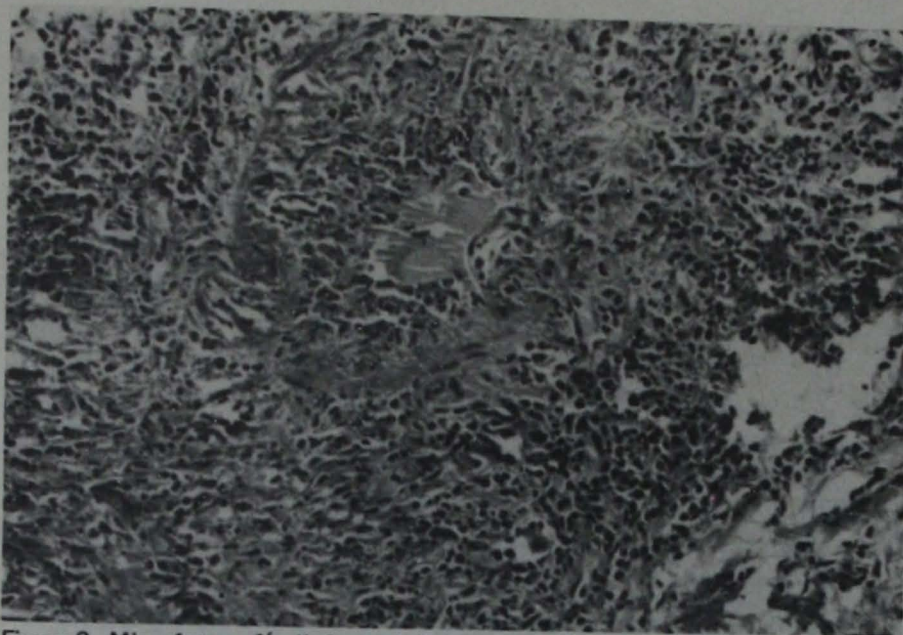


Figura 2.- Microfotografía; linfoma de linfocitos moderadamente diferenciados.

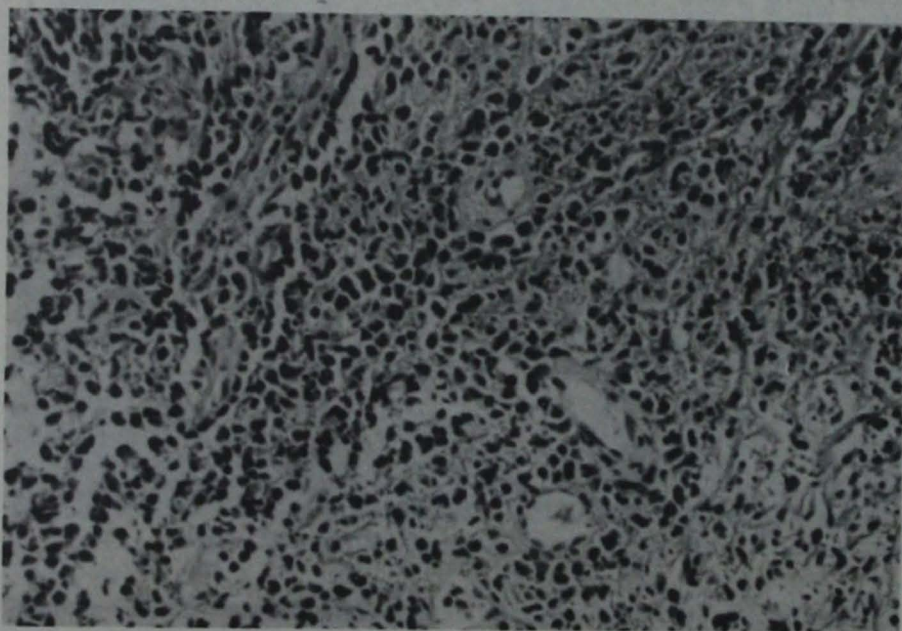


Figura 3.- Microfotografía; linfoma de linfocitos poco diferenciados.

para llegar al diagnóstico definitivo, en nuestra serie el promedio fué de tres.

Los linfomas se clasificaron para este estudio en: bien, moderadamente y pobremente diferenciados. El bien diferenciado o linfoma linfocítico exhibe una imagen de población celular uniforme de linfocitos relativamente madu-

ros. El moderadamente diferenciado o linfoblástico muestra células linfoides menos maduras, de mayor tamaño, con núcleo vesicular pero uniformes. El pobremente diferenciado, que anteriormente se clasificó como sarcoma de células reticulares, está compuesto por células mononucleares inmaduras, con núcleo grande

y pleomórfico con una mezcla de linfocitos y linfoblastos¹².

La distribución de los linfomas desde el punto de vista histológico concuerda con otras series estudiadas, siendo el linfoma de linfocitos bien diferenciados el que se encuentra en menor proporción.

Los resultados de la terapia y la sobrevida en nuestros pacientes no es tan buena en comparación con la encontrada por otros autores. Fu¹², reporta en una serie de once pacientes, una sobrevida de 4 (36%) a cinco años, sin embargo dos pacientes murieron al sexto año, por otro lado, Wang¹⁶, reporta una sobrevida del 59% a cinco años. Nosotros encontramos una sobrevida del 15% a cinco años.

No hubo ninguna diferencia significativa entre las manifestaciones iniciales y el tipo celular, en cambio en la etapa destructiva si se encontró correlación entre el tiempo de evolución y el grado de diferenciación celular⁷.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Eichel SB, Mabery ET: The enigma of the lethal midline granuloma. *Laryngoscope* 78: 1367-1386, 1968.
- 2.- Crissman DJ, Weiss AM, y Gluckman J: Midline granuloma syndrome. A clinicopathologic study of 13 patients. *Am. J. Surg. Pathol.* 6: 335-346, 1982.
- 3.- Batsakis GJ: Midfacial necrotizing diseases. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 91: 541-542, 1982.
- 4.- McDonald JT, y col: The protean clinical features of polymorphic reticulosis (lethal midline granuloma). *Laryngoscope* 86: 936-945, 1976.
- 5.- Michaels L, Gregory MM: Pathology of "non-healing (midline) granuloma". *J. Clin. Pathol.* 30: 317-327, 1977.
- 6.- Crissman DJ: Midline malignant reticulosis and lymphomatoid granulomatosis. A case report. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 103: 561-564, 1979.

- 7.- *Eichel SB, y col*: Primary lymphoma of the nose including a relationship to lethal midline granuloma. *Am. J. Surg.* 112: 597-605, 1966.
- 8.- *Wolff MS, y col*: Wegener's granulomatosis. *Ann. Intern. Med.* 81: 513-525, 1974.
- 9.- *Kornblut DA, y col*: Wegener's granulomatosis. *Otolaryngol. Clin. North Am.* 15: 673-683, 1982.
- 10.- *Novak FR, Christiansen GR, y Sorensen TE*: The acute vasculitis of Wegener's granulomatosis. *J. Clin. Pathol.* 78: 367-371, 1982.
- 11.- *Nathwani NB*: A critical analysis of the classification of non-Hodgkin's lymphomas. *Cancer* 34: 1488-1503, 1974.
- 12.- *Fu YS, Perzin HK*: Nonepithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses and nasopharynx. A clinico pathological study. *Cancer* 43: 611-622, 1979.
- 13.- *Freeman C, Berg WJ y Cutler JS*: Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas. *Cancer* 29: 252-260, 1972.
- 14.- *Sofferman AR y Cumings WC*: Malignant lymphoma of the paranasal sinuses. *Arch. Otolaryngol.* 101: 287-292, 1975.
- 15.- *Ishii Y, y col*: Nasal T-cell lymphoma as a type of so-called "lethal midline granuloma". *Cancer* 50: 2336-2344, 1982.
- 16.- *Wang CC*: Primary malignant lymphoma of the oral cavity and paranasal sinuses. *Radiology* 100: 151-153, 1971.
- 17.- *Kornblut DA y Fauci SA*: Idiopathic midline granuloma. *Otolaryngol. Clin. North Am.* 15: 685-692, 1982.

Dirección: Servicio de Otorrinolaringología Hospital General del Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuauhtémoc 330. México, D.F.

Papilomatosis Laríngea:

Tratamiento con la aplicación tópica de idoxuridina y dimetil sulfóxido

Dr. Manuel PEÑALOZA PLASCENCIA*

Dr. Héctor GOMEZ ESTRADA**

Dr. Everardo Villarreal Sosa*

Resumen.- Se hace un estudio comparativo en pacientes con papilomatosis laríngea a los que se sometió a resección de las lesiones por microcirugía endolaríngea. A un grupo se les efectuaron aplicaciones sobre las zonas reseçadas de una mezcla de idoxuridina y dimetilsulfóxido. A un segundo grupo se aplicó únicamente la idoxuridina, mientras que al tercer grupo sólo dimetilsulfóxido. Los mejores resultados se obtuvieron cuando se utilizó la mezcla de las dos sustancias, porque la acción antiviral de la idoxuridina es mejorada gracias a la capacidad de penetración del dimetilsulfóxido.

SUMMARY.— *Patients with laryngeal papillomatosis were included in a comparative study in which they were treated by endolaryngeal microsurgery with resection of the lesions. In the first group on resected areas it was applied a combination of idoxuridine and dimethyl sul-*

foxide. Second group received only topical idoxuridine and in the third group dimethyl sulfoxide was used only. The best results were obtained with the combined drugs because antiviral action of idoxuridine is enhanced by the permeation capacity of dimethylsulfoxide.

INTRODUCCION

La papilomatosis laríngea, descrita desde hace aproximadamente 300 años y diferenciada de otras masas tumorales, con asiento en la laringe por McKenzie desde el siglo XIX, es la neoplasia benigna laríngea más común en la edad pediátrica^{1,2}. Los tratamientos que se han descrito y practicado han sido múltiples y de lo más variado, que van desde el plan conservador y expectativo hasta lo más radical^{3,12}, observándose una evolución similar en todos los casos, no importando el tipo de tratamiento empleado.

En el presente trabajo, basados en tratamientos utilizados por otros autores experimentados con una nueva asociación del antiviral Idoxuridina y el inmunosupresor Dimetil sulfóxido.

MATERIAL Y METODO

A 11 niños de 3 a 14 años con papilomatosis laríngea, algunos de ellos multitratados y otros sin tratamiento previo, se aplicó una mezcla de Idoxuridina y Dimetilsulfóxido, habiéndose obtenido la primera del frasco ampulla liofilizado, iduofteno y el segundo del preparado farmacológico Domoso. Ambas soluciones estaban en una concentración del 100%, quedando una vez hecha la mezcla al 50%. La aplicación se hizo previa hemostasia y sobre la superficie cruenta que deja la resección total de los papilomas, ya fueran supraglóticos, glóticos o subglóticos, utilizando torunditas empapadas en la mezcla antes mencionada y transportadas con pinzas de las utilizadas en la microcirugía endolaríngea. El tiempo de aplicación fue de 5 minutos, durante los cuales se hicieron varias pinceladas, sin aspiración de las secreciones, con el fin de no aspirar junto con las mismas el medicamento. El procedimiento se efectuó bajo anestesia general, en un plano que se evitara el reflejo tusígeno.

Se hicieron además dos grupos de control, con las mismas carac-

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

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

TABLA I

EVALUACION DE EVOLUCION DE PACIENTES TRATADOS CON IDOXURIDINA MAS DIMETIL SULFOXIDO.

No. de Caso.	Sexo.	Edad. Inicio.	Edad de	Antes de trat. No. de Resecc.	Después de trat. No. de Resección.	Estado Actual.
1	Masc.	12 A	7 A	10	1	Bajo Control
2	Fem.	14 A	10 A	4	---	Alta
3	Fem.	8 A	5 A	7	---	Alta
4	Fem.	5 A	2 A	13	5	Fracaso
5	Masc.	13 A	9 A	16 (Papil. Laring-Tra.)	1 (Decanul. Traq.)	Bajo Control
6	Fem.	9 A	5 A	6	---	Alta
7	Fem.	4 A	2 A	8 (Se hizo Traq.)	6	Fracaso
8	Masc.	8 A	6 A	2	---	Alta
9	Masc.	6 A	4 A	4	---	Alta
10	Fem.	5 A	3 A	2	1	Bajo Control
11	Masc.	4 A	2 A	2	---	Alta

terísticas de edades y antecedentes de tratamiento que en el primer grupo; uno fué de 5 pacientes a quienes se aplicó sólo la Idoxuridina disuelta al 50% con agua bidestilada y otro también de 5 pacientes a quienes se aplicó dimetilsulfóxido sólo al 50% con agua bidestilada. En todos los casos, una vez aplicado el medicamento, se dejaba en refrigeración hasta que se volviera a utilizar, sin dejar pasar más de 30 días de la preparación de la idoxuridina.

RESULTADOS

En todos los casos se hizo resección de los papilomas existentes, no volviendo a aparecer en 6 niños a los que se aplicó la mezcla de DMSO e Idoxuridina, habiéndose dado de alta por curación a los 18 meses de su control post-operatorio. De este grupo de 3 recurrieron para una segunda resección y aplicación de la mezcla, haciéndose esto en el doble del tiempo postoperatorio que antes de la aplicación inicial. A 8 meses del último tratamiento aproximadamente continúan bajo control sin existir evidencias clínicas de recidivas, uno de ellos inclusive con papilomatosis laringo-traqueal, el cual pudo decanularse después de la segunda intervención. De los

11 pacientes sólo dos siguieron presentando recidivas hasta la fecha siendo catalogados como fracaso al tratamiento. (Tabla I)

De los grupos testigo con dimetilsulfóxido sólo y la idoxuridina sola, ninguno de ellos fué catalogado como curado, hasta la fecha, aunque en algunos casos se prolongó el tiempo de resección. Continúan bajo control sin haber podido darse de alta. (Tabla II y III)

COMENTARIO

Siendo la teoría viral la más aceptada como etiología de la papilomatosis laríngea, es lógico pensar que la aplicación de un

antiviral del tipo de la idoxuridina produzca remisiones como las observadas en nuestros enfermos.

Cook, desde 1973⁷ planteó la posibilidad de la aplicación tópica de la idoxuridina sobre la superficie cruenta que dejaba la resección de los papilomas. Sus resultados fueron más halagadores que los que obtenían con la sola resección, pero hubo recidivas porque se necesitaba un vehículo que ayudara a penetrar hasta la profundidad de los tejidos a la idoxuridina. El Dimetilsulfóxido utilizado desde hace algunos años como inmunodepresor^{15,17}, tiene la propiedad de penetrar en las membranas cuando es aplicado tópicamente, y asociado a otros medicamentos les facilita la penetración a éstos. Mezclando con azul de metileno llega a ser detectado en pocos minutos en el torrente circulatorio. Esto explicaría porque al unir el dimetilsulfóxido y la idoxuridina, ésta tuviera mejor acción antiviral, al penetrar en los tejidos contiguos a la zona de implante de los papilomas. Los resultados demuestran que la aplicación de la mezcla, es mejor

TABLA II

EVALUACION DE EVOLUCION DE PACIENTES TRATADOS CON SOLAMENTE DIMETIL SULFOXICO.

No. de Caso.	Sexo	Edad	Edad de Inicio.	Antes del Trat. No. de Resecc.	Después de trat. No. de Resección.	Estado Actual.
1	Masc.	10 A	6 A	15	3	Bajo Control
2	Masc.	11 A	5 A	12	2	Bajo Control
3	Fem.	8 A	6 A	8	4	Bajo Control
4	Fem.	7 A	5 A	6	2	Bajo Control
5	Fem.	7 A	4 A	17	3	Bajo Control

TABLA III

EVALUACION DE EVOLUCION DE PACIENTES TRATADOS CON SOLAMENTE IDOXURIDINA.

No. de Caso.	Sexo	Edad	Edad de Inicio.	Antes de Trat. No. de Resecc.	Después de Trat. No. de Resección.	Estado Actual
1	Fem.	5 A	3 A	8	5	Bajo Control
2	Masc.	5 A	2 A	10	4	Bajo Control
3	Fem.	8 A	6 A	4	2	Bajo Control
4	Fem.	7 A	5 A	8	1	Bajo Control
5	Masc.	7 A	3 A	9	5	Bajo Control

que la de cada uno de los componentes por separado. Clínicamente se pudo dar por curados a 6 pacientes de 11, con una sola aplicación y 3 con dos aplicaciones. No así en los otros dos grupos, los cuales aún siguen bajo tratamiento y sin ninguna diferencia de evolución entre los pacientes de ambos grupos. Cabe señalar que el DMSO por su propiedad inmunosupresora, actúa de cierto modo como corticoide local.

En conclusión; creemos contar con un elemento terapéutico más para el tratamiento de la enfermedad en la, que si no se ha demostrado la etiología viral, sí es la más viable, dada la modificación que sufre su evolución natural a la aplicación de antivirales e inmunosupresores que no tendrían que modificar el curso de la enfermedad si su etiología fuera de otra estirpe. Por otro lado es evidente que la asociación del antiviral e inmunosupresor, con su propiedad de penetrabilidad, tiene mejores resultados hacia la curación, que cada uno de ellos por separado. Desgraciadamente no en todos los casos se obtiene la curación, posiblemente por factores aún

desconocidos, que escapan a la acción de los medicamentos, sin embargo los resultados obtenidos pueden considerarse como mejores a los obtenidos hasta la fecha con otros tratamientos. Su aplicación no implica más riesgos que la resección misma y la obtención de los medicamentos no ofrece mayores problemas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Hollinger, P.H., Schild, J.A. y Maurizi, D.G.: Laryngeal Papilloma. Review of etiology and therapy. *Laryngoscope* 78: 1462-1474, 1969.
- 2.- Quik, C.A., Faras, A. y Krayser, R.: The etiology of laryngeal papillomas. *Laryngoscope* 88: 1789-1795, 1978.
- 3.- Kume-Omine, M.: Evaluación de la microcauterización en el tratamiento de la papilomatosis laríngea. Trabajo presentado en el XXXIII Congreso Nacional de O.R.L. México 1983.
- 4.- Smith, H.G., Healy, G.B., Vaughan, Ch. W. y Strong, M.S.: Tropical Chemotherapy of recurrent respiratory papillomatosis. *Ann. Otol* 89: 472-477, 1980.
- 5.- McCabe, B.F. y Clark, K.F.: Interferon and laryngeal papillomatosis. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 92: 2-7, 1983.
- 6.- Noriega, Ortega, B.; Peñaloza Plascencia, M.; Gómez Estrada, H. y González Mendoza, A.: Inmuniza-

ción contra el papiloma laríngeo recurrente de la infancia con Acido Ribonucleico inmune de conejo. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 39: 647-650, 1982.

- 7.- Cook, T.A.; Brunschwig, J.P.; Butel, J.S.; Cohn, A.M., Goepfert, H. y Rawls, W.E.: Laryngeal papilloma: Etiologic and therapeutic considerations, *Ann. Otol.* 82: 649-655, 1973.
- 8.- Lyons, G.D.; Schlosser, J.V.; Lous-teaumm, R. y Mauney, D.F.: Lasser sugery and immunotherapy in the management of laryngeal papilloma. *Laryngoscope* 88: 1586-1588, 1978.
- 9.- Krim, M., Towards. Tumor therapy with interferon. Review part. I-II. *Blood* 55: 711-21, 875-975, 1980.
- 10.- Dedo, H.H. y Jackler, R.K.: Laryngeal Papilloma: results of treatment with de CO2 laser and podophyllum. *Ann. Otol Rhinol Laryngol.* 91: 425-430, 1982.
- 11.- Schouten, T.J.; Weimar, W.; Bos, C.E.; Cremmers, C.W.R.J. y Schellekens, H.: Treatment of juvenile laryngeal papilomatosis with two types of interferon. *Laryngoscope* 92: 686-687, 1982.
- 12.- Haglund, S.; Lundquist, P.; Cantelle, K. y Strander, H.: Interferon therapy in juvenile laryngeal papillomatosis. *Arch. Otolaryngol.* 107: 327-332, 1980.
- 13.- Boyle, W.F., McCoy, G. y Fogarty, W.A.: Electron microscopic identification of virus-like particles in laryngeal papilloma. *Ann. Otol.* 80: 693-698, 1971.
- 14.- Braun, L.; Braun, H. y Eggesyon, J.: Demohstration of antigen in parafin section of laryngeal papillomas, *Laryngoscope* 92: 640-643, 1982.

Casos clínicos

Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (Enfermedad de Rendu-Osler-Weber): Un nuevo procedimiento quirúrgico para el control de la epistaxis.

Dr. Guillermo HERNANDEZ VALENCIA*
Dr. José GANEM MUSI**

Resumen.- Se presenta un caso de un enfermo de 33 años, con telangiectasia hemorrágica hereditaria (enfermedad de Rendu-Osler-Weber) con epistaxis recidivantes, bilaterales, que fueron controladas mediante un procedimiento quirúrgico conocido como "fascioseptoplastía", consistente en colocar aponeurosis del músculo temporal para sustituir las áreas resecaadas de la mucosa septal, que presentaban las telangiectasias, de donde partían las hemorragias.

SUMMARY.- Male patient, 33-year old, with hereditary hemorrhagic telangiectasia (Rendu-Osler-Weber disease) which presented bilateral relapsing epistaxis controlled by a surgical procedure known as "Fascio-septoplastia" involving substitution of resected areas of septal mucosa having hemorrhagic-prone telangiectasias by a flap of temporal muscle fascia.

INTRODUCCION

La telangiectasia hemorrágica hereditaria o enfermedad de Rendu-Osler-Weber, es un padecimiento sistémico, hereditario, que se caracteriza por afectar los vasos subepiteliales pequeños con tendencia a sangrar espontáneamente o ante la menor provocación, sin relación con coagulopatías, siendo los sitios más vulnerables la mucosa nasal, gastrointestinal, urinaria y oral, la lengua, el pulmón y la piel. Su manifestación más común es la epistaxis recurrente y rebelde al tratamiento como en ninguna otra entidad clínica. Clásicamente ha sido descrita como un trastorno raro, pero la revisión de la literatura revela que no lo es tanto, ni tampoco exclusiva de la raza blanca como se había pensado.

Debido a que la epistaxis es generalmente el rasgo más prominente, la mayoría de los esfuerzos terapéuticos se han dirigido hacia este síntoma. La multiplicidad de tratamientos, sistémicos y locales, elaborados a través de los años, son testimonio de la dificultad para su control. Remedios tan exóticos como la administración sistémica de vitamina P, de veneno de serpiente o las inyecciones intra-

musculares de leche, perduran únicamente como curiosidades¹.

El tratamiento de elección para los casos de epistaxis recurrente e intensa, es desde años recientes, la dermoplastia septal, procedimiento que consiste en el reemplazo de la mucosa nasal por piel, con buenos resultados².

Babington³ fué el primero en reportar esta enfermedad en 1865, reconociéndola como un padecimiento hereditario caracterizado por epistaxis recurrente. Wilson³, en 1869, describió el síndrome clínico completo. Algunos de sus contemporáneos como Legg (1876), Chiari (1877) y Chauffard (1896)³, pensaron que el padecimiento estaba relacionado con o era una forma de hemofilia, siendo Rendu⁴ el primero en diferenciarla de ella en 1896. En 1901 Osler⁴ hizo la descripción clásica de la enfermedad con su triada característica de epistaxis recurrente, patrón hereditario y telangiectasias mucocutáneas. Weber⁴ en 1907, definió los aspectos clínicos y patológicos del padecimiento y dos años más tarde, Hanes⁴ le dio el nombre de telangiectasia hemorrágica hereditaria, describiendo por primera vez los rasgos histológicos de las lesiones con el microscopio de luz, especialmente la presencia de vasos

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

** Médico Residente del mismo hospital.

dilatados sin cubierta muscular ni de tejido conectivo.

El padecimiento que nos ocupa se trasmite con carácter mendeliano autosómico dominante, con alto grado de penetrancia, observándose con la misma frecuencia en hombres y mujeres. La forma hemocigótica puede ser letal³.

De acuerdo con Weber⁵, el diagnóstico se puede hacer en ausencia de antecedentes familiares, fenómeno que interpreta como una mutación de-novo, siempre y cuando el caso haya sido adecuadamente historiado. Estableció, que las telangiectasias localizadas por debajo de las uñas constituían un signo patognómico de la enfermedad.

En el reporte original de Osler, uno de sus tres pacientes, no tenía antecedentes familiares de telangiectasias. Fugí y Watkins en una revisión de 20 casos vistos en la Clínica Mayo en un periodo de 20 años, no encontraron historia familiar en 7 (30%). Stock reportó 7 casos en 1944 dos de los cuales (30%) carecían de antecedentes. Saunders, en 1962, añadió 40 casos nuevos a la literatura, no hallando antecedentes familiares en 6 pacientes (15%)⁵.

El diagnóstico se puede establecer con la historia clínica y la exploración física, siendo su triada característica: epistaxis recurrente, telangiectasias y antecedentes familiares. Entre otras manifestaciones se incluyen debilidad, pérdida de peso, dolor abdominal, disnea, cianosis, dedos en palillo de tambor y choque (Tabla I). Los estudios de laboratorio muestran alteraciones sugestivas de sangrado crónico, subagudo, detectándose frecuentemente sangre oculta en heces y en orina. Las pruebas de coagulación generalmente son normales, aunque puede haber defi-

TABLA I

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DE RENDU OSLER WEBER

PRIMARIOS	SECUNDARIOS
a) epistaxis recurrente	a) astenia y pérdida de peso
b) telangiectasias	b) cianosis
c) antecedentes familiares	c) dedos en palillo de tambor

ciencia de factores como resultado del sangrado continuo. En la médula ósea llegan a observarse cambios megaloblásticos compatibles con anemia perniciosa debidos a pérdida del factor de maduración.

Las telangiectasias pueden distribuirse por todo el cuerpo y así la hemoptisis se puede confundir con tuberculosis, la hematemesis con úlcera gástrica o carcinoma y la hematuria con neoplasia renal.

Las telangiectasias no se observan tempranamente en la vida del paciente, sino que aparecen en las últimas etapas del desarrollo. Los episodios de sangrado en la infancia, particularmente la epistaxis, preceden a su aparición.

La epistaxis recurrente es el síntoma más común de la enfermedad, manifestándose por primera vez en la mayoría de los pacientes durante la 2a. y 3a., décadas de la vida, pudiendo haber también sangrado en lengua, labios, encías, conjuntivas, dedos, tracto gastrointestinal, pulmón, riñones y cerebro, secundariamente a las telangiectasias en estos sitios. Las manifestaciones neurológicas focales pueden ser secundarias a las lesiones pulmonares o a manifestaciones arteriovenosas cerebrales^{6,7}. En mujeres se ha observado que la hemorragia se agrava varios días antes de la menstruación, durante el periodo post-menopáusico

y después de la ovariectomía, disminuyendo, por el contrario, con el embarazo, hechos relacionados con la variación en los niveles de estrógenos en las diversas circunstancias clínicas.

A pesar de que los pacientes con telangiectasia hemorrágica hereditaria sobreviven varios años, por lo general se encuentran incapacitados por las complicaciones asociadas a las hemorragias repetidas, pensando algunos autores que la exanguinación es más frecuente en estas enfermedades que en cualquier otro padecimiento hemorrágico.

La forma mendeliana dominante de la telangiectasia, es considerada como un enfermedad degenerativa que se manifiesta en los vasos periféricos³. Jahnke⁸ utilizando el microscopio electrónico, observó que la lesión típica, consistía de largos conductos vasculares, cubiertos por una sola capa de células endoteliales sin alteraciones en las uniones celulares, ni pérdida de la membrana basal. Encontró, además músculo liso recubriendo en forma incompleta a los vasos, concluyendo que eran incapaces de responder con una contractilidad adecuada ante mínimos traumatismos. Las alteraciones en el flujo sanguíneo arterial y venoso, pueden desempeñar un papel adicional al producir ruptura espontánea de la pared vascular y hemorragias prolongadas.

Hashimoto y Pritzker⁹ iden-

tificaron a los vasos afectados como vénulas, notando además defectos en las uniones celulares que permitían extravasación y hemorragia. En otras zonas, degeneración de las células endoteliales. En contraste con los hallazgos de Jahnke, descubrieron también cambios en los tejidos perivasculares tales como edema marcado, aumento del material amorfo y filamentosos y fibrillas anormalmente grandes.

Se han propuesto varias modalidades de tratamiento con el fin de alterar favorablemente el curso de la enfermedad, la mayoría van dirigidas hacia la mucosa nasal. Los taponamientos, la aplicación local de caústicos, las radiaciones locales y las electrocauterizaciones, proporcionan únicamente alivio temporal, dando origen, eventualmente, a perforaciones septales.

El mejor pronóstico a largo plazo para el control de la epistaxis se basa en aquellos tratamientos que modifican la textura de la mucosa nasal. De éstos los más efectivos hasta ahora son la dermoplastia septal, preconizada por Saunders en 1960¹⁰ y la administración sistémica de estrógenos por Koch y colaboradores en 1952². Saunders enfatizó que el valor de la dermoplastia no radicaba en la resección de la mucosa telangiectásica, si no en su reemplazo por una cubierta más resistente, existiendo al respecto un paralelismo histológico con el uso de estrógenos, que son agentes que producen metaplasia del epitelio ciliado columnar hacia un epitelio escamoso más firme.

Los resultados satisfactorios en el tratamiento quirúrgico de las telangiectasias hemorrágicas hereditarias depende de una adecuada exposición de las cavidades nasales y de la colocación

meticulosa de los injertos. La dermoplastia septal fue ideada originalmente para pacientes con septums íntegros, pero con frecuencia los pacientes más seriamente afectados presentan enormes perforaciones secundarias a cauterizaciones o a resecciones submucosas. Whicker y Lake¹⁰, en 1972, empezaron a obtener mejores resultados en estos casos con la técnica de rinotomía lateral. En 1978, Hirshowitz y cols.¹¹ propusieron el empleo de colgajos labio-bucales, descritos por Tipton en 1970, para el cierre de perforaciones septales en las telangiectasias hemorrágicas hereditarias, como un elemento más para el manejo de este rebelde padecimiento.

El fracaso en el control permanente de la epistaxis después de la dermoplastia intranasal, se debe básicamente a recubrimientos insuficientes del injerto, contracturas del injerto con reexposición de los vasos anormales o posiblemente, a regeneración de las telangiectasias¹. Puesto que la enfermedad de Rendu-Osler-Weber es un padecimiento vascular sistémico que afecta a vasos de diversos tamaños y a diferentes órganos, es lógico asumir que los vasos terminales de neoformación que proliferan hacia el injerto, se encuentran predispuestos a la misma alteración.

Laurian y cols.¹² describieron en 1977 el uso de membrana amniótica como injerto en 6 pacientes con telangiectasia hemorrágica hereditaria para reemplazar a la piel y evitar descamación, contractura, formación de costras y fetidez, obteniendo en todos los casos un recubrimiento epitelial funcional, liso, limpio y que no formaba costras. Debido a que no realizaron biosias post-operatorias de control, no pudieron comprobar si el in-

jerito actuaba exclusivamente como recubrimiento temporal con reepitelización secundaria por debajo del mismo a partir de la mucosa sana adyacente o si se producía metaplasia del epitelio de la membrana amniótica permaneciendo ésta indefinidamente.

Harrison^{9,13} estableció que el efecto benéfico de los estrógenos, se debía a metaplasia escamosa de la mucosa producida por los niveles elevados de estas hormonas, protegiendo así, a los vasos anormales contra el trauma. Estudios realizados con microscopía electrónica, han confirmado lo anterior, demostrando además, reestablecimiento de la continuidad endotelial en los vasos afectados.

Strother y Newton¹⁴ embolizaron con buenos resultados la arteria maxilar interna por vía percutánea en un paciente con telangiectasia hemorrágica hereditaria y epistaxis intratable a pesar de dermoplastia bilateral, sugiriendo la utilización de este método en pacientes debilitados con sangrado rebelde.

Ben-Bassat y cols.¹⁵ obtuvieron resultados satisfactorios en 4 pacientes con telangiectasia hemorrágica hereditaria empleando el láser de bióxido de carbono, mencionando entre sus ventajas: obliteración permanente de vasos pequeños con gran seguridad y control; ausencia de contacto físico con el tejido, evitando así posibilidad de sangrado y nulo daño residual permitiendo tratar ambas fosas nasales simultáneamente.

McCaffrey, Kern y Lake⁴, en un estudio retrospectivo realizado desde hace 10 años en la Clínica Mayo en 80 pacientes con esta enfermedad, encontraron que en la mitad de los casos los síntomas se mantuvieron estables du-

rante el curso de la enfermedad y en la mitad restante, una cuarta parte mostró progresión de los síntomas y la otra regresión de los mismos, concluyendo que la evaluación terapéutica es difícil en este padecimiento debido a que su historia natural varía de un individuo a otro y a que no guarda relación con la gravedad del cuadro ni con la edad de inicio.

PRESENTACION DEL CASO :

Se trata de un paciente de 33 años de edad con historia de sangrados nasales bilaterales desde los 5 años, recurrentes, acompañados de sensación de resequecedad, exacerbándose con esfuerzos físicos y cambios de temperatura, cohibidos con taponamientos anteriores y electrocauterizaciones. Dos de sus cuatro hijos, de 11 y 6 años de edad respectivamente, presentaban episodios similares. A los 22 años se le efectuó, bajo anestesia local, rinoseptoplastía con fines estéticos y para controlar, al mismo tiempo, las epistaxis, complicándose la intervención con sangrado masivo por lo que se suspendió, complicándose la intervención con sangrado masivo por lo que se suspendió, quedando incluso el aspecto cosmético. Su evolución post-operatoria fue satisfactoria durante el primer año, con sangrados esporádicos y en mínima cantidad. Las epistaxis reaparecieron posteriormente en forma más intensa y frecuente (hasta 6 episodios por día) ameritando hemotransfusión en 8 ocasiones antes de ser referida al servicio. El 15 de septiembre de 1982, a su ingreso, se encontró marcada palidez de tegumentos y mucosas y manchas telangiectásicas en la mucosa de ambas fosas nasales, predominando en la porción anterior del septum

y en el techo y piso de las mismas; la exploración del cuello, tórax, abdomen y extremidades, no reveló anomalías. La biometría hemática reportó hemoglobina de 4.4 g y hematocrito de 18, transfundiéndose 5 unidades de concentrado globular; la biometría de control, realizada 20 días después, reportó Hb de 12.9 g y hematocrito de 44. Las pruebas de coagulación fueron normales. Con el diagnóstico de Telangiectasias Hemorrágicas Hereditarias, en octubre del mismo año se programó fascioseptoplastía.

TECNICA QUIRURGICA :

La cirugía se efectuó bajo anestesia general. En primer lugar, se tomó el injerto de fascia temporal autóloga a través de una incisión supraauricular. En el segundo tiempo de la operación, a través de una hemitransfixión derecha, se elaboraron los túneles anterior e inferior homolaterales. Utilizando el microscopio quirúrgico, con bisturí de Rosen se resecaron selectivamente las zonas de mucosa afectada, incluyendo el pericondrio, conservando puentes de mucosa sana entre las mismas (Fig. 1). A través de los túneles, entre el cartílago septal y el pericondrio, se colocó el injerto de fascia de tal forma que cubriera, sobradamente, a las zonas desnudas de mucosa (Fig. 2). Al suturar la hemitransfixión el injerto se fijó simultáneamente con puntos separados de catgut simple 0000. Las zonas cruentas se cubrieron con espuma de gelatina y por encima de ésta, tela de organdí para evitar que los taponamientos de gasa se adhirieran a los tejidos. Dos días después de la intervención la paciente fue egresada en condiciones satisfactorias, retirando los taponamientos 5 días más tarde.

A los dos meses se llevó a cabo el mismo procedimiento en la fosa contralateral, evolucionando sin incidentes. La mucosa reseca se envió a estudio histopatológico, en el que se reportó presencia de gran número de capilares cubiertos por una sola capa de células endoteliales y rodeado por tejido inflamatorio de tipo crónico (Fig. 3).

COMENTARIO

La fascioseptoplastía fue concebida intentando simultáneamente controlar la epistaxis y respetar al máximo la anatomía y fisiología de la cavidad nasal, sobre todo lo segundo, ya que, al ser sustituida por piel, aunque se logra cohibir la hemorragia, tiene varios inconvenientes como son la descamación exagerada, la formación de costras, la sequedad y la fetidez¹². Basados en la experiencia del uso de fascia temporal autóloga u homóloga en timpanoplastías¹⁶, cuya función es servir como puente sobre el cual pueda llevarse a cabo la regeneración epitelial a partir del remanente timpánico, se decidió aplicar el mismo principio en la nariz, reseca exclusivamente las zonas de muco afectada y conservando puentes de mucosa sana como posibles puntos de regeneración (Fig. 1). Es importante mencionar que el procedimiento se facilita enormemente con hipotensión controlada durante la intervención y utilizando el microscopio quirúrgico y el instrumental de cirugía otológica.

La intervención se realizó por separado en cada fosa, con un intervalo de 2 meses entre una y otra, con la finalidad de valorar la evolución post-operatoria y utilizar como control el lado no operado. Durante el periodo de observación los sangrados desaparecieron por completo en la fosa

intervenida (derecha), persistiendo con las mismas características la contralateral. A los 6 y 4 meses respectivamente de las intervenciones, la paciente se ha mantenido asintomática, lográndose regeneración de la mucosa reseçada.

Para llegar a conclusiones definitivas en relación con esta nueva forma de tratamiento, será necesario aún observar la evolución de la paciente durante un periodo más prolongado y descartar recidivas de los sangrados por telangiectasias en la mucosa reseçada o por regeneración de las mismas en los sitios injertados. Será necesario también realizar estudios histopatológicos de control, para determinar las características de la nueva mucosa y efectuar el mismo procedimiento quirúrgico en un mayor número de pacientes con esta afección.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. McCabe, W.P. y Kelly, A.P.: Management of epistaxis in Osler-Weber-Rendu disease; recurrence of telangiectases within a nasal skin graft. *Plast. and Reconstr. Surg.*, 50: 114-118, 1972.
2. Vase, P.: Estrogen treatment of hereditary hemorrhagic telangiectasia; a double-blind controlled clinical trial. *Acta Med. Scand.* 209: 393-396, 1981.
3. Soudah, H.P. y Tilson, H.B.: Hereditary hemorrhagic telangiectasia (Osler-Weber-Rendu Disease). Discussion and report of case. *J. Oral Surg.*, 29: 225-229, 1979.
4. McCaffrey, T.V., Kern, E.B. y Lake, C.F.: Management of epistaxis in hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Arch. Otolaryngol.*, 103: 627-630, 1977.
5. Hashimoto, K. y Pritzker, M.S.: Hereditary hemorrhagic telangiectasia. An electron microscopic study. *Oral Surg.*, 34: 751-767, 1972.
6. Heffner, R.R. y Solitare, G.B.: Hereditary haemorrhagic telangiectasi. Neurophatological observations. *J. Neurol. Neurosurg, Psy-*



Figura 1.- Bajo visión microscópica, extirpación con bisturí de Rosen de las zonas de la mucosa nasal con telangiectasias.



Figura 2. Colocación de injerto del músculo temporal, subpericondríamente, cubriendo las áreas denudadas.

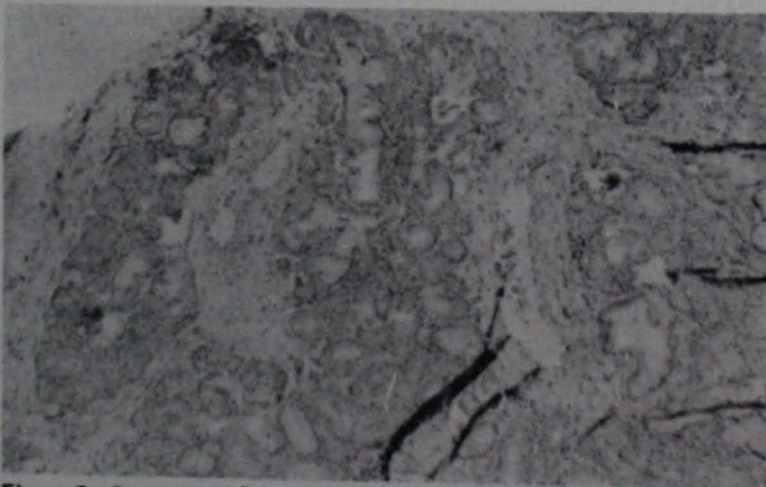


Figura 3.- Corte histológico que muestra la presencia de un gran número de capilares cubiertos por una sola capa de células endoteliales y rodeados por tejido inflamatorio de tipo crónico.

- chiat, 32: 604-608, 1969.
- 7.- Stanley, I.M. y Hunter, K.R.: Neurological manifestations of hereditary haemorrhagic telangiectasia. *Brit. Med. J.* 3: 688, 1970.
 - 8.- Jahnke, V.: Ultrastructure of hereditary telangiectasia. *Arch. Otolaryng.* 91: 262-265, 1970.
 - 9.- Meneffe, M.G. Flessa, H.C. Glueck, H.I. y Hogg, S.P.: Hereditary hemorrhagic telangiectasia (Osler-Weber-Rendu disease). An electron microscopic study of the vascular lesions before and after therapy with hormones. *Arch. Otolaryng.* 101: 246-251, 1975.
 - 10.- Whicker, J.H. y Lake, C.F.: Hemilateral rhinotomy in the treatment of hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Arch. Otolaryng.* 96: 319-321, 1972.
 - 11.- Hirshowitz, B., Moscona R. y Eliachar I.: Closure of septal perforation in Osler-Weber-Rendus disease by bilateral labial bucal flaps. *Plast & Reconstr. Surg.* 62: 296-299, 1978.
 - 12.- Laurian, N., Kalmanovitch, M. y Shimberg, R.: Amniotic graft in the management of severe epistaxis due to hereditary haemorrhagic telangiectasia. *J. Laryngol. Otol.* 93: 589-595, 1979.
 - 13.- Flessa, H.C. y Glueck, H.I.: Hereditary hemorrhagic telangiectasia (Osler-Weber-Rendu disease): management of epistaxis in nine patients using systemic hormone therapy. *Arch. Otolaryngol.* 103: 148-151, 1977.
 - 14.- Strother, C.M. y Newton, T.H.: Percutaneous embolization to control epistaxis in Rendu-Osler-Weber disease. *Arch. Otolaryngol.* 102: 58-60, 1976.
 - 15.- Ben-Bassat, M., Kaplan y I. Levy, R.: Treatment of hereditary hemorrhagic telangiectasia of the nasal mucosa with the carbon dioxide laser. *Br. J. Plast. Surg.* 31: 157-158, 1978.
 - 16.- Shambaugh, Jr., G.E. y Glasscock, III, M.E.: *Surgery of the ear.* 3rd. ed., 415-423, W.B. Saunders Co.

Hernia Cerebral Mastoidea: Presentación de un caso.

Dr. Luis ORTIZ ARMENTA*

Resumen.- Se presenta el caso de un enfermo de 26 años de edad que desarrolló una hernia cerebral hacia la mastoidea, secundariamente a la dehiscencia del piso de la fosa cerebral media. La solución de continuidad se debió a una otitis media supurada crónica. El caso fué resuelto mediante un abordaje combinado por mastoides y fosa cerebral media.

SUMMARY.— Female patient, 26-year old, who developed an orbital cellulitis secondary to an acute ethmoiditis although she received opportunely antimicrobial drugs. Surgical treatment was done by an external approach to ethmoidal area. This study stresses the importance of adequate clinical and radiological assessment aimed to set rules to therapeutic standards.

INTRODUCCION

Pese a los esfuerzos de los programas de educación médica continua de las diferentes organizaciones otorrinolaringológicas del país, la otitis media crónica continúa siendo una entidad frecuente a nivel nacional¹.

* Otorrinolaringólogo. Servicio de otorrinolaringología. Hospital 21 IMSS. Monterrey N.L. México.

Las complicaciones de la otitis media crónica, tradicionalmente se han dividido en otológicas e intracraneales, tanto en los textos de la especialidad², como en los reportes internacionales³ o nacionales⁴. Sin embargo, en ninguno se incluye o menciona el prolapso del contenido intracraneano hacia el oído medio, a pesar de los reportes existentes en la literatura mundial^{5 6}. Por ello es necesario incluir esta entidad entre las complicaciones intracraneales de la otitis media crónica y difundir su posibilidad con objeto de que se realice el tratamiento adecuado y se mejore el pronóstico de los pacientes con estas alteraciones patológicas.

CUADRO CLINICO

La hernia cerebral mastoidea es una complicación rara de la otitis media crónica. A pesar de ser una entidad específica, su cuadro clínico es el mismo que el de una otitis media crónica no complicada.

La hernia cerebral mastoidea puede coexistir con otorrea y con perforación de la membrana timpánica, colesteatoma y/o tejido polipoideo o de granulacion.

El hallazgo de una masa pulsátil protruyendo del techo atical, el de una masa quística o polipoidea protruyendo del techo del antro mastoideo, o la presencia de otorraquia, son signos que pueden sugerir ésta entidad.

El antecedente de cirugía mastoidea previa, en un oído con supuración crónica aumenta la posibilidad de encontrar contenido intracraneal en el oído afectado, en contraste con un oído con otorreocrónica en el que no se han realizado intervenciones quirúrgicas previas. Sin embargo, existen reportes en la literatura en los que ésta entidad se ha encontrado en otitis media crónica sin historia previa de cirugía otológica⁷. Por lo que se refiere a los síntomas neurológicos, éstos se limitan a los asociados a una meningitis otógena y más raramente a cefalea crónica y fístula de líquido cefalorraquídeo a través del oído.

PATOLOGIA

El prolapso cerebral hacia la mastoidea o la caja timpánica puede semejar desde el punto de vista macroscópico, un pólipo pedunculado o sésil una masa

quística asociada a colesteatoma, a tejido polipoideo, o bien tener una forma difusa fungoide del tipo de la degeneración polipoidea de la mucosa del oído medio.

El examen microscópico puede mostrar: a) tejido cerebral con reacción inflamatoria, b) ausencia de cubierta meníngea, c) tejido cerebral en contacto directo con mucosa del oído medio.

PATOGENESIS

En presencia de infección crónica del oído medio, un defecto óseo en el techo mastoideo o atical, ya sea congénito, secundario a erosión ósea, cirugía mastoidea o traumatismo craneoencefálico, es el factor predisponente para el desarrollo de la hernia cerebral mastoidea.

Para explicar la patogénesis de ésta entidad se plantea la siguiente teoría: La dura no es un tejido elástico sino predominantemente fibroso. Debido a que normalmente se encuentra rodeada de hueso, tiene poca necesidad de expandirse. Cuando el techo atical o mastoideo tiene un defecto óseo, la dura se somete a un estiramiento anormal para soportar al lóbulo temporal además de las fluctuaciones normales de la presión del líquido cefalorraquídeo, lo que hace que con el tiempo la meninge se adelgace, pierda sus escasas propiedades elásticas y se convierta en un tejido crónicamente isquémico; además se produce una estasis venosa de la dura en contacto con los bordes del defecto óseo. Cuando la dura crónicamente isquémica es expuesta, los agentes bacterianos y la respuesta normal de dilatación capilar comprometen aún más la estasis venosa ya existente, y se produce necrosis temprana de la dura. Esta necrosis junto con el tejido de granulación producido por la

otitis media crónica, actúa como sello local que previene temporalmente la propagación de la infección a la cavidad craneana y además, en algunos casos, previene la formación de fístula de líquido cefalorraquídeo. Una vez que la dura pierde su continuidad, el tejido cerebral puede fácilmente herniarse hacia la cavidad del oído medio con formación de una masa quística rodeada por epitelio mucoso, o con necrosis y formación de tejido de granulación o polipoideo.

Esta teoría pudiera explicar: a) la ausencia de signos de infección general y de infección intracraniana, b) la incapacidad para distinguir clínicamente entre hernia cerebral mastoidea y otitis media crónica no complicada, c) la ausencia de relación entre absceso cerebral o subdural, los que se transmiten desde el oído medio crónicamente infectado hacia la cavidad craneana, a través de una tromboflebitis y la hernia cerebral mastoidea, d) Finalmente, también explicaría porque a pesar de que la exposición de la dura es relativamente frecuente en el tratamiento quirúrgico de la otitis media o incluso la perforación accidental de la dura y la aracnoides con fístula de líquido cefalorraquídeo, no necesariamente resulta en hernia cerebral mastoidea, puesto que en tales accidentes la dura que era previamente normal, repara satisfactoriamente el defecto.

En la literatura internacional se trata de explicar la patogénesis de ésta entidad de diferentes formas: Paparella⁸ cree que la hernia cerebral mastoidea representa una forma modificada abortiva de un absceso cerebral, producida por el uso de antibióticos, en tanto que Schuknecht, mencionado igualmente por Paparella⁸, cree que las granulaciones

de Pachioni derivadas de la aracnoides, se pueden encontrar en continuidad con la dura y con la cubierta ósea de ésta a nivel del tegmen atical o mastoideo lo que explicaría su relación y desarrollo con una otitis media crónica.

TRATAMIENTO

La restauración de las relaciones normales entre la masa encefálica (lóbulo temporal), su cubierta meníngea y su soporte óseo (el piso de la fosa media), es decir, el techo atical y mastoideo, es la forma de tratamiento de ésta entidad. La vía de la fosa media es el único abordaje que permite una exploración visual adecuada no solamente del piso de la fosa media, sino también permite explorar y reparar adecuadamente la perforación de la dura^{9,10} y la extensión del tejido necrótico cerebral¹¹. La vía transmastoidea por otro lado solamente permite la visualización del defecto óseo.

Es recomendable en estos casos seguir el siguiente plan quirúrgico: 1.- Cirugía timpanomastoidea rutinaria de acuerdo con la patología del oído medio. 2.- A través de un abordaje neuro/otológico vía fosa media craneal, se reparará el defecto óseo del piso medio craneal mediante un fragmento óseo cubierto a manera de "sandwich" con aponeurosis temporal. Se reparará el defecto de la dura mediante sutura y reaproximación de sus bordes, o cuando esto no es posible, mediante sutura de aponeurosis temporal, sellando el defecto maníngeo, previa exenteración del tejido cerebral necrótico, lo que evita el atrapamiento en la cavidad craneana de colecciones necróticas o purulentas.

El uso de aponeurosis tempo-

ral sola, no previene el desarrollo ulterior de meningocele o meningoencefalocele o de hernia cerebral recurrente.

PRESENTACION DE UN CASO

Paciente masculino de 26 años de edad, con padecimiento iniciado desde su infancia, caracterizado por otorrea crónica izquierda intermitente y continua desde 2 meses antes de su valoración. En la exploración únicamente destacaba la presencia de material purulento en el conducto auditivo externo izquierdo, que al aspirar se dejaba ver una perforación subtotal de la membrana timpánica, con una masa pulsátil y blanda que protruía del ático.

Las radiografías comparativas de las mastoides en posiciones de Schuller únicamente mostraron mastoides derecha normal e izquierda eburnea. En la posición de Chausse 111 se vió opacidad a nivel del ático. Audiológicamente presentaba audición normal en OD con hipoacusia moderada conductiva pura izquierda. Con el diagnóstico de otitis media crónica, complicada por posible meningocele, se planteó la necesidad de una mastoidectomía con posible reparación del techo atical óseo, vía fosa media craneal.

Durante la cirugía mastoidea se encontró un tejido quístico que provenía del tegmen antri, asociado a tejido de granulación y colesteatoma. (Fig. 1).

La biopsia transoperatoria del mismo reportó tejido cerebral inflamatorio sin cubierta meníngea. Se reparó el defecto óseo a través de su exploración vía fosa media craneal, que medía aproximadamente 2.5 cm de diámetro que fué reparado con hueso cubierto por fascia temporal en for-

ma de "sandwich", habiéndose previamente limpiado el tejido de granulación de la dura, sin que se produjera fístula de líquido céfalorraquídeo.

El paciente se recobró satisfactoriamente de su cirugía y a 1 año 2 meses de la misma se encuentra con el injerto íntegro, el oído medio estable y con hipoacusia residual conductiva de 15 db.

COMENTARIO

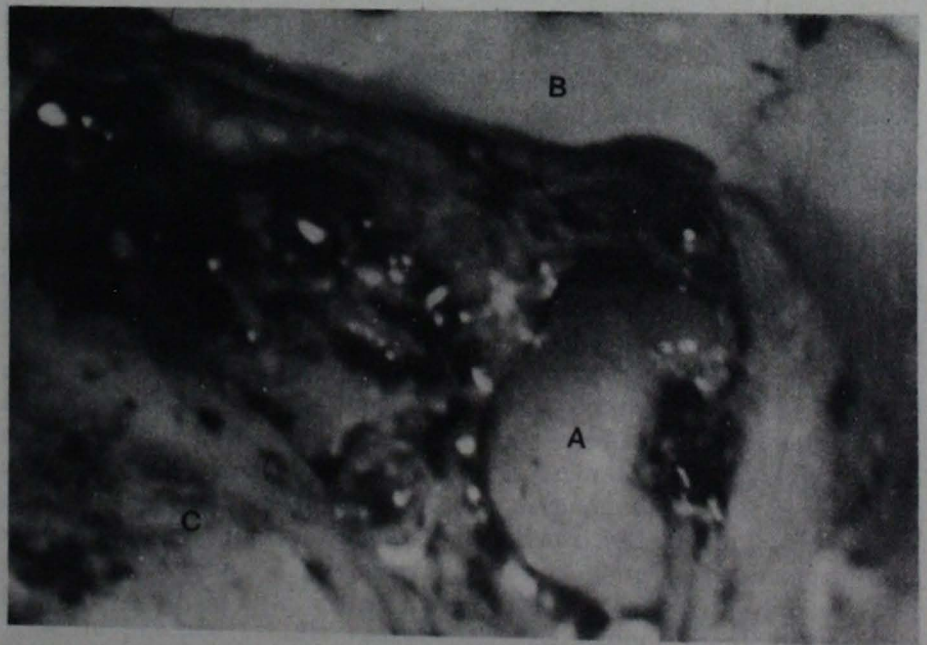
En éste caso clínico, no existía antecedente de cirugía mastoidea previa que explicara la lesión del techo atical y mastoideo, sin embargo el paciente tenía un gran defecto óseo. Esto plantea nuevamente la interrogante: ¿existía en forma congénita una dehiscencia del piso de la fosa media craneal? o ¿el tejido polipoideo y colesteatomatoso erosionaron primaria-

mente el techo del oído medio para que posteriormente se prolapara el tejido intracraneano a la mastoides?

Independientemente de la fisiopatología, la reparación del techo del oído medio y de la mastoides a través de la fosa media craneal, aseguró la cicatrización adecuada del oído medio sin recurrencia de la hernia cerebral, meningocele o mielomeningocele. Dado el tamaño del defecto óseo, no hubiera sido posible repararlo exclusivamente a través de una mastoidectomía convencional.

CONCLUSIONES

1.- La hernia cerebral mastoidea es una complicación rara de la otitis media crónica. 2.- La combinación de un defecto óseo del techo del ático o antro mastoideo y de otitis media crónica, resultan en hernia cerebral mastoidea, debido a que por la isque-



Hernia cerebral mastoidea. Una rara complicación de la otitis media crónica.

Figura 1.- Vista del cirujano a través del microscopio quirúrgico 10 X. Durante una mastoidectomía. a) Hernia cerebral protruyendo a cavidad mastoidea a través de una erosión del techo mastoideo. b) Pared posterior del conducto auditivo externo. c) Seno lateral.

mia crónica de la duramadre, ésta pierde su capacidad normal de respuesta ante una infección.

3.- El cuadro clínico de la hernia cerebral mastoidea es difícilmente identificable y se enmascara con el de la otitis media crónica.

4.- El diagnóstico confirmatorio se realiza mediante la biopsia transoperatoria del tejido sospechoso.

5.- El tratamiento adecuado debe ser combinado: a través de una mastoidectomía para erradicar el tejido infeccioso y por la fosa media craneal para reparar el defecto óseo y de la duramadre.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- *Hernández-Goribar M. y Soda-Merhy A.*: Manejo del oído cró-

- nicamente infectado. *Gaceta Médica de México*. 116, 1980.
- 2.- *Alford, B.R.*: Complications of suppurative Otitis Media and Otomastoiditis. *Otolaryngology*. Paparella and Shumrick Editores. Saunders Co. Philadelphia P. Vol. 2: 153-160, 1973.
- 3.- *Gacek, R., R.*: Surgical management of labyrinthine fistula in chronic otitis media with cholesteatoma. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. Suppl.* 83, 1974.
- 4.- *Ortiz-Armenta, L., Covarrubias-Tavera, M., Rodríguez-Alcaraz A., Hernández-Goribar M. y Allen-Vázquez F.*: Fístula laberíntica y parálisis facial como complicaciones más frecuentes de la otitis media crónica. *Conceptos Actuales. Anales Soc. Mex. Otorrinol. 25*: 86-92, 1980.
- 5.- *Hall, C.*: Brain hernia: a postoperative complication in Otology. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 48: 291-310. 1939.

- 6.- *Schurr, P.*: Endaural cerebral hernia. *Br. J. Surg.* 47: 414-417, 1960.
- 7.- *Koch, H.*: Meningocele of the temporal bone. *Acta Otolaryngol. Stock.* 38: 59, 1950.
- 8.- *Paparella, M.M., Meyerhoff, W.L. y Oliviera, C.A.*: Mastoiditis and brain hernia (mastoiditis cerebri). *The Laryngoscope* 88: 1097-1106, 1978.
- 9.- *Fernández-Blasini, N., y Longo, R.*: Surgical correction of dural Herniation into the mastoid cavity. *The Laryngoscope* 87: 1841-1846, 1977.
- 10.- *Glasscock, M.E., Dickins, J.R.E. y Jackson, C.G.*: Surgical management of brain tissue herniation *Laryngoscope* 89: 1743-1754, 1979.
- 11.- *Graham, M.D.*: Surgical management of dural and temporal lobe herniation into the radical mastoid cavity. *Laryngoscope* 92: 329-331. 1982.

Celulitis Orbitaria como Complicación de la Etmoiditis Aguda: Presentación de un caso.

Dr. Bernardo GROBEISEN ROUDY*
Dr. Bjorn KAUFMANN JENZEN
Dr. Paul J. OLSOFF

Resumen.- Se presenta el caso de una enferma de 26 años, que desarrolló una celulitis orbitaria secundaria a una etmoiditis aguda a pesar de haber sido tratada con oportunidad con antimicrobianos. El caso se resolvió mediante tratamiento quirúrgico, abordando la región etmoidal por vía externa. Se señala la importancia de la valoración clínico-radiológica adecuada para normar el criterio terapéutico.

SUMMARY.— Male patient, 26 year old, who developed a brain herniation into mastoid area, secondary to a dehiscence of middle cranial fossa. That break of continuity was due to a suppurative cronical otitis media. The patient was successfully operated upon by a combined approach through mastoid bone and middle cranial fossa.

INTRODUCCION

Desde la introducción de los antibióticos han disminuido considerablemente las complicaciones de la sinusitis, sin embargo no se ha logrado erradicarlas completamente, la celulitis orbitaria es una de las complicaciones potencialmente graves que obliga al otorrinolaringólogo a estar interiorizado en el diagnóstico y tratamiento de esta afección.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente del sexo femenino de 26 años de edad con antecedentes de pensinusitis crónica, que inicia un cuadro de 6 días de evolución manifestado por epífora, cefalea frontal y temperatura de 39°C. El examen físico mostró edema palpebral izquierdo superior e inferior, dolor retro-ocular al movilizar mediante el globo. No hay proptosis y el fondo del ojo es normal. Presentaba exudado mucopurulento en faringe. El resto del examen físico fué normal.

Se le practicó estudio radiológico de senos paranasales, que demostraron opacidad de ambos senos maxilares de predominio izquierdo y del grupo etmoidal del mismo lado (Fig. 1). Labo-

ratorio: Leucocitos 20,800 con 89% de neutrófilos y glucemia de 217 mg. Con el diagnóstico de etmoiditis aguda y celulitis de órbita izquierda se inicia tratamiento a base de cefalotina sódica 1 g intravenoso cada cuatro horas, cloranfenicol 1 g intravenoso cada cuatro horas, clorfeniramina tabletas de 4 mg una cada ocho horas y fenilefrina gotas aplicadas intranasalmente. Evoluciona satisfactoriamente y desaparecen las manifestaciones clínicas, la leucocitosis y la hiperglicemia, razón por la que es egresada a los 4 días de su internamiento.

Reingresa tres días después con absceso palpebral medial del canto interno y edema palpebral del ojo izquierdo (Fig. 2). Los movimientos oculares están restringidos y presenta diplopa. El fondo de ojo es normal. Biometría hemática: Leucocitos 11,100 mm³ con 71% de neutrófilos. Se le practicó tomografía de senos paranasales, que reveló opacidad etmoidal izquierda con destrucción de la lámina papirácea (Fig. 3).

Al segundo día de su reingreso se practicó operación de Caldwell-Luc izquierda, con etmoidectomía combinada transantral y externa (Fig. 4). De las cavidades etmoidales se extirparon 8 cm³

* Otorrinolaringólogo. México, D.F.

de tejido polipoideo cuyo estudio histopatológico mostró datos de sinusitis crónica acentuada, con erosión superficial e inflamación aguda de los fragmentos óseos. Simultáneamente se drenó el absceso tarsal. Se dejó una



Figura 1.- Radiografía en posición de Caldwell que demuestra opacidad importante del seno etmoidal izquierdo.



Figura 3.- Tomografía de senos etmoidales que revela opacidad importante y destrucción de la lamina papirácea del seno etmoidal izquierdo.

sonda de drenaje intranasal y un Penrose para la herida externa y finalmente se procedió al cierre por planos de las heridas.

Los cultivos para aerobios y

anaerobios fueron negativos. Evolucionó satisfactoriamente, recobró la movilidad ocular, desapareció la diplopía así como la celulitis orbital. Al cuarto día post-quirúrgico es egresada del hospital y se mantiene tratamiento con cafalexina tabletas de 250 mg una cada seis horas, por diez días más. La sonda intranasal y el tubo de Penrose se retiraron al octavo día post-quirúrgico, Actualmente nueve meses después de la intervención, se encuentra en estado satisfactorio (Fig. 5).

COMENTARIO

Es importante recordar que la pared medial de la órbita es muy delgada y separa los senos etmoidales del periostio y el tejido blando de la órbita¹. La etmoiditis puede producir infección en la cavidad orbitaria por extensión directa a través de la lámina papiirácea, por dehiscencias congénitas en el hueso y periostio o por tromboflebitis retrógrada.



Figura 2.- Vista pre-operatoria de la paciente.



Figura 4.- Detalle quirúrgico de la colocación de sonda de drenaje a través de la etmoidectomía externa izquierda.

El diagnóstico temprano de la sinusitis, es indispensable en todo individuo en quien se sospeche tal complicación, en cuyo caso deberán hacerse exámenes neurológicos y oftalmológicos.

La exploración del ojo es esencial para diagnosticar la extensión de la infección a la órbita. Como Healy y Strong², han señalado, no todo paciente con una inflamación periorbitaria tiene sinusitis, sin embargo, todo enfermo con este cuadro debe valorarse desde el punto de vista otorrinolaringológico.

Antes de iniciar el tratamiento de las complicaciones orbitarias, es obligado que el clínico haga un minucioso diagnóstico diferencial. El tratamiento quirúrgico

de la celulitis orbitaria es punto de controversia, Gamble³ sostiene que la cirugía en etapa temprana puede diseminar la enfermedad, sin embargo actualmente^{4,5,6}, se acepta que está indicado el drenaje quirúrgico si es evidente que se ha formado un absceso o si el cuadro no mejora con el tratamiento médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Chandler J.R., Langenbrunner D.

- J. y Stevens E.R.: The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope* 80: 1414-1428, 1970.
- 2.- Healy G.B. y Strong M.S.: Acute Periorbital swelling. *Laryngoscope*; 82: 1491-1498, 1972.
- 3.- Gamble R.C.: Orbital Abscesses. *Arch Ophthalmol.* 18: 633-641, 1937.
- 4.- Morgan P.R. y Morrison W.V.: Complications of frontal and ethmoid sinusitis. *Laryngoscope* 90: 661-666, 1980.
- 5.- Quick C. y Payne E.: Complicated acute sinusitis. *Laryngoscope* 82: 1248-1263, 1972.
- 6.- Watters E.C., Waller P.H., Hiles P.A., et. al.: Acute orbital cellulitis. *Arch. Ophthalmol.* 94: 785-788, 1976.



Figura 5.- Vista post-operatoria de la paciente.

Manejo Quirúrgico de las Alteraciones Rinoseptales en los Niños

Dr. Armando GONZALEZ ROMERO*
Dr. Felipe RODRIGUEZ CUEVAS*
Dr. Juan F. SANCHEZ MARLE*

Resumen.- Se hace una revisión bibliográfica sobre el manejo quirúrgico de las lesiones rinoseptales en los niños. Se comenta el desarrollo embriológico y los tipos de crecimiento que tienen las estructuras nasales y cómo una lesión congénita o adquirida, puede repercutir en la función cardiorespiratoria debido a los arcos reflejos mediados por el trigémino y el vago, con integración talámica. También se analiza cómo un traumatismo al alterar la simetría nasal, provoca cambios funcionales respiratorios, los que a su vez provocan cambios en el crecimiento del tercio medio facial y en ocasiones en la mandíbula, al establecerse la respiración oral en forma compensatoria. Se concluye que las lesiones que afectan la función respiratoria deben operarse tan pronto como son diagnosticadas, mientras que las que sólo tienen repercusión estética, no deben operarse hasta después de la pubertad.

SUMMARY.- Present study is an bibliographical survey on surgical management of rhinoseptal lesions in children. Embryonic stages and types of nasal structures development are reviewed and also the way by which a congenital or acquired lesion can compromise cardio-respiratory function through reflex loops mediated by V and X cranial nerves with thalamic integration. This article presents also how a trauma can alter nasal symmetry and provoke functional respiratory development of middle third of the face and occasionally attack the mandible also, when oral breathing is established in a compensatory effort. It is concluded that all lesions which compromise respiratory function must be excised immediately after its diagnosis. On the other hand, those lesions which only have cosmetic implications must be operated upon only after puberty is completed.

INTRODUCCION

El manejo de las lesiones rinoseptales ya sean congénitas o adquiridas constituyen un reto a la capacidad del cirujano y están envueltas en una serie de conceptos erróneos que retrasan la solu-

ción del problema nasal, el cual como parte importantísima del sistema respiratorio, repercute en la homeostasis cardiorrespiratoria por vía refleja, además de influir en el crecimiento armónico facial.

El objeto de esta comunicación es difundir el conocimiento acumulado en la literatura médica sobre las alteraciones rinoseptales en los niños y su repercusión local y sistémica mediante un cuestionamiento específico con respuestas basadas en la revisión bibliográfica y en la experiencia personal.

El tratamiento quirúrgico de las alteraciones estructurales de la nariz en los niños ha sido tema controversial. Por muchos años permaneció —y en el criterio de algunos médicos permanece— el concepto de que la cirugía nasal en niños debía ser retrasada hasta que se completara el desarrollo facial, es decir, después de los 18 ó 20 años de edad, ya que efectuarla antes podía alterar los centros de crecimiento rinoseptales, deteniendo su desarrollo armónico en relación con el resto de la cara.

Desafortunadamente este concepto se fundamentó en las observaciones hechas en aquellos niños a los que se les efectuó técnicas ablativas en el intento de corregir las desviaciones septales como

* Otorrinolaringólogo, Guadalajara, Jalisco, México.

sucedía con la técnica de Killian. Es conocido por todos los otorrinolaringólogos que en dichas técnicas el septum deformado se extirpa y no se reconstruye, lo cual deja áreas sin soporte septal unidas sólo por la continuidad mucosa y sin continuidad esquelética.

En tales casos la porción septal extirpada dejaba de hacer presión sobre el resto de las estructuras nasales y del paladar, teniendo como consecuencia que la pirámide nasal externa disminuía su crecimiento por falta de presión y empuje que el septum origina con dirección hacia arriba y adelante durante el desarrollo. Esta misma presión también es necesaria para el desarrollo y expansión del paladar, ya que existe una interdependencia marcada entre el septum nasal y el paladar duro como se observa en los paladares ojivales que coexisten con narices estrechas y septum alto, que transmite tensión al resto de las estructuras de la pirámide nasal. Lo contrario sucede en los paladares hendidos que por lo mismo no transmiten presión a través del septum y el dorso queda bajo y el lóbulo ancho; se pensó como factor causal la alteración de los centros de crecimiento. Sin embargo estos "centros" no existen como tales, ya que no se ha demostrado histológicamente que ningún componente septal ya sea cartilaginoso u óseo tenga focos germinativos de osteoblastos o condroblastos en sitios específicos como sucede en las epífisis de los huesos largos. Debemos recordar que todos los cartílagos y huesos de la nariz se originan a partir de la cápsula cartilaginosa nasal y que esta a su debido tiempo, se diferenciará en las diferentes porciones cartilaginosas y óseas de acuerdo al patrón genético de cada especie, y raza. También es

oportuno enfatizar que en el niño, la nariz está constituida en un 70% por cartílago que luego se osificará gradualmente a partir de la edad escolar¹.

Todo cirujano que haya efectuado una disección de las mucosas del septum nasal, recordará que fácilmente puede pasar del cartílago septal a la lámina perpendicular del etmoides y de esta al vómer sin que encuentre línea divisoria entre el mucopericondrio y mucoperiostio, excepción hecha de la premaxila que por no tener origen en la cápsula nasal, se osifica aparte. La cápsula cartilaginosa nasal se desarrollan en el cuarto mes fetal y su osificación se hace por la diferenciación del tejido mesenquimatoso que origina osteoblastos a partir de la capa interna, que corresponderá más tarde al periostio. De forma análoga se forma el pericondrio que da lugar al cartílago.

El cartílago crece de dos maneras:² a) crecimiento intersticial y b) crecimiento por aposición. En el crecimiento intersticial los condrocitos se encuentran inmersos en la sustancia intersticial formada por fibras de colágena y ácido condroitinsulfúrico y a medida que se multiplican aumenta la sustancia intersticial y con ella el volumen del cartílago. Esto sucede sólo en la etapa de crecimiento del individuo, ya que con el paso de los años, la sustancia intersticial se endurece e impide la expansión del intersticio donde se encuentra el condrocito impidiéndole su reproducción. El crecimiento por aposición es el segundo mecanismo por el cual el cartílago produce volumen. Esto sucede a expensas de la capa de células internas del pericondrio, las cuales se diferencian en condroblastos y luego en condrocitos que

se rodean de nueva sustancia intersticial y así van formando nuevas capas de cartílagos. Aquí es necesario un comentario de mis observaciones personales; generalmente el niño con traumatismo nasal inicialmente es visto por el pediatra o el médico familiar, quienes a menudo desconocen que los estudios radiográficos como el perfilograma y la serie de senos paranasales, en los traumatismos nasales son complementarias y no determinantes, ya que sólo nos dan información de las estructuras óseas, pero no revelan la alteración cartilaginosa que en los niños por su crecimiento, es la más importante. Por ejemplo, un mínimo traumatismo puede ocasionar un hematoma que las radiografías no revelarán (a menos que se pida una tomografía). Dicho hematoma se forma por el desprendimiento del mucopericondrio de la superficie cartilaginosa, que queda sin aporte sanguíneo durante el tiempo que permanezca la colección hemática. Si la mencionada separación mucopericondrial es bilateral, sobreviene necrosis del cartílago por falta de nutrición, provocando un absceso que puede ocasionar una perforación septal, con todas las consecuencias anatómo-funcionales que esto trae consigo.

Por otra parte si un solo lado septal es afectado por el desprendimiento del mucopericondrio, la colección hemática se reabsorbera, pero el espacio dejado será llenado con fibroblastos, condroblastos y luego condrocitos que por la actividad celular provocarán deflexiones septales alterando de nuevo el crecimiento; lo mismo podemos decir de los hematomas en las porciones óseas nasales, que aunque el hueso no se reabsorbe en su totalidad (por el tipo de sustancia inters-

ticial), sí queda hipoplásico por la insuficiencia de la circulación.

Como podemos deducir por lo anterior, ningún cartílago del organismo tiene centros de crecimiento específicos sino más bien generales o difusos en todo el volumen cartilaginoso. A diferencia, los huesos largos sí tienen sus centros de crecimiento en las epífisis, no así los huesos planos como los de la nariz o del cráneo que por tener capas de osteocitos rodeados de su substancia intercelular compuesta en su mayor parte por sales de calcio rápidamente se solidifica, impidiendo por ello la expansión necesaria para el crecimiento intersticial como sucede en el cartílago.

Surgen entonces varias interrogantes:

1.- ¿SI NO EXISTEN CENTROS DE CRECIMIENTO ESPECIFICOS EN LOS COMPONENTES NASALES, COMO INFLUYE LA NARIZ EN EL DESARROLLO FACIAL?

Como es sabido la nariz embriológicamente deriva de la apófisis nasofrontal formado por tejidos mesenquimatoso que constituirá la premaxila y la cápsula cartilaginosa nasal que a su vez formará toda la nariz externa, interna, etmoides y cornetes inferiores. Luego mediante el avance de las placodas olfatorias que penetran el mesénquima, se formarán las dos fosas nasales, quedando el septum en la línea media como un engrosamiento que se diferenciará posteriormente fusionándose hacia la 10a. semana con la premaxila o paladar primario. Desde éste periodo, la falla en la fusión originará los diferentes tipos de hendiduras labiales o palatinas con la consiguiente asimetría facial funda-

mentalmente en el tercio medio.

Posteriormente a partir del nacimiento, tanto las fuerzas musculares que actúan en los procesos de masticación como la neumatización de la cavidad paranasales y el crecimiento del cráneo, hará que la cara crezca y se desarrolle hacia adelante y abajo. En consecuencia, de acuerdo a las observaciones de Ross,³ todo proceso que altere el desarrollo de los maxilares y la fisiología nasal con su predisposición a las infecciones, causará un círculo vicioso entre inflamación y obstrucción nasal, obligando al paciente a respirar por la boca, lo que repercutirá en el desarrollo tanto de los maxilares superiores como del inferior, desplazándose éste hacia abajo para mantener la boca abierta, provocando malasoclusiones y malos alineamientos dentales. Los maxilares superiores con la respiración oral, no se expandirán, quedando un paladar ojival y protrusión de los incisivos por la falta de oclusión. El paladar ojival al quedar alto por falta de expansión, deja unas fosas nasales estrechas y el septum, fundamentalmente el cartilaginoso, crecerá en la línea de menor resistencia que es el dorso nasal, el cual mientras más alto sea más tensión provocará en los tejidos (nariz a tensión). Así mismo los senos paranasales al estar hipoventilados no tienen el mismo ritmo de crecimiento produciendo hipoplasia de los senos maxilares; si son unilaterales el crecimiento facial se torna asimétrico.

2.- ¿QUE REPERCUSION TIENEN LOS TRAUMATISMOS NASALES SOBRE EL CRECIMIENTO FACIAL?

Los efectos de los traumatis-

mos están en relación directa con la intensidad y sitio de la lesión así como con la edad o estado de crecimiento. La mayoría de los traumatismos leves no dejan secuelas, ya que la elasticidad de los cartílagos nasales amortiguan el golpe. Por el contrario los traumatismos que produzcan fracturas, luxaciones o desgarros de los mucopericondrios, pueden actuar de dos formas, acelerando el crecimiento nasal o retrasándolo, dependiendo si estimula o inhibe la actividad celular como ya se mencionó. Los sitios de mayor influencia son: la premaxila, el borde caudal septal y el área condro-etmoido-vomerol. La nariz según Hinderer⁴ tiene tres periodos de crecimiento divididos cada cinco años, de los cuales dos son muy rápidos y van desde el nacimiento hasta los cinco años y de los diez a los quince respectivamente. Por lo tanto las lesiones en éstos periodos tienen una mayor repercusión.

Es común observar que cuando hay un crecimiento acelerado de la nariz generalmente se encuentra una pirámide alta y estrecha (leptorrinos) con giba osteocartilaginosa, maxilares superiores hipoplásicos y mandíbula con hipoplasia del mentón. En otras ocasiones cuando la obstrucción nasal obliga a la respiración oral, observamos el síndrome de cara larga descrito por Goldman, con un tercio inferior facial muy grande a expensas del tamaño de la mandíbula. Por el contrario cuando el traumatismo ha detenido el crecimiento, la nariz es del tipo platirrino, con dorso bajo y ancho al igual que el lóbulo, con narinas redondeadas que recuerdan la nariz infantil por un desarrollo inadecuado de los cartílagos alares y además hipoplasia de la espina nasal

anterior, la cual provoca retracción de la columna y abombamiento de los cartílagos laterales superiores.

3.- ¿CUANDO Y PORQUE DEBE OPERARSE UN NIÑO CON ALTERACIONES DEL SEPTUM Y/O LA PIRAMIDE NASAL?

Se debe operar cuando se detecte por vez primera la alteración anatómica —NO IMPORTA LA EDAD— ya que una alteración estructural conlleva siempre una alteración funcional sobre todo en los niños⁵; mientras más pronto se corrija la deformidad menor será la repercusión. En el caso de la nariz la repercusión es doble: a) regional y b) sistémica.

a). REPERCUSION REGIONAL.— Clínica y experimentalmente se ha demostrado que las lesiones en el septum nasal (fracturas, luxaciones o ablaciones) determinan asimetrías faciales, dependiendo del grado de la lesión, sobre todo en el tercio medio facial incluyendo alteraciones dentales. Al respecto es clásico el experimento de Wexler y Sarnat⁶ realizados en conejos. Dichos autores estudiaron el efecto que causan diferentes cantidades resecaadas de cartílago septal y vómer. Encontraron que a mayor grado de lesión o cantidad resecaada mayor era el defecto en el desarrollo del hocico y trompa del conejo incluyendo alteraciones dentales y mandibulares. A otro grupo de conejos a los que temporalmente se les dislocó el septum y luego se recolocó, no tuvieron alteraciones en el desarrollo. Los experimentos anteriores fueron efectuados en conejos en etapa de crecimiento. Luego resecaron grandes cantidades de septum en conejos

adultos y no se observaron cambios por haber completado el desarrollo antes de la lesión. Igualmente Wexler⁷ ha correlacionado estos hallazgos en pacientes que de jóvenes tuvieron lesiones nasales y Pirsig⁸ en un estudio de 261 niños operados de septoplastia (por obstrucción nasal) entre los 4 y 14 años, no encontró en ninguno, detención del crecimiento y sólo en 15 casos necesitó de una segunda intervención por presentarse una nueva deflexión septal. La técnica que utilizó fue la vía maxilopremaxila de Cottle⁹.

Nosotros creemos que las alteraciones en el crecimiento sobrevienen por la solución de continuidad entre los componentes nasales, sobre todo en el área de unión del cartílago con la lámina perpendicular del etmoides y vómer los cuales no transmiten la presión centrípeta del crecimiento septal y si agregamos que en la mayoría de las veces existe una diferencia en el espacio de cada fosa nasal por la deflexión del septum, tendremos un ciclo nasal anómalo que causará mayor congestión de los cornetes del lado más amplio, originando obstrucción nasal, rinorrea y respiración oral. Como consecuencia de un mayor trabajo, la fosa más amplia se encuentra clínica y radiográficamente con un piso nasal descendido y mayor dimensión de los senos paranasales homolaterales. (siempre y cuando la obstrucción no sea tan intensa como para ocluir los orificios naturales de drenaje). Esto también repercute en la simetría de la hemicara y arcada dental correspondiente.

b). REPERCUSION SISTÉMICA.— Entre muchos destacan los experimentos de Ogura¹⁰ en perros y después correlacionados

clínicamente en humanos. La obstrucción nasal especialmente crónica en niños al obligar a la respiración oral, produce disminución en la ventilación alveolar-hipoxia-aumento de la tensión pulmonar-cardiomegalia-falla de corazón derecho-corazón izquierdo-apnea durante el sueño y en ocasiones la muerte¹¹. Se han documentado en la literatura médica varios casos de niños que presentan cor pulmonale, como consecuencia de una hipertrofia de las adenoides¹² que ocluye las coanas y desencadena las alteraciones anteriormente descritas. James¹³ confirma que la estimulación patológica de la mucosa nasal en perros, causó la reducción o inhibición de la respiración, bradicardia, cambios variables de la presión arterial y una pequeña alza en la presión venosa así como reducción en el volumen del bazo.

Estas respuestas del sistema respiratorio y cardiovascular son la manifestación del arco reflejo entre el trigémino-bulbo-raquídeo-hipotálamo-vago y fibras simpático-adrenérgicas. Es importante señalar que las alteraciones nasales unilaterales pueden dejar además de las asimetrías faciales, asimetrías torácicas. Cuando una fosa nasal está obstruida crónicamente, por vía refleja aumenta la resistencia pulmonar y disminuye la adaptabilidad del hemitórax homolateral. Ello provoca mayor esfuerzo en la mecánica ventilatoria, desarrollándose más la masa muscular con la elevación del hemitórax correspondiente.

4.- ¿QUE TECNICA DEBE UTILIZARSE EN LA CORRECCION RINOSEPTAL?

La técnica debe individualizarse en cada caso de acuerdo a

la edad del paciente y gravedad de la lesión. La nariz por su posición en el plano facial queda expuesta a lesiones aún durante la vida intrauterina, sobre todo en los embarazos gemelares donde la nariz puede ser comprimida por algún segmento corporal del gemelo, o más frecuentemente lesionarse en el momento de la rotación al atravesar el conducto del parto y en algunas ocasiones durante la aplicación de fórceps. Por supuesto que las lesiones de este tipo deberán corregirse de inmediato. La mayoría de las veces se hace con técnica cerrada, utilizando un instrumento romo para recolocar las estructuras nasales (en su mayor parte cartilagosas) hacia la línea media con el objeto de lograr la simetría. Deberá ponerse mucho énfasis en la buena exploración intranasal, tratando de descubrir hematomas o luxaciones septales. Sin hematomas, bastará una pequeña férula externa con cinta o tela adhesiva durante una semana. Si hubiera colección sanguínea, deberá drenarse. De sobras son conocidas las exposiciones de la nariz a los traumatismos durante toda la vida (caídas, deportes, accidentes automovilísticos, etc.) los cuales pueden ocasionar fracturas o luxaciones y desgarros de los tejidos nasales, que repercuten como ya se mencionó, de manera diferente en el niño comparado con el adulto por sus diferentes periodos de crecimiento. El procedimiento quirúrgico deberá ser muy conservador y no extirpar tejidos innecesariamente, por el contrario reconstruir llenando los espacios muertos con cartílago autógeno para evitar las retracciones cicatriciales y el consecuente hundimiento del dorso cartilaginoso o retracción de la columela.

La mejor técnica en la actuali-

dad para corregir el septum es la vía maxila-premaxila de Cottle ya que con criterio funcional permite abordar toda la patología septal y combinarla con osteotomías sobre la pirámide nasal si el caso lo requiere. Respecto a éstas últimas hasta hace poco se consideraban contraindicadas en los niños, pero baste recordar que una fractura es una osteotomía accidental y por lo tanto no controlada a diferencia de la que planea el cirujano con fines reconstructivos. Cabe hacer aquí otro comentario que resulta de la experiencia rinológica con septoplastías en sujetos en desarrollo. Tratando de ser lo más conservador posible, como se enfatizó en párrafos anteriores, en los primeros casos del autor se efectuó el despegamiento del mucopericondrio por un solo lado del septum, dejando intacto el otro. El resultado fué una recidiva muy alta (cerca del 50% de los casos) de las deflexiones cartilagosas septales teniendo que ser reintervenidos. El análisis de esos casos nos llevó a la conclusión de que la causa era el diferente patrón de crecimiento entre ambos lados septales, inducido por haber dejado intacta una mucosa. No es que el cartílago tenga "memoria" como muchos creen, lo que sucede es que el pericondrio es el dinámico¹⁴ y el responsable de la tracción y deflexión. En base a esto los mejores resultados se obtienen al diseccionar ambos mucopericondrios con igualdad en extensión. Siempre que se pueda hay que evitar efectuar los tuneles inferiores (de Cottle) ya que para ello se necesita cortar las fibras pre-espinales y las de la articulación condro-premaxilar (fibras cruzadas) alterando la anatomía de la base nasal que habrá luego de reconstruirse con extensión del proce-

dimiento quirúrgico. Sin embargo hay ocasiones en que la patología se encuentra en el borde caudal del septum (área I) o existen crestas y/o cartílagos paraseptales que hacen obligada la ejecución ortodoxa de la técnica de Cottle. Cuando nos encontramos con un septum deficiente por ausencia o porque esté muy fracturado y torcido, preferimos usar en los niños hueso cortical de mastoides de acuerdo a la técnica de Drumheller¹⁵. En los casos de perforaciones septales, o secuelas de los abscesos, usamos una técnica personal¹⁶. Esta nos permite dejar intacta la lámina perpendicular del etmoides, que en el adulto se puede utilizar sin consecuencias.

En resumen, el cirujano rinólogo se encuentra con dos tipos de lesiones nasales en el niño, las congénitas y las adquiridas; su corrección como se dijo, se individualizará según el caso.

LESIONES CONGENITAS.- Las más frecuentes son las que acompañan a las hendiduras labiales o palatinas, uni o bilaterales. Para su corrección integral se necesita el concurso de un equipo multidisciplinario (cirujano plástico, otorrinolaringólogo, foniatra, pediatra, ortodoncista). Desafortunadamente en la mayoría de las clínicas de labio y paladar hendido el problema nasal interno queda relegado, ya que se dá prioridad al aspecto externo del complejo labio-lobulo nasal y al cierre del paladar, dejando las alteraciones nasales y óticas sin corrección hasta muchos años después, cuando ya han dejado complicaciones sinusales, otológicas y alteraciones en el desarrollo del macizo facial. Creemos que este tipo de lesiones se deben corregir en el mismo momento en que se ocluya el pala-

dar, ya que se proporcionará así una funcionalidad adecuada y con ello un desarrollo armónico.

LESIONES ADQUIRIDAS.- Son con mucho las más frecuentes y ya se esbozó su manejo, quedando sólo por diferenciar el tratamiento según sea temprana o tardía la lesión. En las primeras lo ideal es resolver el problema durante las primeras horas post traumatismo ya que se facilita el manejo; sin embargo cuando el edema es intenso puede enmascarar las alteraciones esqueléticas, por lo que es prudente esperar la remisión del edema para efectuar la valoración y corrección adecuadas. En los pacientes politraumatizados, es primordial la valoración neurológica y la corroboración de una vía aérea permeable, para finalmente atender el problema rinológico. En las lesiones tardías las alteraciones generalmente por alteraciones de las vías respiratorias (rinosinusitis, faringitis, traqueitis, otitis, etc.) tocándole al rinólogo hacer el diagnóstico de una lesión que la madre, el médico general y el pediatra no sospecharon y cuyo origen fué quizá una "pequeña" lesión traumática durante la infancia a la que no se le dió importancia, pero que con el desarrollo se hizo evidente. Debe enfatizarse por tanto que es necesario en todo traumatismo por pequeño que sea, una buena exploración intranasal con el objeto de descubrir hematomas o luxaciones septales y no confiarse al reporte radiológico, puesto que éste nos informará sólo de la estructura ósea, la cual es muy difícil que se lesione en niños menores de 5 años de edad por el pequeñísimo tamaño de los huesos nasales y porque el sep-

tum durante esas edades fundamentalmente cartilaginosa. Todo hematoma debe ser drenado ya que dicha colección al reabsorberse, será substituída por tejido fibroso que alterará el ritmo normal de crecimiento.

Si la pirámide nasal está asimétrica se deberá efectuar osteotomías para su corrección con un criterio funcional. Las deformidades del dorso como la gibas, que no comprometen la función, deberán esperar, aquí sí, a su completo desarrollo facial ya que no existe repercusión patológica y sólo constituye un aspecto estético que su corrección es más óptima después de la adolescencia. Como cada nariz presenta alteraciones individuales, no se debe generalizar la técnica quirúrgica y las variaciones de la misma podrán consultarse en los textos específicos rinológicos. Por último debemos recordar que algunas lesiones nasales se asocian con lesiones orbitarias (fracturas naso-orbitarias) y con fracturas de maxilares o malares, las cuales dejan telecantos y desplazamientos oculares con enotamientos y en ocasiones obstrucción del conducto lacrimonasal, produciendo dacriocistitis, estas lesiones obviamente deben corregirse de inmediato.

El tipo de anestesia requerida es la general, a excepción de las lesiones del recién nacido, que podrán corregirse con anestesia local cuando las lesiones correspondan a las luxaciones o desplazamiento de la pirámide. Para las congénitas también será necesaria la anestesia general.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- *Drumheller, G.H.*: Nasal Fractures

- in Children. Postgraduate medicine. 125-127, 1970.
- 2.- *Ham, A.W.*: Histología. Ed. Interamericana, 347-349. 1975, México.
 - 3.- *Ross, R.B.*: Facial Growth in cleft lip and palate. En Converse, J.M. Reconstructive Plastic Surgery, 2a. Ed. Philadelphia. W.B. Saunders Co., vol. 4 p 2008-2009. 1977.
 - 4.- *Hinderer, K.H.*: Fundamentals of Anatomy and Surgery of the nose. 1a. Ed. (Alabama). Aesculapius Pub. Co. 25, 1971.
 - 5.- *Cottle, M.H.*: Nasal Surgery in Children: Effect of early nasal injury on growth of the nose. Eye, ear, nose, throat monthly 30: 32-38, 1951.
 - 6.- *Wexler, M.R. y Sarnat, B.G.*: Rabbit Snout Growth. Effect of Injury to Septovomer Region. Arch Otolaryng. 74: 305-313, 1961.
 - 7.- *Wexler, M.R.*: Nasal Septum: experimental and clinical correlation of surgery or injury. Laryngoscope, 86: 1409-1422, 1971.
 - 8.- *Pirsing, W.*: Septal Plasty in children: influence on nasal growth Rhinology 15: 193-204, 1977.
 - 9.- *Cottle, M.H.*: The Maxilla-Premaxilla Approach to Extensive Nasal Septum Surgery. Arch, Otolaryng. 68: 301-313, 1958.
 - 10.- *Ogura, J.H.*: Physiologic Relationship of the Upper and lower Airway. Arch. Otolaryng. 79: 495-498, 1970.
 - 11.- *Luke, M.J.; Mehrizi, A.; Folger, G.M. y Rowe, R.D.*: Chronic Nasopharyngeal obstruction as a cause of cardiomegaly, cor pulmonar, and pulmonary edema. Pediatrics 37: 762-768, 1966.
 - 12.- *Edison, B.D. y Kerth, L.D.*: Tonsilloadenoid Hypertrophy Resulting in cor Pulmonale. Arch. Otolaryngol. 98: 205-209, 1973.
 - 13.- *Angell, J. E.*: Nasal Reflexes. Proceedings of the Royal Society of Medicine. 62: 1287-1293, 1969.
 - 14.- *Gibson, T. y Davis, W.B.*: The distortion of autogenous, cartilage grafts: Its cause and prevention. Br. J. Plast. Sur., 10: 257, 1958.
 - 15.- *Drumheller, G.H.*: Septal reconstruction in the deficient nose Rhinol. 14: 189-192, 1976.
 - 16.- *González Romero, A.; Guzmán, L.F.; Rodríguez, C.F. y Sánchez Marle, J.F.*: Oclusión de las perforaciones Septales. Una técnica nueva. Acta de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 10: 3, 1982. (Colombia).

Directorio de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología 1985

Abbud Neme Foza
Insurgentes Sur No. 686-803
Col. Nápoles
Deleg. Benito Juárez
03810 México, D.F.
Tels. 5-23-20-82 y 5-36-18-41

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

Aguilera José T.
División del Norte No. 2929
04040 México, D.F.
Tel. 5-44-72-70

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

Alatorre Sánchez de la B. Guillermo
Eugenia Sue 355-501
Col. Polanco Reforma
11550 México, D.F.
Tel. 5-45-49-29

Alcala Barrios Pablo
Plaza Clemente Orozco No. 9
Col. Ciudad de los Deportes
Deleg. Benito Juárez
03710 México, D.F.
Tel.: 5-98-07-59

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aranda Torres Benjamín
Boulevard Adolfo López Mateos 811 Pte.
León, Gto.
Tel. 3-13-02

Arcos Garduño Miguel Angel
Arista No. 24
Col. Guerrero
Deleg. Cuauhtémoc
06200 México, D.F.

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

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

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

Arroyo Castelazo José Antonio
Tehuantepec No. 204-1er. Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 564-48-20 y 574-93-27

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

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

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

- Astorga Díaz Rigoberto**
Av. López Mateos Norte No. 343
Guadalajara, Jal.
Tel. 15-78-04
- Ayora Romero Marco Fidel**
Patricio Saenz No. 1905
Col. del Valle
Delegación Benito Juárez
Tel. 533-60-04
- Avila Lozada Arturo**
Bahía Magdalena No. 22
Col. Verónica Anzures
Deleg. Gustavo A. Madero
11300 México, D.F.
Tel. 250-35-19
- Aviles Ana María**
Isla Isabela No. 1618
y 6 de Diciembre
Quito, Ecuador
- Azcarate Rangel César**
Luz Saviñón No. 522
Col. del Valle
Deleg. Benito Juárez
01300 México, D.F.
Tels. 687-67-35 y 687-39-40
- Azuara Salas Tomás**
Tlacotalpan No. 51-4o. Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 584-17-40 y 574-64-32
- Balazarío Rosas Isías**
Paseo de la Reforma No. 250-203
Col. Cuauhtémoc
06696 México, D.F.
Tel. 511-91-97
- Balderas Cavazos Manuel Antonio**
Vista Bulevar No. 144
Col. Lindavista
Cd. Guadalupe, N.L.
Tel. 77-44-43
- Balmori David M.**
Turquesa No. 101
Las Arboledas
Irapuato, Gto.
- Baran Noé**
Hegel No. 228-5o. Piso
Col. Polanco
Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
- Barragan Pérez Javier**
Hidalgo No. 918
Guadalajara, Jal.
Tel. 15-78-04
- Barrón Soto Mario A.**
Tlacotalpan No. 51-604
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
- Barrón y Sierra Mario A.**
Tlacotalpan No. 51-603
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 584-35-23 y 574-62-33 Ext. 103
- Barrera Iglesias Jorge**
Boulevard Adolfo López Mateos 302 Ote.
6o. Piso
León Gto.
- Batres Miranda Manuel Antonio**
Final Calle Eucaliptos No. 11
Col. Las Mercedes
San Salvador, República del Salvador
Tel. 23-57-75
- Baran Margolis Nathan**
Hegel 228-5o. Piso
Col. Polanco Chapultepec Morales
11570 México, D.F.
Tel. 531-11-15
- Bejar Rojas Ignacio**
Nueva York No. 32-7o. Piso
Col. Nápoles
Deleg. Benito Juárez
03810 México, D.F.
Tel. 536-41-00
- Benitez Díaz Luis**
San Ramón No. 17
San Jerónimo Lídice
Deleg. Magdalena Contreras
10400 México, D.F.
Tels. 595-16-27 y 571-11-22 Ext. 1750
- Berkstein Kanarec Abraham**
Schiller No. 418-204
Col. Polanco
Delegación Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
- Berruecos Téllez Pedro**
Nuevo León No. 135-4o. Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 514-36-99; 277-64-44 y 595-47-14
- Bonilla González Oscar**
Bosque del Secreto No. 77
Fracc. La Herradura
053920 Estado de México.
- Bustamante Balcarcel Andrés**
Av. Ejército Nacional No. 617-904
Col. Polanco
Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tels. 250-03-71 y 250-96-87
- Dr. Bosque Méndez Jorge del**
Palenque No. 287,
Col. Narvarte
03020, México, D.F.
Tel. 523-37-46
- Calderon Boone Jesús**
Paseo de los Leones 1239
Col. Cumbres
Monterrey, N.L.
Tels. 48-85-11 y 71-26-68
- Cal y Mayor Octavio**
Av. de las Palmas No. 745-1004
Lomas de Chapultepec
11000 México, D.F.
Tel. 540-24-92
- Cameras Morales Jorge**
Tonalá No. 15-802
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 534-41-80 y 525-15-94
- Campos Francisco José**
Medellín No. 76-A
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
- Cano Medina Luis Fernando**
Juan de la Barrera No. 5-2
Col. Condesa
Deleg. Cuauhtémoc
06140 México, D.F.
Tel. 553-51-14
- Canseco Calderon Ma. del Pilar**
Nicolás San Juan No. 1312-102
Col. del Valle
Deleg. Benito Juárez
03100 México, D.F.
- Cariño Vázquez José**
Calz. de la Viga No. 1756
Col. Héroes de Churubusco
Deleg. Iztapalapa
09090 México, D.F.
Tel. 581-68-11
- Carrillo Jaime**
Quintana Roo No. 81 Esq. Tuxpan
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
- Casab Rueda Hugo**
Palenque No. 521
Col. Narvarte
Deleg. Benito Juárez
03020 México, D.F.
Tels. 559-73-23 y 559-73-33
Dom. 575-39-56
- Castañeda Sánchez Juan**
Felipe Angeles 101-3
42060 Pachuca, Hgo.
Tels. 369-91 y 334-22
- Castillo Marín Roberto**
Durango No. 290-408
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 286-24-79

Castro Barreto Bertha Leticia
Centro Médico San José
Av. Ignacio Morones Prieto 3000 Pte.
Desp. 408
Monterrey, N.L.
Tels. 48-28-17 y 48-21-85

Castro Martínez Rodrigo
Av. Reforma No. 134-302
Puebla, Pue.
Tel. 46-78-99

Cepero Vega Pedro Pablo
Diego de Ordaz, No. 775
Fracc. Reforma
Veracruz, Ver.
Tel. 37-61-90

Cevallos Ramírez Joaquín
Coahuila 31-11
Col. Juárez
Nuevo Laredo, Tamps.
Tel. 4-90-07

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

Corvera Bernardelli Jorge
Durango No. 49-7o Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 533-60-04 y 568-02-62

Couto y Arcos Fernando
Rembrandt No. 83-21
Col. Mixcoac
Deleg. Benito Juárez
03910 México, D.F.

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

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

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

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

Curioca Karana Elías
Durango No. 33-51
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 525-67-91 y 683-18-30

Chávez Becerril Jesús
Hidalgo Poniente No. 406.
Toluca, Edo. de México
Tels. 525-67-91 y 683-18-30

Chávez Larzón Ricardo
Adó. 16 Escuela de Medicina
Universidad Autónoma de
Montemorelos,
Montemorelos, N.L.

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

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

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

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

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

De la Garza Hesles Héctor
Calderón de la Barca 225-1
Col. Polanco
Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tel. 545-24-38

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

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

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

Delgado Falfarí Andrés
Hospital Humana
Camino Sta. Teresa 1055-141
Col. Heroes de Padierna
14200 México, D.F.
Tels. 652-30-11 y 652-20-11 Ext. 31-41

Deutsch Reiss Ernesto
Hospital Humana
Camino Sta. Teresa 1055, 1er. Piso
Col. Heroes de Padierna
14200 México, D.F.
Tels. 652-30-11 y 652-20-11
Ext. 3129, 3130 ; 568-50-52

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

Díaz Ferman Sergio Eduardo
Gregorio Méndez No. 1025
Villahermosa, Tab.

Díaz León Severino
Victomas del 25 de junio No. 365
Veracruz, Ver.

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

Duran Torres Salvador
Tlascala No. 180 Desp. 1
Col. Hipódromo
06100 México, D.F.

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

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

Escajadillo Díaz Jesús Ramón
Centro Médico del Prado
Bugambillas No. 50 Desp. 303
Fracc. del Prado
22000 Tijuana, B.C. Apdo. Postal 2349

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

Espinosa Ruíz José de Jesús
Corregio No. 32 Bis
Ciudad de los Deportes
13710 México, D.F.
Tels. 563-42-09 y 561-14-33 Ext. 1005

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

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

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

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

Dr. Estrada Pascual Edgardo
Privada 13-C Sur
Col. San José Mayorazgo
6928 Puebla, Pue.

Farías Alvarez Oscar
Protasio Tagle No. 105
Col. Tacubaya
Deleg. Miguel Hidalgo
11870 México, D.F.

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

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

Fernández Nespereira Vicente
Tuxpan No. 16-9o Piso.
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 584-66-00 y 586-61-82

Flores Cordero Leandro
Av. Ejército Nacional No. 615-904
Col. Polanco
Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tels. 250-03-18 y 250-96-87

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

Fajardo Arroyo Juan
Manuel Gutiérrez Nájera No. 466
Col. Lorenzo Boturíni
México 8, D.F.
Tel. 552-34-52

Fuentesberain Villenave Rolando
Guadalupe 208-104
03800 Celaya, Gto.
Tel. 2-88-86

Gallegos Gutiérrez José
Insurgentes Sur No. 590-3er. Piso
Col. del Valle
Deleg. Benito Juárez
03100 México, D.F.
Tels. 543-75-94 y 556-45-07

Gallegos Rueda Francisco
Circuito Puericultores No. 24-B
Cd. Satélite, Edo. de México

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

Ganem Musi José
Yosemite No. 70-2
Col. Nápoles
Deleg. Benito Juárez
03810 México, D.F.
Tel. 536-51-49

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

García de León C. Francisco
Justino Fernández No. 13
Col. Tacubaya
Deleg. Miguel Hidalgo
11870 México, D.F.
Tel. 533-07-60

García García Miguel Angel
Ejército Nacional No. 613-205
Col. Polanco
Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tels. 592-40-77 Clave 11533; 545-63-83
y 652-05-28

García Lara J. Sesús
Nervo No. 36 Ote.
Tepic, Nay.
Tel. 2-11-37

García Palmer Rafael
Calderón de la Barca No. 359-3er. Piso
Col. Polanco
Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tels. 545-58-51 y 250-06-97
Dom. 534-74-37

García Zúñiga José Luis
Av. México No. 2516-103
Guadalajara, Jal.
Tel. 16-03-48

Garcini Pablos Vélez Carlos
Obrero Mundial No. 155-402
Col. del Valle
03100 México, D.F.

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

Guillén Cazarín Ernesto Hermilo
Francisco Ayala No. 149-2
Col. Asturias
Deleg. Cuauhtémoc
06850 México, D.F.
Tel. 538-83-90

Giorgana Frutos Luis Alberto
Tehuantepec No. 86-101
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 564-77-82 y 564-77-71

Giorgina Rafael
Tehuantepec No. 86-101
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 564-77-82 y 564-77-71

Gómez Flores Rosevelt
Fidencia No. 109
Villahermosa, Tab.

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

Gómez Scheafer Enrique
Navegantes No. 179
Veracruz, Ver.

Góngora Gómez Juan
Bulevar Ramírez Méndez No. 510
y Vicente Guerrero
Fracc. Bahía
Ensenada, B.C.

González Moctezuma Jluio A.
Durango No. 290-409
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 286-24-79

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

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

González Romero Armando
Libertad No. 1687
Guadalajara, Jal.
Tel. 25-70-76 y 25-76-71

González Salas José Luis
Belizario Domínguez No. 100
Col. Coyoacán
04000 México, D.F.

González Ulloa Mario
Tuxpán No. 27-8vo. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 574-15-84

Gortari Carbajal Eduardo de
Bucareli No. 181-1
México 1, D.F.
Tel. 535-07-98

Gortari Gorostiza Eduardo de
Zacatecas No. 40-201
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 574-78-34

Grobsein Roudy Bernardo
Newtón No. 186-401
Col. Polanco

Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tels. 545-30-29 y 545-35-93

Guerra del Valle Javier
Rivero y Gutiérrez No. 301-101
Aguascalientes, Ags.

Guerrero de Zubizarreta Graciela
Bulevar Díaz Ordaz Pte. No. 56
Irapuato, Gto.
Tel. 6-62-47

Gutiérrez Bringas Gabriel
Tuxpan No. 2-203
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

Gutiérrez de Velasco Hernández Ignacio
Durango No. 49-10
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

Gutiérrez Insunza Alfonso
Guillermo Prieto No. 4
Col. San Rafael
Deleg. Azcapotzalco
02010 México, D.F.
Tels. 546-17-12 y 546-67-61

Dr. Gutiérrez Marcos José Angel
Torre Médica Sur
Puente de Piedra No. 150-822
14050 Tlalpán, D.F.
Tels. 655-28-38 y 655-73-38

Dr. Guzmán Lozano Fernando
Manuel M. Dieguez No. 207-2
Esq. Av. México
Guadalajara, Jal.
Tels. 41-02-69 y 25-98-34

Dr. Guzmán Palacios Francisco Javier
Amado Nervo No. 510
San Luis Potosí, S.L.P.
Tel. 322-82

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

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

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

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

Hernández Pacheco Luis
Emilio Carranza No. 13
Uruapán, Mich.

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

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

Dr. Iñiguez Moreno Jaime Juan
Victoria 1890
Fracc. Providencia
Guadalajara, Jal.

Dr. Irigoyen Salgado Rodolfo
Montevideo y Cienfuegos No. 303
Desp. 701.
Col. Lindavista
Deleg. Gustavo A. Madero
07300 México, D.F.
Tel. 586-67-44

Dr. Izquierdo Romero William
Aureliano Colorado No. 111 Altos
Villahermosa, Tab.
Jaramillo Palomino Arturo
Lucio No. 22-5o. Piso Desp. 511
Jalapa, Ver.
Tel. 7-73-40

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

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

Jiménez Guzmán Jesús
Av. Independencia No. 3000-302
Monterrey, N.L.

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

Jurado Solís José Luis
Av. Arboledas No. 402
Esq. Montes Apalaches
Col. Arboledas
Celaya, Gto.

Dr. Kageyama Escobar Alfonso Miguel
Lomas del Anáhuac No. 42
Col. Lomas

Laguardia Campaña Enrique
Tlacotalpan No. 109-302
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 574-62-18

Lamadrid Bautista Enrique
San Luis Potosí No. 44
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06720 México, D.F.
Tels. 564-65-86 y 584-97-57

Ledesma Sola Ma. de Lourdes
Querétaro No. 62-5o. Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 584-80-60

Lee Kim Manuel
Vértiz No. 1157
Col. Narvarte
Deleg. Benito Juárez
03020 México, D.F.
Tel. 575-31-41

Leo Tiburcio José Luis de
Juárez No. 101
Veracruz, Ver.

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

Licono Julio César
Jesús García y Yucatán
Hermosillo, Son.

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

- López de Nava Albarran Javier**
Norte 13 No. 4926
Col. Magdalena de las Salinas
Deleg. Gustavo A. Madero
07760 México, D.F.
Tel. 567-56-93
- López de Nava Mario**
Circunvalación Sta. Eduwiges
No. 2360-4o. Piso
Guadalajara, Jal.
Tel. 15-35-82
- López Herrera Andrés**
Apartado Postal No. 1101
Ciudad Reynosa, Tamps.
- López Infante Fausto**
Bulevar del Centro No. 205
Col. Boulevares
53140 Naucalpan, Edo. de México
Tel. 586-06-24
- López Lizarraga Eduardo**
Niños Heroes No. 1921-1er. Piso
44100 Guadalajara, Jal.
Tel. 12-52-90
- López López Celerino**
Av. Chapultepec Norte No. 70
Guadalajara, Jal.
Tel. 25-23-05
- López López Jaime**
J.M. Acereto, Edif. 17-102
México 10, D.F.
Tel. 294-00-36
- López Marín Enrique**
Cubilete No. 175
Col. Chapalita
Guadalajara, Jal.
Tel. 21-70-67
- López Ortega Muller Felipe**
Av. San Fernando No. 514
Colima, Col.
Tels. 2-78-04 y 2-43-62
- López Ríos Guillermo**
Sur 127 No. 16
Col. Santa Isabel Industrial
Deleg. Iztapalapa
09820 México, D.F.
Tels. 582-35-94 y 533-60-04
- López Salazar Carlos**
Apartado Postal 4-182
4420 Guadalajara, Jal.
- Loranca O. Francisco**
Rancho Las Abejas No. 134
Los Sauces
Delegación Coyoacán
04940 México, D.F.
Tel. 684-13-43
- Lozano Rocha Oliverio**
Allende No. 351 Oriente
Torreón, Coah.
Tel. 3-37-70
- Luna González Humberto**
Grieta No. 212
Fracc. Playas de Tijuana
Tijuana, B.C. Norte
- Macías Fernández Luis**
Amsterdam No. 119-301
Col. Condesa
Deleg. Cuauhtémoc
06140 México, D.F.
Tel. 286-74-15
- Macías Jiménez Benjamín**
Hegel No. 120-5o. Piso
Col. Polanco
Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tels. 531-70-82 y 545-28-39
- Macotela González Oscar Ernesto**
Allende No. 101
Tula de Allende, Hgo.
Tel.
- Madariaga Rangel Benito**
Tonalá No. 178-3er. Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 574-32-62
- Madero González Rodrigo**
Mitla No. 262
Col. Narvarte
03020 México, D.F.
Tel. 579-85-37
- Magaña Rivero Alberto**
Gustavo Adolfo Bécquer No. 43
Esq. Ejercito Nacional
Col. Nueva Anzures
Deleg. Miguel Hidalgo
11590 México, D.F.
Tels. 250-70-52 y 250-76-89
- Maldonado Pineda Eduardo**
López Velarde No. 500
Zacatecas, Zac.
Tels. 2-17-87 y 2-25-58 S.P.
- Mandujano Valdes Mario A.**
Av. Las Palmas No. 745-107
Lomas de Chapultepec
Deleg. Miguel Hidalgo
11000 México, D.F.
Tels. 250-37-01 y 250-37-08
- Manjarrez Bernal Alfonso**
Sonora No. 119 Norte
Cd. Obregón, Son.
Tel. 3-61-39
- Marín Santillán Manuel**
Montes Urales No. 307
Col. San Agustín
Monterrey, N.L.
- Martín Díaz José C.**
Perú No. 160 Esq. Canadá
Col. Vista Hermosa
Monterrey, N.L.
Tel. 46-13-28
- Martínez Cardenas Gilberto**
Clínica Saltillo
Aldama y Xochitl
Saltillo, Coah.
Tel. 3-68-78
- Martínez Gallardo Francisco**
Carderón de la Barca No. 359-3er. Piso
Col. Polanco
Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tels. 545-58-51 y 250-06-97
- Martínez Ortega María Elena**
Padre Mier No. 321 Ote.
Monterrey, N.L.
Tel. 43-20-50
- Martínez Zumaya Timoteo**
Prol. Bulevar Adolfo Ruíz Cortínez
No. 404
Poza Rica, Hidalgo, Ver.
Tel. 2-23-77
- Masao Kumef A.C.S.**
Hosp. Humana del Pedregal
Camino de Sta. Teresa 1055-115
Heroes de Padierna
10700 México, D.F.
Tel. 652-20-11 y 568-54-83
- Medellín Arreola Héctor**
Centro Médico del Potosí
Antonio Aguilar No. 155
San Luis Potosí, S.L.P.
Tel. 5-17-45
- Medina Espinosa Ranulfo**
Prol. División del Norte No. 5201
Casa 30
Residencial San Marcos
Deleg. Xochimilco
16050 México, D.F.
Tel. 286-05-95
- Mejía Pérez Roberto**
Zacatecas No. 119 Norte
Tepic, Nay.
- Mena Becerra Javier**
Edificio Benavides
Pino Suárez Sur No. 602-118
Monterrey, N.L.
- Mena Treviño Mario**
Venezuela No. 3115
Nuevo Laredo, Tamps.
- Mendoza Hernández Pablo**
Av. 39 Ote. No. 1213 Desp. 101
Col. Anzures
Puebla, Pue.
- Mereles del Valle Raúl**
Durango 49-10o. Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 514-64-84 y 528-57-35
Dom. 539-06-92

Merlin Núñez José Luis
Ramón Corona y Ochoa No. 395 Altos
Ciudad Juárez, Chih.

Michel Alatorre Felix
Av. Munguía No. 316-101
Guadalajara, Jal.
Tel. 25-31-78

Mingram Sierra Alfredo Fco.
Madrid No. 108
Col. del Carmén
Deleg. Coyoacán
04000 México, D.F.

Miramontes Arroyo Vicente
Juárez y Jalisco
Hermosillo, Son.
Tel. 3-24-61

Miranda Castellanos Pedro
Prol. Anaxagoras No. 1419
Col. Narvarte
Deleg. Benito Juárez
13020 México, D.F.
Tel. 575-72-91

Mójica Roa Manuel
Rancho El Encanto No. 26
Fracc. Santa Cecilia
Deleg. Coyoacán
04030 México, D.F.
Tel. 594-67-00

Molina Téllez Eduardo
Mérida No. 170
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
6700 México, D.F.
Tel. 584-26-63

Monroy Enriquez Heriberto
Guerrero No. 503
Irapuato, Gto.
Tel. 7-09-02

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

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

Mora Aguilera Patricia Ma.
Av. del Olimpo Edif. 15 Depto. 203
Villa Olímpica,
Col. Tlalpan
14000 México, D.F.
Tel. 5 68 31 51

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

Morales Balanzán José Noe
Retorno 13 Edif. 30
Entrada B. Depto. 6
México, D.F.
Tel. 5 71 82 52

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

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

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

Navarrete Tiburcio Adalberto
Taxqueña No. 1818 Casa 26-B
Col. Coyoacán
Deleg. Coyoacán
04000 México, D.F.

Navarro Quintana Agatón
Puebla No. 206
Col. Guadalupe
Tampico, Tamps.
Tel. 3 03 43

Novelo Guerra Edgard
Prol. Nicolás Bravo No. 91
Col. Lomas del Hicacah
55840 Naucalpan, Edo. de México

Novelo López Héctor
Londres No. 224-1104
Col. Juárez
Deleg. Cuauhtémoc
06600 México, D.F.
Tel. 5 25 35 44

Núñez García Fomenti Luis
Nicolás Bravo 611
La Paz, B.C. Sur

Nurko Berkovich Boris
Ejército Nacional No. 650-202
Col. Polanco
Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tel. 5 45 15 35 y 2 50 62 33

Narváez E. Alberto
5 de Mayo No. 114-104
68000 Oaxaca, Oax.

Ochoa Mares Antonio
Río Conchos Poniente No. 511
Ciudad Delicias, Chih.
Tel. 2 21 95

Oberhauser Márquez Hoyos Juan
Moras No. 624
Col. del Valle
03100 México, D.F.
Tel. 5 24 17 49

Ojeda Sosa Jorge Alberto
Calle 13 A No. 10
Fracc. Prado Norte
8 y 12 Cruzamiento
Mérida, Yuc.
Tel. 7 50 92

Olivera Quiroz Armando
Rosales No. 155 Pte.
Culiacán, Sin.

Olguín Arias José Antonio
Calle Acre 314
Esq. Av. Gral. Campero
Cochabamba, Bolivia

Olvera Olvera Rodolfo
División del Norte No. 3212
Col. Ciudad Jardín
Deleg. Coyoacán
04370 México, D.F.
Tel. 5 25 74 87

Orantes Gómez Alfonso
Segunda Sur Oriente No. 1078
Tuxtla Gutiérrez, Chis.

Orozco Herlinda
Fray Luis de Palacio No. 339
Fracc. Ladrón de Guevara
44680 Guadalajara, Jal.

Ortega Domínguez Ignacio
José Ma. Olloqui No. 171
Col. del Valle
Deleg. Benito Juárez
03100 México, D.F.

Ortiz Armenta Luis Alfonso de J.
Calle Julio César No. 509
Col. Cumbres 3er. Sector
Monterrey, N.L.
Tel. 73 12 26

Ortiz Cadenas Humberto
Norte 81 No. 544
Col. Electricistas Atzacapotzalco
02060 México, D.F.

Ortiz Chavarría Salvador
Paseo Bolívar No. 12-310
31000 Chihuahua, Chih.

Ortiz Lara José Raúl
Calderón de la Barca No. 359-3er. Piso
Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tel. 2 50 06 97 y 5 45 58 51

Ortiz Ortiz Jorge Alberto
Alonso Avila No. 122 Esq. Washington
Fracc. Reforma
Veracruz, Ver.
Tel. 3 32 67

Osio Romandía Alfredo
Clínica del Noroeste
Juárez y Yucatán
Hermosillo, Son.

Osorno Velázquez Alicia
Av. el Riego Andador 77
Duplex 5
Villa Coapa
Deleg. Tlalpan
14390 México, D.F.
Tel. 6 71 12 74

Pacchiano Cao Rafael
Amores No. 26
Col. del Valle
Delegación Benito Juárez
03100 México, D. F.
Tel. 523-67-80

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

Palacios Ríos José Ignacio
Av. de las Américas No. 465 Norte
Ciudad Juárez, Chih.

Palacios Ulloa Sergio Octavio
Clínica España
Av. España No. 2-27
Cuenca Azuay, Ecuador

Paquot Rodríguez Jorge
Bolívar 12
31000 Chihuahua, Chih.

Parra Eduardo de la
Durango No. 33-11o. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 533-29-25

Peñaloza López Yolanda
Av. Santiago No. 426
Col. San Jerónimo Lídice
Delegación Magdalena Contreras
10200 México, D.F.
Tel. 595-03-18

Peñaloza Plascencia Manuel
Agricultores No. 5076
Jardines de Guadalupe
Guadalajara, Jal.

Peraldi Ferrino Ignacio
Av. de las Américas No. 465 Norte
Ciudad Juárez, Chih.

Peralta Valdés Héctor
Tres Cruces No. 99
Col. Coyoacán
Deleg. Coyoacán
04100 México, D.F.
Tels. 5 54 61 32 y 5 54 74 80

Pérez Fuentes Ernesto
J. García Icazbalceta No. 78
Col. San Rafael
Deleg. Azcapotzalco
02010 México, D.F.

Pérez Gómez Francisco
Dr. Guajardo No. 101
Col. Los Doctores
Monterrey, N.L.
Tel. 46 91 20

Pérez Gómez Manuel
Insurgentes Sur No. 1783
Col. San Angel
Deleg. Alvaro Obregón
01000 México, D.F.
Tels. 5 24 03 70 y 5 94 90 69

Pérez Matos Sergio
Parque de las Flores No. 7880
Fracc. Los Parques
Ciudad Juárez, Chih.

Pérez Morales Reynaldo
Calle 2 No. 113
Córdoba, Ver.

Pérez Paniagua Salvador
Ramos Millán No. 14
Guadalajara, Jal.
Tel. 25 27 50

Piedra de los Santos Mario
Dr. Eduardo Léver No. 186
Col. Balderrama
Hermosillo, Son.
Tel. 2 01 71

Pineda Hernández Humberto
Madero No. 850 Norte
La Paz, B.C. Sur
Portilla Rosado César
Juárez No. 514
Villahermosa, Tab.

Prado Abarca Alejandro
Durango No. 49-802
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 5 28 73 44 y 5 25 44 33

Quijano Flores Angel
Pino Suárez No. 446 Sur
Monterrey, N.L.
Tel. 43-34-33

Quijano Rivadeneira Eva de
Pino Suárez No. 446 Sur
Monterrey, N.L.
Tel. 43-34-33

Quijano Torres Angel
Pino Suárez No. 446 Sur
Monterrey, N.L.
Tels. 43-34-33 y 43-34-45

Quintanilla Hernández Alfredo
Juárez y 14
Ciudad Victoria, Tamps.
Tel. 2-09-75

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

Ramírez González Jose Luis
Cortés Monrroy No. 1709
San Felipe
Chihuahua, Chih.

Ramírez Marines Wilmer
Av. Fray Diego de la Magdalena
No. 246
Col. del Valle
San Luis Potosí, S.L.P.

Ramírez Nájera Manuel Alejandro
Serafín Peña No. 106 Consultorio 116
Monterrey, N.L.
Tel. 43 82 00 Ext. 179

Ramírez Ojeda Héctor
Guanajuato No. 224-604
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 5 84 50 63

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

Ramírez Quintanilla Julián
Ocampo y Altamira No. 1000 Sur
Cd. Mante, Tamps.
Tel. 2 12 75

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

Ramos Alcocer Rubén
Centro Médico del Potosí
A. Aguilar No. 155
San Luis Potosí, S.L.P.

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

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

Rebolledo Vergara Benito
Tonalá No. 15 - 7o. Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 5 28 86 84

Rebollo Valdés José I.
Medellín No. 43-703
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 5 11 75 88

Reinking Federico Jr.
Bulevar Cervantes Saavedra No. 625
Irrigación
Deleg. Miguel Hidalgo
11500 México, D.F.
Tels. 5 89 06 39 y 5 57 29 33

Reyes Gómez Llata Federico
Zacatecas No. 230-203
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 5 74 45 89 y 5 57 87 05

Reyes Hernández Martín
Puerto Angel No. 4
Col. Juárez
Salina Cruz, Oax.
Tel. 4 20 76

Dra. Reyes López Gloria E.
Av. Cuauhtémoc 239-212
Edificio Atoyac
Acapulco, Gro.
Tel. 5 44 68

Reyes Montes de Oca Armando
Tuxpan No. 16-502
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 5 64 70 32 y 5 62 60 22

Reyes Rodríguez Federico
Zacatecas No. 230-203
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 5 74 89 y 5 43 24 94

Reynoso y Delgado Víctor Manuel
Hospital Humana del Pedregal
Camino Sta. Teresa 1055-129
Col. Héroes de Padierna
10700 México, D.F.
Tels. 6 52 30 11 y 6 52 04 22
Ext. 31-29; 31-30 y 31-31

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

Rivadeneira Francisco
Av. Central No. 90
Morelia, Mich

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

Rivera Camacho Rafael
Apartado Postal 11-742
06100 México, D.F.
Tel. 5 74 79 77

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

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

Rodríguez Alcaraz Antonio
Baja California No. 255-B 701
Col. Condasa
06140 México, D.F.
Tels. 5 74 33 29 y 5 32 03 64

Rodríguez Hernández Rogelio
Matanzas No. 715
Col. Lindavista
Deleg. Gustavo A. Madero
07300 México, D.F.
Tels. 5 78 12 90 y 5 86 80 67

Rodríguez Suárez Francisco Javier
Rancho Las Pampas
Col. Santa Cecilia
Delg. Coyoacán
04930 México, D.F.
Tels. 671 08 86 y 6 71 57 04

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

Roldán Posada Daniel
Calz. de Risco No. 114
Jardines del Pedregal
11900 México, D.F.
Tel. 5 68 27 64

Romero Fernández Fernando
Manzanillo No. 122-103
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 5 64 11 25 y 5 72 03 27

Romero Martínez Roberto
Albert No. 4
Col. Portales
Deleg. Benito Juárez
03300 México, D.F.
Tels. 5 32 73 12

Romero Pérez Gustavo
Av. Cristóbal Colón No. 72
Lomas Verdes, Estado de México
Tel. 3 93 51 72

Romero Rodríguez Ramón
Durango No. 355-6o. Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 5 11 15 61

Rosal Sigler Rolando Del
Insurgentes Sur No. 1862-9o. Piso
Col. San Angel
Deleg. Alvaro Obregón
01000 México, D.F.
Tels. 5 24 45 y 5 24 63 51

Rosete Pérez Samuel
Tuxpan No. 16-4o. Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 5 84 76 55

Dr. Rubio Monteverde Horacio
Tuxpan No. 6, 1er. Piso, 102 y 104
Col. Roma Sur, Deleg. Cuauhtémoc
06760 México, D.F.
Tel. 5 64 36 59 y 5 74 76 65

Ruenes Fernández Ramón
Centro Radiológico Especializado
Durango No. 90-10
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 5 11 88 11

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

Saldaña Alfaro Guillermina
Av. 20 de Noviembre No. 82-105
México, D.F.
Tel. 5 42 39 24

Saldívar Garza Lilia
Torre Uxmal Depto. 7
Unidad Independencia
México, 20, D.F.
Tel. 5 95 28 79

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

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

Sánchez Medal Alarcón Luis Fernando
Sierra Fria No. 140
Lomas de Chapultepec
11000 México, D.F.
Tel. 5 40 16 43

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

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

Sánchez Sánchez Bernardino
Juan A. Mateos No. 219
Col. Vista Alegre
Deleg. Cuauhtémoc
06860 México, D.F.
Tel. 5 38 54 61

Sandoval Camarena Arturo
Justo Sierra No. 2447
Sector Hidalgo
Guadalajara, Jal.
Tels. 15 92 59 y 30 02 66

Sandigo Peralta Jimmy
Bulevar de las Rosas No. 156 Norte
Jardines de Durango
Durango, Dgo.
Tel. 2 18 79

Sandoval Guzmán Primitivo
Calle Alfredo Maefert No. 894
Fracc. Las Camelias
Morelia, Mich.

Santiago Díez de Bonilla Julián
Vicente García Torres No. 302
El Rosedal
Deleg. Coyoacán
04330 México, D.F.
Tels. 5 64 94 07 y 5 49 42 11

Shubich Neiman Isaac
Amsterdam No. 124-703
Col. Condesa
Deleg. Cuauhtémoc
06140 México, D.F.
Tel. 5 33 49 35

Silvia Avila Antonio
Tehuantepec y Reforma No. 110
Hermosillo, Son.

Smoler Berkovsy José
Apartado Postal 11-742
06100 México, D.F.
Tel. 5 74 79 77

Soda Merhy Antonio
Tlacotalpan No. 59-206
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 5 64 94 07 y 5 64 45 15

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

Solís Dacosta Oscar
Adóquines
Villa Satélite
Hermosillo, Son.

Solís Quiróz Juan Carlos
Av. Juárez No. 218-402
Puebla, Pue.
Tel. 48 59 15

Somonte Altamira Rafael
Tabasco No. 199
Col. Roma
06700 México, D.F.
Tel. 5 11 35 83

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

Sosa Orlaineta Jorge
Flores Magón 1197
91910 Veracruz, Ver.

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

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

Tapia Acuña Ricardo
Insurgentes Sur No. 300-714
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 5 74 47 78

Tarasco Camino Severino
Protasio Tagle No. 105
Col. Tacubaya
Deleg. Miguel Hidalgo
11870 México, D.F.
Tel. 5 16 49 41

Téllez Girón H. Patricia
Pilares No. 427-801
Col. Del Valle
Deleg. Benito Juárez
03100 México, D.F.
Tel. 5 75 77 85

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

Tijerina de Sánchez Leticia
Linaloe No. 6 Esq. Pirul
Col. Sta. María la Rivera
Deleg. Cuauhtémoc
06400 México, D.F.
Tels. 5 83 81 03 y 5 83 67 43

Tirado Marín Rafael
Av. Hermanos Escobar 2846
Col. Margaritas
Cd. Juárez, Chih.
Tels. 6-10-02 y 7-03-93

Torres Courtney Gabriela
Durango No. 33-11vo. Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 5 33 29 25

Torres Neri Juan José
Hidalgo No. 329
León, Gto.
Tel. 4 16 01

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

Trejo Ruiseco Marco Antonio
Naranjos 403 Col. Petrolera
C.P. 88680 Reynosa Tamps.
Tel. 283-96

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

Valencia Gutiérrez César
Durango No. 33-11o. Piso
Col. Roma D
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 5 33 29 25

Valenzuela Esquerro Carlos
Petrarca No. 332-1
Col. Polanco
Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tel. 5 45 26 93

Valdés Alberto
Juárez No. 3 Poniente
Piedras Negras, Coah.

Valenzuela Cuarón Arturo
Av. de las Américas No. 201-307
Ciudad Juárez, Chih.
Tel. 3 34 60

Vaquero Sánchez Luis
Maestro Antonio Caso No. 150-1
Col. San Rafael
Deleg. Cuauhtémoc
06470 México, D.F.

Vázquez Palacios Adolfo
Atenas No. 295 Esq. Moscú
Valle Dorado
Tlalnepantla, Estado de México
Tel. 3 79 49 27

Velázquez Manzo Romeo
Cidonia No. 59
Col. Jardines de Coyoacán
Deleg. Coyoacán
04890 México, D.F.
Tel. 6 77 19 60

Vega Velázquez Servando
Sor Juana Inés de la Cruz No. 15-104
Tlalnepantla, Estado de México
Tel. 5 65 16 99

Velázquez Uribe Jorge
Gabriel Mancera No. 1815
Desp. 203
Col. del Valle
Deleg. Benito Juárez
03100 México, D.F.
Tel. 5 24 16 44

Vera Martínez Víctor E.
Joaquín Herrera No. 70
Col. Morelos
Deleg. Cuauhtémoc
06200 México, D.F.
Tels 5 29 68 41 y 7 89 19 30

Vila Santos Jerónimo
Veracruz, Ver.

Vilar Canales Pelayo
Durango No. 84-4o. Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 5 33 24 66 y 5 11 29 16

Vilar Puig Pelayo
Durango No. 84-4o. Piso
Col. Roma
Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 5 33 24 66 y 5 11 29 16

Villar Ramón del
Amsterdam No. 295
Col. Condesa
Deleg. Cuauhtémoc
06140 México, D.F.
Tel. 5 74 42 62

Villanueva Ricardo
Av. Juárez No. 145-7
Centro de la Ciudad
Deleg. Cuauhtémoc
06000 México, D.F.
Tel. 5 46 México, D.F.
Tel. 5 46 23 12

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

Vital Chávez Jesús
Vidrio No. 1281
Col. Sector Juárez
Tel. 1427 87

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

Vivar Mejía Gustavo
Monterrey No. 172-4o. Piso
Col. Roma
Delegación Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 5 74 03 25

Wladislavosky Wasserman Pablo
Cofre de Perote No. 319-301
Lomas de Chapultepec
Deleg. Miguel Hidalgo
11000 México, D.F.
Tel. 5 20 88 67

Zapata Zamora Adolfo Jesús
Zuluaga No. 25-C
Iztapalapa
09360 México, D.F.
6 86 26 35

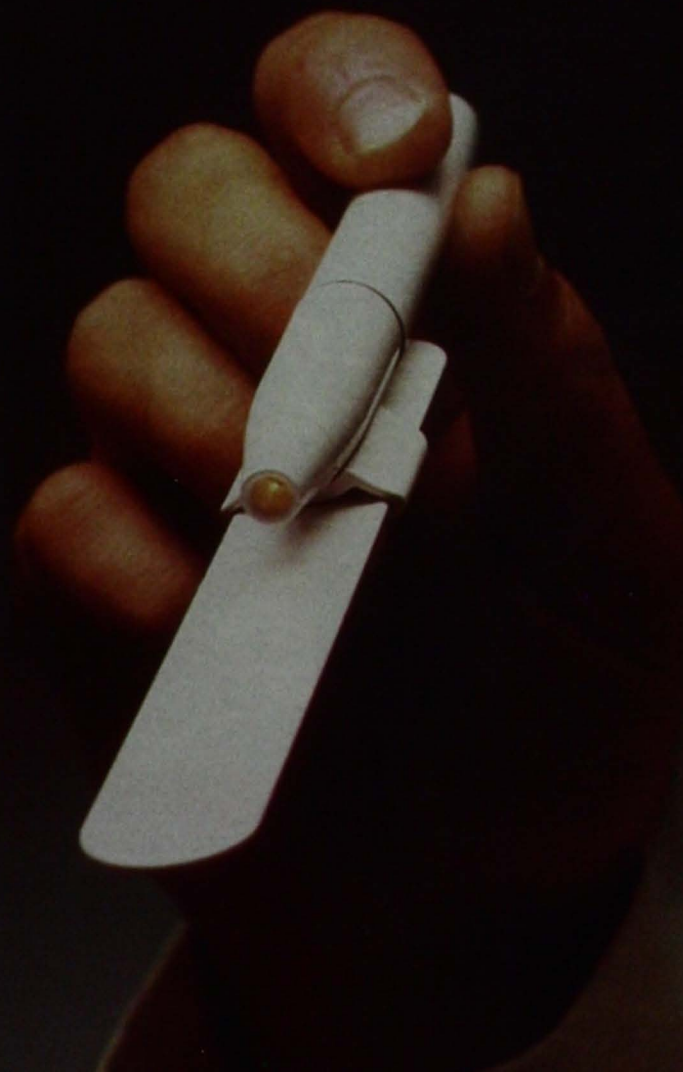
Zaragoza Hernández Alvaro
Ermita Iztapalapa No. 278-5o. Piso
Col. Nativitas
Delegación Benito Juárez
03500 México, D.F.

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

Zepeda Díaz Ismael
Catipoata No. 11
Col. Tlalpan
14000 México, D.F.
Tels. 516-85-00 y 5-16-85-01

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

En el tratamiento de la Faringoamigdalitis



Obtenga la ventaja del espectro con

Floxapen*

Fórmula: Cada cápsula contiene 500 mg. de Flucloroxilina, cada cucharadita de 5 ml. contiene 250 mg. de Flucloroxilina.

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

Precauciones: 1.- No existe en el mercado penicilina que presente peligros. 2.- La sensibilidad de cada persona al medicamento es el factor desencadenante de reacciones alérgicas leves o graves. 3.- La penicilina, siendo indolenta para la mayoría de los pacientes, en casos de alta sensibilidad altamente perjudicial, por lo que solamente el médico, basándose en su experiencia y en las reacciones anteriores de las personas por 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 su momento, 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.

Pape. Nos. 77601 y 77602 U.S.A. 1. Med. KJE-3941/J

Hecho en México por:

Beecham Farmacéutica, S.A. de C.V.
Miguel Alemán de Guzmán No. 307
Cayacán 04200, México, D.F.

Beecham
La Autoridad en Penicilinas

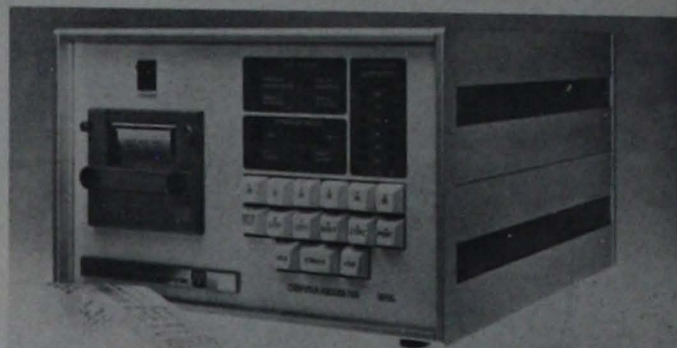




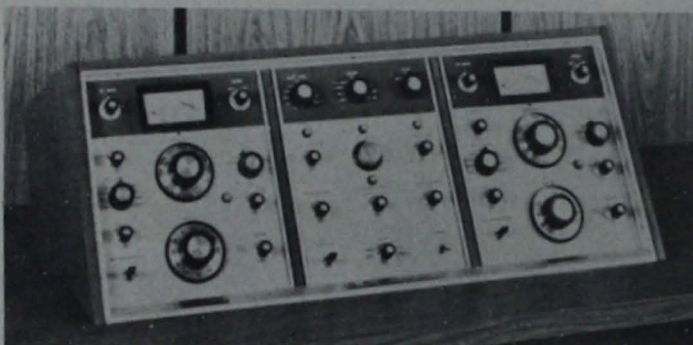
MAICO La más conocida marca en audición le ofrece el más amplio renglón de audiometros



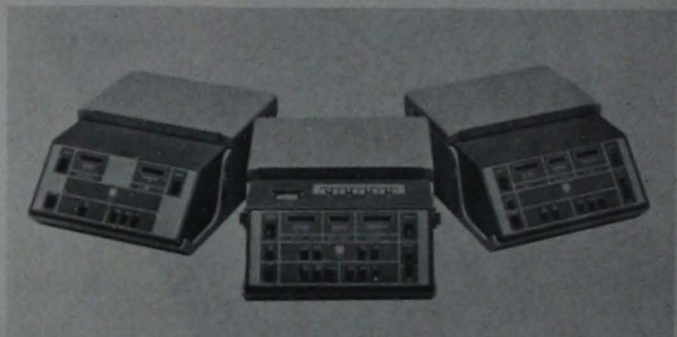
NUEVO MODELO MA-32. De doble canal con sus respectivos atenuadores. Para exploraciones liminares y supraliminares. Logaudiometría por voz viva y grabada. Intercomunicador para campo libre. Pulsador con 10 db de atenuación. Prueba de SISI incorporada. Fácil calibración.



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 audiológica, siendo hoy en día el líder en este campo. Además de MAICO somos los exportadores exclusivos para:

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

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

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

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

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

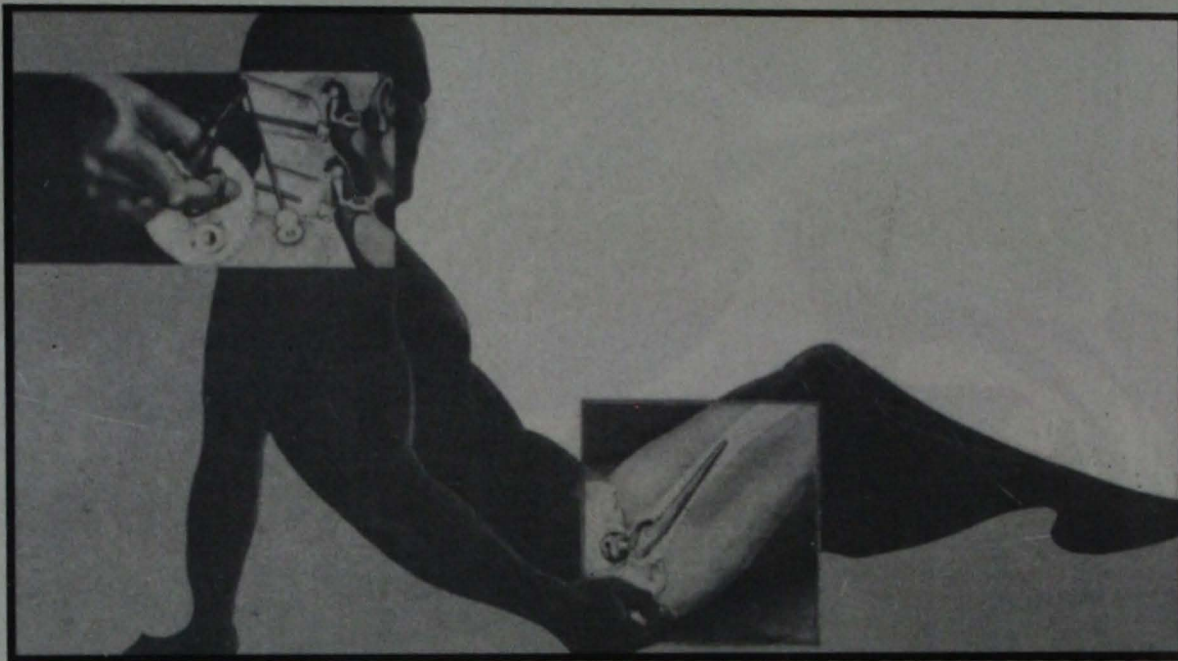
Pantomicina-500



PMN

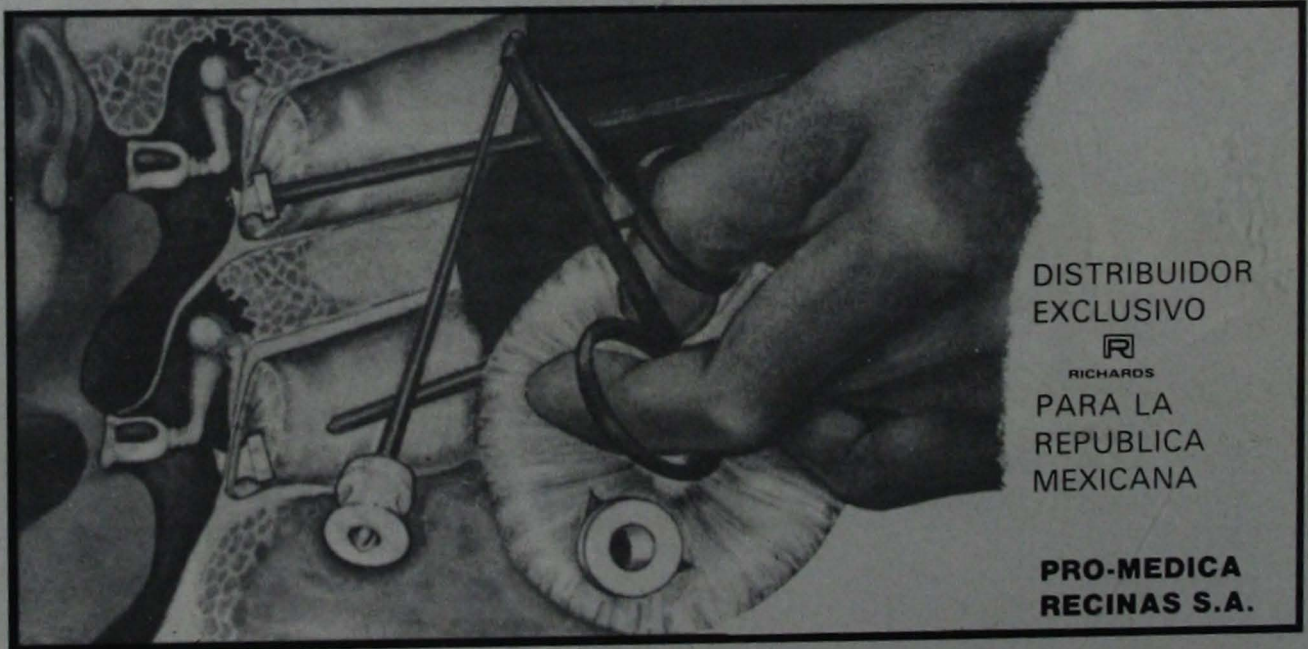
(Leucocito polimorfonuclear)

 ABBOTT



DESDE LOS PEQUEÑOS HASTA LOS GRANDES IMPLANTES
R_{RICHARDS} SIEMPRE A LA VANGUARDIA EN LA INVESTIGACION.

CALIDAD TRADICIONAL PARA LA CONFIANZA DE MEDICOS Y PACIENTES



DISTRIBUIDOR
EXCLUSIVO



RICHARDS

PARA LA
REPUBLICA
MEXICANA

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

sin inflamación

sin fiebre

sin dolor



Keduril

EL CAMBIO EFICAZ
EL CAMBIO SEGURO

INFORMACION DE PRESCRIPCIÓN: FORMULA: cada gragea contiene: 100 mg de Ketoprofén sódico, Excipiente c.b.p. 1 gragea.

INDICACIONES: en enfermedades inflamatorias de las vías respiratorias como amigdalitis, faringitis, bronquitis asociado al tratamiento etiológico; en otorrinolaringología como amigdalectomías, otitis media, sinusitis y en general en todos los procesos inflamatorios, dolorosos o febriles. En traumatología fracturas, contusiones, esguinces, luxaciones. En ginecología: dismenorrea, anexitis, cervicitis. En cirugía: en el post-operatorio de amigdalectomías, rinoplastias, episiotomías.

CONTRAINDICACIONES: aunque las pruebas teratológicas han sido satisfactorias, se aconseja no utilizarlo en la primera fase del embarazo, la lactancia y en niños menores de 12 años.

REACCIONES SECUNDARIAS: KEDURIL es bien tolerado, sin embargo, ocasionalmente pudieran presentarse gastralgias de tipo ardoroso, náuseas y vómito.

PRECAUCIONES: se recomienda precaución ante la presencia de antecedentes digestivos como úlcera gastroduodenal, gastrectomías y portadores de hernia hiatal.

BIBLIOGRAFÍA: A solicitud del médico.

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. Reg. No. 189M82 S.S.A. i. méd. KEE 2442/J

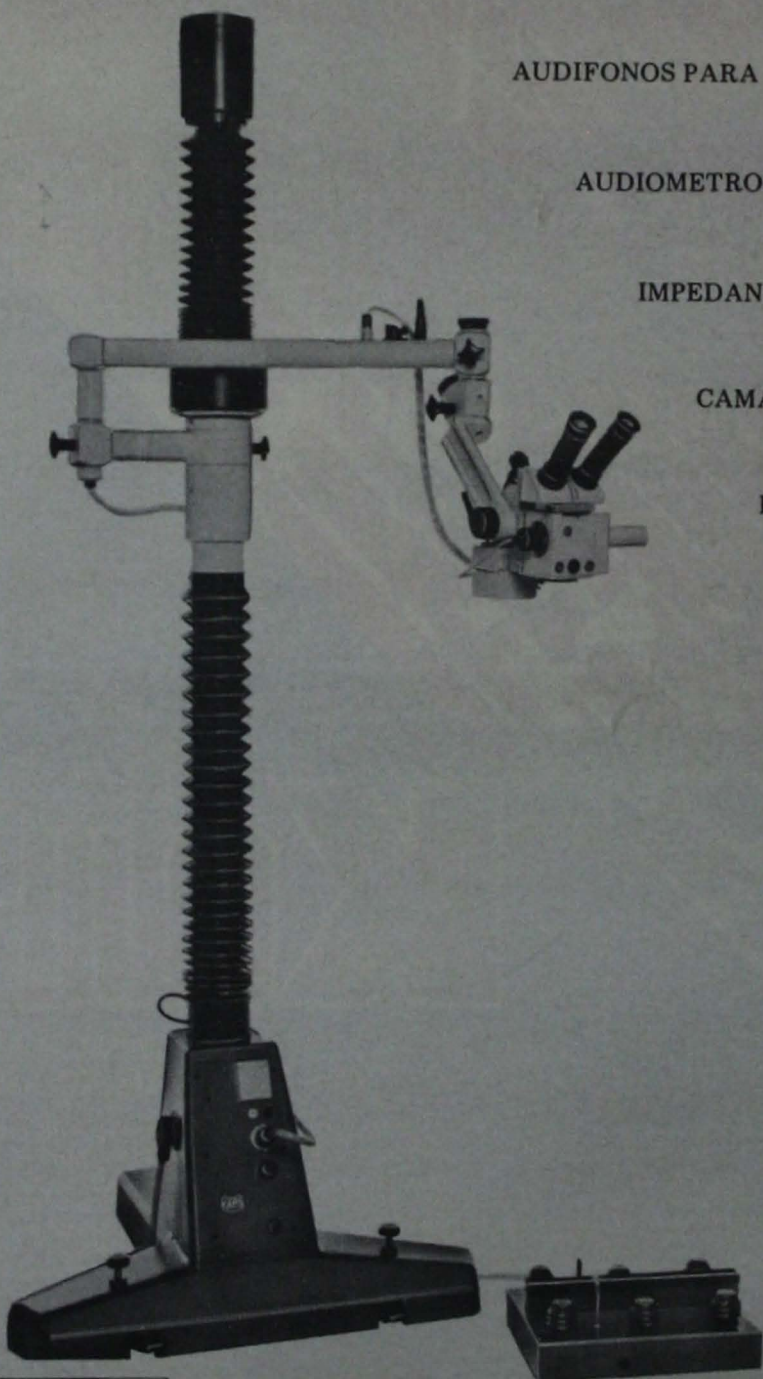
KNA/A-3

RHÔNE-POULENC PHARMA DE MEXICO, S.A. DE C.V.
JOSÉ MARÍA RICO EN I
03100 MEXICO, D.F.

 RHÔNE-POULENC

- 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



me siento
tan
inseguro
cuando
camino

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

STUGERON FORTE * seda al laberinto sin sedar
al paciente.

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

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

En el Síndrome Vertiginoso:

Marca Registrada

Stugeron forte

JANSSEN

Fórmula : Cada tableta contiene 75 mg. de Cinnarizina.

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

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

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

Contraindicaciones : Está contraindicado en casos de hemorragia cerebral reciente.

Presentación : Caja con 30 tabletas.

* Marca Registrada

Dix, M. R., Practitioner 221, 296 (1973)

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

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



JANSSEN FARMACEUTICA S.A. de C.V.

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

PROGRESO MEDIANTE LA INVESTIGACION

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

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

1953 1978

25

BIBLIOTECA
VILAR



DEWIMED, S.A.

INSTRUMENTAL PARA MICROCIROGIA
Y
EQUIPO MEDICO



Av. Insurgentes Sur 2047 Loc. 4. 1o. Piso. México 20, D.F.

Tels. 548-67-08 y 548-20-52

Clásicos con Futuro

*Tradicional - la calidad
orientada hacia el futuro - tecnología*



Senoscopios de la A-Scan
para el diagnóstico del
seno nasal lateral

Servant 4, las nuevas unidades otorrinas,
también para máximas exigencias



Variotherm, el aparato
térmico de
excitación para el
diagnóstico vestibular

Endosiroscopio, para el
diagnóstico de la faringe



INSTRUMENTAL QUIRURGICO

MICROSCOPIOS PARA MICROCIROGIA

MICROCIROGIA Y PROTESIS

ENDOSCOPIA