



ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL

FUNDADA EN 1949

ORGANO OFICIAL

PAGINA DEL DIRECTOR.....	93
TRABAJOS PROSPECTIVOS.....	96
Reparación del esófago cervical con segmento libre de yeyuno y anastomosis microvasculares. <i>Dr. Ramón Escajadillo y cols.</i>	96
Tratamiento del escleroma respiratorio con ciclofosfamida y tetraciclinas. <i>Dr. Adolfo Zapata y cols.</i>	100
Un método analítico del estudio rinomanométrico. <i>Dr. Enrique Azuara y cols.</i>	103
Síndrome de Usher. <i>Dr. Alejandro Camelo</i>	108
TRABAJO RETROSPECTIVO	
Estapedectomía vs. estapedotomía. Análisis de los resultados a largo plazo. <i>Dr. J. Bosch y C. Yáñez.</i>	113
CASOS CLINICOS	
Paragangliomas de la cabeza y el cuello. <i>Dr. Juan Sánchez Marle.</i>	118
Aspergillosis del seno maxilar sin enfermedades predisponentes. <i>Dr. José Gutiérrez Marcos y cols.</i>	124
NOTAS E INFORMACIONES.....	127

DISTRIBUCION GRATUITA

MEXICO, JUNIO - JULIO - AGOSTO 1986
VOL. XXXI NUMERO 3

Hace en horas lo que otros hacen en días

sólo

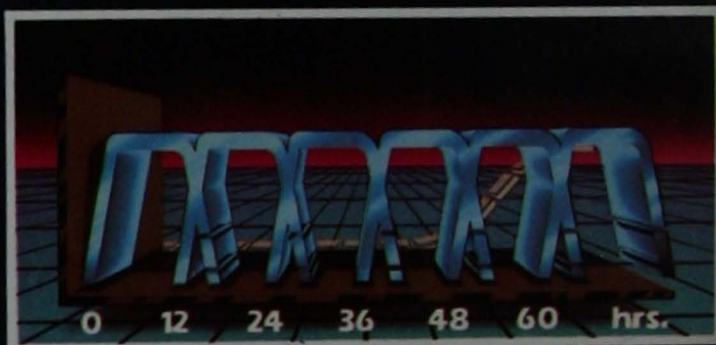
TELDANE

En presencia de alergia, la actividad antihistaminica no puede retardarse varios días

TELDANE

Unico antihistamínico de rápida acción que no interfiere con el estado de alerta del paciente, en afecciones de la piel y el aparato respiratorio

Acción terapéutica (1,2,3,4)
Tabla comparativa (en horas)



■ TELDANE^R
■ Astemizol

La rapidez de acción fue significativamente mayor con terfenadina (3 horas) que con astemizol (48 horas) o placebo (180 horas)⁽¹⁾
Dosis: una tableta cada 12 horas
suspensión cada 12 horas



INFORMACION PARA PRESCRIBIR

FORMULAS: Cada TABLETA contiene:
Terfenadina 60 mg
Excipiente q.s.p.
Cada 5 ml de la SUSPENSIÓN contiene:
Terfenadina 30 mg
Excipiente q.s.p.

INDICACIONES: TELDANE está indicada en todos aquellos procesos alérgicos que responden a los bloqueadores histamínicos H₁ periféricos:
Piel: Urticaria, dermatitis alérgica aguda o crónica, reacciones alérgicas a droga y alimentos.
Respiratorio: Polinosis aguda, Rinitis estacional, fiebre de heno, rinoconjuntivitis.
Rinitis alérgica crónica o no estacional, sinusitis alérgica crónica.

USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: Si bien los estudios de reproducción en animales no indicaron la posibilidad de efectos adversos a la terfenadina —como la mayoría de los medicamentos— no debe utilizarse en mujeres embarazadas ni en madres en periodo de lactancia, a menos que en opinión del médico, los beneficios potenciales superen los posibles riesgos.

CONTRAINDICACIONES: Pacientes con hipersensibilidad a la droga.
REACCIONES ADVERSAS: se han observado pocos casos de cefaleas, trastornos gastrointestinales leves, y erupciones cutáneas.
Los casos de somnolencia y sequedad de boca han sido extremadamente raros. En los estudios clínicos controlados la incidencia de estas reacciones adversas es similar a la del placebo.

DOSIS
Comprimidos: Se aconseja administrar 1 comprimido dos veces por día.
Niños mayores de 12 años: 10 ml dos veces al día.
Niños entre 6 y 12 años: 5 a 10 ml dos veces al día.
Niños entre 3 y 6 años: 2.5 a 5 ml dos veces al día, dosis ponderal: 2mg/kg/día.

SOBREDOSIS: No existe información al respecto. Dosis de hasta 600 mg/día han sido bien toleradas.

PRESENTACIONES: TELDANE^R tabletas: caja con 20 TELDANE^R suspension: Frasco con 60 ml.
Su venta requiere receta médica.
No se deje al alcance de los niños
Reg. Num. 91M83, 206M83, S.S.A.

LABORATORIO LEPETT DE MEXICO, S.A. DE C.V.
Paseo de las Palmas 555, 3er. piso 11000 México, D.F.
Marca Registrada

BIBLIOGRAFIA

1. GIRARD JP, et al. Double-Blind comparison of Astemizole, Terfenadine and Placebo in Hay Fever: with special regard to Onset of Action. *J. Int. Med. Res.* 13: 102-108, 1985.
2. HOLA ARTHUR, EMANUEL MB and HOGGATE ST. Astemizole, a potent histamine H₁ receptor antagonist, effect in allergic rhinoconjunctivitis on antigen and histamine induced skin wheal responses, and relationship to serum levels. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 18:1, 1984.
3. HUETHER KJ et al. Inhibitory activity of Terfenadine on histamine induced skin wheals in man. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 12:195, 1977.
4. MURPHY O'CONNOR JC, BENTON RL and WESTLAKE DM. A double-blind comparative trial of two dose regimens of terfenadine in patients with hay fever. *Annals of the Royal College of Physicians* 12:133, 1984.



LABORATORIO LEPETT DE MEXICO, S.A. DE C.V.

Bisolvon*

mucolítico
del aparato respiratorio

- disminuye la viscosidad de las secreciones
- favorece la expectoración
- mejora la función respiratoria
- favorece la penetración del antibiótico en el sitio afectado

Fisiología: Bisolvon*

	Menores de 2 Años	De 2 a 6 Años	Adultos y Mayores 6 años
Ampolletas	½ 3 veces al día	½ - 1-3 x día	1-3 x día
Solución al 0.2%	1 ml 3 veces al día	2 ml 3 x día	4 ml 3 x día
Comprimidos		1, 3 x día	1, 2, 3 x día
Linctus	2.5 ml 3 veces al día	2.5 a 5 ml 3 x día	5-10 ml 3 x día
Linctus Pediátrico	2.5 ml 3 veces al día	5 ml 3 x día	10 ml 3 x día

* Para inhaloterapia con Bisolvon* Solución al 0.2%. En adultos y niños, 1-4 ml de 1 a 2 veces al día.

Formulas: Bisolvon* comprimidos, cada comprimido contiene: Bromhidrato de fenoterol 2.5 mg, Clorhidrato de Bromhexina 8 mg. Excipiente c.b.p. un comprimido. Bisolvon* solución cada 5 ml de solución contienen: Bromhidrato de fenoterol 2.5 mg, Clorhidrato de Bromhexina 8 mg. Excipiente c.b.p.

Contraindicaciones: Estenosis aórtica, hipertirocrosis, arritmias de elevada frecuencia. Precauciones: En personas con infarto cardíaco reciente y/o graves alteraciones cardíacas y vasculares orgánicas, se precisa que el médico pondere con especial atención el tratamiento con Bisolvon*, especialmente en caso de rebasar las dosis recomendadas. Reacciones Secundarias: Puede presentarse ligero temblor de los dedos, sensación de inquietud o palpitaciones, mareos, fatiga, cefaleas o sudoración, en caso de presentarse éstas, conviene reducir la dosis. Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. Fisiología: Bisolvon* comprimidos. Adultos 1 a 2 comprimidos cada 8 hrs. Escolares 1 comprimido cada 8 hrs. Preescolares ½ comprimido cada 8 hrs. Bisolvon* solución. Adultos 1 a 2 cucharaditas cada 8 hrs. Escolares 1 cucharadita cada 8 hrs. Preescolares ½ cucharadita cada 8 hrs. 1 cucharadita de 5 ml. 2.5 mg de Bromhidrato de fenoterol y 8 mg. de Bromhexina. Presentaciones: Bisolvon* comprimidos, caja con 20

comprimidos. Bisolvon* solución, frasco con 100 ml. de solución. *Marcas registradas. Regs. Núms. 0123M82, 01221M81, S.S.A. - LEE-11029. Bisolvon* fórmula. Cada ampolleta contiene: Bromhexina 4 mg. Cada comprimido y cada 4 ml de la solución contienen: Bromhexina 8 mg. Excipiente c.b.p. Presentaciones: Bisolvon* caja con 3 ampolletas con 4 mg. Caja con 20 comprimidos con 8 mg. Frasco de 60 ml con 2 mg. x ml. Bisolvon* Linctus, frasco de 125 ml. con 8 mg. por 5 ml. Bisolvon* Linctus pediátrico, frasco con 100 ml. con 4 mg. por 5 ml. Reacciones secundarias: Hipersensibilidad al medicamento. Con Bisolvon* no se ha observado. Con Bisolvon* Linctus, en casos aislados, se han reportado molestias gástricas, náuseas e inapetencia. Su venta requiere receta médica. Literatura exclusiva para médicos. *Marcas Registradas. Regs. Nos. 66643, 66679, 73688.



Boehringer
Ingelheim.

1885-1985



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.

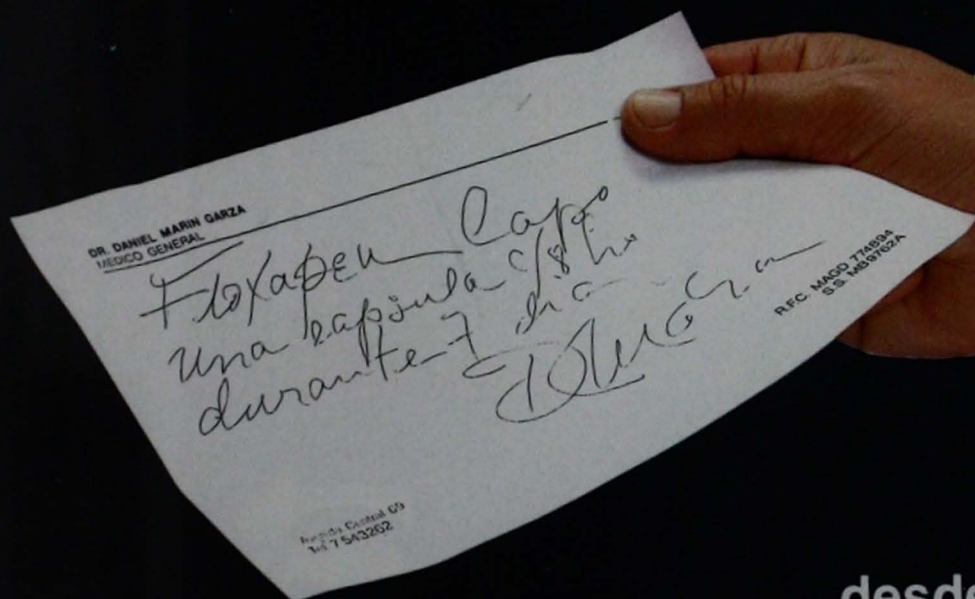


**NICOLET
INSTRUMENTOS
S. A. de C. V.**

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

¿Acaso las faringoamigdalitis son banales?

... las que usted trata no lo son y para ellas...



...desde el principio



Floxapen*

Flucloxacilina

El antibiótico eficaz en orofaringe

FORMULA:

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

PRESENTACIONES:

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

INDICACIONES:

Faringoamigdalitis, laringitis, otitis, sinusitis, y en infecciones de la piel y tejidos blandos

DOSIS:

Adultos: Una cápsula cada 8 horas
Niños: Una cucharadita (5 ml) cada 8 horas
Ponderal: 50 a 100 mg/kg/día repartidos en tres tomas (cada 8 horas)

Estas dosis deben administrarse retiradas de los alimentos

No se sugiere la ingestión de bebidas alcohólicas durante el tratamiento

PRECAUCIONES:

- 1.- No existe en el mercado penicilina que no ofrezca peligros
- 2.- La sensibilidad de cada persona al medicamento es el factor desencadenante de reacciones alérgicas leves o graves
- 3.- La penicilina, siendo inofensiva para la mayoría de los pacientes, en otros resulta altamente perjudicial, por lo que solamente el médico, basándose en su experiencia y en las reacciones anteriores de las personas por el uso de 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 de adrenalina al milésimo por vía intramuscular. Podrán utilizarse asimismo, otros recursos cuando el médico así lo estime pertinente, tales como: antihistamínicos, esteroides y otros

REACCIONES SECUNDARIAS:

Eosinofilia, fiebre, choque anafiláctico, náusea, vómito y diarrea. Al igual que con todos los antibióticos, pueden

presentarse reacciones alérgicas y aparición de cepas resistentes

CONTRAINDICACIONES:

Sensibilidad a la penicilina y cefalosporinas

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:

Los penicilínicos pueden interferir con los anticonceptivos en la circulación enterohepática de los estrógenos

Literatura exclusiva para médicos.

Su venta requiere receta médica

* Marca registrada Reg. Nos. 77601 y 77599 S.S.A

I. Méd MBE-293/J

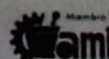
HECHO EN MEXICO POR:

BEECHAM FARMACEUTICA S.A. DE C.V.

Miguel Angel de Quevedo No. 307

C.P. 04310 Coyoacán, México, D.F.

Beecham
La Autoridad en Penicilinas



NUEVO

10 TABLETAS

PENGLLOBE

**OTITIS
LARINGITIS
FARINGITIS
BRONQUITIS**

y todas las demás infecciones
sensibles a la ampicilina

LA PRODRUGA
5
DIAS
DE
TRATAMIENTO
POR CAJA

INDICACIONES. Infecciones de las vías respiratorias altas: amigdalitis, otitis media, sinusitis. Vías respiratorias inferiores: bronquitis aguda, bronquitis crónica y neumonía ocasionada por gérmenes sensibles. Infecciones del tracto urinario: cistitis, pielonefritis, bacteriuria asintomática, prostatitis, gonorrea. Infecciones gastrointestinales.

FORMULA. Cada tableta contiene: Clorhidrato de bacampicilina equivalente a 0.278 g. de ampicilina. Excipiente c. b. p. 1 tableta. Cada cucharadita de 5 ml. contiene: 200 mg. de Clorhidrato de bacampicilina equivalente a 139 mg. de ampicilina.

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 de 10 ml. dos veces al día. Niños de 2 a 7 años: 1 cucharada de 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.

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. 1975.)

PRECAUCIONES. La administración de este medicamento durante el embarazo queda bajo responsabilidad del médico.

CONTRAINDICACIONES. Hipersensibilidad a las penicilinas y a las cefalosporinas.

EFFECTOS SECUNDARIOS. Al usar cualquier ampicilina pueden presentarse reacciones alérgicas como: erupciones en piel, urticaria o prurito, eosinofilia, fiebre, angioedema, choque anafiláctico. Reacciones gastrointestinales: náuseas, vómito, diarrea. Se han documentado seis casos nuevos de colitis pseudomembranosa.

PRESENTACIONES. Caja con 10 tabletas en tira de aluminio. Frasco para hacer 60 ml. de suspensión. La presentación contiene una cucharita calibrada.

No se deje al alcance de los niños.

Su venta requiere receta médica.

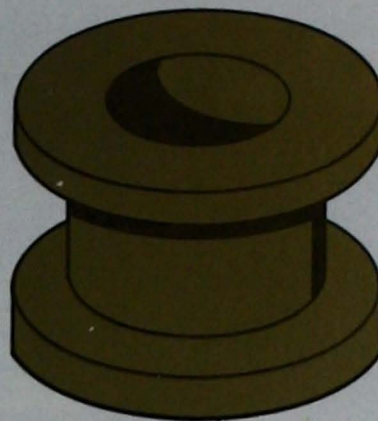
I. MED. KIE 3770 J

Penglobe bacampicilina*
Investigación original de

ASTRA
MEXICO - SUECIA

Reg. 90370-349M81 S. S. A. *Marca registrada

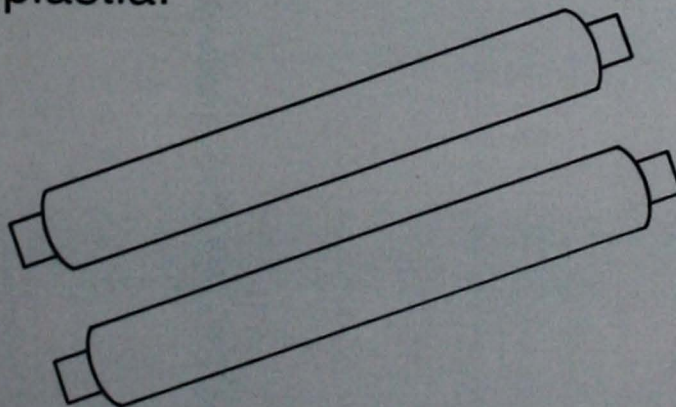
Tubos de ventilación
Drapes
Instrumentos Quirúrgicos
para Otorrinolaringología.



Fabricados por:

MICROTEK MEDICAL INC.

Tapones nasales de **Merocel**[®]
especialmente diseñados
para Rinoplastia.



Modelo
M400410
(Tamaño actual)

Pida informes a:

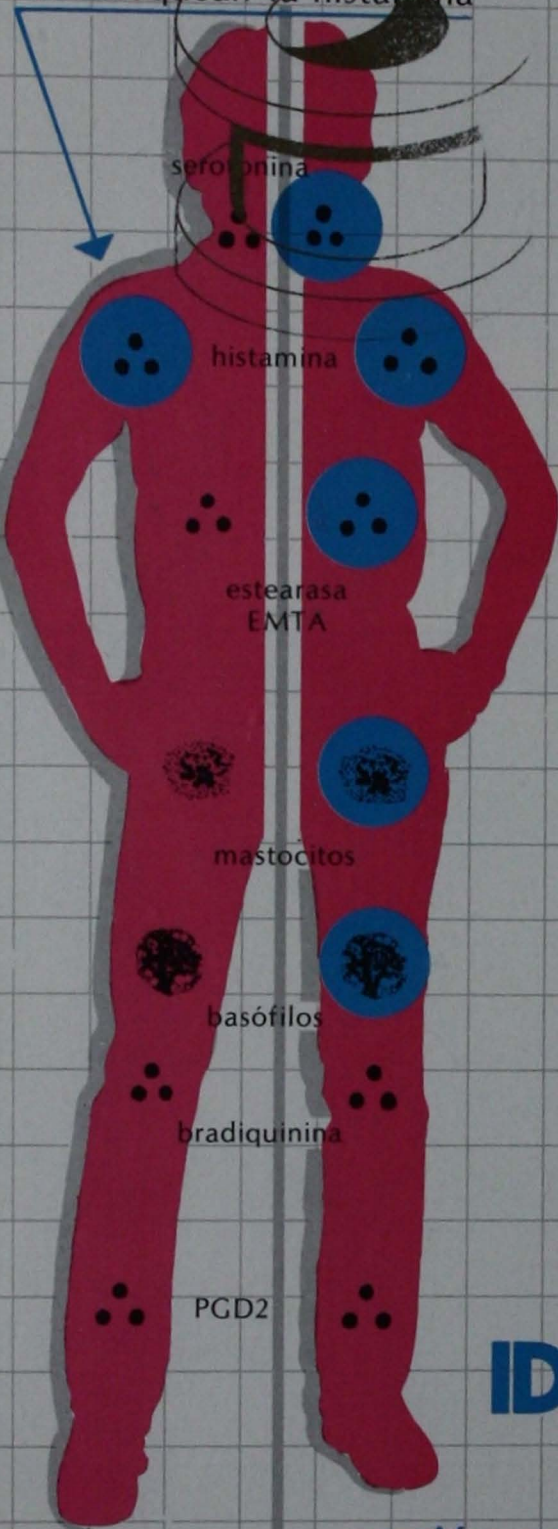
MICROTECNICA QUIRURGICA, S.A. de C.V.

Paseo de la Reforma 234-602
06600, México D.F.
Tel. 207-00-72

En alergias cutáneas y respiratorias

los bloqueadores H-1 "específicos"
sólo bloquean la histamina

Scheramex



IDULAMINE

(maleato de azatadina)

BLOQUEA

- histamina
- serotonina
- estearasa EMTA

PROTEGE

- mastocitos
- basófilos

IDULAMINE

(maleato de azatadina)

proporciona
acción antiálgica integral



IDULAMINE

Tabletas y Jarabe

Maleato de Azatadina
Antihistamínico de acción prolongada e integral

POSOLÓGIA Y ADMINISTRACION:

Adultos y niños mayores de 12 años: Una tableta o dos cucharaditas de Jarabe Idulamine por la mañana y por la noche. En casos severos o refractarios se puede duplicar la dosis.

Niños de 6 a 12 años: De media a una tableta o de 1 a 2 cucharaditas de jarabe Idulamine dos veces al día.

Niños de 2 a 6 años: Media cucharadita del jarabe dos veces al día.

REACCIONES ADVERSAS: Somnolencia, pueden presentarse reacciones conjuntamente relacionadas con los antihistamínicos que incluyen reacciones cardiovasculares, hematológicas, neurológicas, gastrointestinales, genitourinarias y respiratorias.

CONTRAINDICACIONES: Recién nacidos, prematuros, pacientes bajo tratamiento con inhibidores de la MAO, hipersensibilidad a la azatadina, embarazo y lactancia.

Este medicamento contiene un antihistamínico, no debe darse a niños

menores de 2 años, ni a mujeres lactando. No debe tomarse simultáneamente con medicamentos depresores del sistema nervioso, ni con bebidas alcohólicas.

PRESENTACION: IDULAMINE Tabletas: Caja con 20 tabletas.

IDULAMINE Jarabe: Frasco con 80 ml

Esta es una información básica para recetar. Para información más completa existe un folleto profesional a disposición del médico que lo solicite. Su venta requiere receta médica.

Marca Registrada Reg. No. 80978, 80977 SSA

Literatura exclusiva para médicos

1-Med-MFE-9627


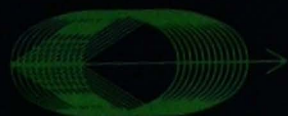
Scheramex
S.A. DE C.V.

ARE-22986-IDE

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


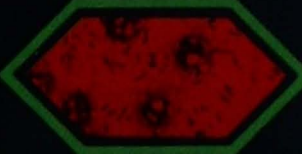
Rocephin[®]

el antibiótico
de una vez al día

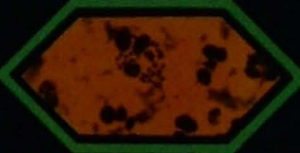


Una sola
administración
al día^{1,4}

se difunde
-incluso-
en abscesos^{10,20}



infecciones
rebeldes a
antibióticos
estándar^{3,4,21}



se mantiene
inalterable
frente a las^{2,3}
B-lactamasas


no se
metaboliza^{4,8,9}

Rocephin[®]



el antibiótico
de una vez al día

infecciones
respiratorias²⁸

infecciones
gastro-
intestinales^{28,32}

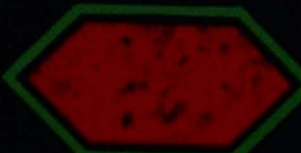


infecciones
urinarias^{4,28}



infecciones
gineco-
obstétricas²⁶

cuadros
sépticos graves
(meningitis)^{21,30,31}



ROCHE

ciencia y
conciencia de
investigación

1.- Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología publicará de preferencia los trabajos originales, casos clínicos, simposia, mesas redondas, etc. que se sustenten en las Sesiones Científicas de la Sociedad o que se presenten en el Congreso Nacional. Asimismo publicará las colaboraciones expresamente solicitadas por la Redacción o las que le sean enviadas espontáneamente.

2.- Las colaboraciones deben ser inéditas y el o los autores deben comprometerse a no publicarlas en otras revistas sin autorización expresa y por escrito de los Anales. El autor es el único responsable de las 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 Cardenal. Se evitará el uso de palabras extranjeras, cuando exista el equivalente en español. El autor debe aceptar las correcciones que le sean hechas por el Consejo de Redacción.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

el primer antibiótico
β-lactámico
de acción prolongada

Rocephin®

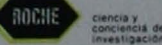
el antibiótico
de una vez al día

una nueva página en la historia
de los antibióticos

Rocephin es el primer antibiótico β-lactámico, bacteriicida amplio espectro, de acción prolongada, fruto de la investigación del grupo farmacológico F. Hoffmann-La Roche, en Basilea, Suiza. Sustancia activa: Ceftriaxona, en forma de sal disódica. Mecanismo de acción: Rocephin actúa sobre la pared celular bacteriana interfiriendo en la síntesis del ácido murámico, con lo que provoca su lisis por estallamiento. Indicaciones: Infecciones causadas por gérmenes gram-negativos y gram-positivos sensibles como: infecciones respiratorias, gastrointestinales, urinarias, gineco-obstétricas, venéreas, urf, odontológicas, de piel y tejidos blandos; meningitis y cuadros sépticos graves. Infecciones rebeldes a los antibióticos estándar. Toxicología media recomendada: Prematuras, lactantes y niños menores de 12 años, 20 a 80 mg/kg/día en una sola aplicación diaria, dosis máxima en prematuros: 50 mg/kg/día. Niños mayores de 12 años, adultos y ancianos: 1 a 2 gramos al día en una sola aplicación diaria. Contraindicaciones: Hipersensibilidad a las cefalosporinas, en pacientes hipersensibles a la penicilina, debe tenerse presente la posibilidad de reacciones alérgicas cruzadas. Precauciones y advertencias: Conviene precaución de su empleo durante el embarazo (particularmente durante el primer trimestre) si menos que su uso sea imperativo. En caso de insuficiencia renal extrema (depuración de creatinina < 10 ml por minuto), se limitará la dosis diaria a no más de 2 gramos. La solución con lidocaina, nunca debe aplicarse por vía intravenosa. Reacciones secundarias: Son poco comunes, y pueden consistir en: náuseas, erupciones cutáneas o diarrea, vómitos, eosinofilia y fiebre, exantema, dermatitis alérgica, prurito, urticaria, edema y anemia multiforme: eosinofilia, trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia y anemia hemolítica. En raras ocasiones y con la aplicación endovenosa, puede presentarse reacción inflamatoria de la pared venosa, la que se puede evitar inyectando la solución intravenosa lentamente (2 a 4 minutos). Presentaciones y fórmulas cuantitativas: Rocephin 1M (intramuscular) 500 mg y 1 g, contenido respectivamente. Injerto ampolla con ceftriaxona disódica equivalente a 500 mg y a 1 gramo de ceftriaxona y ampolla con 2 ml y 3.5 ml de solución de lidocaina al 1%. Rocephin 1V (intravenoso) 500 mg y 1 g contenido respectivamente. Injerto ampolla con ceftriaxona disódica equivalente a 500 mg y a 1 gramo de ceftriaxona y ampolla con 3 ml y 5 ml de 10 ml de agua estéril inyectable.

Bibliografía: 1.- Lüthy, R. Pharmacokinetic parameters of Ceftriaxone. Cephalosporine der 80er Jahre. Florenz, II Simposio de la serie comparación de agentes quinolónicos. Rosenburg, del 18 al 20 de 1982. 2.- Nau, H.C., Mergel, N.J., Fu, K.P., Antibacterial activity of ceftriaxone (Ro 13-9904), a β-lactamase-stable cephalosporin. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 19, 414-420 (1981). 3.- Verbeek, L., Verhaagen, J., In vitro activity of Ro 13-9904, a new β-lactamase-stable cephalosporin. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 19, 222-225 (1981). 4.- Documentación archivada en F. Hoffmann-La Roche & Co., S.A. Basilea, Suiza. 5.- Stachel, K. Pharmacokinetics of ROCEPHIN, a highly active new cephalosporin with an exceptionally long biological half-life. Chemotherapy 27 (Suppl. II), 82-88 (1981). 6.- Miconari, P.J., Stachel, K., Ziegler, R.W. Pharmacokinetics of ceftriaxone following intravenous administration of a 3 g dose. Eur. J. Clin. Pharmacol. 22, 71-79 (1982). 7.- Pritch, M., Mark, Z., Rubinstein, E. Efficacy of ROCEPHIN (Ro) and gentamicin (Gm) in a rat abscess model. 21st International Conference of Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Chicago 1981. Abstract 389. 8.- Fraaihof, F., Brugg, P.C., Scarpa, G., Scaglione, F., Pignatari, D., Santolario, G., Martini, G., Rivieri, G.C., Viorio, F., Birge and multiple (n), dose pharmacokinetics of ceftriaxone in man. Lower, middle ear, nose, sinuses concentrations and urinary excretion. Symposium Montroulez/Switzerland 23-26.8.1983, p. 17. 9.- Sakai, T., Tamura, H., Huang, Fung, W., Takahashi, H., Hirasu, Y. Relationship of histological findings to the tissue and bile concentrations of ceftriaxone in human gallbladder. 12th International Congress of Chemotherapy, Vienna/Austria, 28.8.-2.9.1983. Proceedings Ceftriaxone, part 100, Pp.4, 203, p. 14-17. 10.- Saut, Th., Wittmann, D.K., Fock, R., Lauff, R., Surim, bone, and tissue fluid concentrations of ceftriaxone. 12th International Congress of Chemotherapy, Vienna/Austria, 28.8.-2.9.1983. Proceedings Ceftriaxone, part 100, Pp.4, 203, p. 41-43. 11.- Haber, K., Adam, D., Kees, F. Antibiotikonzentrationen im Hirnstrahlraum, gewebe und Konzentrat der peripheren prothylase bei transkraniellen Reaktionen der Prostata. ZAC Zeitschrift für antimikrobielle Chemotherapie 3, No. 1, 15-26 (1980). 12.- Morgan, J.R., Pauli, A., O'Sullivan, M., Williams, B.D. Penetration of ceftriaxone into vitreous humor. 12th International Congress of Chemotherapy, Vienna/Austria, 28.8.-2.9.1983. Proceedings Ceftriaxone, part 100, Pp.4, 203, p. 27-29. 13.- Fraschini, F. et al. Distribuzione del ceftriaxone nei tessuti dell'apparato genitale femminile. Comunicazione presentata al XV Cong. Naz. Soc. B. Chemioterapia, Milano, 22-25 gennaio 1983. 14.- Cebal, M., Denis, F., Peyronnet, D., Diep Mar, L. Experience with ROCEPHIN (Ro 13-9904) in bacterial meningitis. 12th International Congress of Chemotherapy, Florence 1981. Current Chemotherapy and Immunotherapy. Proceedings Vol. 1, p. 405-407. 15.- Patel, I.H., Vainelli, R.E., Konikoff, J.J., Parsonnet, M. Pharmacokinetics and tolerance of ceftriaxone in humans after single dose intramuscular administration in water and lidocaine clients. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 21, No. 6, 907-902 (1982). 16.- Patel, I.H., Chin, S., Parsonnet, M.A., Hackmann, M.R., Brooks, M.A., Konikoff, J., Kaplan, S.A. Pharmacokinetics of ceftriaxone in humans. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 20, 634-641 (1981). 17.- Schindler, R. Die Konzentration von Ceftriaxon in der Galle. Nährmittel. Symposium 1981. Ceftriaxon (ROCEPHIN) ein neues parenterale Cephalosporin. 8-10. September 1981. 823-824. ROCEPHIN 1981/180. 18.- Farnes, M., Haves, L., Pyri, J.C., Clark, M.R. Ergebnisse der klinischen Prüfung von Ceftriaxon. In: Current Chemotherapy, Vol. 1, p. 470-472. E.P. Farnes, G. Gaston-Guain, Washington, D.C. American Society For Microbiology, 1982. 19.- Zalkaber, H. Zur Wirkung von Ceftriaxon bei Luftwegsinfektionen. Nährmittel-Symposium 1981. Ceftriaxon (ROCEPHIN) ein neues parenterale Cephalosporin. 8-10. September 1981. 825-826. ROCEPHIN 1981/180. 20.- Farnes, M., Haves, L., Pyri, J.C., Clark, M.R. Ergebnisse der klinischen Prüfung von Ceftriaxon. In: Ceftriaxon (Rocephin). Ein neues parenterale Cephalosporin. Symposium Basilea 1981. 21.- 384-15. Ed. I. Dent y cols. Basilea, Gneerach. Ediciones Roche. 1982. 21.- Cadot, M., Denis, F., Felle H., Diep Mar L. Treatment of purulent meningitis with a new cephalosporin ROCEPHIN (Ro 13-9904). Clin. bacteriol. and pharmacol. observations in 34 cases. Chemotherapy 27 (Suppl. II), 57-61 (1981). 22.- Rodriguez-Noriega, E., Quintana-Pérez, M.P., Campa-Arbe, G., Pérez-Ruvalcaba, J.A., Morales-Reyes, J.J., Hernández-Sugarín, D. The value of ceftriaxone (CTX) once daily in the treatment of bacteremia: A randomized, comparative trial versus 1.0 g cefotaxime and tobramycin C x T. In: 17th International Congress of Internal Medicine, October 7-12, 1984, Kyoto/Japan, p. 349. Abstract No. 555. 23.- Rodriguez-Noriega, E., Quintana-Pérez, M.P., Pérez-Ruvalcaba, J.A., Hernández-Sugarín, D., Campa-Arbe, G., Morales-Reyes, J.J. Ceftriaxone (CTX) in typhoid fever: An experience. 4th Mediterranean Congress of Chemotherapy, 19-25 October 1984, Rhodes/Greece. Abstracts p. 53. Abstract No. 81.

Información abreviada y exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. Reg. No. 088884 y 104545 S.A. marca registrada. I. MED. 088-385J y LLE 2497J/ R. C. 11. 884R A. 259-88



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

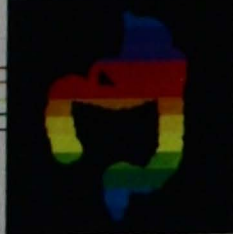
Firma

Colaboración por 1 año (4 números)

México	\$ 5,500.00 M. N.
América, España y Portugal	\$ 30 Dls. U. S. A.
Otros países	\$ 30 Dls. U. S. A.



Cistitis
Uretritis

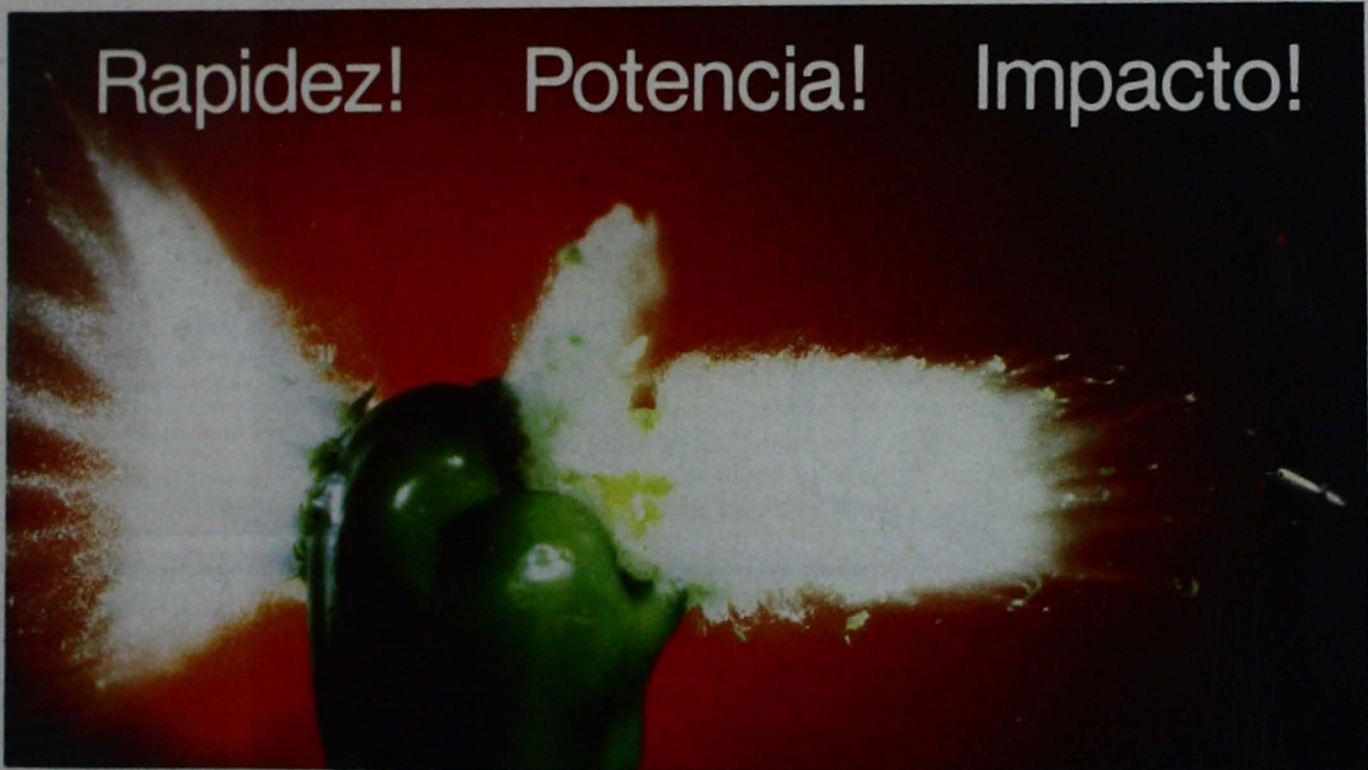


Gastroenteritis-Colitis
Diarrea Infecciosa
Salmonelosis
Tifoidea



Amigdalitis
Faringitis
Neumonía y
Bronquitis

Rapidez! Potencia! Impacto!



Tecnología de alta precisión. Fotografía tomada con un microflash estroboscópico, a una exposición de 1/3 de microsegundo, usando un film Ektachrome 200 con una cámara Haselblad; el flash fue activado mediante las ondas producidas por el movimiento de la bala. Foto del Dr. James Hyzer. Departamento de Mecánica de Materiales, Universidad de Strathclyde, Glasgow, Escocia

El cambio a

PENAMOX *
es a nivel mundial
AMOXICILINA

Amplio espectro bactericida cada 8 horas

FORMULAS:

Cada cápsula contiene amoxicilina trihidratada equivalente a 500 mg de amoxicilina. Cada cucharadita de 5 ml contiene amoxicilina trihidratada equivalente a 250 mg de amoxicilina. Cada tableta contiene amoxicilina trihidratada equivalente a 1 g de amoxicilina. Cada cucharadita de 5 ml contiene el equivalente a 500 mg de amoxicilina; Frasco ampulita conteniendo amoxicilina sódica equivalente a 250 mg de amoxicilina; Frasco ampulita conteniendo amoxicilina sódica equivalente a 500 mg de amoxicilina

PRESENTACIONES:

Cápsulas de 500 mg, caja con 9; Suspensión de 250 mg, frasco para 60 ml; Tabletas de 1 g, caja con 6; Suspensión de 500 mg, frasco para 45 ml; Inyectable de 250 mg, 1 frasco ampulita, frasco con solvente (agua inyectable) 2 ml; Inyectable de 500 mg, 1 frasco ampulita, frasco con solvente (agua inyectable) 2 ml

INDICACIONES:

Amigdalitis, Faringitis, Bronquitis, Neumonía, Otitis, Diarrea Infecciosa, Salmonelosis, Gastroenteritis-Colitis, Tifoidea, Cistitis, Uretritis, infecciones de piel y tejidos blandos

DOSES:

Niños: Una cucharadita de 5 ml de suspensión de 250 ó 500 mg cada 8 horas, dependiendo de la gravedad de la in-

fección. Si se prefiere la vía inyectable, una ampulita de 250 mg cada 8 horas por vía intramuscular. Adultos: Una cápsula de 500 mg o una tableta de 1 g, cada 8 horas, dependiendo de la gravedad de la infección. Si se prefiere la vía inyectable, una ampulita de 500 mg cada 8 horas, por vía intramuscular. Ponderal: 50 a 100 mg/kg/día repartidos en tres tomas iguales, cada 8 horas

PRECAUCIONES:

1.- No existe en el mercado penicilina que no ofrezca peligros. 2.- La sensibilidad de cada persona al medicamento es el factor desencadenante de reacciones alérgicas leves o graves. 3.- La penicilina, siendo inofensiva para la mayoría de los pacientes, en otros resulta perjudicial, por lo que solamente el médico, basándose en su experiencia y en las reacciones anteriores de las personas por el uso del medicamento, determinará si debe o no ser usado. 4.- La penicilina es un medicamento útil dentro de la terapéutica actual y su prescripción y uso quedarán bajo la estricta responsabilidad del médico. 5.- En el caso de que se presenten accidentes por penicilina, se recomienda la aplicación inmediata de adrenalina al milésimo por vía intramuscular. Podrán utilizarse asimismo, otros recursos cuando el médico así lo estime pertinente, tales como: antihistamínicos, esteroides y otros

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 la transaminasa glutámico-oxalacética, agranulocitosis con mononucleosis, hipertensión endocraneana benigna y encefalopatías.

CONTRAINDICACIONES:

Sensibilidad a la penicilina

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:

Interfiere con los anticonceptivos en la circulación enterohepática de los estrógenos

*Marca Registrada

Regs. Nos. 78552, 78554, 0127M79 y 68252 S.S.A.

Literatura exclusiva para médicos

Su venta requiere receta médica.

I. Med. MDE 623/J

Hecho en México por:

Beecham Farmacéutica, S.A. de C.V.

Miguel Ángel de Quevedo No. 307

Coyoacán 04310, México, D.F.

Beecham
La Autoridad en Penicilinas



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

OTANEST

Analgesia inmediata
y anestesia sostenida,
para su prescripción exclusiva.

OTANEST.

Fenazona: Acción analgésica.

Benzocaína: Acción anestésica.



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 Otitis 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	Jarabe Cada 100 ml. contiene:
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 BohigasDIRECTIVA DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
1986-1987*Presidente*
Dr. Guillermo Hernández
Valencia*Vice-Presidente*
Dr. Francisco Martínez Gallardo
*Secretario*Dr. Rafael Rivera Camacho
Tesorero
Dr. Víctor E. Vera MartínezDir. Gral. de Derecho de Autor
Registro No. 228-78
Certificado de licitud
de contenido 929
Certificado de licitud
de título 1625
Eugenia 13-403 C. P. 03810
México, D. F. Tel.: 543-93-63Dirección de Correos
Correspondencia de 2a. clase
Registro DGC No. 073 0985
Características 220241116
Impreso en México por:
IMPRESOS REFORMA, S. A.
Dr. Andrade No. 42 Col. Doctores
06720 México, D. F.

FUNDADA EN 1949

PAGINA DEL DIRECTOR

Los conceptos éticos que han regido el ejercicio de la Medicina a lo largo de los siglos, han sufrido constantes modificaciones que han dependido de los cambios que cada sociedad experimenta en su tiempo. A pesar de estas lógicas variaciones, existe una escala de valores universales que mantienen su vigencia. Uno de los documentos que continúa normando muchos de nuestros actos en el ejercicio de la Medicina, es el juramento Hipocrático, escrito hace 2500 años, en donde se plasma el código ético que regía a la escuela hipocrática, que además de haber revolucionado los conceptos que sobre la enfermedad se tenían, enmarcó al ejercicio de la Medicina dentro de una escala de valores éticos que han dignificado al ejercicio de la profesión médica a lo largo de los siglos.

Mucho se habla del juramento hipocrático, pero a menudo poco se recuerda lo que textualmente dice. ¿Qué de aquello escrito hace más de dos milenios mantiene vigencia? ¿Qué es lo que sólo tiene un valor histórico?

Se inicia el juramento con las siguientes palabras:

"Juro por Apolo médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento". Podemos deducir cuan trascendental resultaba el ejercicio de la Medicina para aquellos hombres, que se comprometían ante sus dioses, invocando sus más altos sentimientos religiosos.

Continúa: "Aquel quien me enseñó este arte, lo querré como a mis padres, él participará de mis ingresos y si lo desea de mis bienes. Consideraré su descendencia como hermanos míos y les enseñaré este arte sin cobrarles nada si lo desean aprender". Se sintetiza aquí el deseo y compromiso de transmitir a otros sus conocimientos o destrezas, y se percibe el afecto hacia los maestros; quien lo haya percibido, no creo que discrepe en considerarlo como un valor humano de muy especial connotación y me refiero a la manifestación auténtica, no a la lisonja pasajera, interesada, sin valor, hablo de la relación que el tiempo no borra cuando ésta ha sido auténtica y recíproca. Es también peculiar el percibir ese sentimiento cuando se ha sido maestro y se es honrado con la amistad y respeto de los alumnos.

Sigue el juramento: "Instruiré por precepto, por discurso y en todas las demás formas, a mis hijos, a los hijos de quien me enseñó y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica y no la de otras personas". ¡Cuánta perfección conceptual en este párrafo! Confiere al ejercicio de la Medicina una calidad intrínseca que la hace totalmente diferente de cualquier otra actividad. Repite el fuerte compromiso del maestro hacia el alumno. Por otra parte relata con la mayor naturalidad, las múltiples formas de transmitir conocimientos y destrezas; resulta a veces ridículo, salvadas las distancias y los aportes auténticos de la metodología de la enseñanza, cómo ciertos "especialistas de la materia" de nuestros días, pretenden aportar innovaciones a la enseñanza médica; seguramente si aquellos médicos de la escuela hipocrática o Hipócrates mismos los escucharan, esbozarían una sarcástica sonrisa cuando no una carcajada.

Encierra también el párrafo el compromiso de la enseñanza de padres a hijos, tradición que en cierta forma se conserva hasta nuestros días; baste observar cómo a lo largo de los años existen familias de médicos, que por dos o más generaciones han seguido la misma profesión.

Enseguida el juramento reza: "Llevaré a cabo este régimen, el cual de acuerdo a mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y los apartaré del perjuicio y del error. A nadie daré drogas mortales aunque me lo soliciten, ni daré consejos para tal fin. De la misma manera no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y la de mi arte alejados de la culpa". Nadie podrá negar que en los conceptos aquí plasmados, se aprecia el fuerte compromiso moral al que se somete ante sí mismo, para protección de los enfermos y toca dos temas que a 2500 años de distancia siguen despertando polémicas en nuestros días, la eutanasia y el aborto.

Sigue el juramento: "No operaré a nadie por cálculos, dejando tal trabajo a los que se dedican a esta práctica". Aquí apreciamos, que al margen del estatus médico que ciertas actividades pudieran conllevar en aquella época, se deja implícita la necesidad de hacer solamente aquello para lo que se está preparado, valor de indudable vigencia actual.

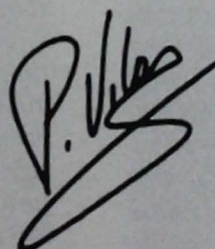
Más adelante afirma: "A cualquier casa que entre será para beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario o corrupción y de lasciva con hombres o mujeres, libres o esclavos". Persiste la continuada preocupación para mantener en todo momento del ejercicio profesional, los más altos valores morales en beneficio del enfermo, con un gran respeto por su integridad física y emocional, alejando al médico de las debilidades humanas. Por otra parte otro de los valores humanos que se considera en este párrafo, es el de ver a todos los hombres como iguales, libres o esclavos, por el solo hecho de estar enfermos, concepto de gran jerarquía, si pensamos que en la Grecia de aquellos tiempos, la esclavitud era una práctica aceptada como normal.

Continúa el juramento: "Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión o fuera de ella oiga o vea en la vida de los hombres, que no tenga que hacerse público, manteniendo estas cosas de tal forma que no puedan hablarse". ¡Cuánto terreno hemos perdido en lo que por años fue un valor celosamente cuidado por los médicos! El secreto profesional por lo general aún es salvaguardado en la Medicina privada, pero en la institucional o asistencial, gran parte de la privacidad del enfermo se pierde; si bien en ocasiones los médicos somos culpables, existen otros factores de difícil solución, como son: el manejo de los expedientes clí-

nicos por muchas personas no médicas, la intromisión de los medios de comunicación masiva en la vida íntima de enfermos que son figuras públicas y en otro aspecto las auditorías fiscales que legal o ilegalmente involucran a los expedientes clínicos. Creemos que el secreto médico es un valor al que no debemos renunciar. Cada uno de nosotros con cada enfermo, cada día y en cada hospital, debemos enmendar muchos de los vicios en los sistemas de atención masiva entre los cuales está ese acto tan íntimo que sólo se da en la relación médico-paciente. Hagamos por nuestros enfermos aquello que quisiéramos para nosotros si nos aquejara una enfermedad.

Finalmente el juramento termina diciendo: "Ahora sí cumplo este mi juramento y no lo rompo, que los frutos de la vida y del arte sean míos, que sea siempre honrado por los hombres y que todo lo contrario me suceda si lo rompo y soy perjuro".

Ojalá quienes norman hoy en día el ejercicio de la Medicina en diferentes lugares, supieran de este párrafo y entendieran los valores intrínsecos tan grandes que el ejercicio de la Medicina conlleva, que se dieran cuenta cómo a pesar del deterioro de la relación médico-paciente causada por estos sistemas de atención masiva, existen aún médicos fieles a este código que contempla tan sublimes valores morales. Si existiera un poco más de sensibilidad de lo que todo esto significa, al margen de los deslumbrantes avances tecnológicos, cuánto ganarían nuestros sufridos enfermos.



P. Vilar-Puig
Director-Editor

Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología aparece en los siguientes índices bibliográficos:
Excerpta Médica. Holanda
Index del Instituto de Información Científica de la Academia de Ciencias de la U.R.S.S.
Index Panamericano. Brasil
Periódica. Índice de Revistas Latinoamericanas de Ciencia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Trabajos prospectivos

Reparación del esófago cervical con segmento libre de yeyuno y anastomosis microvasculares

Dr. Ramón ESCAJADILLO**
Dr. Publio APREZA**
Dr. José PINEDA**

Resumen.- La resección de la faringe y el esófago suele estar indicada para el tratamiento de los tumores malignos así como de las estenosis traumáticas o cáusticas del tracto aerodigestivo superior. La transposición de un segmento libre de yeyuno revascularizado, es uno de los métodos que más ventajas ofrece para la reconstrucción, debido a la poca tendencia a formar estenosis y al desarrollo de un buen mecanismo de deglución. El método requiere de una técnica depurada, especialmente en lo concerniente a las anastomosis microvasculares. En el presente trabajo se demuestra la utilidad del procedimiento mediante un estudio prospectivo efectuado a 6 perros, en los que se empleó la transposición de un segmento libre de yeyuno revascularizado. En tres de los animales la porción proximal del yeyuno se anastomosó al defecto esofágico superior experimentalmente creado y en los 3 restantes la anastomosis se realizó a la piel cervical. En 4 de los 6 animales se observó

una buena integración del segmento de yeyuno con adecuada funcionalidad.

Summary.- Pharynx resection and partial esophageal removal is indicated in treatment of malignancies and caustic or traumatic stenosis of the superior respiratory and digestive tract. Transposition of revascularized jejunal segment is a well accepted surgical procedure because usually no stenosis is developed and a good function is obtained. Microvascular anastomosis requires a most accurate technique. Personal experience with this procedure in 6 dogs is reported. Proximal jejunal segment was sutured to proximal esophageal portion in 3 dogs and to the cervical skin in 3 more animals. An adequate healing and function was obtained in 4 dogs.

INTRODUCCION

La resección de la faringe y del esófago cervical puede ser necesaria para el tratamiento de tumores y estenosis traumáticas o cáusticas del tracto aerodigestivo superior.

Técnicas previas de reconstrucción faringo-esofágica consistieron en el uso de colgajos de piel

cervical (Wookey, 1942)¹, colgajos deltopectoriales tipo Bakamjian;² sin embargo, son procedimientos que requieren de varios tiempos quirúrgicos y presentan una tendencia a la formación de estenosis en las suturas mucocutáneas.³ El colgajo pectoral miocutáneo ha resuelto algunas de las inconveniencias de los métodos anteriores, pero es difícil su aplicación en la reconstrucción de estenosis benignas, debido al abultamiento de su pedículo muscular. Por otro lado, la interposición de estómago⁴ es un método eficaz de rehabilitación posterior a la laringofaringsofagectomía, pero presenta el inconveniente de la necesidad de movilizar y resecar el esófago y la laringe, lo que, para el tratamiento de padecimientos benignos, resulta demasiado mutilante.

La transposición de segmentos libres de yeyuno revascularizados en la región cervical se ha reportado en animales de experimentación desde 1907;⁵ sin embargo, no fue sino hasta que Seidenberg, en 1959,⁶ así como Jacobson y Suárez, en 1960,⁷ con el desarrollo de técnicas microscópicas para las anastomosis vasculares, hicieron más confiable la aplicación de estos segmentos libres de intesti-

* Trabajo premiado en el XXXVI Congreso Nacional de Otorrinolaringología. Puerto Vallarta, Jal. Mayo, 1986. México.

** Universidad Autónoma de Baja California. Tijuana, B.C. México.

no. Algunas de las ventajas de esta técnica son la resistencia a la formación de estenosis en el sitio anastomótico, una buena rehabilitación de la deglución, libertad de reparación de defectos a cualquier nivel cervical del esófago y faringe, excelente sobrevivencia del intestino, además de que, en estenosis benignas, la reconstrucción puede llevarse a cabo sin la resección de la laringe y el esófago. Es objetivo del presente trabajo es poner en práctica esta técnica en animales de experimentación (perros) para su posible aplicación en humanos.

MATERIAL Y METODOS

Se intervino a un total de 6 perros sanos, con peso de 10 a 20 Kg. A todos se les dio quimiopropilaxis con cefalosporina, 30 mg/Kg un día previo al acto quirúrgico y los 3 días subsecuentes.

Bajo anestesia general con nembutal intraperitoneal a dosis de 1 mg/Kg y colocación de cánula orotraqueal, se realizó una incisión en cuello sobre la línea media desde el hioides hasta el manubrio esternal, indentificando la vaina carotídea y la arteria tiroidea superior, así como las venas yugular externa e interna. En seguida, se procedió a liberar la laringe para permitir una rotación de la misma, con una exposición adecuada del segmento de esófago cervical por retirar. Posteriormente se realizó una incisión paramedia abdominal sobre el cuadrante superior izquierdo, identificando al ligamento de Trietz, y a 30 cm por debajo de éste se escogió un asa de yeyuno con vasos nutricios de adecuado calibre, provenientes de la arteria mesentérica superior. Se disecó, sin lesionar, el pedículo vascular, y se cortó el segmento de yeyuno (aprox. 5 cm), dejándole adherido

a su pedículo vascular y puesto en una compresa de solución salina para verificar su irrigación. Posterior a la anastomosis yeyuno-yeyuna, se cortó el pedículo vascular del segmento, procediendo a la transposición del yeyuno, mientras que parte del equipo quirúrgico realizó el cierre de la cavidad abdominal.

En 3 animales, la porción proximal del yeyuno se anastomosó a la del defecto esofágico superior a través de una sutura con vicryl 3-0 en una sola capa. En seguida, se procedió a la preparación de las arterias y venas por anastomosar.

En todos se facilitó el uso de la arteria tiroidea superior para la anastomosis término-terminal con la arteria mesentérica; sin embargo, debido a la gran variación anatómica de las venas yugulares en el perro, en 3 se realizó una anastomosis término-lateral entre la vena mesentérica y la yugular externa, en 2 con la yugular interna, y en uno, anastomosis término-terminal con la vena facial. Se empleó nylon 9-0 para las suturas vasculares, así como el microscopio quirúrgico a 10 y 16 aumentos (ver Fig. 1). En seguida, se procedió a concluir la anastomosis término-lateral de la porción distal del yeyuno con la esofágica inferior.

En otros 3 animales, la porción proximal del yeyuno se anastomosó a la piel cervical lateral a la incisión quirúrgica, pasando el segmento por debajo de los músculos del cuello y realizando una anastomosis término-lateral con el esófago cervical, en una sola capa con vicryl 3-0, por lo que en ellos no se retiró un segmento del esófago, sino sólo se hizo una incisión lateral para la anastomosis (ver Fig. 2).

Al término del procedimiento se observó el intestino transpies-



Figura 1.- Fotografía que muestra las anastomosis microvasculares realizadas. La flecha superior señala la anastomosis entre la arteria mesentérica y la arteria tiroidea superior. La flecha inferior muestra la microanastomosis entre la vena mesentérica y la facial.



Figura 2.- Fotografía que muestra la boca anastomótica creada en la piel cervical lateral al anastomosar la porción proximal del yeyuno.

to por un lapso de 10 minutos, con el objeto de corroborar su adecuada irrigación, procediendo a cerrar por planos la herida del

cuello. La alimentación post-operatoria se efectuó mediante la administración subcutánea de soluciones parenterales por 3 a 4 días. Los animales se evaluaron por un mínimo de 4 semanas de post-operatorio, después de las cuales se les sacrificó para valoración clínico-patológica de la porción del asa interpuesta y de las microanastomosis vasculares realizadas. En los casos de muerte prematura del animal, se realizó el mismo procedimiento.

RESULTADOS

Cuatro de los 6 animales sobrevivieron el mes de post-operatorio programado para su valoración clínico-patológica (66%). Un animal murió en el post-operatorio inmediato, debido a exceso en dosis anestésica y desequilibrio electrolítico, y otro a las 2 semanas, secundario a infección local de la herida quirúrgica y sepsis. El estudio post-mortem demostró una gran fibrosis muscular y del segmento de yeyuno implantado, en este caso, hacia piel (ver Fig. 3).

El procedimiento quirúrgico fue bien tolerado por los animales, y la hidratación por vía subcutánea, aunque traumática, evitó el uso de sondas nasogástricas o de gastrostomía, las que con frecuencia son retiradas por el animal.

Los perros iniciaron la alimentación oral entre el 4o. y 5o. día, de post-operatorio, ofreciéndoseles dieta sólida al 8o. día, la cual aceptaron sin dificultad; no hubo desarrollo de fístulas ni dehiscencias de herida.

El estudio post-mortem demostró en 4 de los animales una buena integración del segmento de yeyuno anastomosado, con conservación de su arquitectura (ver Fig. 4), así como de los vasos anastomosados. En uno de los

animales se observó una discreta fibrosis perivascular con estenosis parcial del vaso arterial, pero sin llegar a la oclusión total.

Los animales en los que el yeyuno se anastomosó a la piel cervical presentaron una tendencia hacia la estenosis, pero durante el estudio, al introducir una sonda de Foley a través de la bo-

ca anastomótica, se hizo patente la presencia del lumen yeyunal y la permeabilidad de la anastomosis término-lateral con el esófago.

COMENTARIO

El uso de segmento libre de yeyuno revascularizado ha demostrado ser una técnica confia-



Figura 3.- Fotografía del estudio post-mortem realizado en uno de los perros en que se muestra una gran fibrosis muscular y del segmento de yeyuno implantado, en este caso hacia piel.



Figura 4.- Fotografía que muestra parte del segmento del yeyuno anastomosado. Nótese la adecuada conservación de la arquitectura.

ble para restablecer la continuidad del esófago, 3-11 con un porcentaje de éxito del 85 al 90%, mismo que se habría obtenido en este estudio si anulamos al perro que falleció por complicaciones anestésicas.

La disfagia persistente y la estenosis han sido problemas frecuentes con el empleo de otros métodos de reconstrucción hipofaríngea y esofágica cervical, hecho que no se observa a menudo con esta técnica.

Algunas de las indicaciones para el uso de segmento libre de yeyuno revascularizado son:

1) Reconstrucción posterior a laringofaringectomía total en pacientes con o sin radioterapia previa; 2) Reparación de estenosis traumáticas y caústicas de la faringe y el esófago cervical; 3) Cuando otros métodos de reconstrucción hipofaríngeo-esofágica han fallado.

Aunque el empleo de segmento libre de yeyuno revascularizado requiere de experiencia en

cirugía microvascular, ésta puede ser rápidamente adquirida si existe interés por practicar en el laboratorio con animales de experimentación, tiempo que vale la pena invertir para ofrecer un procedimiento que se realiza en un solo acto quirúrgico, y que mantiene un mecanismo deglutorio muy cercano a lo fisiológico, con un porcentaje de confiabilidad alto y relativa baja morbi-mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Wookey, H.*: The surgical treatment of carcinoma of the pharynx and upper esophagus. *Surg. Gynecol. Obstet.* 75: 499-506, 1942.
- 2.- *Bakamjian, V.Y.*: A two-stage method for pharyngoesophageal reconstruction with a primary pectoral skin flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 36: 173-184, 1965.
- 3.- *McCaffrey, T.V. y Fisher, J.*: Repair of traumatic cervical esophageo stenosis using microvascular free jejunum transfer. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 93: 512-516, 1984.
- 4.- *Ong, G.B. y Lee, T.C.*: Pharyngogastric anastomosis after oesophago-pharyngec-

- tomy for carcinoma of the hypopharynx and cervical oesophagus. *Br. J. Surg.* 48: 193-200, 1960.
- 5.- *Carrel, A.*: The surgery of blood vessels, etc. *John Hopkins Hosp. Bull.* 18: 18-28, 1907.
- 6.- *Seidenberg, B., Rosznak, S.S., Hurwitt, E.S., et al.*: Immediate reconstruction of the cervical esophagus by a revascularized isolated jejunal segment. *Ann. Surg.* 149: 162-171, 1959.
- 7.- *Jacobson, J.H. y Suárez, E.L.*: Microsurgery in anastomosis of small vessels. *Surg. Forum* 11: 243-245, 1960.
- 8.- *Fisher, S.R., Cole, T.B., Meyers, W.C., et al.*: Pharyngoesophageal reconstruction using free jejunal interposition grafts. *Arch. Otolaryngol.* 111: 747-752, 1985.
- 9.- *McConnel, F.M.S., Hester, R., Nahai, F., et al.*: Free jejunal grafts for reconstruction of pharynx and cervical esophagus. *Arch. Otolaryngol.* 107: 476-481, 1981.
- 10.- *Martínez Gutiérrez, F., Barrera Franco, J.L. y Ramos Ramírez, J.G.*: Reconstrucción del esófago cervical utilizando un segmento de asa yeyunal con anastomosis microvascular. Presentación de un caso. *Anales Soc. Mex. Otorrinolar.* 30: 101-104, 1985.
- 11.- *Gluckman, J.L., McDonough, J.J., McCafferty, G.J., et al.*: Complication associated with free jejunal graft reconstruction of the pharyngoesophagus. A multi-institutional experience with 52 cases. *Head Neck Surg.* 7: 200-205, 1985.

Tratamiento del escleroma respiratorio con ciclofosfamida y tetraciclinas

Dr. Adolfo ZAPATA ZAMORA.*
Dr. Mario BARRON SOTO.*
Dr. J. Efraín MONTIEL OVIEDO.*

Resumen.- Se realiza un estudio comparativo con dos grupos de pacientes portadores de escleroma respiratorio. Un grupo fue tratado con el esquema tradicional de tetraciclinas durante seis meses, y el otro, con la combinación de tetraciclinas más ciclofosfamida durante diez meses, por ciclos de diez días cada uno, tomándose biopsias de control al inicio del tratamiento, a los seis meses, y al término del mismo. Los resultados fueron satisfactorios en el grupo de pacientes en que se utilizó la combinación ciclofosfamida más tetraciclinas, con un porcentaje de curación del 91.6%, y una diferencia estadísticamente significativa con el grupo tratado con tetraciclinas, sin haberse encontrado complicaciones hasta el momento del presente reporte por el uso de la ciclofosfamida.

Summary.- A comparative study between two patient's groups with respiratory scleroma is presented. First group was treated with tetracyclines, whereas the se-

cond one, was treated with tetracyclines plus cyclophosphamide during ten months, lasting ten days each cycle of treatment. Control biopsies were taken before treatment, 6 months later and once the therapy was finished. Results were satisfactory in the tetracycline-cyclophosphamide group, with a cure percentage of 91.6%. A significant statistical difference was obtained in relation to the tetracycline group. No complications were found in any patient.

INTRODUCCION

El escleroma respiratorio es una enfermedad inflamatoria granulomatosa, crónica y específica que tiene afinidad por la mucosa del tracto respiratorio alto. Por ello, algunos autores proponen que el término rinoscleroma debe desecharse, ya que sólo involucra la partición de la nariz como órgano de choque.^{1,2,3}

El primer reporte de esta entidad fue hecho por Von Hebra, dermatólogo Vienés, en 1870 apareciendo posteriormente reportes en Egipto hechos por Madden en 1922, Shaheen en 1953 y Handowsa y Elwi en 1958.^{4,5}

Esta enfermedad afecta por igual a hombres y mujeres, tenien-

do su mayor incidencia entre los 15 y los 35 años de edad. Su agente causal, la *Klebsiella rhinoscleromatis*, que tiene la característica de encontrarse en forma intracelular en los histiocitos, dando origen a las células de Mickulicz.

En la actualidad, existen varios métodos de laboratorio y gabinete que nos ayudan a realizar el diagnóstico; van desde el exudado nasal hasta la tomografía axial computarizada, siendo la biopsia la más importante, ya que a través de ella, podemos observar directamente al germen causal, mediante la tinción de Warthin-Starry, que permite apreciar las células de Mickulicz en la etapa florida; se caracterizan por ser grandes y vacuoladas, "espumosas", conteniendo a los microorganismos en su interior.^{6,7,8}

Topozada y colaboradores, han realizado estudios de microscopía electrónica, encontrando como hallazgos importantes: edema intercelular, bacilos intactos cubiertos por una capa de polisacáridos con defectos en la lámina basal y migración de polimorfocitos nucleares.^{9,10}

El tratamiento puede ser médico quirúrgico, dependiendo de la etapa en que se encuentre el pa-

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

ciente, ya que en los dos primeros estadios es útil el tratamiento médico, no así en la fase cicatricial, en la que el uso de antimicrobianos es inútil.

Múltiples autores preconizan el uso de antimicrobianos en el tratamiento del escleroma respiratorio, siendo la estreptomycinina el primero que se usó en 1948.^{12,13}

El consenso actual en el uso de antimicrobianos, es administrar tetraciclinas a dosis de 2 g al día, por un tiempo mínimo de dos meses para prevenir la recurrencia de la enfermedad, reduciéndose la dosis a 1 g al día después de un mes de tratamiento, con biopsias de control cada 3 meses.

En cuanto a la ciclofosfamida, cabe decir que no se había utilizado en esta enfermedad hasta fechas recientes. Pertenece al grupo de los citostáticos, y dentro de éstos, al grupo de sustancias donadoras de grupos alquilicos por vía oral, que tienen la característica de combinarse con las células en cualquier fase de su ciclo.^{14,15}

El tratamiento generalmente se inicia con dosis de 2 a 3 mg por Kg de peso al día, durante diez días y por vía oral o endovenosa. Las dosis de mantenimiento son calculadas de forma que la cifra de leucocitos en la biometría hemática se mantengan entre dos y cinco mil por mm³, oscilando habitualmente entre 50 y 200 mg por día, por vía oral.^{15,16}

El tratamiento quirúrgico debe ser reservado para la etapa cicatricial, y estará indicado siempre que haya estenosis importante, o bien, obstrucción de las vías respiratorias altas.^{17,18,19,20}

MATERIAL Y METODOS

A).- MATERIAL:

Se incluyeron en el estudio a

todos los pacientes con diagnóstico de escleroma respiratorio en fase granulomatosa, a los cuales se les sometió a biopsia de las lesiones para confirmar el diagnóstico, sin haber recibido tratamiento previamente.

No se incluyeron aquellos pacientes con enfermedad intercurrente, así como aquellos que ya habían sido tratados previamente con otros esquemas terapéuticos.

Se excluyeron del estudio pacientes en la fase cicatricial de la enfermedad, en los que el tratamiento médico no está indicado, así como aquellos pacientes que por sus condiciones generales no se indica el uso de la ciclofosfamida.

B).- METODO:

Los pacientes se dividieron en dos grupos:

El grupo I (grupo problema) con 12 pacientes, y el grupo II (grupo control) con 14 pacientes, haciendo un total de 26 pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 10 y los 54 años de edad.

Al grupo I se le administró intrahospitalariamente ciclofosfamida a dosis de 200 mg al día, por diez días cada mes, durante 10 meses, en combinación con tetraciclinas a dosis de 2 g al día por siete días por vía oral, también cada mes durante diez meses, tomando biopsias de control al inicio del tratamiento, a los cinco, y a los diez meses.

El grupo II fue tratado con tetraciclinas a dosis de 2 g al día por vía oral durante un mes, y posteriormente 1 g al día por cinco meses más para completar seis meses de tratamiento, siendo biopsiados los pacientes al inicio y término del mismo.

RESULTADOS

Se consideraron curados los

pacientes que al término del tratamiento presentaron una mejoría clínica evidente con negatividad de las biopsias de control, y como fracasos aquellos en los que persistió la sintomatología, y las biopsias al término del tratamiento fueron positivas.

Las biopsias de control en el grupo I al final del tratamiento resultaron negativas en 11 casos (91.6%), y solamente 1 positiva (8.33%). La evolución clínica fue satisfactoria en los once pacientes, desapareciendo la obstrucción nasal y la rinorrea por completo.

Ninguno de los pacientes presentó alopecia, ni alteraciones de la fórmula blanca con la administración de ciclofosfamida. En todos los pacientes de este grupo, hubo síntomas de irritación gástrica, incluyendo pirosis, regurgitaciones ácidas, náusea y vómito, este último en forma importante en 3 pacientes en el primer ciclo de tratamiento, siendo controlado con gel de aluminio y magnesio, y dimenhidrinato por vía I.M.

En el grupo II (14 pacientes), las biopsias al término del tratamiento fueron positivas en 7 casos (50%), y negativas en 7 casos (50%), correspondiendo la evolución clínica de los pacientes a los resultados obtenidos mediante la biopsia (Tabla I). Cabe mencionar que en este grupo de estudio no se presentaron reacciones secundarias importantes, ni alteraciones significativas en los estudios de biometría hemática, examen general de orina y depuración de creatinina.

Los resultados obtenidos en los dos grupos de estudio, fueron evaluados estadísticamente con la prueba "Z de proporciones", demostrando que la respuesta fue mejor cuando se usó la combinación de ciclofosfamida y tetraciclinas, dándonos un valor de P menor de 0.05, que es estadísti-

TABLA 1

	CURADOS	FRACASOS	TOTAL
GRUPO I	11 (91.6%)	1 (8.3%)	12
GRUPO II	7 (50%)	7 (50%)	14

PORCENTAJES DE CURACION.

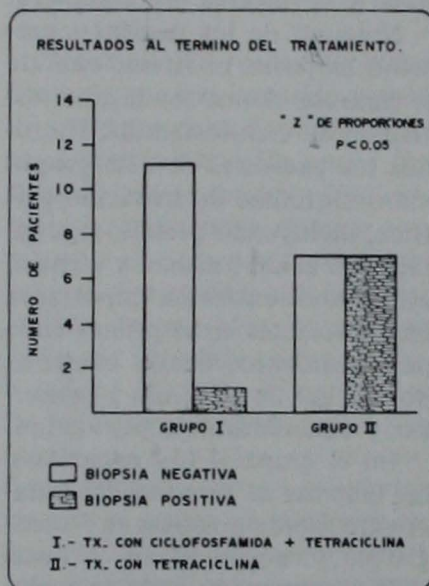


Fig. 1

camente significativo. (Figura 1)

COMENTARIO

Consideramos que los tratamientos convencionales usados hasta ahora en el escleroma respiratorio, no han dado buenos resultados, por lo que existe un alto índice de recurrencia entre estos pacientes, por lo anterior, y basados en que el germen causal es intracelular, que estableció el tratamiento combinado con un fármaco capaz de destruir las células

parasitadas como lo es la ciclofosfamida para hacer al germen extracelular, y de esta manera, facilitar la acción de las tetraciclinas (antimicrobiano de elección), en su acción de destrucción del germen causal.

De los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos afirmar que la combinación de la ciclofosfamida con las tetraciclinas, produce efectos secundarios controlables que disminuyen en el curso del tratamiento, en tanto que su acción conjunta nos da un alto índice de curación, razón por la que este esquema debe considerarse al seleccionar la terapéutica del escleroma respiratorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Goldman, L.: Pre Columbian Rhinoscleroma. Arch. Dermatology. 115: 106-107, 1979.
- 2.- Goldberg, N.S. y Canalis, F.R.: Rhinoscleroma as a cause of airway obstruction. Ear, nose and Throat J. 59: 145-149, 1980.
- 3.- Caldarelli, D.D. y Friedberg, S.A.: Medical and Surgical aspects of the granulomatous diseases of the larynx. Otolaryngol. Clin. North Am. 12: 767-81, 1979.

- 4.- Ballenger, J.J.: Chronic granulomas of the nose, throat, and ear. Lea and Febiger. Filadelfia E.U.A. 1977.
- 5.- Agarwal, M.K. y Samant, H.C.: Solitary scleroma of the larynx. Ear, nose and throat. 60: 315-317, 1981.
- 6.- Becker S.T. Shum, K. et al.: Radiological aspects of Rhinoscleroma. Head and Neck radiology. 141: 433-438, 1981.
- 7.- Nichol, W. y Meyer R. P.: Identification of Rhinoscleroma by immunoperoxidase technique. Laryngoscope. 93: 627-629, 1983.
- 8.- Stenberg, Ch. y Clarck, W.: Rhinoscleroma a Diagnostic Challenge. Laryngoscope. 93: 866-869, 1983.
- 9.- Topozada, H. y Mazloum, H.: The complement fixation test in Rhinoscleroma. The Journal Laryngol. and Otol. 97: 55-57, 1983.
- 10.- Topozada, H. et al.: The tunica propria in Rhinoscleroma. An electron microscopy study. Acta Otolaryngol. (Stock). 91: 595-604, 1981.
- 11.- Topozada, H. y Riad, W.: The epithelium and chronic inflammatory cells in scleroma. The Journal of Laryngol. and Otol. 95: 1049-1057, 1981.
- 12.- Murphy, P. J.: Two years of Otolaryngology in Ghana, West Africa. Arch. Otolaryngol. 107: 422-424, 1981.
- 13.- Shaer, M. y Rizk, M.: Local acriflavine. A new therapy for Rhinoscleroma. The Journal Laryngol. Otol. 95: 701-706, 1981.
- 14.- Goodman, K.: Drugs used in chemotherapy of neoplastic disease. Pharmacology. Capítulo 55. 1981 Ed. Interamericana 6a. edición.
- 15.- Kuschinsky, G.L.: Quimioterapia de los tumores. Manual de Farmacología 1975. Editorial Marín 5a. edición.
- 16.- Berkow, R. y Talbott, J.: Quimioterapia del cáncer-medicamentos antitumorales. Manual Merck. Editorial Merck Sharp and Dhome Research Laboratories 1978. 6a. edición.
- 17.- Murphy, P.J.: Ear, Nose and Throat-Head and Neck Surgery in a tropical region. Laryngoscope. 92: 61-64, 1982.
- 18.- Krajina, Z. y Vecerina, S.: Chronic stenosis of the larynx in children. Journal of Laryngol. Otol. 93: 81, 1979.
- 19.- Holinger, P.H. y Gelman, H.K.: Rhinoscleroma of the lower respiratory tract. Laryngoscope; 87: 1-9, 1977.
- 20.- Taha, A. y Fat-hi, A.: Surgical management of cicatricial post scleromatous sub glottic stenosis. The Journal of Laryngol. and Otol. 95: 827-833, 1980.
- 21.- Subich, I. et al.: Patologic quiz case 2. Rhinoscleroma. Arch. Otolaryngol. 105: 684-687, 1979.
- 22.- Whitaker, C. y Shum, K.T.: Clinical update on Rhinoscleroma. Laryngoscope. 92: 1149-1153, 1982.

Un método analítico del estudio rinomanométrico

Dr. Enrique AZUARA PLIEGO.*
Dr. José GUTIERREZ MARCOS.*
Dr. Tomás AZUARA SALAS.*
Dr. Rafael NAVARRO MENESES.*

Resumen.- En el presente trabajo se presenta un método para en el análisis de las curvas rinomanométricas, basándose en los conceptos de Cottle, pero mediante un registro que permite transformar en cifras los diferentes tipos de curva. Se estudiaron prospectivamente 623 enfermos que fueron sometidos a estudio clínico y rinomanométrico. Los autores consideran que es necesario simplificar y estandarizar el análisis de las curvas rinomanométricas, lo cual consideran alcanzar mediante el método propuesto, con ello la función nasal se puede valorar en forma objetiva y completa el diagnóstico clínico, además de favorecer el entendimiento de las alteraciones respiratorias.

Summary.- According to Cottle's criteria, a method to analyzed rhinometric graphics is proposed, transforming graphics into figures. Six hundred and twenty three patients were submitted to clinical and rhinometric studies. It's concluded that rhinometric registrations must be standardized

and simplified in order to obtain an objective method to evaluate nasal function and a better understanding of respiratory physiology.

INTRODUCCION

La rinomanometría es un procedimiento específico utilizado para hacer objetiva la función respiratoria nasal. Mide la cantidad de la presión aérea y los flujos en la cavidad nasal durante la respiración, pudiéndose calcular con la aplicación formularia de estas mediciones, las resistencias y coeficientes de trabajo.^{1,2}

Algunos autores han propuesto teorías referentes a los mecanismos reflexógenos que se desencadenan en la nariz crónicamente obstruida y que alteran la función pulmonar en sus mecanismos de respiración y ventilación,³ es por ello que pensamos que el conocimiento de la resistencia nasal obtenida en forma matemática de la relación presión/flujo (P/F), es fundamental para entender la fisiología y fisiopatología naso-pulmonar.

Existen múltiples reportes en la literatura mundial en los que se manifiestan diferentes méto-

dos para la elaboración y análisis de los estudios rinomanométricos^{1, 2, 4} y ⁵, sin embargo, cada uno de ellos propone un método analítico parcial de dicho estudio, por lo que nos parece importante la divulgación de un sistema de análisis de las curvas rinomanométricas, de fácil elaboración e interpretación que aunado a una buena evaluación clínica previa, permite establecer un diagnóstico y tratamiento más adecuados además de servir de parámetro estandar para establecer comparaciones pre y post-operatorias así como de recursos médico-legal accesible al entendimiento de cualquier facultativo.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio prospectivo de 623 pacientes vistos en la consulta privada, entre enero de 1982 y diciembre de 1984, a quienes se les sometió a un estudio clínico y rinomanométrico con olivas (RMN-ICS de dos canales de Cottle) por presentar patología nasal, fundamentalmente obstructiva. Todos los estudios rinomanométricos fueron evaluados mediante los siguientes parámetros; medición de la presión inspiratoria y espiratoria

* Otorrinolaringólogos. Médica Sur.

promedio (P), del flujo inspiratorio y espiratorio promedio (F), de la presión inspiratoria máxima (Pi max), de la amplitud total de un ciclo nasal (At) y el cálculo de la frecuencia respiratoria por minuto (Fr'), del tiempo en promedio que tardan en realizarse cuatro ciclos respiratorios (F₄R) y del volumen corriente o tidal (VT).

Dichos parámetros se obtuvieron por separado para cada fosa nasal, con y sin la aplicación de un vasoconstrictor (neosinefrina).

Todos los parámetros anteriormente mencionados fueron aplicados matemáticamente de acuerdo a las fórmulas utilizadas por Cottle (2), Hasegawa (6) y Drumheller (2): Tabla I

Tomando en cuenta que el resultado de los últimos tres índices (Cot, F₄R y FVNA), traduce en conjunto el trabajo que invierten la nariz y el tracto respiratorio bajo, para lograr los mecanismos de respiración y ventilación y que por separado cada uno de ellos no tiene significado clínico útil en la evaluación de un problema respiratorio.

Aplicando todas las fórmulas anteriores, se propone el siguiente sistema analítico, poniendo como ejemplo un caso; el que a continuación se describe (Fig. 1 y Tabla II).

CASO CLINICO

Masculino de 28 años. Obstrucción nasal bilateral vasculante de predominio derecho continúa de 2 años de evolución, secundario a traumatismo nasal.

EF.- Desviación septal obstructiva derecha II-III-IV e izquierda V. Curva Tipo II de Cottle. Resistencias parciales derechas aumentadas aún con vasoconstrictor, en fase inspiratoria y espiratoria. Resistencia total espiratoria derecha aumentada en relación al resto de las resistencias totales. Coeficientes de trabajo aumentados principalmente del lado derecho. Diagnóstico.- Síndrome de obstrucción nasal clínica y rinomanométricamente de predominio derecho.

En donde: R₁, Cot₁, F₄R₁ y FVNA₁ corresponden a las mediciones hechas en la fosa nasal derecha y R₂, Cot₂, F₄R₂, y FVNA₂ corresponden a las mediciones hechas en la fosa nasal izquierda, y en donde también se tiene R_{1CV}, Cot_{1CV}, F₄R_{1CV}, FVNA_{1CV} y R_{2CV}, Cot_{2CV}, F₄R_{2CV}, FVNA_{2CV} que corresponden a las mediciones hechas con el empleo del vasoconstrictor en la fosa nasal derecha e izquierda respectivamente.

Es importante señalar que se

manifiestan por separado los resultados de las resistencias tanto parciales como totales, ya sea en su forma inspiratoria o espiratoria, tomando en cuenta que los Cot, F₄R y el FVNA sólo son medidos utilizando las fracciones inspiratorias.

Para la evaluación final e integral del análisis consideramos los siguientes valores normales:

- 1.- Resistencias parciales = 1 a 6 (cm H₂O/lit/seg)
- 2.- Resistencias totales = menores a las parciales (cm H₂O/lit/s)
- 3.- Cot = 150 a 300
- 4.- F₄R = 150 a 300
- 5.- FVNA = 150 a 300

RESULTADOS

El método propuesto nos ha brindado excelentes resultados, ya que el tener una evaluación sencilla, integral y estandarizada de nuestros pacientes con alteraciones septales y/o de pirámide nasal, se corrobora si el manejo médico y/o quirúrgico establecido ha sido adecuado o no, ya que dichos estudios los hemos practicado previo al inicio del tratamiento y al finalizar el mismo, visualizando en forma objetiva todos los cambios que se han sucedido en cada paciente.

CONCLUSIONES

1.- Las formas utilizadas en este método son de fácil comprensión y aplicación matemática.

2.- Hace objetivo matemáticamente lo que sucede con la función nasal y los coeficientes de trabajo.

3.- No se requiere de material caro, exceptuando el rinomanómetro.

4.- Es de fácil entendimiento.

5.- Permite su discusión para

TABLA I

$$1.- \text{ Resistencia (R)} = \frac{\text{Presión (P)}}{\text{Flujo (F)}} \times 6 = \text{cm H}_2\text{O/lit/min} \quad (1)$$

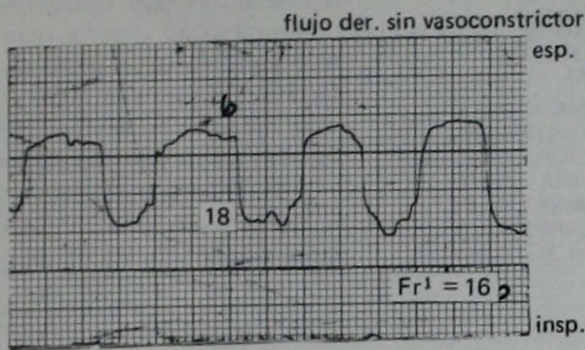
$$2.- \text{ Resistencia total nasal (R}_{tn}) = \frac{R_1 \times R_2}{R_1 + R_2} = \text{cm H}_2\text{O/lit/min} \quad (1)$$

$$3.- \text{ Coeficiente de trabajo (Cot)} = \text{Pi max} \times \text{Fr} \quad (2)$$

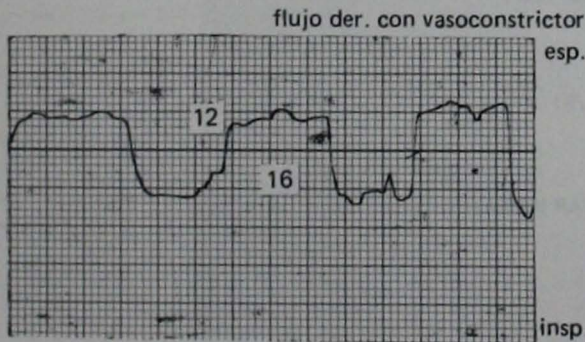
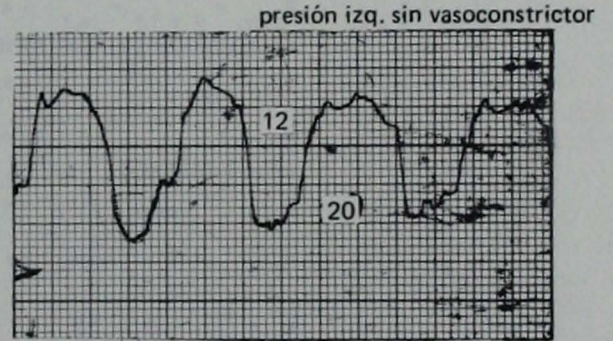
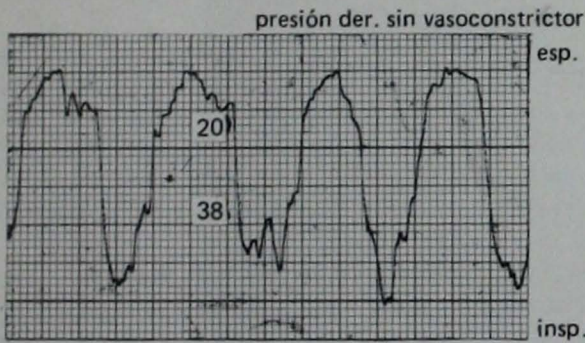
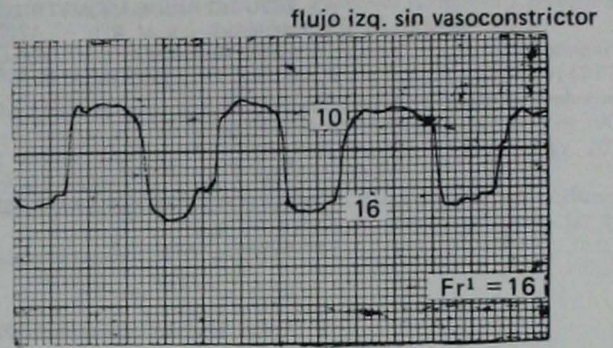
$$4.- \text{ Factor de cuatro respiraciones (F}_4\text{R)} = \text{Pi max} \times \text{tiempo de cuatro ciclos} \quad (2)$$

$$5.- \text{ Factor de ventilación naso-alveolar (FVNA)} = \text{At} \times \text{Fr} \times \text{VT} \quad (2)$$

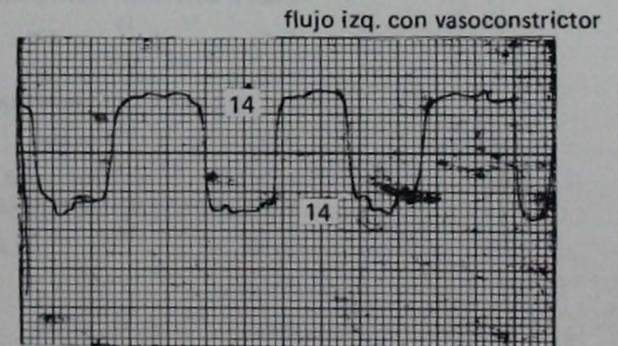
Figura 1



V.T. 500



V.T. 500



V.T. 500

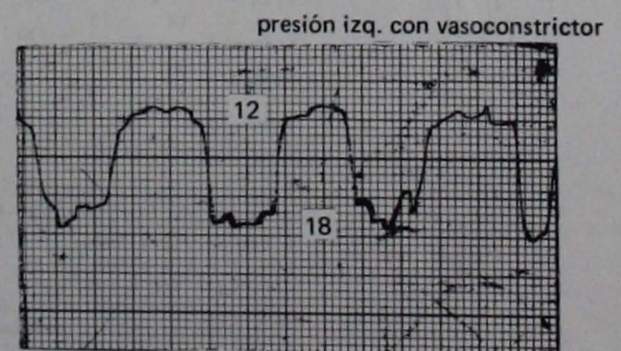
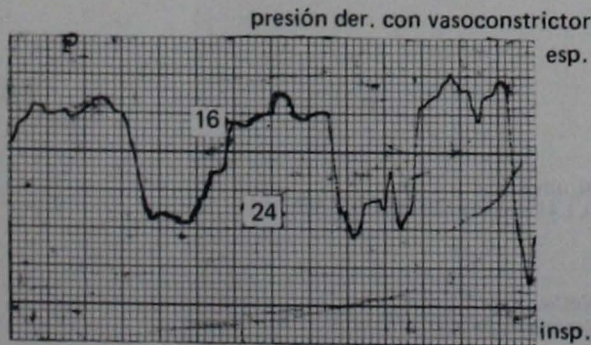


TABLA I

ESTUDIO RINOMANOMETRICO

NOMBRE V M R P EDAD 28 SEXO M FECHA 18-III-83

LADO DERECHO

RESISTENCIAS PARCIALES INSPIRATORIAS

$$R_1 = \frac{38}{18} \times 6 = 12.6$$

$$R_{1\text{ cv.}} = \frac{24}{16} \times 6 = 9$$

RESISTENCIAS PARCIALES ESPIRATORIAS

$$R_1 = \frac{20}{6} \times 6 = 19.9$$

$$R_{1\text{ cv.}} = \frac{16}{12} \times 6 = 7.9$$

RESISTENCIAS TOTALES INSPIRATORIAS

$$R_{\text{tn}} = \frac{12.6 \times 7.5}{12.6 + 7.5} = \frac{94.5}{20} = 4.7$$

$$R_{\text{tncv.}} = \frac{9 \times 7.7}{9 + 7.7} = \frac{69}{16.7} = 4.7$$

RESISTENCIAS TOTALES ESPIRATORIAS

$$R_{\text{tn}} = \frac{19.9 \times 7.2}{19.9 + 7.2} = \frac{143}{27} = 5.2$$

$$R_{\text{tncv.}} = \frac{7.9 \times 5.1}{7.9 + 5.1} = \frac{40.2}{13} = 3$$

LADO IZQUIERDO

$$R_2 = \frac{20}{16} \times 6 = 7.5$$

$$R_{2\text{ cv.}} = \frac{18}{14} \times 6 = 7.7$$

$$R_2 = \frac{12}{10} \times 6 = 7.2$$

$$r \quad R_{2\text{ cv.}} = \frac{12}{14} \times 6 = 5.1$$

COEFICIENTES DE TRABAJO INSPIRATORIO (Cot.)

$$\text{Cot.}_1 = \frac{38}{24} \times \frac{16}{16} = 608$$

$$\text{Cot.}_{1\text{ cv.}} = \frac{24}{16} \times \frac{16}{16} = 384$$

FACTOR DE CUATRO RESPIRACIONES (F₄R)

$$F_4 R_1 = \frac{38}{24} \times \frac{15}{15} = 570$$

$$F_4 R_{1\text{ cv.}} = \frac{24}{16} \times \frac{15}{15} = 360$$

FACTOR DE VENTILACION NASOALVEOLAR (FVNA)

$$\text{FVNA}_1 = \frac{56}{40} \times \frac{16}{16} \times .5 = 448$$

$$\text{FVNA}_{1\text{ cv.}} = \frac{40}{20} \times \frac{16}{16} \times .5 = 320$$

$$\text{Cot.}_2 = \frac{20}{18} \times \frac{16}{16} = 320$$

$$\text{Cot.}_{2\text{ cv.}} = \frac{18}{20} \times \frac{16}{16} = 288$$

$$F_4 R_2 = \frac{20}{18} \times \frac{15}{15} = 300$$

$$F_4 R_{2\text{ cv.}} = \frac{18}{36} \times \frac{16}{16} \times .4 = 270$$

$$\text{FVNA}_2 = \frac{36}{32} \times \frac{16}{16} \times .5 = 230$$

$$\text{FVNA}_{2\text{ cv.}} = \frac{32}{32} \times \frac{16}{16} \times .5 = 256$$

VALORES NORMALES

1. RESISTENCIAS PARCIALES 1 A6 (CM H₂O/lit/SEG.)
- 2.- RESISTENCIAS TOTALES.- MENORES A LAS PARCIALES (CM. H₂O/lit/SEG.)
- 3.- Cot = 150 a 300
- 4.- F₄R = 150 a 300
5. FVNA = 150 a 300
- 1.- Resistencias parciales = 1 a 6 (cm H₂ O/lit/seg.)
- 2.- Resistencias totales = menores a las parciales (cm H₂ O/lit/s)
- 3.- Cot. = 150 a 300
- 4.- F₄R = 150 a 300
- 5.- FVNA = 150 a 300

la mayor integración del estudio.

6.- Requiere que el médico o el técnico invierta un tiempo máximo de cinco minutos cuando se tiene la práctica necesaria, la cual se adquiere después de haber aplicado dicho método en un promedio de diez rinomanometrías.

7.- Convierte el estudio rinomanométrico en un recurso legal

de fácil entendimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Kern E.: Rhinomanometry, Otolaryngology 2, p.p. 1-18, 1979.
- 2.- Cottle, M.H.: Collected Writing and Reprint American Rhinologic Society Cottle "Kansas City Course" Vol. 1, p.p. 452-504, 1982.
- 3.- Ogura J.H. et. al.: Experimental Obser-

vations of the Relationships Between Upper Airway Obstruction and Pulmonary Function American Laryngology Assoc. 85: 40, 1964.

- 4.- Kern E.: Standardization of Rhinomanometry. Rhinology. 15: 115-119, 1977.
- 5.- Mc Cafrey y Kern E.: Clinical evaluation of Nasal Obstruction. A Study of 1000 Patients. Arch. Otolaryngology. 105: 542-545, 1979.
- 6.- Masegawa M. y Kern E.: The Human Nasal Cycle. Mayo Clin. Proc. 52: 28-34, 1977.

Síndrome de Usher

Dr. Alejandro CAMELO SHWARZ*

Resumen.- Se llevó a cabo un estudio prospectivo de 22 pacientes con síndrome de Usher y 19 con retinitis pigmentosa sin afeción auditiva. El grupo de enfermos con síndrome de Usher presentaron síntomas visuales a una edad promedio de 16 años, mientras que en los pacientes con retinitis pigmentosa sin afeción coclear, iniciaron las alteraciones oculares a una edad promedio de 29 años. En los casos con lesión coclear no se observó tendencia al aumento de la lesión durante el tiempo de seguimiento. En el grupo de enfermos con retinitis pigmentosa sin afeción coclear, se detectaron dos familias en las que por lo menos un miembro de cada una padecía del síndrome de Usher, lo que hace suponer que este síndrome en algunos casos se transmite en forma incompleta. Concluye el autor que en todo niño con una hipoacusia sensorineural congénita de etiología indeterminada, debe practicarse por lo menos una vez al año, una valoración oftalmológica, porque de lo contrario el síndrome puede pasar desapercibido.

Summary.- A prospective study was performed in 22 patients with Usher's syndrome and 19 with retinitis pigmentosa without auditory involvement. Usher's syndrome group presented visual problems at a mean age of 16 years, while the retinitis pigmentosa group without auditory involvement, presented ocular alterations at a mean age of 29. Cases with coclear involvement didn't have any tendency to worsening during follow-up. Two families were detected with retinitis pigmentosa and at least one member had a complete Usher's syndrome. This leads to suppose that Usher's syndrome can be transmitted as incomplete forms. The author points that every child with a congenital sensorineural hearing loss of unknown etiology, must be evaluated by an ophthalmologist once a year, otherwise Usher's syndrome can be mislead.

El Síndrome de Usher fue descrito en 1914 por el autor del mismo nombre,¹ y está caracterizado por: Hipoacusia neurosensorial media a profunda que aparece desde el nacimiento, y que es secundaria a la degeneración del órgano de Corti en las vueltas

basales de la cóclea, asociado a depleción de las células ganglionares y degeneración secular. Además hay acúmulo de pigmento en la retina que aparece progresivamente entre la 1a. y la 3a. décadas de la vida.

Inicialmente se manifiesta como una ceguera nocturna con disminución del campo visual (visión tubular), llegando frecuentemente a la ceguera total.²

Su transmisión es de tipo autosómico recesivo, aunque puede ser dominante y ligado al sexo.^{1,2} Cuando el anterior cuadro clínico se asocia a pénfigo eritematoso o seborréico, se le conoce como síndrome de Senear-Usher.³

OBJETIVO

En el presente trabajo se estudia en forma prospectiva a un grupo de pacientes con síndrome de Usher, y a un segundo grupo de enfermos afectados únicamente por retinosis pigmentosa. Se pretende determinar en el primer grupo, el grado de afeción auditiva y su probable evolución, la edad del inicio de los síntomas visuales en uno y otro grupo, además de los síntomas acompañantes y por último la frecuencia de

* Otorrinolaringólogo. Clínica Cuauhtémoc, Monterrey, N.L. México.

presentación en las familias de los pacientes afectados.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 22 pacientes, 13 masculinos y 9 femeninos con síndrome de Usher y 19 pacientes, 12 femeninos y 7 masculinos con retinosis pigmentosa sin afección auditiva, todos ellos atendidos a través de Fundación Mexicana de Retinitis Pigmentosa de Monterrey Nuevo León. En todos los casos los pacientes fueron valorados por un oftalmólogo quien determinó la presencia de pigmento en la retina. A todos se les practicó historia clínica completa, exploración otorrinolaringológica, audiometría tonal con vía aérea y ósea, logaudiometría, prueba de S.I.S.I., impedanciometría y reflejo estapedial. El audiómetro utilizado fue un Beltone 200-C de 2 canales, la logaudiometría se practicó con voz viva y el impedanciómetro fue un American manual.

Además de los estudios audiológicos se les practicó a los pacientes el siguiente cuestionario: 1.- Edad en que iniciaron sus síntomas visuales. 2.- Edad a la que se detectó su hipoacusia. 3.- Grado de progresión de la hipoacusia. 4.- Presencia de acúfeno. 5.- Presencia de alteraciones del equilibrio. 6.- Antecedentes de otros familiares aquejados por la enfermedad. 7.- ¿Hay alguna otra malformación congénita en la familia?

Para tratar de determinar en forma indirecta si la hipoacusia de nuestros pacientes era progresiva, se formaron tres grupos de pacientes de menor a mayor edad y se estudiaron sus audiometrías obteniendo gráficas promedio. Los grupos quedaron integrados de la siguiente manera: Grupo I con 7 pacientes de 21 a 31 años de edad. Grupo II con 7 pacien-

tes de 31 a 40 años de edad y el Grupo III con 8 pacientes de 44 a 56 años de edad.

RESULTADOS

En el grupo de pacientes con síndrome de Usher se demostró en todos los casos una hipoacusia de tipo neurosensorial media a profunda. La logaudiometría se practicó en 18 pacientes encontrando que nueve presentaron regresión fonémica y nueve presentaron curvas concordantes con la audiometría tonal. La prueba de S.I.S.I. fue positiva por lo menos para una frecuencia en 15 de los 16 pacientes en los que fue posible practicarla. La impedanciometría demostró curvas tipo "A" en todos los pacientes y el estudio de reclutamiento mediante reflejo estapedial fue positivo en todos los casos (tabla I).

Los audiogramas promedio en los tres grupos de edad formados, se demuestran en la Figura 1-A, B y C encontrando que entre los grupos I y II no existe diferencia significativa, mientras que en el grupo III se encuentra una caída específica para los tonos de 8000 Hz.

La frecuencia de aparición del síndrome en las familias de los pacientes estudiados se resumen en la tabla IV.

Otros hallazgos importantes detectados en la historia clínica de nuestros pacientes fueron: Un paciente presentó malformación del martillo en el oído izquierdo y otro hipoplasia de la mano derecha.

En el grupo de pacientes con retinosis sin afección coclear se encontró un promedio de edad de 29.1 años para el inicio de los síntomas visuales. Los estudios

TABLA I

ESTUDIO	No. DE PACIENTES	RESULTADOS
Logaudiometría	18	Regresión fonémica: 9 (50%) Curva de acuerdo a audiometría total: 9 (50%).
S.I.S.I.	16	Reclutamiento: 15 (93.75%)
Impedanciometría	22	Curva tipo A: 22 (100%)
Reflejo estapedial	22	Reclutamiento: 22 (100%)

Los resultados del cuestionario se resumen en las tablas II y III, encontrando que la edad promedio a la que refirieron iniciar con síntomas visuales fue a los 16.4 años en los hombres y de 16.5 años en las mujeres. Cuatro pacientes masculinos y cuatro femeninos refirieron que su hipoacusia había sido progresiva. Seis pacientes, tres masculinos y tres femeninos refirieron presentar vértigo o mareo en forma periódica y dos pacientes masculinos y dos femeninos refirieron acúfeno como síntoma constante.

audiológicos fueron prácticamente normales en todos los casos. Entre los antecedentes se detectó a un paciente que refirió tener a una tía abuela con síndrome de Usher y un paciente con una prima hermana portadora también del síndrome completo.

COMENTARIO

Considerando el número de pacientes estudiados en este trabajo, hace evidente su alta incidencia en nuestro medio, ya que en una población como Monte-

TABLA II

PACIENTES MASCULINOS

	EDAD	INICIO RETINOSIS	HIPOACUSIA	HIPOACUSIA PROGRESIVA	INESTABILIDAD	ACUFENO
1.-	34	8 años	8 años	si	si	no
2.-	49	15 años	7 años	no	si	no
3.-	31	16 años	4 años	no	no	no
4.-	35	16 años	3 años	no	no	no
5.-	31	16 años	3 años	no	no	si
6.-	21	15 años	3 años	si	no	si
7.-	22	20 años	2 años	no	no	ocasional
8.-	37	16 años	25 años	no	si	no
9.-	46	5 años	2 años	si	no	no
10.-	53	40 años	2 años	no	no	no
11.-	40	27 años	35 años	no	no	ocasional
12.-	29	4 años	2 años	no	no	no
13.-	56	16 años	14 años	si	no	no
		16.4 (prom.)	8.3 (prom.)	4	3	

TABLA III

PACIENTES FEMENINOS

	EDAD	INICIO RETINOSIS	HIPOACUSIA	HIPOACUSIA PROGRESIVA	INESTABILIDAD	ACUFENO
1.-	28	2 años	2 años	no	no	si
2.-	48	14 años	6 años	si	no	no
3.-	34	32 años	3 años	no	no	no
4.-	44	13 años	8 años	no	si	no
5.-	36	22 años	3 años	si	si	si
6.-	52	17 años	6 años	si	si	si
7.-	24	14 años	3 años	no	no	ocasional
8.-	28	10 años	3 años	si	no	no
9.-	52	35 años	37 años	no	no	no
		16.5 (prom.)	7.8 (prom.)	4		

— Extracción platinar TOTAL en el 82.6% 3409 casos
 — Platinotomía (1/2 posterior) en 14.0% 580
 — Platinotomía reducida (1/3 post.)
 por oteosclerosis obliterante 3.3% 136

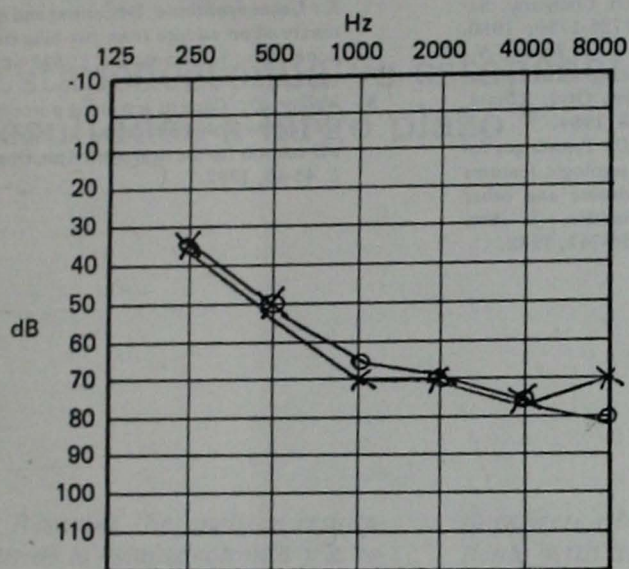
TOTAL DE CASOS 4125

TABLA IV

No. DE HERMANOS	PACIENTES AFECTADOS	OTROS FAMILIARES
6	3	
4	4	
5	2	Un hijo con artroliposis
4	2	
4	2	Un hijo con retinosis
11	3	
6	2	
6	2	

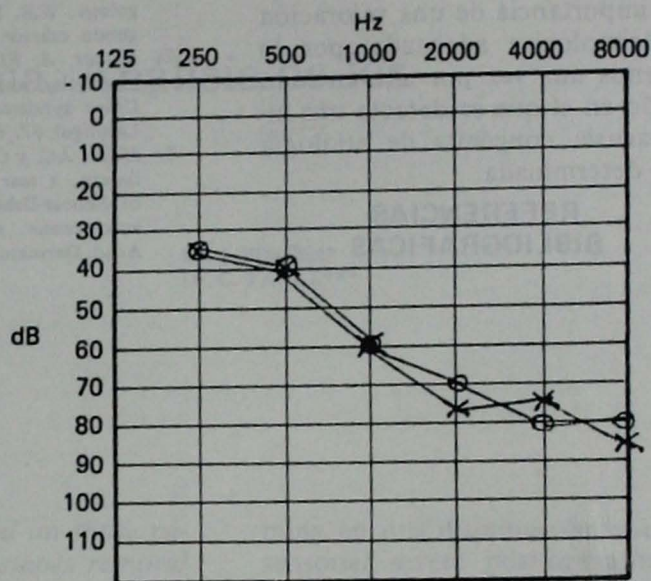
rrey, Nuevo León calculado en 3,000,000 de habitantes, es posible detectar 22 casos comprobados de síndrome de Usher, teniendo conocimiento además a través de información brindada por la "Fundación de Retinitis Pigmentosa", que existen por lo menos otro tanto de pacientes afectados por dicho síndrome en el área metropolitana de esta ciudad.

Figura 1-A

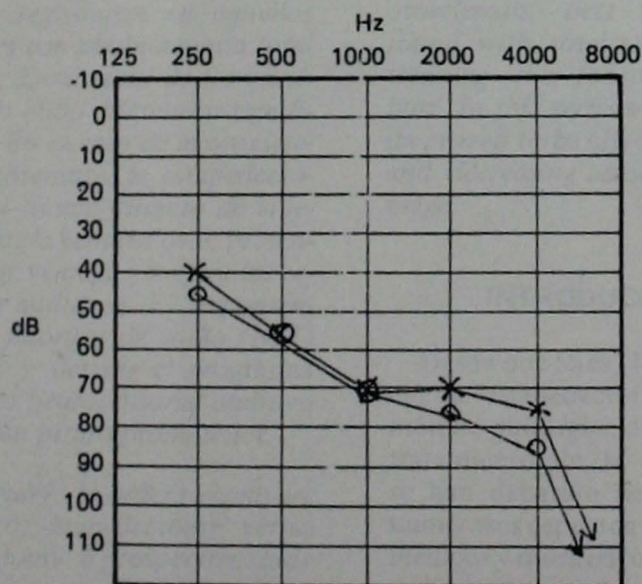


Grupo I (21-31 años)

Figura 1-B



Grupo II (31-40 años)



Grupo III (44-56 años)

Figura 1-C

suales en etapa más temprana de su vida (16 años), a diferencia de los pacientes con retinosis pigmentosa, quienes iniciaron su sintomatología a los 29 años en promedio.

De acuerdo a los resultados de los audiogramas promedio obtenidos en nuestro trabajo, podemos afirmar que la lesión coclear, a diferencia de la patología ocular no será progresiva.

En el grupo de pacientes con retinosis pigmentosa sin afección coclear se detectaron dos familias en las que por lo menos un miembro en cada una padecía el síndrome de Usher, por lo que es de suponer que dicho síndrome podría transmitirse en forma incompleta en algunos casos.

Todos los pacientes estudiados, excepto los que presentaban un familiar afecto de la misma enfermedad, refirieron que en ningún momento se les planteó la posibilidad de padecer alteraciones visuales en la vida adulta, y no fueron valorados por ningún Otorrinólogo hasta que no desarrollaron la ceguera nocturna. Por lo

Según Boughman y col., la prevalencia de la enfermedad en los Estados Unidos de Norteamérica es de 4.4 casos por cada 100,000 habitantes.⁴

Por otro lado se tiene información de un estudio practicado en una escuela para niños sordos,

que aproximadamente 53% de ellos presentaban alto riesgo de padecer el síndrome de Usher en la segunda o tercer década de su vida.

En nuestro trabajo, el grupo de pacientes con síndrome de Usher presentaron síntomas vi-

anterior es importante insistir en la importancia de una valoración oftalmológica adecuada, por lo menos una vez por año en todo niño en el que se detecte una hipoacusia congénita de etiología no determinada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Paparella, M. y Sumbrick, D.*: Otolaryngology. W.B. Saunders Company. Segunda edición. 2: 1726-1730, 1980.
- 2.- *Kumar, A. Fisman, G. y Torok, N.*: Vestibular and auditory function in Usher syndrome. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 61: 600-608, 1984.
- 3.- *Maize, J.C. y Green, D.*: Pemphigus foliaceus, a case with serologic features of Senear-Usher syndrome and other autoimmune abnormalities. *J. Am. Acad. Dermatol.* 7: 736-741, 1982.
- 4.- *Boughman, J.A., Veron, M. y Shaver, K.*: Usher syndrome: Definition and estimate of prevalence from two high risk population. *J. Chronic Dis.* 8: 595-603, 1983.
- 5.- *Walker, D.*: Current screening procedures for the Usher syndrome at residential schools for the deaf. *Am. Ann. Deaf.* 1: 45-48, 1982.

Trabajo retrospectivo

Estapedectomía vs estapedotomía. Análisis de los resultados a largo plazo *

Dr. J. BOSCH**
Dr. C. YANEZ***

Resumen.- Se analizan resultados de la estapedectomía y la estapedotomía de un total de 4125 operados entre 1965 a 1985. Los mejores resultados en cuanto al "sobre-cierre" de la brecha aérea se registraron en aquellos pacientes con platinectomía total (87.9%). En el resto de los resultados no hubo diferencias significativas. En el caso de la otosclerosis obliterante, la estapedectomía y el fresaje discreto de la lesión sobre la ventana oval, presenta mayor ventaja y mejora los resultados auditivos. El tratamiento con fluoruro de sodio (NaF) aminora y detiene el progresivo deterioro neurosensorial auditivo y tiene un futuro prometedor.

Summary.- In order to compare results of stapedectomy versus stapedotomy, a prospective study on 4125 cases of stapes surgery is reported. Best air-bone overclo-

sings were obtained on those patients with total stapes removal (87.9%). No significant differences were observed when comparing this cases with partial footplate removal group. In obliterative otosclerosis, best results were found with total stapedectomy, thinning the footplate with a burr. In this series sodium fluoride proved to be effective avoiding and decreasing sensorineural damage.

INTRODUCCION

Desde que Shea (1956) estableció la estapedectomía como el método quirúrgico definitivo en el tratamiento de la otosclerosis, se han debatido detalladamente numerosos aspectos audiológicos, médicos y quirúrgicos de este procedimiento en múltiples artículos de actualidad (Farrion,⁴ 1981; Fisch,⁵ 1980; Robinson,⁹ 1984), que han creado controversia, sin embargo, el principio básico operatorio continúa siendo el mismo. La mayoría de los cirujanos otológicos están de acuerdo de que al menos el 90% o más de los pacientes obtiene un déficit conductivo post-operatorio de 10 db o menos y que no más del 1% ter-

mina en una disminución neurosensorial severa post-operatoria. El problema ahora es el encontrar una solución que reduzca el pequeño porcentaje de casos en los que la operación fracasa o empeora una hipoacusia conductiva intercambiándola por otra neurosensorial más severa.

Existen en la actualidad muchas variaciones de la técnica original y dentro de éstas, algunas áreas de controversia. Una de ellas es que tan grande debe efectuarse la abertura platinar en la ventana oval, o en su defecto si es recomendable remover la totalidad de la platina. En algunos casos se ha dicho que en la cirugía platinar uno debe adecuarse al principio de "remover sólo aquella parte de la platina que sea más fácil".

En el caso de la otosclerosis obliterativa, los resultados auditivos funcionales que se han obtenido con las técnicas descritas hasta la fecha son aún desalentadores. Esta situación ha llevado a muchos otólogos a abandonar la intervención cuando se descubre la lesión obliterante durante el procedimiento quirúrgico, e incluso desaconsejar la estapedectomía en los casos en que se sospecha la existencia de la lesión obliterante en los estudios tomo-

* Trabajo presentado en la Reunión Anual de la Sociedad Española de Otorrinolaringología. Madrid, Noviembre de 1985.

** Jefe del Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía Funcional del Oído, Hospital Creu Roja. Barcelona, España.

*** Médico residente del servicio de Otorrinolaringología y Cirugía Funcional del Oído del mismo hospital.

gráficos. Recomendando para estos casos, el tratamiento médico con fluoruro de sodio y/o el uso de un audífono.

Pero: ¿Qué técnica es más conveniente utilizar y para qué casos? Para tratar de aclarar estas interrogantes, hemos analizado los datos obtenidos en más de 400 intervenciones por otosclerosis efectuadas en nuestro servicio en un período de 20 años (1965-1985).

MATERIAL Y METODO

Se analizaron 4125 intervenciones por otosclerosis realizadas entre 1965 y 1985. La distribución por edades de estos pacientes fue homogénea, siendo la mayoría entre 30 y 60 años, el más joven de 12 años y el de mayor edad de 79 años. El 75% de los pacientes eran del sexo femenino y el 25% varones. Un total de 66% de casos bilaterales y 34% unilaterales. La audición preoperatoria fue homogénea en todos los casos excepto en el 18% de ellos en que se encontró una reserva coclear disminuida y que tenía una clasificación audiométrica preoperatoria Shambaugh tipo D o E de conducción ósea.

La técnica operatoria utilizada dependió de los factores patológicos en cada caso encontrados. Dos técnicas generales fueron utilizadas:

- Extracción platinar TOTAL en el 82.6% 3409 casos
- Platinotomía (1/2 posterior) en 14.0% 580
- Platinotomía reducida (1/3 post.) por otosclerosis obliterante 3.3% 136

TOTAL DE CASOS 4125

En todos los casos de extracción platinar total se utilizó una prótesis de alambre con platina

de teflón con diferentes diámetros platinares (Prades), y en los casos de platinotomía se colocó un pistón de 0.6 mm de diámetro.

También fueron analizados de la misma manera los resultados obtenidos en las operaciones por otosclerosis obliterativa. En los 136 pacientes operados de estapedectomía, se efectuó un fresaje discreto en 55 oídos (44%) y amplio en 70 oídos (56%); se realizó una platinectomía reducida en 61 oídos (48.8%), se creó una neoventana a un lado de la ventana oval sobre el promontorio en el 1.6% de los casos (2 oídos) y extracciones platinares mayores (cercanas a lo que correspondería a una platinectomía total en una estapedectomía convencional en 62 oídos (49.6%). Se utilizó en el 87.2% una prótesis tipo Prades de alambre y teflón y en el 12.8% un pistón de alambre y teflón de 0.6 mm de diámetro.

Como parámetro para valorar los resultados post-operatorios en todos los casos, se analizó la brecha aéreo-ósea post-operatorio promedio para las frecuencias del lenguaje (0.5, 1 y 2 KHz); así como la conducción ósea preoperatoria en los 4 KHz, y la conducción aérea y ósea de los 4 KHz registrados al año de la intervención.

RESULTADOS

Analizando los resultados, se determinó que utilizando la técnica de extracción platinar total, el porcentaje de éxito obtenido es del 96%, consiguiéndose que el 87.9% de los pacientes obtuvieron un "sobre-cierre" o un cierre completo de la brecha aéreo-ósea en el post-operatorio a los dos meses de la intervención. Para corroborar estos datos, analizamos también los resultados estadísticos de los casos operados con

estas técnicas en 1984, siendo éstos muy similares, dejando ver que todos estos resultados de "sobre-cierre" relativo o cierre total de la brecha aéreo-ósea son del todo consistentes.

Los resultados obtenidos en el grupo de pacientes a quienes se les efectuó platinotomía en la mitad posterior de la platina y se colocó un pistón como prótesis (580 pacientes) y que representan el 14%, muestran una diferencia significativa en cuanto al cierre de la brecha aéreo-ósea. El nivel de éxito de esta técnica se consideró sobre un cierre aéreo-ósea entre 10 y 15 db para las frecuencias de 500, 1000 y 2000 Hz. Por otra parte, el cierre de la brecha para los 4000 Hz, no demostró diferencia significativa alguna entre los dos grupos de pacientes. Los resultados son resumidos en la Tabla I.

El porcentaje de fracasos de las dos técnicas fue del 1.2%, lo que no hace que exista diferencia significativa alguna, reconociéndose como fracaso la falta de cierre de 20 db de la brecha aéreo-ósea, o bien sin ninguna ganancia auditiva, o una pérdida de más del 10% de discriminación auditiva.

A pesar de que ambos procedimientos llegan a cerrar la brecha aéreo-ósea a 10 db en el 96% de los casos, el porcentaje de sobre-cierre es mucho más completo y más significativo en el grupo de pacientes con platinectomías totales (87.9% vs. 55%, ver Tabla I).

En los pacientes con otosclerosis obliterante los resultados son diferentes. Se observa un 25.7% de mejoría auditiva post-operatoria en quienes se efectuó un fresaje amplio, en contraste con aquellos con fresaje discreto que obtuvieron una mejora auditiva más elevada en el 63.3% (Tabla II).

TABLA I.
ESTAPEDECTOMIA Y ESTAPEDOTOMIA
RESULTADOS

	Platinectomía TOTAL n = 3409		Platinotomía (1/2 post.) n = 580	
- Cierre de la brecha a 10 db	3273	96%	522	90%
- "Sobre - cierre"	2998	87.9%	320	55%

TABLA II
RESULTADOS AUDITIVOS SEGUN FRESAJE SOBRE LA VENTA OVAL, n = 125.

FRESAJE	MEJORA AUDITIVA		IGUAL		PEOR		COFOSIS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AMPLIO	10/70	25.7	32/70	45	16/70	22.8	4	5.7
DISCRETO	35/55	63.6	18/55	32.7	2/55	3.6	-	-

TABLA III
RESULTADOS AUDITIVOS SEGUN TIPO DE PLATINECTOMIA n = 125.

PLATINECTOMIA	MEJORA AUDITIVA		IGUAL		PEOR		COFOSIS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
TOTAL	28/62	45.1	22/62	35.4	9/62	14.5	3/62	4.8
REDUCIDA	42/61	68.8	16/61	26.2	2/61	3.27	1/61	1.63
NEOVENTANA	-	-	2/2	100	-	-	-	-

TABLA IV
PLATINECTOMIA REDUCIDA Y PROTESIS TIPO PISTON. RESULTADOS AUDITIVOS. n = 16.

MEJORA AUDITIVA		IGUAL		PEOR		COFOSIS	
n	%	n	%	n	%	n	%
15/16	93.7	1/16	6.25	-	-	-	-

TABLA V
BRECHA AERO-OSEA EN 4 KHz, UN AÑO DESPUES, SEGUN TIPO DE PROTESIS.

BRECHA EN db	ALAMBRE CON PLATINA DE TEFLON	PISTON	P
	%	%	
0-5	-	1	NS
0-10	9	18	0.05
0-20	23.3	57	0.01
20	67.5	24	0.05

TABLA VI
PERDIDAS COCLEARES POSTESTAPEDECTOMIA

Platinectomía TOTAL (n = 3409)	Platinotomía (n = 580)
-----------------------------------	---------------------------

También se observa una mejora auditiva significativamente mayor en el grupo de pacientes a los que se les efectuó platinectomía reducida (68.8%), en contraste con el 45.1% de mejora auditiva en aquellos pacientes con extracciones platinares amplias cercanas a lo que correspondería una platinectomía total. Asimismo el porcentaje de empeoramientos es mayor para los pacientes con extracciones platinares mayores (14.5%), que para aquellos con platinotomías (4.3%), (Ver Tabla III).

En la mayoría de los casos, se observa una mejoría de los resultados al segundo mes post-operatorio, pero a partir de ese período se observa un deterioro significativo de los niveles de audición para las frecuencias del lenguaje. Los mejores resultados se obtuvieron en aquellos oídos en los que se fresó discretamente y en los que se efectuó una platinectomía reducida (16.8%) así como en el 93.7% de los 16 oídos en los que se colocó un pistón asociado a platinectomía reducida y que han sido operados en los 5 últimos años. (Tabla IV)

En el 14% de los casos, existió una pérdida neurosensorial severa, empleándose en ellos un fresaje amplio y extracciones platinares amplias. De éstos el 4% tuvo una cofosis post-operatoria inmediata y el 9% tardía al cabo de un año. El análisis de la conducción pre y post-operatoria en los 4 KHz, demuestra un empeoramiento moderado de 10 a 20 db en el 35.2% de los oídos operados y, severo (mayor de 20 db) en el 67.5%, observándose de nuevo una relación directa de empeoramientos en aquellos casos en los que se fresó ampliamente. Al comparar los resultados de la frecuencia de los 4 KHz frente al tipo de prótesis utilizada se observa una di-

ferencia significativa. (Tabla V)

COMPLICACIONES

Ninguna complicación seria existió en los dos grupos de pacientes. Se registraron dos fístulas perilinfáticas en el grupo de pacientes con platinectomía total y uno en los de platinotomía y, ninguna, en los pacientes con otoesclerosis obliterante. No existieron perforaciones de la membrana timpánica ni infecciones postoperatorias. Ninguna pérdida auditiva neurosensorial severa en estos dos grupos de pacientes, sin embargo, en los pacientes con otoesclerosis obliterante, el 4% presentó una cofosis postoperatoria inmediata y el 9% tardía al cabo de un año. Los resultados de las complicaciones en la estapedectomía convencional se resumen en la tabla VI.

Ningún otro tipo de complicación se encontró en los pacientes de estapedectomía total y platinotomías. En cuanto a los pacientes de otoesclerosis obliterativa, los trastornos vestibulares, se registraron en el 25% (8 pacientes) en el grupo de aquellos a quienes se les efectuó fresaje amplio y extracciones platinas grandes, tres

pacientes adicionales (9%), experimentaron vértigo intraoperatorio y un paciente (3%) continuó experimentando vértigo por dos semanas después del procedimiento inicial. El grupo de pacientes con fresaje discreto y platinotomía reducida experimentó escasos síntomas vestibulares intra y post-operatoriamente.

CONCLUSIONES

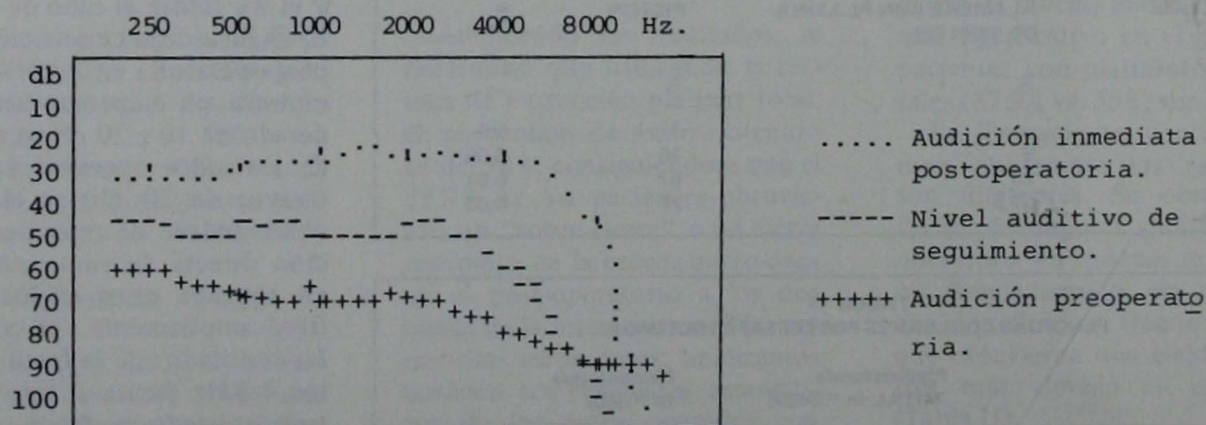
La técnica a utilizar en la cirugía de la otoesclerosis, dependerá de los factores patológicos presentes. Aunque es aconsejable efectuar en lo posible una platinectomía total, en la cual llevada a cabo cuidadosamente, el riesgo de lesionar estructuras vestibulares es remoto, obteniéndose así mayor consistencia en los resultados auditivos. Los resultados de los dos grupos han sido buenos y generalmente los mismos, con mínimas diferencias estadísticas significativas, pero el porcentaje de "sobre-cierre" es muy significativo en aquellos con extracciones platinas totales, llevando así a nuestra preferencia por esta técnica en la mayoría de los pacientes. Los resultados a largo plazo representan muchos pro-

blemas al momento de interpretarlo debido a la gradual disminución neurosensorial que existe de por sí en la evolución natural de la otoesclerosis. Por esta razón se utilizaron los casos operados con las mismas técnicas en 1984 para controlar la realidad de los resultados. En estos no existió ninguna diferencia y los resultados son muy similares. La estapedotomía, si es efectuada en la mitad posterior de la ventana oval, da resultados tan buenos como la estapedectomía total, sin embargo, como ya se ha dicho, el cierre y "sobre-cierre" de la brecha aéreo-ósea es más difícil de conseguir.

Mientras que en la estapedectomía convencional el porcentaje de mejora auditiva llega comúnmente a más del 95% en las operaciones primarias (Palva⁷ et al, Bosch² y cols.), en el caso de la estapedectomía cuando la lesión es obliterante éste disminuye a un poco menos del 60%.

La selección auditiva preoperatoria en estos casos debe ser adecuada en aquellos que se decida operar y es aquí donde los niveles de discriminación tienen mucha importancia. El abordaje quirúrgico deberá ser cauteloso evitando el fresaje amplio y repeti-

OTOESCLEROSIS OBLITERATIVA, RESULTADOS A 5 AÑOS POSTOPERATORIOS



do sobre la ventana oval. Shuknecht¹² advierte que es prudente en estos casos suspender el fresaje y por tanto la intervención, antes que causar algún daño al oído interno, reservando para estos casos el uso de audífonos. Por otra parte, los trastornos vestibulares intra y post-operatorios son más marcados cuando el fresaje es amplio y repetido. Martín⁶ et al reportaron un 66% de disfunción vestibular comprobado ENG después de un fresaje repetido sobre la ventana oval. Asimismo en las operaciones de revisión por otosclerosis obliterante, raramente existe una indicación de repetir el fresaje (Sheehy¹¹). En estos casos efectuar una platinotomía es un procedimiento útil y recomendable.

El comportamiento de los niveles de audición a largo plazo, en este grupo de pacientes durante el seguimiento operatorio que se muestra en la Figura 1 denota una mejoría inmediata post-operatoria en un poco más del 50% de los pacientes, para observar después una constante disminu-

ción de los niveles de audición en el seguimiento post-operatorio de 5 años. Este empeoramiento es más notorio para las frecuencias de 2, 4 y 8 KHz.

El tratamiento pre y post-operatorio con fluoruro de sodio, tiene un futuro prometedor en el mantenimiento de los niveles de audición a largo plazo. El mecanismo de acción es doble, no sólo inhibiendo directamente a la tripsina, sino también la actividad de la alfa-2-macroglobulina y alfa-1-antitripsina, así como a la catepsina B (Causse J.R.,³ Ribari⁸). Los resultados clínicos obtenidos por Causse J.R.,³ demuestran que los niveles de tripsina disminuyen en un 66% de los pacientes con otosclerosis con dosis moderadas de NaF, comparados con las series de pacientes control.

La dosis recomendada es de 45 mg por día repartidos en tres tomas (Bretlau¹) por un mínimo de 12 meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Bretlau, P.; Hansen, H.J.; Causse, J.; Causse, J.B.: "Otospongiosis: Morpho-

- logic and microchemical investigation after NaF treatment". *Otolaryngol Head Neck Surg. (U.S.A.)*, 89 (4): 646-650, 1981.
- 2.- Bosch, J., Villar, J.; Cánovas, C.: "Análisis de los resultados con el Fluoruro de Sodio en la cirugía de la otosclerosis". *ORL DIPS*, 9 (4): 202-210, 1983.
- 3.- Causse, J.R., Uriel, J.; Berges, J. et al.: "Enzymatic Mechanism of Otosclerosis Action of NaF. *Ann. Otolaryngol. (Paris)*, 98 (6): 269-297, 1981.
- 4.- Fariori, B.: "Contraindications to the small hole stapedectomy". *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 90: 636-639, 1981.
- 5.- Fisch, U.P.: "Stapedotomy vs. Stapedectomy". In *Ear Clinics International*, vol. III, Clinical Otolology, Paparella, M. M. and Meyerhoff, W.L. (eds). Williams and Wilkins, Baltimore, Chap. 11, 1983.
- 6.- Martin, S.: "Obliterative Otosclerosis". *Ann. Otol.* 82: 373-377, 1973.
- 7.- Palva, T.; Kärjä, J.; Palva, A.: "Otosclerosis Surgery". *Acta Otolaryngol.* 83: 328-335, 1977.
- 8.- Ribari, O.; Sziklai, I., Kiss, J.G.; Sohar, J.: "Cathepsin B activity in otosclerosis. *Hun. Arch. ORL*: 238 (2): 123-125, 1983.
- 9.- Robinson, M.: "Total Footplate Extraction in Stapedectomy". *Ann. Otol. Rhinol Laryngol.*, 90: 630-632, 1981.
- 10.- Shea, J.J.: "Stapedectomy Technique and Results". *Am J. Otol.* 6 (1): 61-62, 1985.
- 11.- Sheehy, J.L.; Nelson, R.A., and House, H.P.: "Revision Stapedectomy. A review of 258 cases". *Laryngoscope*, 91: 43-51, 1981.
- 12.- Schuknecht, H.F.: "Stapedectomy", Little Brown, Boston, 1971.

Casos clínicos

Paragangliomas de la cabeza y el cuello

Presentación de 3 casos

Dr. Juan F. SANCHEZ MARLE*

Resumen.- Se presentan tres casos de tumores originados en los paraganglios no cromafines localizados en diferentes áreas de la cabeza y el cuello. Se revisan las principales características de estos tumores así como los criterios actuales para su diagnóstico y tratamiento, ya que en el pasado el sistema de paraganglios no cromafines, fue causa de confusión en lo referente a su origen embriológico, su papel fisiológico y la nomenclatura empleada.

Summary.- Three non cromaphin paraganglia tumors of head and neck are reported. Main clinical trends and actual diagnostic and therapeutics criteria are reviewed considering that the embryological origin, nomenclature and physiology of non cromaphin paraganglia haven't been clearly understood until recently.

INTRODUCCION

El cuerpo carotídeo fue descrito por vez primera en 1743 por Von Haller y en 1878, Krausse describió una estructura en el canal de el nervio de Jacobson, en la pared media de la caja timpánica, que tenía la misma configuración histológica que la de el cuerpo carotídeo. White, en 1935 describe colecciones de células similares a las ya mencionadas en el perineurio de el nervio vago. En 1941, Guild describe pequeñas formaciones celulares semejantes, en la adventicia del domo del golfo de la vena yugular interna.¹

En 1903 Kohn, introdujo el concepto de paraganglios el cual relacionaba a la médula suprarrenal, con el tejido extra-adrenal, representado este último por el cuerpo carotídeo así como múltiples acúmulos celulares idénticos, distribuidos en el tórax, abdomen y retroperitoneo; estando todos ellos en íntima relación con ganglios autonómicos. Estas estructuras extra-adrenales fueron llamadas en 1943 por Watzka, paraganglios no cromafines para diferenciarlas de la médula suprarrenal y tejidos similares en otras partes que reaccionan intensamente con sales dicromatadas, y

que por tanto se conocen como cromafines.²

Lattes y Waltner en 1949, llamaron paragangliomas no cromafines a cualquier tumor originado en el tejido paraganglionar mencionado.³ Mulligan en 1950 sugirió el nombre de quemodectomas a los tumores originados en quimiorreceptores.⁴ Si bien la función de el sistema paraganglionar no es conocida, con excepción de los cuerpos carotídeos y los paraganglios aorto-pulmonares, los cuales se ha demostrado que actúan como receptores sensitivos a los cambios de tensión de oxígeno arterial y pH sanguíneo; por lo que el nombre de quemodectomas no es aplicable a los tumores originados en los ganglios cervicales superiores —nodoso y ganglio simpático cervical superior—, y en el domo yugular y pared media timpánica. (2.5)

Los grupos celulares que constituyen el sistema de paraganglios está asociado íntimamente con el sistema nervioso autónomo y almacenan catecolaminas en los gránulos de las células principales, como se ha demostrado por estudios histológicos y de microscopía electrónica.² Estas células principales tienen un origen embriológico en la cresta neural, y

* Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Central Militar. México, D.F.

no como se pensó anteriormente que tenían su origen en las paredes vasculares; por lo que se nombraron células glómicas, lo que originó el término actualmente inadecuado de tumores glómicos o glomus.¹

La confusión producida por la nomenclatura así como por el conocimiento de la fisiología de este sistema paranganglionar, fue parcialmente clarificada por la aparición de la clasificación de Glenner y Grimley, en 1974. (Tabla I) (6)

Esta clasificación está basada en la distribución anatómica, inervación y estructura microscópica, los paranglios se agrupan en branquioméricos, intravagales aortosimpáticos y viscerales autonómicas. La mayoría de los bronquioméricos como son: los timpánicos, yugulares, orbitarios, intercarotídeos, laríngeos y algunos supraaórticos, así como los intravagales los originados en el ganglio simpático cervical superior pertenecientes a los aortosimpáticos, se localizan en la cabeza y el cuello, y por lo tanto estos tumores representan un interés natural para al Otorrinolaringólogo.

En la cabeza y el cuello estas neoplasias se presentan básicamente en tres formas:

- Como un tumor del oído medio y/o del agujero rasgado posterior.

- Como un tumor del espacio parafaríngeo, o

- Como un tumor cervical lateral, alto.

A continuación se presentan tres casos que ejemplifican claramente estas formas de presentación.

PRESENTACION DE CASOS

Caso No. 1

Tumor de presentación otológica.

TABLA I	
CLASIFICACION DE PARANGLIOS EXTRA-ADRENALES (SEGUN GLENNER Y GRIMLEY (6))	
I.-	Branquioméricos
A.-	Paranglios yugulo-timpánicos Nombres usados: Glomus timpánico, Glomus yugular.
B.-	Paranglio orbitario
C.-	Paranglio intercarotídeo Nombre usado: Cuerpo carotídeo.
D.-	Paranglios subclavios (supra-aórticos) Nombre usado: Cuerpos aórticos.
E.-	Paranglios laríngeos
F.-	Paranglios aorto-pulmonares
G.-	Paranglios coronarios
H.-	Paranglios pulmonares
II.-	Paranglios intra-vagales
III.-	Paranglios aortosimpáticos
IV.-	Paranglios y viscerales-autonómicos.

Femenino de 54 años de edad con acúfeno izquierdo de un año de evolución, no pulsátil e hipocusia ipsilateral progresiva. Su examen reveló una masa rojiza pulsátil que ocupaba la mitad inferior de la caja timpánica izquierda. La audiometría reveló una hipocusia media con mínimo componente conductivo en ese lado. Resto de pares craneales negativos. La radiografía de la base de cráneo y la politomografía helicoidal demostraron agrandamiento del agujero rasgado posterior y erosión del golfo de la yugular respectivamente, en el lado izquierdo. La tomografía computada demostró erosión del foramen yugular, apareciendo una masa en su interior que se extendía al hipotímpano, al aplicarse contraste endovenoso. La arteriografía carotídea demostró impregnación de una tumoración en el Peñasco izquierdo compatible con un paranglioma yugular y se procedió a embolizar selectivamente las arterias faríngea ascendente y auricular posterior. Ninguno de estos estudios reveló invasión intracraneana, pero sí invasión cer-

vical superior peri-yugular. La dosificación preoperatoria de catecolaminas en la orina fue normal. Se procedió a practicar abordaje infralaberíntico removiéndose la totalidad del tumor, de un tamaño menor al esperado por los hallazgos radiológicos, y probablemente en relación a la previa embolización la cual habitualmente disminuye marcadamente el tamaño de los tumores vasculares. La paciente en el post-operatorio presentó una parálisis facial izquierda consecuencia de la movilización del facial y una necrosis parcial del colgajo y pabellón auricular también probablemente en relación a la previa embolización, pero que no se ha necesitado de nuevas intervenciones.

Caso No. 2

Tumor de presentación en el espacio parafaríngeo:

Femenino de 28 años de edad, que presenta acúfeno pulsátil intenso en el lado izquierdo, de tres años de evolución. Examen otológico, audiométrico así como de pares craneales resultan normales. El examen sólo mostró desplaza-

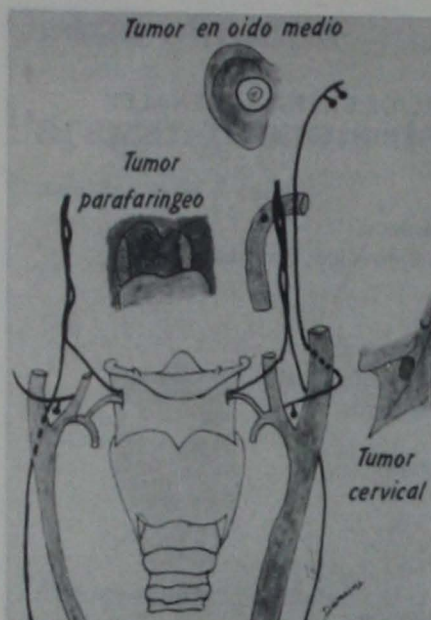


Figura 1.- Formas de presentación de los paragangliomas en el área de la cabeza y el cuello.

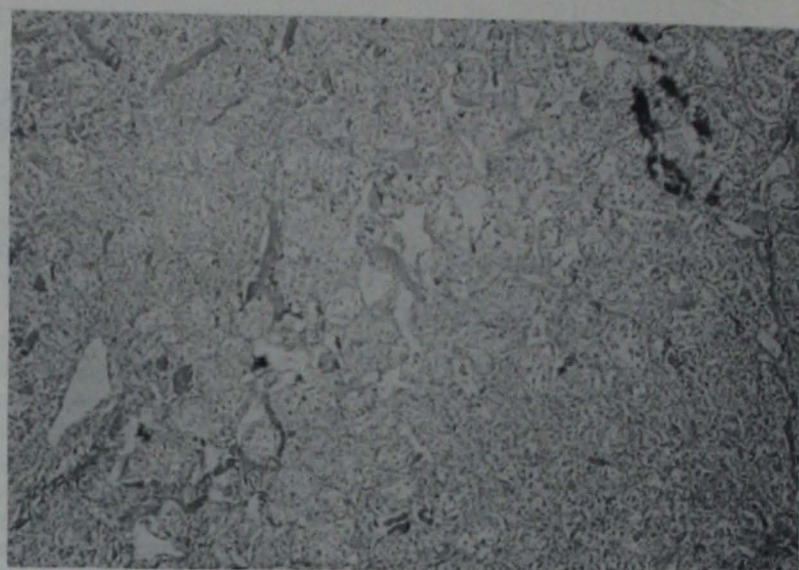


Figura 2.- Histología común a todos los paragangliomas de la cara y el cuello.

miento de la amígdala palatina izquierda hacia la línea media. Se practicó angiografía carotídea que demostró en el lado izquierdo una masa vascular por dentro del sistema carotídeo e inmediatamente por abajo de la base de el cráneo. La tomografía computada reveló una masa con marcado reforzamiento posterior a la aplicación del medio de contraste, que ocupaba el espacio parafaríngeo izquierdo desplazando la pared lateral faríngea hacia la línea media. Por no existir presencia tumoral a nivel del agujero rasgado posterior como lo haría un paraganglioma vagal o no mostrar la localización de un paraganglioma carotídeo no se estableció el diagnóstico definitivo de paraganglioma pre-operatoriamente. Se procedió a practicar intervención quirúrgica a través de abordaje cervical horizontal alto. Por identificación y retracción de los pares craneales VII, IX, X, XI y XII y de la vena yugular interna y sistema arterial



Figura 3.- Angiografía carotídea (Caso 2). Veáse la masa vascular por delante de columna cervical y a nivel de los primeros cuerpos vertebrales, definitivamente por arriba de la bifurcación carotídea.

carotídeo, se identificó una masa medial a estas últimas estructuras que se iniciaba en la topografía de la cadena simpática cervical a nivel de la bifurcación carotídea y se extendía superiormente hasta el nivel de la base de el cráneo. La tumoración fue resecada en su totalidad, y su estudio histopatológico fue de paraganglioma típico, encontrándose células ganglio-

nares simpáticas en su interior por lo que correspondería a un paraganglioma aorticosimpático del ganglio cervical simpático superior. En el post-operatorio inmediato la paciente presentó disfonía, disfagia, aspiración y parálisis facial izquierda. Inició su deglución al tercer día, desapareció la disfonía al séptimo día en que se dio de alta. La movilidad facial

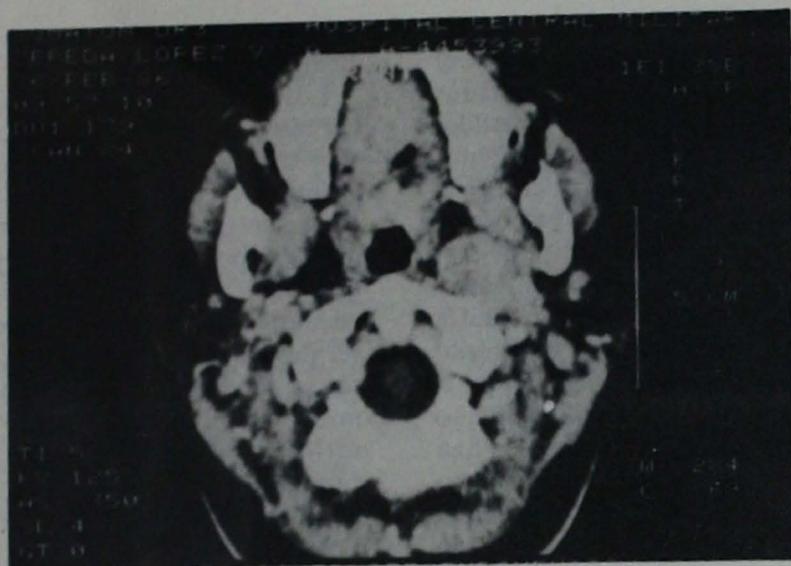


Figura 4.- Tomografía axial computada con contraste endovenoso que muestra masa vascular en espacio parafaríngeo izquierdo y que corresponde al segundo caso presentado.



Figura 5.- Paciente del caso 3. Nótese la masa cervical derecha, lateral, alta, a nivel de ángulo de maxilar inferior que corresponde a localización típica de los tumores de cuerpo carotídeo.

se reinstaló a los dos meses postoperatorios y sólo persiste obviamente un síndrome de Horner izquierdo.

Caso No. 3

Tumoración de presentación cervical:

Femenino de 42 años de edad con aparición de tumoración lateral externa derecha, por abajo del ángulo de la mandíbula de 4 años de evolución, de crecimiento progresivo, dura, asintomática. Antecedente de una tía con tumoración similar. En otro hospital se practicó biopsia externa la cual produjo una considerable hemorragia que requirió transfusión, no obteniéndose material para estudio histológico. La arteriografía carotídea demostró una tumoración situada entre ambas carótidas en el lado derecho, con tinción tumoral típica de un paraganglioma. Se procedió a su extirpación por medio de un abordaje cervical externo y mediante disección sub-adventicia y con lligadura de la carótida externa para facilitar su disección. El X y XII par craneal fueron identificados y respetados. El espécimen medía 4 x 3.5 cms. En sus máximas dimensiones y el estudio histopatológico demostró un paraganglioma, que por su situación correspondió a un paraganglioma intercarotídeo. La paciente evo-

lucionó satisfactoriamente siendo dada de alta del hospital, una semana después.

DISCUSION

Si bien los paragangliomas pueden tener diferentes manifestaciones según su localización, debido al paraganglio que les dio origen, comparten en general las mismas características de comportamiento biológico tumoral. Son neoplasias altamente vascularizadas de crecimiento lento y progresivo, más comunes en el sexo femenino en una proporción de hasta 6 a 1,⁶ que predominan en la quinta y sexta décadas de la vida. Sus potencialidades de producir metástasis se han situado alrededor de un 10% para los originados en el cuerpo carotídeo,⁷ pareciendo ser un poco mayor para los originados en la laringe⁸ y menor para los originados en el área yugular.⁹ Las características de malignidad de un paraganglioma no cromafinado, no pueden establecerse basados en el estudio histológico de el tumor en sí, si no a la presencia de metástasis ganglionares o distantes⁷. Existen en algunos casos claras tendencias a ser neoplasias de tipo familiar, pero no en todos.¹⁰ Multicentricidad, o sea paragangliomas originados en diversas localizaciones sea en forma sincrónica o asincrónica se han presentado hasta en un 10% de los casos pudiendo así tener por ejemplo un paraganglioma yugular en un lado y uno de el cuerpo carotídeo en el lado contra lateral, por lo que rutinariamente deben de ser descartadas otras localizaciones. La mayor incidencia de los paragangliomas se alcanza al nivel intercarotídeo, seguida en frecuencia por los de el domo de la vena yugular. La incidencia de los intercarotídeos aumenta definitivamente en gen-

te que vive a grandes altitudes, ofreciéndose como explicación de estos acúmulos celulares la menor tensión de oxígeno existente en estas zonas.¹¹

Como ya se mencionó tienen la capacidad de almacenar catecolaminas, y por lo tanto pueden ser causas de ataques de hipertensión arterial paroxística, cefaleas o palpitaciones en el pre-operatorio, o bien producir durante su manejo en cirugía crisis severas hipertensivas, o hipotensiones y muertes súbitas en el post-operatorio inmediato cuando su acción secretora vasopresora no fue establecida. No todos los paragangliomas tienen esta propiedad o al menos demostrada clínicamente o por laboratorio, pero la posibilidad de que exista requiere de una evaluación pre-operatoria rutinaria que la descarte. Esta evaluación se lleva a cabo por medio de la dosificación en orina de los catabolitos de la norepinefrina y serotonina, y en caso de demostrarse, el uso de betabloqueadores y sustancias que depriven los almacenes de las sustancias mencionadas administradas previamente a la cirugía, y un manejo orientado y especializado trans y post-operatoriamente se hacen necesarios.²

Las características propias de estas neoplasias entre las que sobresalen su lento crecimiento, alta vascularidad, baja incidencia de malignidad, grupo de edad en el que predominan, posible multicentricidad, y los riesgos quirúrgicos que presuponen en especial las situadas en el área intercarotídea, yugular y vagal, hacen que el tratamiento en cada caso debe de ser cuidadosamente evaluado e individualizado.

La única forma terapéutica curativa conocida es la extirpación quirúrgica total. La radioterapia se ha utilizado para casos inoperables sea por su tamaño, localización, edad y condiciones de el paciente, siendo sus resultados para algunos autores compatibles con la detención del crecimiento de la neoplasia, pero definitivamente siendo no radiocurables.^{6, 9, 12, 13} Los métodos evaluatorios pre-operatorios entre los que destaca la tomografía computada sumada a la arteriografía, y dosificaciones hormonales, así como el manejo adecuado de tumores funcionantes, se han sumado al vertiginoso desarrollo de la cirugía de la base de el cráneo y de la cirugía vascular, lo que ha permitido resear con márgenes de seguridad, lesiones antes consideradas como inoperables.^{6, 13, 14, 15, 16, 17}

Las principales formas de representación en el área de la cabeza y el cuello como ya se ejemplificó, pueden no ser muy alarmantes para el médico que desconoce las potencialidades de estas neoplasias por su crecimiento progresivo, en especial en etapas tempranas cuando su tratamiento es más fácil, y solo un conocimiento apropiado de estos tumores y un estudio orientado y completo de el paciente podrán establecer el verdadero diagnóstico en casos de acufenos unilaterales en especial pulsátiles, masas cervicales asintomáticas o desplazamientos mediales de la pared faríngea. En la actualidad la tomografía computada de alta resolución con imágenes tomadas sin y con la aplicación de contraste endovenoso el cual manifiesta claramente la rica vascularidad de estas neoplasias, indicada por cuidadosos exámenes clínicos, hacen que el diagnóstico de estos tumores no debe de pasar desapercibido pre-operatoriamente como solía suceder antes de su advenimiento en algunos casos con peligrosos resultados para los pacientes como

lo ejemplifica nuestro tercer paciente reportado.

Los estudios pre-operatorios definitivos como sería arteriografías carotídeas y dosificaciones hormonales, pero sobre todo el entrenamiento y experiencia requeridos por el equipo quirúrgico que trate a estos pacientes, hace que este tipo de cirugía debe de ser llevada a cabo en hospitales de tercer nivel; las relaciones anatómicas con el sistema vascular carotídeo y con la intrincada anatomía de la base del cráneo y el hueso temporal así lo requieren. Equipos multidisciplinarios formados con cirujanos vasculares en casos de posibles resecciones carotídeas o de neurocirujano extensiones endocraneanas son indispensables para la adecuada planeación terapéutica y su posterior ejecución.

CONCLUSIONES

El sistema de paraganglios extraadrenales deben entenderse con sus capacidades funcionales y con su distinta topografía según la localización de un paraganglio, pero compartiendo características biológicas similares en sus neoplasias; las cuales deben ser nombradas paragangliomas no cromafines en base a su origen embriológico. El área de la cabeza y el cuello en especial presenta una mayor incidencia de estos tumores, pudiendo manifestarse en tres formas: tumoración ótica, parafaríngea o cervical lateral. Una cuidadosa evaluación pre-operatoria debe de ser seguida —cuando sea posible— de técnicas quirúrgicas recientes y sofisticadas que permitan su extirpación total con un margen de seguridad en cuanto a la morbimortalidad al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Glenner G.G. y Grimley P.M.: Tumors

- of the extraadrenal paraganglion system (including chemoreceptors). En: Atlas of Tumor Pathology. 2nd series, part 9. Washington, D.C.: AFIP, 1974.
- 2.- *Cantrell R.W., Kaplan M.J., Winn H.R., y Cols.*: Catecholamine-secreting infratemporal fossa paraganglioma. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 93: 583-588, 1984.
 - 3.- *Lattes R. y Waltner J.G.*: Nonchromaffin paraganglioma of the middle ear. *Cancer* 2: 447-468, 1949.
 - 4.- *Mulligan R.M.*: Chemodectoma in the dog. *Am. J. Pathol.* 26: 680-681, 1950.
 - 5.- *Williams T.H.W.*: Electron microscopic evidence for an autonomic interneuron. *Nature* 214: 309-310, 1967.
 - 6.- *Brown J.S.*: Glomus jugulare tumors revisited: A ten-year statistical follow-up of 231 cases. *Laryngoscope* 95: 284-288, 1985.
 - 7.- *Zbaren P. y Lehmann W.*: Carotid body paraganglioma with metastases. *Laryngoscope* 95: 450-454, 1985.
 - 8.- *Sneige N., Mackay B., Ordoñez N.G., y Cols.*: Laryngeal Paraganglioma. *Arch. Otolaryngol.* 109: 113-117, 1983.
 - 9.- *Schwartz M. e Israel H.L.*: Severe anemia as a manifestation of Metastatic Jugular Paraganglioma. *Arch. Otolaryngol.* 109: 269-272, 1983.
 - 10.- *Veldman J.E., Mulder P.H.M., Ruijs S.H. y Cols.*: Early detection of asymptomatic hereditary Chemodectoma with radionuclide Scintiography. *Arch. Otolaryngol.* 106: 547-552, 1980.
 - 11.- *Harrison D.F.*: Unusual Tumors. En: cancer of the head and neck. Suen J.Y. y Myers E.N. Editores. Churchill-Livingstone, New York, 1981.
 - 12.- *Brackmann D.E., House W.F., Terry R. y Cols.*: Glomus Jugulare Tumors: Effect of Irradiation. *Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol.* 76: 1423-1431, 1972.
 - 13.- *Jenkins H.A. y Fisch U.*: Glomus Tumors of the temporal region. *Arch. Otolaryngol.* 107: 209-214, 1981.
 - 14.- *Oldring D. y Fisch U.*: Glomus tumors of the temporal region: Surgical therapy. *Am. J. Otolaryngol.* 1: 7-18, 1979.
 - 15.- *Donald P.J. y Chole R.A.*: Transcervical transmastoid approach to lesions of the jugular bulb. *Arch. Otolaryngol.* 110: 309-314, 1984.
 - 16.- *Glasscock Me, Harris PF, y Newsome G.*: Glomus tumors: Diagnosis and treatment. *Laryngoscope* 84: 2006-2032, 1974.
 - 17.- *Urken M.L., Biller H.F. y Haimov M.*: Intratemporal carotid artery bypass in resection of a base of skull tumor. *Laryngoscope* 95: 1472-1477, 1985.

Aspergillosis del seno maxilar sin enfermedades predisponentes *

Presentación de un caso

Dr. José GUTIERREZ MARCOS.*
Dr. Enrique AZUARA PLIEGO.*
Dr. Tomás AZUARA.*
Dra. Nuria GISPERT.*

Resumen.- Se presenta el caso de un paciente joven y sano, que desarrolló una Aspergillosis del seno maxilar izquierdo, la cual fue corroborada histológicamente. Se logró la curación mediante 10 días. La Aspergillosis del aparato respiratorio y en especial de las regiones naso-sinusales han sido reportadas cada vez con más frecuencia en las dos últimas décadas, pero se presentan generalmente en sujetos de más de 60 años con enfermedades sistémicas. Los casos reportados en sujetos jóvenes y aparentemente sanos han sido ocasionales. Se considera que la Aspergillosis debe tenerse como posibilidad diagnóstica, cuando ante una sinusitis, no obtenemos ninguna respuesta a los tratamientos convencionales.

Summary.- A case of maxillary antrum Aspergillosis in a young healthy patient is reported. Diagnosis was confirmed through histopathological studies. Cure was obtained with surgical removal of the infected mucosa and the administration of Ketoconazol du-

ring 10 days. Sinuses Aspergillosis have been reported in patients over 60 years, usually with immune depression, but just a few cases in healthy patients are reported in literature. This condition must be suspected when no therapeutic response is obtained when treating an infectious sinusitis.

INTRODUCCION

Los padecimientos invasivos de tipo micótico, pueden comportarse en forma agresiva en algunos pacientes, siendo los más comunes aquellos que cursan con diabetes, que pueden desarrollar hongos del tipo Mucor o Aspergillus, llegando a provocar una necrosis de las paredes sinusales y sus tejidos por trombosis vascular.¹

El hongo Aspergillus comúnmente se encuentra en la tierra y en materiales vegetales en descomposición siendo sus esporas inhaladas por la población humana en general. Se conocen tres tipos de Aspergillus, a saber: A. Fumigatus A. Niger, y A. Flavus, de los cuales el que con mayor frecuencia es aislado en el ser humano es el primero. En el hombre infecta con mayor intensidad al pulmón, pero puede verse pre-

sente en hígado, bazo, meninges y senos paranasales.^{2,3,4}

En la mayoría de los casos, los hongos actúan como gérmenes oportunistas en pacientes con gran susceptibilidad, como son: diabéticos, pacientes sujetos a terapia esteroidea, procesos malignos o pacientes inmunodeficientes, siendo muy rara su presencia en sujetos que sean por lo demás sanos. En la actualidad, la Aspergillosis de nariz y senos paranasales, es un padecimiento considerado como raro, sin embargo, desde hace dos décadas se encuentran reportes en la literatura cada vez con mayor frecuencia, en la mayoría de ellos coincidiendo con alguno de los padecimientos sistémicos ya mencionados, y muy poco sin enfermedades predisponentes.^{5,6,7}

PRESENTACION DEL CASO

Paciente del sexo masculino de 35 años de edad, con antecedentes de cuadros repetitivos de un año de evolución caracterizados por rinorrea anterior verdosa, descarga posterior de las mismas características muy adherente, que disminuye discretamente con los múltiples tratamientos a base de antibióticos recibidos. Los tres

* Hospital Darío Fernández. ISSSTE. México, D.F.
** Médica Sur. México, D.F.

últimos meses los cursa con cefalea de tipo opresivo, de inicio en zona malar izquierda, que se irradia hacia la región frontal del mismo lado. El paciente no presenta ninguna otra enfermedad aparente y el estudio convencional de senos paranasales muestra una opacidad total del seno maxilar izquierdo. Figura 1 sus pruebas preoperatorias de rutina son normales y los cultivos nasales y faríngeos negativos.

Se decidió someter al paciente a una intervención quirúrgica tipo Caldwell-Luc, encontrándose la mucosa del seno maxilar en su pared anterior muy engrosada y el antro ocupado por gran cantidad de material verde grisáceo caseoso con las paredes óseas intactas y sin evidencia de invasión a estructuras vecinas.

El estudio de histopatología con microscopía óptica, reveló la presencia de inflamación crónica así como colonias de *Aspergillus*. Figuras 2, 3 y 4

En virtud de los hallazgos histopatológicos, se decide iniciar tratamiento con Ketoconazol a base de 200 mg cada 24 horas durante 10 días por vía oral teniendo evidencias clínicas y ra-

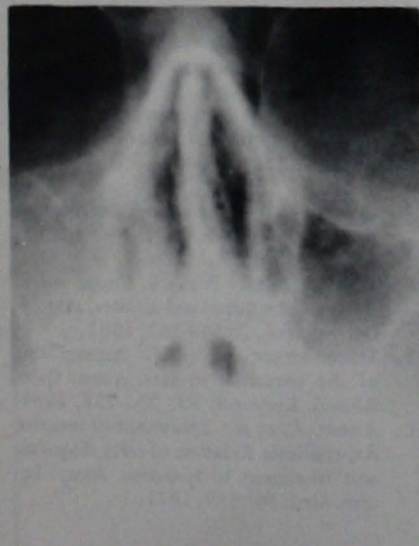


Figura 1.- Sinusitis maxilar izquierda.

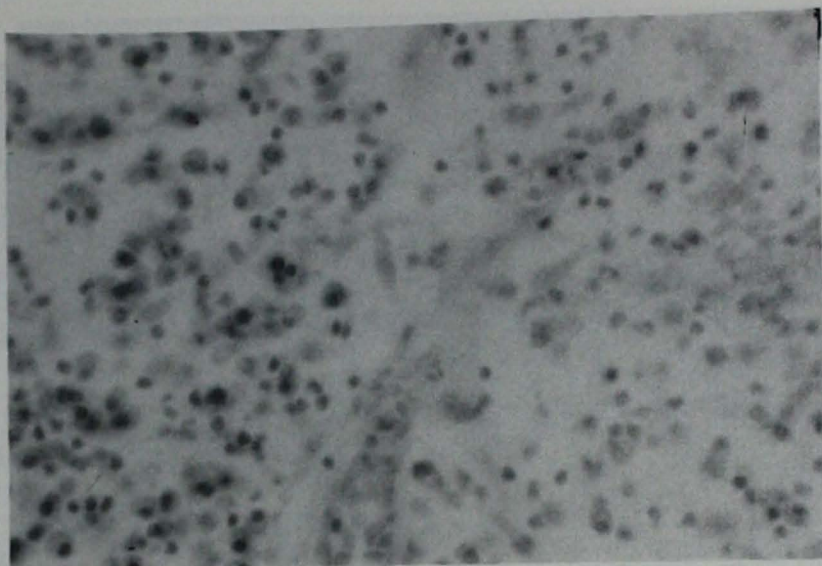


Figura 2.- Muestra células plasmáticas y eosinófilos.

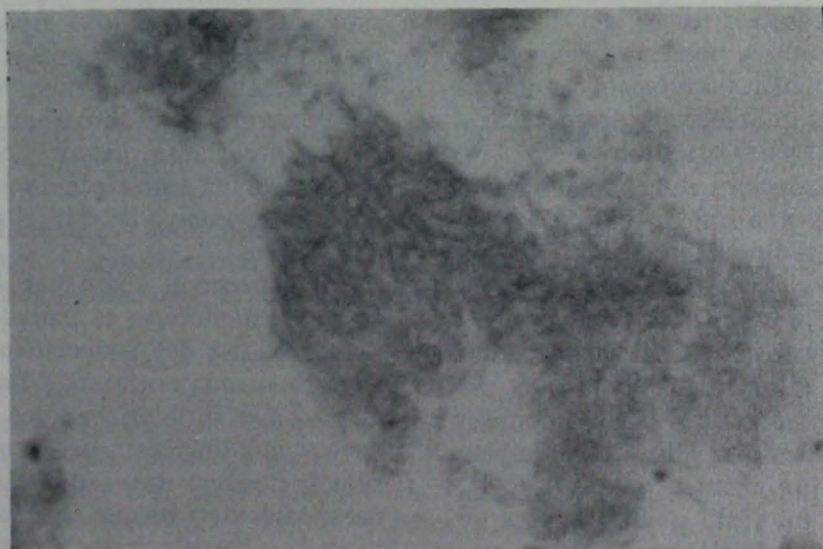


Figura 3.- Columnas de Arpergillos detectadas en el corte histológico.

diológicas de la curación del paciente.

DISCUSION

Este caso sale de lo comúnmente reportado por la literatura en el sentido de que la Aspergillosis es un padecimiento que se presenta en pacientes con inmunodeficiencias o sujetos a tratamientos con esteroides y generalmente

más allá de la sexta década de la vida.

La sinusitis micótica no invasiva es difícil de establecer en su diagnóstico, ya que se mantiene refractaria mediante el uso de antibióticos y antihistamínicos, los cultivos generalmente son negativos⁸ y los datos radiológicos no establecen diferencia con los datos radiológicos de otro tipo, por lo que será hasta el momento de



Figura 4.- Columnas de *Aspergillus* en el corte histológico.

la exploración quirúrgica, dadas las características del material obtenido, y posteriormente su estudio histopatológico cuando se podrá establecer el diagnóstico y tratamiento oportunos.

Las teorías en la actualidad hacia la explicación del desarrollo de este tipo de micosis en pacientes por lo demás sanos, giran alrededor de alguna condición patológica dentro del seno maxilar para permitir su desarrollo. Se emiten dos tipos básicos de posibilidades para ello, una es la obstrucción crónica del ostium del seno maxilar, que favorezca el desarrollo del *Aspergillus*, ya que éste tiene un medio favorable en condiciones anaeróbicas y de hipoxia.

La otra sería la posibilidad de colonización saprófita, en pacientes con obstrucción sinusal por quistes, lo mismo que sucede en los pacientes que producen *Aspergillomas* coincidiendo con enfermedad pulmonar quística.

En el caso que nos ocupa en el reporte, el seno se encontraba lleno de un material caseoso, espeso,

verde-grisáceo, con la mucosa muy engrosada; el sólo aspecto macroscópico ya hace pensar en una micosis y en ese momento del desarrollo en el acto quirúrgico, es importante revisar el contorno óseo del seno afectado para detectar invasión a las estructuras adyacentes.

La sospecha de una *Aspergillosis* debe establecerse de acuerdo a la cronicidad del padecimiento, la poca o nula respuesta a tratamiento con antibióticos y los hallazgos radiológicos, que en ocasiones pueden mostrar erosión ósea, parecida a las que se presenta en la tuberculosis, escleroma o granuloma de Wegener.

Después de llevar a cabo la cirugía, es importante remitir el material para su estudio histopatológico y cultivo, aunque este último puede resultar negativo.

El tratamiento va a depender del grado de infección, siendo generalmente suficiente la extracción del material y legrado de la cavidad, con el establecimiento de una adecuada ventilación del seno y el apoyo con drogas anti-

micóticas. En la actualidad el uso del Ketoconazol permite evitar los riesgos de la Amfotericina B¹⁰ ya que prácticamente no presenta efectos colaterales y su administración es por vía oral, en contra de la segunda, que representa desventajas por su vía de administración intra venosa y su alta toxicidad.

El pronóstico en los pacientes que no cursan con otro tipo de enfermedades sistémicas es bueno, debiéndose valorar cada seis meses para tener en cuenta siempre la posibilidad de una invasión a las estructuras intracraneanas con sus consecuencias mortales en la mayoría de las ocasiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Mc Gill, T.J. et al.*: Fulminant *Aspergillus* of the nose and paranasal sinuses: a new clinical entity. *Laryngoscope*. 90: 748, 1980.
- 2.- *Hora, J.F.*: Primary *Aspergillosis* of the paranasal sinuses and associated areas. *Laryngoscope*, 75: 768-773, 1965.
- 3.- *Warder, F.R., et al.*: *Aspergillosis* of the paranasal sinuses. *Arch. Otolaryngol.* 101: 683-685, 1975.
- 4.- *Stevens, M.H.*: *Aspergillosis* of the frontal sinus. *Arch. Otolaryngol.* 104: 153-156, 1978.
- 5.- *Mc Guirt, W.F., et al.*: Paranasal sinus *Aspergillosis*. *Laryngoscope*, 89: 1563-1568, 1979.
- 6.- *Meikle, D., et al.*: *Aspergillosis* of the maxillary sinuses in otherwise healthy patients. *Laryngoscope*. 95: 776-779, 1985.
- 7.- *Colman, M.F.*: Invasive *Aspergillus* of the head and neck. *Laryngoscope*, 95: 898-899, 1985.
- 8.- *Stevens, M.H.*: Primary fungal infections of the paranasal sinuses. *Am. J. Otolaryngol.*, 2: 348-357, 1981.
- 9.- *Stammberger, H., et al.*: *Aspergillosis* of the paranasal sinuses. *Amm. Otol. Rhinol. Laryngol.* 93: 251-256, 1984.
- 10.- *Aisner, J., et al.*: Treatment of invasive *Aspergillosis* Relation of early diagnosis and treatment to response. *Amm. Intern. Med.* 86: 539, 1977.

Notas e informaciones



XXXVII CONGRESO NACIONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

San Luis Potosí, S.L.P.
30 de abril al 5 de mayo de 1987

Sede.- Hostal del Quijote
Presidente.- Dr. José A. Arroyo Castelazo

Cursos precongreso.- Temas selectos de Otología
Profesores: Michael Paparella y Marcos Goycoolea

Sesiones plenarias.- Avances en: Otología, Rinología, Laringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

Mesas redondas.- Contaminación ambiental, Malformaciones congénitas en ORL. Complicaciones en la Cirugía rino-sinusal. Estandarización de la Educación en ORL.

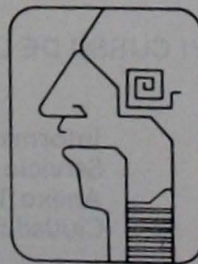
Trabajos libres

Minicursos.- Apnea del sueño. Inmunología en ORL. Disfunciones tiroideas. Patología del lenguaje. Auxiliares auditivos. Rinomanometría. Radiología en ORL. Faringopatías. Potenciales provocados del tallo cerebral. LASSER en ORL.

Exposición Científica y Comercial.

Informes e inscripción.- Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Eugenia 13-403 Col. Nápoles, C.P. 03810. México, D.F. Tel: 543-93-63.

Lunes a viernes de 18.00 a 21.00 hs.



SMORL

IV SYMPOSIUM INTERNACIONAL DE MEDICINA AUDIOLOGICA

La Asociación Internacional de Médicos en Audiología (I. A. P. A.) organizará su IV Symposium Internacional en Tenerife, Islas Canarias, España, 8-11 Noviembre 1987.

El Programa Científico tratará sobre dos temas principales: "Estado actual del diagnóstico audiológico" y "Radiología y otras técnicas en el diagnóstico de las alteraciones auditivas".

Para información adicional contactar con:

Dr. José J. Barajas
Pérez de Rozas 8
38004 Santa Cruz de Tenerife
España

CIUDAD SANITARIA VALLE HEBRON UNIDAD DOCENTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BARCELONA

Servicio de otorrinolaringología
Prof. Dr. P. Quesada Marín

VI CURSO DE OTOCIRUGIA Y DISECCION DEL HUESO TEMPORAL
6, 7, 8, 9 y 10 de octubre de 1986

Información y correspondencia: Dr. E. Perelló
Servicio de ORL (Prof. Dr. Pedro Quesada)
Anexo 1o. Planta. Hospital General
Ciudad Sanitaria Valle Hebrón

08031 Barcelona, Cataluña, España

XX CONGRESO PANAMERICANO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

Puerto Vallarta, Jal. México

16 al 21 de noviembre de 1986

Cursos Precongreso 16 y 17 de noviembre

45 Cursos (30 profesores norteamericanos y canadienses y 15 latinoamericanos)

Simposios

Cuatro simposios plenarios y doce simultáneos

Trabajos libres, películas y videocintas

Este evento proporcionará una oportunidad excepcional para el diálogo y las comunicaciones, entre los otorinolarinólogos más representativos de los países de habla castellana, portuguesa e inglesa de nuestro continente.

Programa Social

Excursiones pre y post-congreso

Para mayores informes:

Secretaría del Congreso
Durango 49-601 Colonia Roma México 06700 D. F.
México Tel. (905) 533-60-04

INSTITUTO DE OTOLOGIA

García - Ibañez
CENTRO O. R. L.

IX CURSO DE MICROCIROGIA DE LOS SENOS PARANASALES

Instituto de Otolología García - Ibañez
BARCELONA 17 al 19 de noviembre de 1986

Dirigido por el Dr. F. Bagatella (Ferrar-Italia)
Curso de Disección y Microcirugía anatomo-quirúrgica del
macizo rinosinusal, películas, videos y conferencias.
Plazas limitadas.

XXIX CURSO DE MICROCIROGIA DEL OIDO Y DISECCION DEL HUESO TEMPORAL

Instituto de Otolología García-Ibañez
BARCELONA del 9 al 14 de junio de 1986
10 al 15 de noviembre de 1986

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

Con la colaboración del:

Prof. D. Ruano - Catedrático de Anatomía de la
Facultad de Medicina de Barcelona.

Dra. C. Guirado - Instituto de Radiología de cabeza y cuello.
Plazas limitadas.

INFORMACION: Instituto de Otolología García-Ibañez

Dr. Roux, 91 bajos Barcelona 08017 Tel. 205-02-04

Cataluña, España

En pediatría En alergias cutáneas y respiratorias

los bloqueadores H-1 "específicos"
sólo bloquean la histamina

Scheramex



IDULAMINE

(maleato de azatadina)

BLOQUEA

- histamina
- serotonina
- estearasa EMTA

PROTEGE

- mastocitos
- basófilos

Y A DIFERENCIA DE LOS H-1

- actúa eficazmente
contra el prurito

IDULAMINE*

(maleato de azatadina)

proporciona

acción antialérgica integral



IDULAMINE

Tabletas y Jarabe
Maleato de Azatadina

Antihistamínico de acción prolongada e
integral

FORMULA: Cada tableta contiene 1 mg de maleato de azatadina, el jarabe contiene en cada 5 ml, 0.5 mg de maleato de azatadina.

INDICACIONES: El jarabe y las tabletas de Idulamine están indicados para aliviar los síntomas de enfermedades respiratorias y dermatológicas alérgicas, reacciones medicamentosas y enfermedad del suero, dermatografía y como tratamiento coadyuvante en reacciones anafilácticas.

POSLOGIA Y ADMINISTRACION:

Adultos y niños mayores de 12 años: Una tableta o dos cucharaditas de Jarabe Idulamine por la mañana y por la noche. En casos severos o refractarios se puede duplicar la dosis.

Niños de 6 a 12 años: De media a una tableta o de 1 a 2 cucharaditas de jarabe Idulamine dos veces al día.

Niños de 2 a 6 años: Media cucharadita del jarabe dos veces al día.

REACCIONES ADVERSAS: Somnolencia, pueden presentarse reacciones comúnmente relacionadas con los antihistamínicos que incluyen reacciones cardiovasculares, hematológicas, neurológicas, gastrointestinales, genitourinarias y respiratorias.

CONTRAINDICACIONES: Recién nacidos, prematuros, pacientes bajo tratamiento con inhibidores de la MAO, hipersensibilidad a la azatadina, embarazo y lactancia.
Este medicamento contiene un antihistamínico, no debe darse a niños

menores de 2 años, ni a mujeres lactando. No debe tomarse simultáneamente con medicamentos depresores del sistema nervioso, ni con bebidas alcohólicas.

PRESENTACION: IDULAMINE Tabletas, Caja con 20 tabletas.

IDULAMINE Jarabe, Frasco con 80 ml.

Esta es una información básica para recetar. Para información más completa existe un folleto profesional a disposición del médico que lo solicite.

Su venta requiere receta médica.

Marca Registrada Rvg. No. 80978, 80977 SSA.

Literatura exclusiva para médicos.

I-Med-MFE-9621

Scheramex

SA DE CV

ARE-23086-IDU

AV 16 DE SEPTIEMBRE No. 101 COL. XALTDCAN, DELEG. XOCHIMILCO 16090 MEXICO D.F.



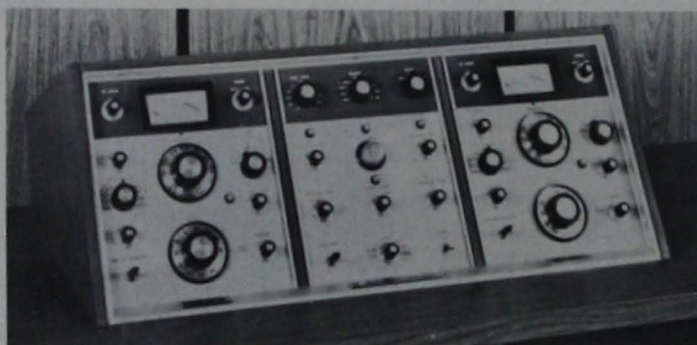
MAICO La más conocida marca en audición le ofrece el más amplio renglón de audiómetros



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



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



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



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

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

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

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

Si es de la especialidad, nosotros lo tenemos a precios directos de fábrica. Entregamos en New Orleans o en cualquiera otra parte de Norteamérica sin variación de precios. 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

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

por las resistencias bacterianas que presentan
 muchos de los antibióticos.²⁻³



AMIGDALITIS. FARINGITIS. LARINGITIS.

«BACTRIM»*

suspensión

ACCION BACTERICIDA¹

“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 laringotraqueítis.

Tabla Posológica de Bactrim*

EDAD	SUSPENSION ml. (cont. 50 mg.)	COMPRIMIDOS INFANTILES		COMPRIMIDOS PARA ADULTO	
		4.5 a 5.5	6 a 8	8 a 12	12 a 18
2 años a 4 años	5 ml.	1/2	1/2		
4 años a 6 años	5 ml.	1/2	1/2		
6 años a 8 años	5 ml.	1/2	1/2		
8 años a 12 años	5 ml.	1/2	1/2		
12 años a 18 años	5 ml.	1/2	1/2		
18 años a 24 años	5 ml.	1/2	1/2		
24 años a 30 años	5 ml.	1/2	1/2		
30 años a 36 años	5 ml.	1/2	1/2		
36 años a 42 años	5 ml.	1/2	1/2		
42 años a 48 años	5 ml.	1/2	1/2		
48 años a 54 años	5 ml.	1/2	1/2		
54 años a 60 años	5 ml.	1/2	1/2		
60 años a 66 años	5 ml.	1/2	1/2		
66 años a 72 años	5 ml.	1/2	1/2		
72 años a 78 años	5 ml.	1/2	1/2		
78 años a 84 años	5 ml.	1/2	1/2		
84 años a 90 años	5 ml.	1/2	1/2		
90 años a 96 años	5 ml.	1/2	1/2		
96 años a 102 años	5 ml.	1/2	1/2		
102 años a 108 años	5 ml.	1/2	1/2		
108 años a 114 años	5 ml.	1/2	1/2		
114 años a 120 años	5 ml.	1/2	1/2		

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

Indicaciones: "Bactrim" * en infecciones de las vías respiratorias superiores, amigdalitis, faringitis, laringotraqueítis y faringitis.

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

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

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

Precauciones: No se administre durante el embarazo, tampoco en los

prematuros y lactantes menores de 3 meses de edad.

Bibliografía:

- Hitching G.H. Selective Inhibitors of Dihydrofolate Reductase as Chemotherapeutic Agents. *Lecture Notes on Cancer*. London: 9, 5, 1969.
- Salberg R. Annual Meeting Soc. Suisse de Pédiatrie, 1971.
- Ferrix M, Havas L. Clinical Experience with Trimetoprim and Sulfamethoxazol with Special Reference to Its Use in 867 Children. in *Proceedings, 10th STAMI-U-TROPIMID Seminar: Symposium of Chemotherapy in Tropical Medicine of Southeast Asia and the Far East*, pp. 129-148. Ed. T. Hanrasuta, Bangkok, 1972.

- Knight C.J. Kinetic Studies with a Trimetoprim/Sulfonamide Combination. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1971.
- Quirk L.A., Wagner D. Trimetoprim-Sulfamethoxazol in the Treatment of Infections of the Larynx and Throat. *J. Infect. Dis.* 128 (Suppl. 6):6-700 (1973).
- Maria Rig. Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

1. Med. 1041-3(24);
 Regs. Nros. 73341, 73362 S.S.A.

XA-240/84



PRODUCTOS ROCHE, S.A. de C.V.
 Av. Universidad No. 902 03310, México, D.F.

SEPTIMA CONFERENCIA BRITANICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Glasgow, Escocia

26 al 31 de julio de 1987

Sede de la reunión.- Universidad de Glasgow

Programa académico.- Las mañanas serán dedicadas a trabajos libres de invitados especiales y se discutirán temas de interés.

Por las tardes habrá a excepción del miércoles sesiones instructivas sobre temas pre-establecidos.

Se ha solicitado a la Asociación Médica Americana que otorgue créditos de postgrado.

Habrá presentación continua de videocintas. También se presentará una exposición científica y comercial.

Actividades sociales.- Tanto para los participantes en la reunión, como para los acompañantes, habrá un atractivo programa social.

Inscripciones.- Se iniciaran a partir del invierno de 1986 y continuaran hasta julio de 1987.

Para mayores informes.- Hon. General Secretary,
Seventh British Academic
Conference in Otolaryngology.
Manus Moran M. Ch.
Princess Alexandra Hospital Wroughton
Royal Air Force Wroughton
Swindon, Wilts SN4 0QJ Gran Bretaña

NUEVO
HISMANAL*
JANSSEN

Información para Prescripción:

Fórmula:

Tabletas: cada tableta contiene astemizol 10 mg excipiente c. b.

Suspensión: cada ml contiene astemizol 2 mg excipiente c. b.

Propiedades:

HISMANAL* es un antihistaminico oral, potente, de acción prolongada y bloqueador altamente selectivo de los receptores H1 de la histamina que carece de efectos sedantes del S.N.C., no atraviesa la barrera hematoencefálica ni potencializa la acción del alcohol, tranquilizantes o depresores del S.N.C.

Indicaciones:

Alergias cutáneas: urticarias, estados pruriginosos, reacciones debido a drogas o alimentos, dermatitis eczematosa.

Alergias respiratorias: rinitis alérgica, fiebre de heno.

Alergias varias: conjuntivitis alérgicas, alergias por parásitos u hongos.

Contraindicaciones:

Embarazo, mujeres en periodo de lactancia e hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.

Uso con depresores del Sistema Nervioso Central.

HISMANAL* no tiene efectos potencializantes con el alcohol u otros depresores del Sistema Nervioso Central.

Uso en actividades que requieran alerta mental.

Se ha demostrado que HISMANAL* no interfiere con las actividades que requieran alerta mental a las dosis recomendadas.

Efectos secundarios:

En algunos casos podría presentarse aumento de peso, erupción y flatulencia, de acuerdo con estudios comparativos que mostraron una incidencia similar con placebo.

Recomendación:

Para lograr una absorción óptima se recomienda tomar HISMANAL* en ayunas, ya que aun a dosis altas HISMANAL* no es sedativo, la dosis diaria puede aumentarse temporalmente al inicio del tratamiento.

Vía de administración: Oral.

Dosis:

Tabletas:

Adultos y niños mayores de 12 años: 1 tableta al día.

Niños entre 6 y 12 años: 1/2 tableta al día.

Suspensión:

Niños de 2 a 6 años: 1 ml por 10 kg de peso corporal al día.

Presentaciones:

HISMANAL* tabletas, caja con 10 tabletas de 10 mg.

Reg. No. 205MB3 S.S.A.

HISMANAL* suspensión, frasco con 30 ml 2 mg/ml.

Reg. No. 204MB3 S.S.A.

Literatura exclusiva para Médicos.

Su venta requiere receta Méd.

Marca Registrada.

Hecho en México por



JANSSEN
FARMACEUTICA

Oficina: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3453
C.P. 10200 México, D.F.

...de la nueva generación de antihistamínicos




81% Excelentes resultados

¡ALERGIA A ALIMENTOS!

Un padecimiento evaluado en el estudio multicéntrico más importante de los últimos años:

más de 6,000

pacientes mexicanos

NUEVO 

HISMANAL*

JANSSEN

sin inflamación

sin fiebre



Keduril

INFORMACION DE PRESCRIPCIÓN: FORMULA: cada gragea contiene: 100 mg de Ketoprofen sodico. Excipiente c.o.p. 1 gragea. **INDICACIONES:** en enfermedades inflamatorias de las vias respiratorias como amigalitis, 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. **BIBLIOGRAFIA:** A solicitud del médico.

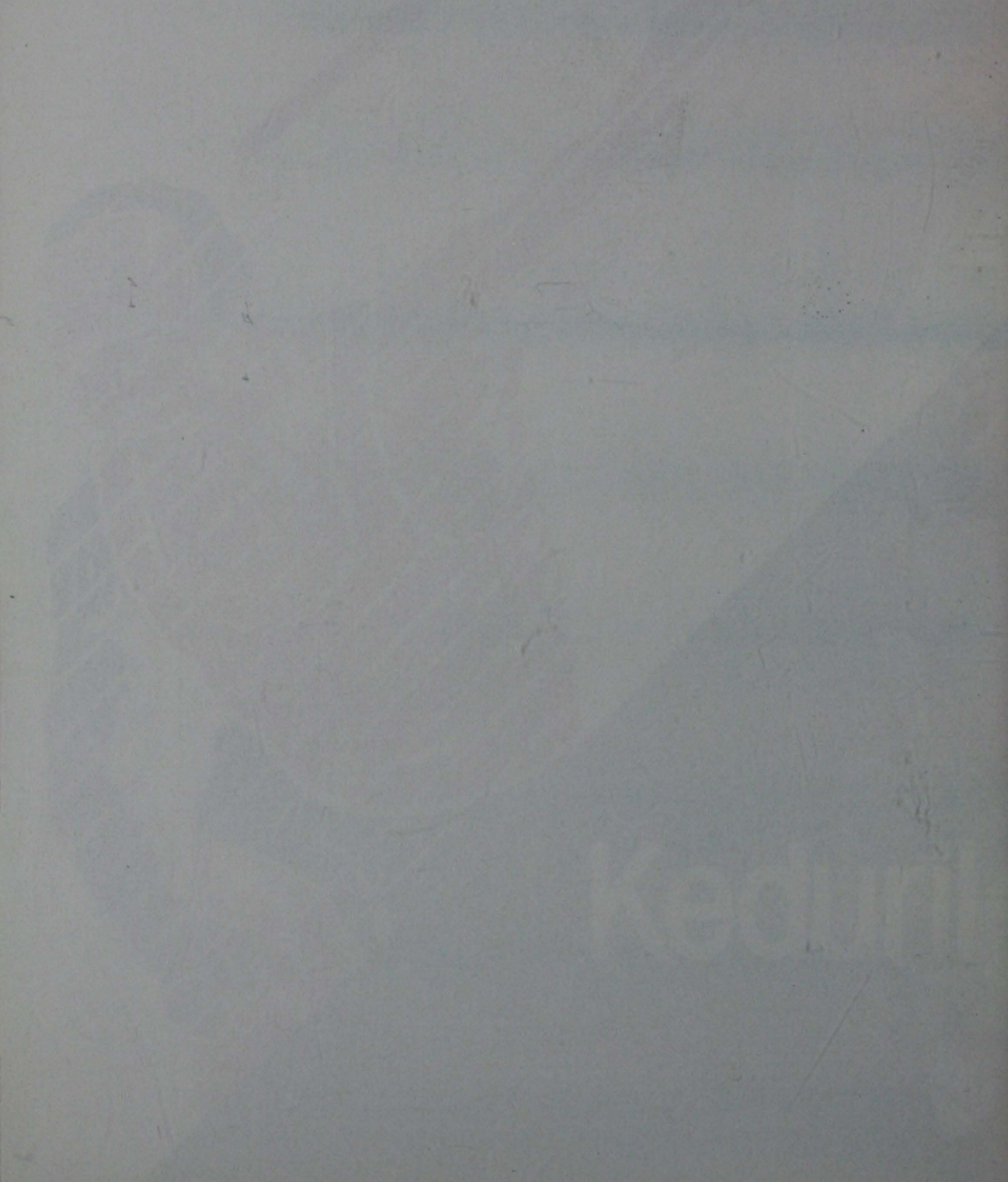
Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. Reg. No. 169M82 SSA. I. MED. KEE 2442/J

KNA/A-1-B6

ALTO NIVEL ENCUENTRO

SIN INTERACCION

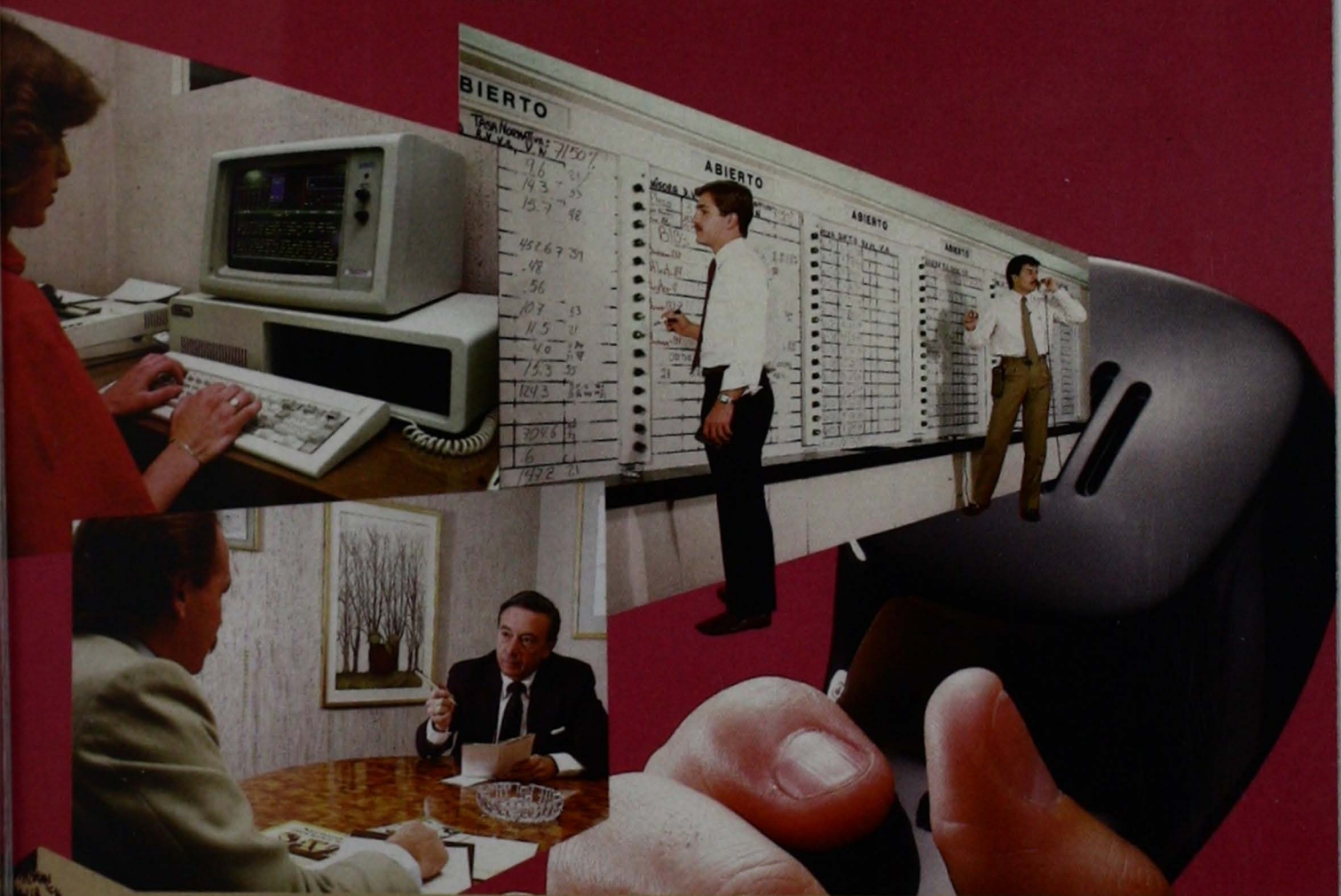
SIN DIBUJO



Alto Nivel en Información

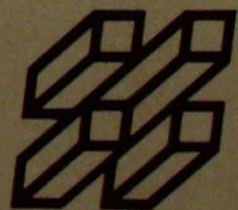
Para la mejor toma de decisiones, usted y las empresas requieren de información económica y financiera oportuna y confiable.

Para usted, convertimos la información en inversiones y planes de financiamiento de Alto Nivel.



Casa de Bolsa

PROBURSA
SA de CV



Empresa de Servicios Financieros

Casa Matriz en México Boulevard Adolfo López Mateos No. 2448 (Periférico Sur esq. con Altavista) Altavista
C.P. 01060 México, D.F. Tels.: 660-11-11 y 660-13-35

Oficinas en: Aguascalientes, Chihuahua, Guadalajara, Mérida, Monterrey, San Luis Potosí, Tampico,
Veracruz y Zacatecas.



DEWIMED, S.A.

INSTRUMENTAL PARA MICROCIURGIA
Y
EQUIPO MEDICO



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

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

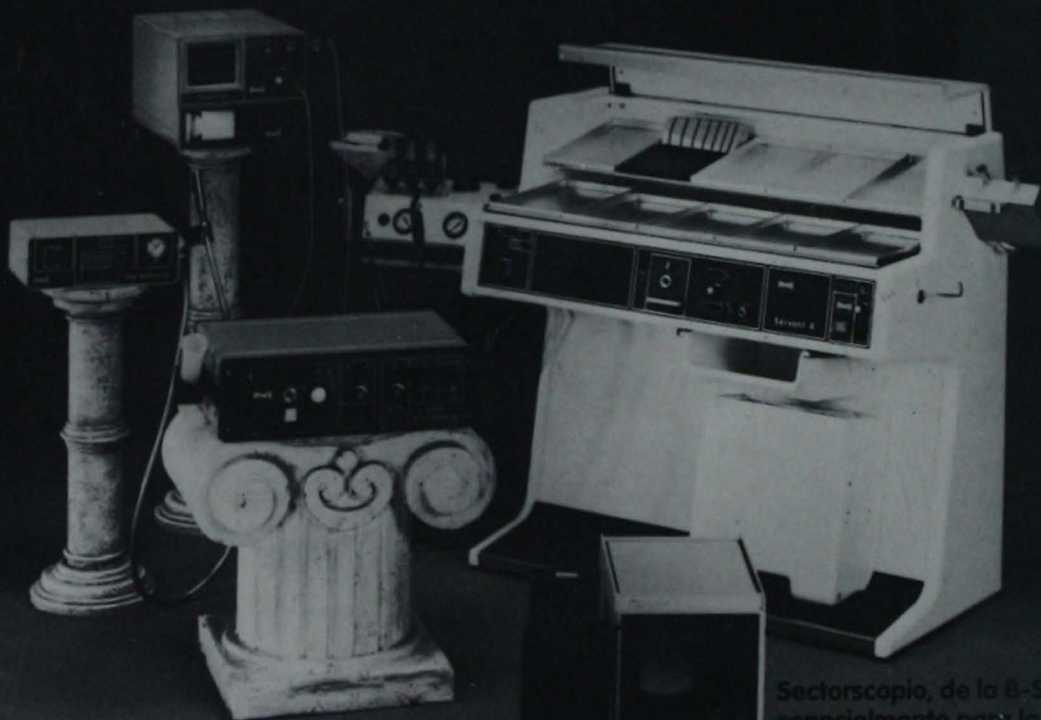
Clásicos con Futuro

*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

Sectorscopio, de la B-Scan,
especialmente para la
zona de cabeza y garganta

Endostroboscopia, para el
diagnóstico de la laringe.

martin

**CARL ZEISS
JENA**

R
RICHARDS

WOLF

ENDOSCOPIA