



ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL FUNDADA EN 1949 ORGANO OFICIAL

PAGINA DEL DIRECTOR	147
TRABAJOS PROSPECTIVOS	149
Utilización de las inclusiones de cerámica de sulfato de calcio dihidratado y de fosfato tricálcico en padecimientos nasales. <i>Dr. José Gutiérrez Marcos y cols.</i>	149
Mesilato de codergocrina en el manejo del vértigo de origen vascular. <i>Dr. Rafael García Palmer y cols.</i>	155
TRABAJOS RESTROSPECTIVOS	
Tumores benignos del maxilar superior en la edad pediátrica. <i>Dr. Manuel Peñaloza Plascencia y cols.</i>	160
CASOS CLINICOS	
Tumores del glomus yugular y timpánico. <i>Dr. Luis Ortíz Armenta y col</i>	165
Mucocele del antro maxilar asociado a un carcinoma nasofaríngeo. <i>Dr. J. Ramón Escajadillo.</i>	176
Meningoencefalocele nasofrontal. (Presentación de un caso) <i>Dr. Manuel Peñaloza Plascencia y cols.</i>	183
Quiste de la segunda hendidura branquial. (Presentación de un caso). <i>Dr. Andrés Gantous y cols.</i>	187
Escleroma respiratorio. (Un caso en un niño de siete años). <i>Dr. Roberto Craig y cols</i>	191
ANALISIS DE LIBROS	194
NOTAS E INFORMACIONES	195
CONSEJO MEXICANO DE OTORRINOLARINGOLOGIA	196

DISTRIBUCION GRATUITA

MEXICO, SEPTIEMBRE-OCTUBRE-NOVIEMBRE 1986
VOL. XXXI NUMERO 4

Hace en horas lo que otros hacen en días

sólo

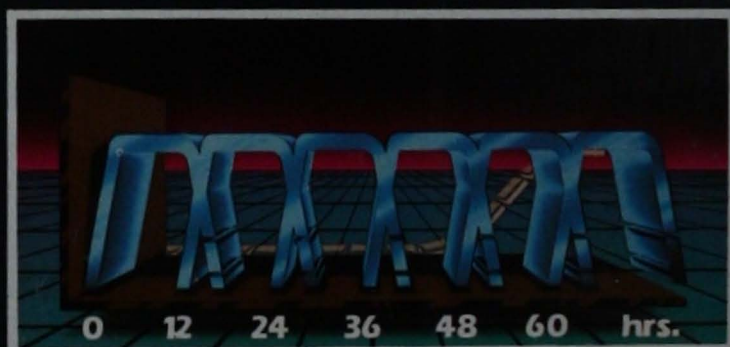
TELDANE

En presencia de alergia, la actividad antihistamínica 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[®]
■ 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. Cada 5 ml de la SUSPENSION contiene

Terfenadina 30 mg.

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 drogas y alimentos.

Respiratorio: Polinosis aguda, Rinitis estacional, fiebre de heno, rinosinorinovitis.

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, la terfenadina —como la mayoría de los medicamentos— no debe utilizarse en mujeres embarazadas o en madres en periodo de lactancia, a menos que no responda 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.

Suspensión:

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 5 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[®] tabletas: caja con 20

TELDANE[®] suspensión: Frasco con 60 ml.

Se vende al alcance de los niños.

No se deje al alcance de los niños.

Reg. Nums. 91MB3, 206MB3, S.S.A.

LABORATORIOS LEPETIT DE MEXICO, S.A. DE C.V.

Paseo de las Palmas 555, 3er. piso 11000 México, D.F.

Marca Registrada

BIBLIOGRAFIA

1. GIBARD JP, et al. Double-Blind comparison of Astemizol, Terfenadine and Placebo in Hay Fever with special regard to Onset of Action. *J. Int. Med. Res.* 11: 102-108, 1986.

2. HOWARTH PM, EMANUEL MB and HORGATE ST. Astemizole, a potent histamine H₁ receptor antagonist, effect on allergic rhinocconjunctivitis on antigens 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 MURPHY DM. A double-blind comparison trial of two doses regimens of terfenadine in patients with hay fever. *Ann. Internal Med.* 105:123-133, 1984.

CLAVE: TEA-021/86





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

Farmacología: Bisolvon*

	Menores de 2 Años	De 2 a 6 Años	Adultos y Mayores de 6 años
Ampolletas	1/2 3 veces al día	1/2 - 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.

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

Contraindicaciones: Estenosis aórtica, tirotoxicosis, arritmias de elevada frecuencia. Precauciones: En personas con infarto cardíaco reciente y/o graves alteraciones cardíacas y vasculares orgánicas, se precisa que el médico considere 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 papitaciones, mareos, fatiga, cefaleas o sudoración, en caso de presentarse éstas, conviene reducir la dosis. Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. Farmacología: Bisolvon* comprimidos. Adultos 1 a 2 comprimidos cada 8 hrs., Escuelas 1 comprimido cada 8 hrs., Preescolares 1/2 comprimido cada 8 hrs. Bisolvon* solución. Adultos 1 a 2 cucharaditas cada 8 hrs., Escuelas 1 cucharadita cada 8 hrs., Preescolares 1/2 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. Reg. Núm. 0123MR2, 0122MR1, 5.5.A. LEE-110212. Bisolvon* fórmula. Cada ampouleta contiene: Bromhexina 4 mg. Cada comprimido y cada 4 ml de la solución contienen: Bromhexina 8 mg. Excipiente c.p.p. Presentaciones: Bisolvon* caja con 3 ampouletas con 4 mg. Caja con 20 comprimidos con 8 mg. Frasco de 50 ml con 2 mg. 4 ml. Bisolvon* linctus, frasco de 100 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 observado molestias gástricas, náuseas e indigestión. Su venta requiere receta médica. *Terminé exclusiva para médicos. *Marcas Registradas. Reg. Núm. 80841, 856, 86, 151, 85.



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 desórdenes en la trayectoria auditiva.

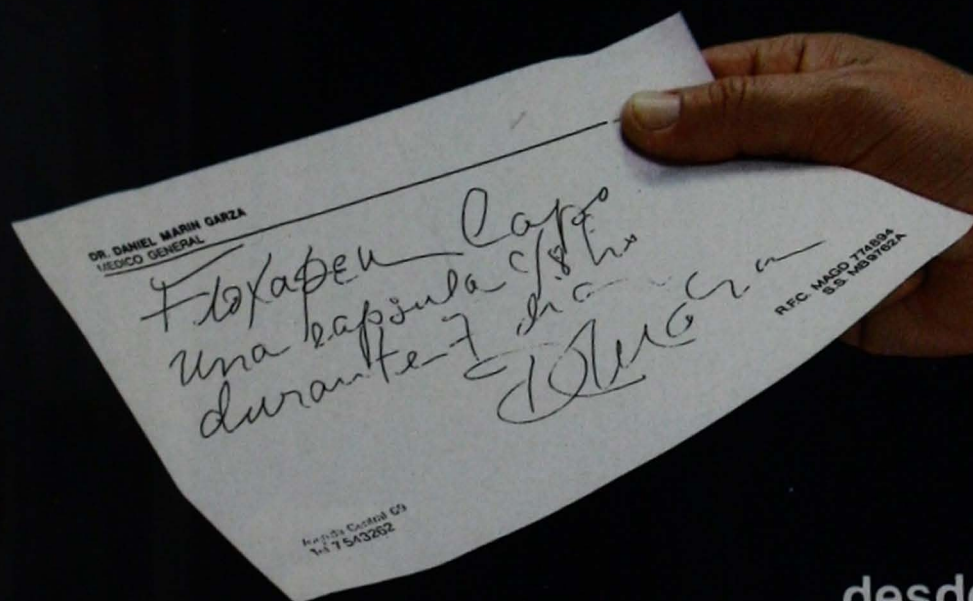


**NICOLET
INSTRUMENTOS
S. A. de C. V.**

Louisiana 49
03810 Mexico, 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.

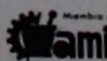
Su venta requiere receta médica

* 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, bacteriemia asintomática, prostatitis, gonorrea. Infecciones gastrointestinales.

FORMULA. Cada tableta contiene: Clorhidrato de bacampicilina equivalente a 0,278 g. de ampicilina. Excipiente c.p.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. (Bergen et al. 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, prurito, eosinofilia, fiebre, angiodermia, 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.

1 MED. 816 3770

Contiene la ampicilina

de la familia de las penicilinas

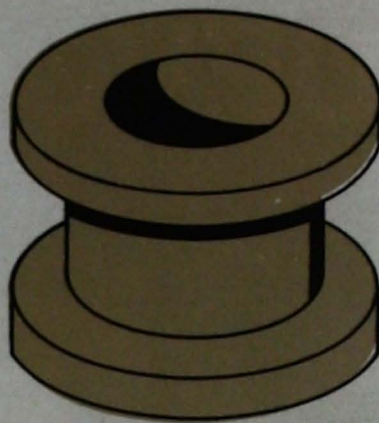
de acción bactericida

ASTRA

LABORATORIOS

ASTRA S.A. - BOGOTÁ - COLOMBIA

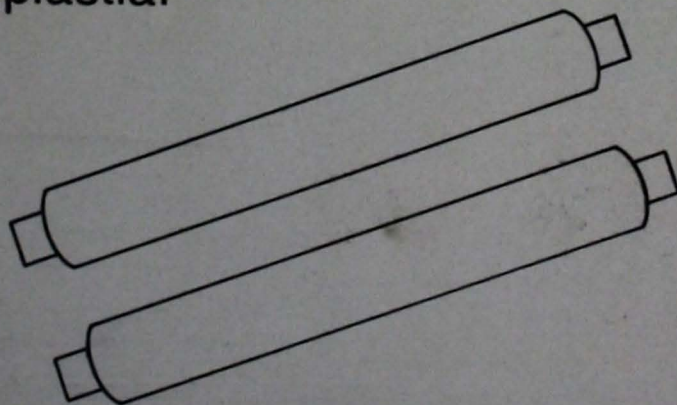
Tubos de ventilación
Drapes
Instrumentos Quirúrgicos
para Otorrinolaringología.



Fabricados por:

MICROTEK MEDICAL INC.

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



Modelo
M400410
(Tamaño actual)

Pida informes a:

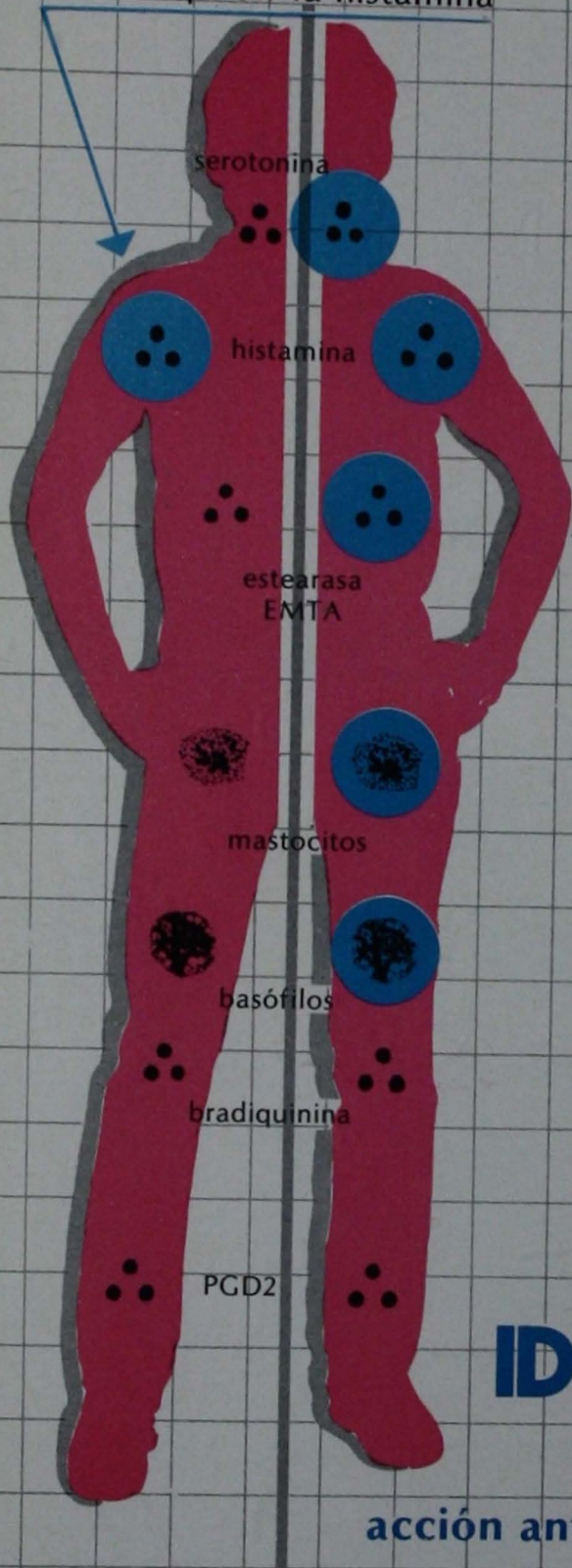
MICROTECNICA QUIRURGICA, S.A. de C.V.

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 antiérgica 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, dermatografismo y como tratamiento coadyuvante en reacciones anafilácticas.

POSOLOGIA 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, hematólogicas, 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.

Med-MFE-962/1

Scheramex

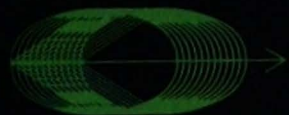
S.A. DE C.V.

ARE-22986-IDE

AV. 16 DE SEPTIEMBRE No. 301
COL. XALTOCAN, DELIC. XOCHIMILCO 16093 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 sustentan en la Sesión Científica 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 y sea en la reproducción en papel o en la diapositiva según el caso y también en la parte externa del sobre. En una hoja aparte se anotarán de acuerdo al número de la figura, el pie de la misma con el texto correspondiente.

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

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

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

ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

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

Favor de enviármela a:
 Nombre
 Dirección

Firma

Colaboración por 1 año (4 números)
 México \$25,000.00 M.N.
 América, España y Portugal \$ 50.00 Dls. U.S.A.
 Otros países \$ 50.00 Dls. U.S.A.

Información abreviada y exclusiva para médicos
 Su venta requiere receta médica
 Reg. No. 028864 y 704664 S.S.A.
 © marca registrada.
 1. MEC-MEC-3802 y LLE-24879-RC-11-66AR
 XA 259-98

ROCEPHIN
 el antibiótico de acción prolongada

el primer antibiótico β -lactámico de acción prolongada

una nueva página en la historia de los antibióticos

el antibiótico de una vez al día

el primer antibiótico β -lactámico de acción prolongada

una nueva página en la historia de los antibióticos

Rocephin es el primer antibiótico β -lactámico de amplio espectro, de acción prolongada. Fue el resultado de la investigación del bacteriólogo F. Hoffmann-La Roche, en Basilea, Suiza. Sustancia activa Ceftriaxona, en forma de sal dihidrato. Mecanismo de acción: Rocephin actúa sobre el pared celular bacteriana interfiriendo en la síntesis del ácido murámico, con lo que provoca su lisis por osmosis. Indicaciones: Infecciones causadas por gérmenes gram-negativos y gram-positivos sensibles como: infecciones respiratorias, gastrointestinales, urinarias, gineco-obstétricas, venéreas, etc. Otitis media, de oído y tegidos blandos, meningitis y cuadros sépticos graves. Infecciones relacionadas a los artrópodos. Profilaxis de infecciones. Prematuros, lactantes y niños menores de 12 años. 20 a 50 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 sus componentes, en pacientes hipersensibles a la penicilina, debe tenerse presente la posibilidad de reacciones alérgicas cruzadas. Precauciones y advertencias: Evitar la presencia de su empleo durante el embarazo (particularmente durante el primer trimestre) y menos que si sea necesario imperioso. 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 lidocaína, nunca debe aplicarse por vía intravenosa. Reacciones secundarias: Son poco comunes y pueden consistir en: eritematosas, náuseas o diarrea, rinitis, urticaria y prurito, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, leucopenia, granulocitopenia y anemia hemolítica. En raras casos y con la aplicación intravenosa, pueden presentarse reacciones inflamatorias de la pared venosa, las que se pueden evitar inyectando la solución intravenosa lentamente (2 a 4 minutos). Presentaciones y Nombres comerciales: Rocephin 1M (intramuscular) 300 mg y 1 g, comprimidos; respectivamente: frasco ampolla con ceftriaxona dihidrato equivalente a 500 mg y a 1 gramo de ceftriaxona y ampollas con 2 ml y 3.5 ml de solución de lidocaína al 1%. Rocephin IV (intravenoso) 500 mg y 1 g y comprimidos respectivamente: frasco ampolla con ceftriaxona dihidrato equivalente a 500 mg y a 1 gramo de ceftriaxona y ampollas con 5 ml y con 10 ml de agua estéril isotónica.

Bibliografía: 1.- Lüthy, R. Pharmacokinetics parenteral Cephalosporins. Cephalosporins der 60er Jahre. Novartis. II. Simposio de la comparación de agentes quimioterápicos. Regensburg del 18 al 20-09-1982. 2.- Hsu, H.C., Bergel, M.J., Fu, K.C. Antibacterial activity of ceftriaxone (Ro 13-9974), a 3rd-generation cephalosporin. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 19: 414-420 (1981). 3.- Verbeek, L., Verheijen, J., In vivo activity of Ro 13-9974 in a new β -lactamase-stable cephalosporin. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 18: 229-232 (1981). 4.- Documentación archivada en F. Hoffmann-La Roche & Cia, S.A. Basilea, Suiza. 5.- Steedel, R. Pharmacokinetics of ROCEPHIN: a highly active new cephalosporin with an exceptionally long biological half-life. Chemotherapy 27: 71-75 (1982). 6.- Monnera, P.J., Stawell, K., Ziegler, H.W. Pharmacokinetics of ceftriaxone following intravenous administration of 2 g dose. Eur. J. Clin. Pharmacol. 22: 17-21 (1982). 7.- Pritchard, M., Clark, Z., Rubinstein, E. Efficacy of ROCEPHIN (Ro) and gentamicin (Ro) in a rat abscess model. 11th International Conference of Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Chicago 1981. Abstract 388. 8.- Fraenkel, F., Braun, P.C., Saravanan, G., Saeglinger, F., Pignatelli, G., Sambataro, G., Mariani, C., Ravasi, G.C., Vanni, F. Single and multiple low dose pharmacokinetics of ceftriaxone in man. Single low dose, renal clearance and urinary excretion. Symposium Monrovia/Wellstrand 29-28. 9. 1983, p. 17. 9. Ballo, T., Tardemans, H., Huang, Pung, W., Takahashi, H. Histological and bacteriological findings in the tissue and bile concentrations of ceftriaxone in human gallbladder. 13th International Congress of Chemotherapy, Vienna/Austria, 18-22. 9. 1983. Proceedings: Ceftriaxone, part 100, Pt. 4, 203, p. 14-17. 10. Sato, T.K., Wittmann, D.J., Fackl, R., Laude, R. Serum, bone and tissue fluid concentrations of ceftriaxone. 13th International Congress of Chemotherapy, Vienna/Austria, 28. 9. 2. 1983. Proceedings: Ceftriaxone, part 100, Pt. 4, 203, p. 41-43. 11.- Huber, K., Adam, D., Kras, F. Antibiotikakonzentrationen im Prostataadenom. Mensch und Krankheit des perigenitalen prostaticus bei transurethralen Resektionen der Prostata. ZAC Zeitschrift für antimikrobielle Chemotherapie 2, No. 1, 15-28 (1986). 12.- Morgan, J.R., Fackl, R., O'Sullivan, M., Williams, B.D. Penetration of ceftriaxone into inflamed prostatic fluid. 13th International Congress of Chemotherapy, Vienna/Austria, 28. 9. 2. 1983. Proceedings: Ceftriaxone, part 100, Pt. 4, 203, p. 27-29. 13.- Fraenkel, F., et al. Distribution of ceftriaxone in tissues of the apparatus genitalis feminine. Communication presented at 6th Cong. Naz. Soc. It. Chemioterapia, Milano, 22-25 gennaio 1980. 14.- Gattas, M., Denis, F., Pignatelli, D., Diop, M., L. Experiences with ROCEPHIN (Ro 13-9974) in bacterial meningitis. 13th International Congress of Chemotherapy, Florence 1981. Current Chemotherapy and Immunotherapy, Proceedings Vol. 1, p. 480-487. 15.- Patel, L.H., Vaidya, R.E., Konikoff, J., Panchanani, R. Pharmacokinetics and tolerance of ceftriaxone in humans after single dose intramuscular administration in water and lidocaine diluent. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 21, No. 6: 957-962 (1982). 16.- Patel, S.K., Chen, S., Panchanani, R.K., Handmann, M.R., Bruck, M.A., Konikoff, J., Kaplan, S.A. Pharmacokinetics of ceftriaxone in humans. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 20, 604-611 (1981). 17.- Schandl, R. Die Konzentration von Ceftriaxon in der Galle. Habilitation - Symposium. 1981. Ceftriaxon (ROCEPHIN) ein neues penicillinartiges Cephalosporin. 8-10. September 1981. Edition ROCEPHIN 181-190. 18.- Farnes, M., Hayes, L., Ruff, J.C., Clarke, M.R. Ergebnisse der klinischen Prüfung von Ceftriaxon an Ceftriaxon (Rocephin). Ein neues penicillinartiges Cephalosporin. Simposio Habilitation, 1981, pp. 209-215. Ed. L. Denis & G. Saeglinger. Gnevauch. Editores. Roche, 1982. 21.- Cadot, M., Denis, F., Fülle, H., Diop, M. et al. Treatment of purulent meningitis with a new cephalosporin ROCEPHIN (Ro 13-9974). I. Bacteriological and pharmacological observations in 24 cases. Chemotherapy 27 (Suppl. 3), 37-41 (1981). 22.- Rodriguez-Hortega, E., Quintero-Pérez, R.P., Campa-Olivero, G.; Pérez-Bonafant, J.A., Bricelj-Reyes, J.J., Hernández-Sugrte, G. The value of ceftriaxone (CTX) once daily in the treatment of bacteremia: A randomized, comparative trial versus 11.0. cefotaxime and cefuroxime (C + T). 17th International Congress of Internal Medicine, October 7-12, 1984. Kyoto/Japan, p. 349. Abstract No. 555. 23.- Rodriguez-Hortega, E., Quintero-Pérez, R.P., Pérez-Rivas, J.A., Hernández-Sugrte, G., Campa-Olivero, G., Bricelj-Reyes, J.J. Ceftriaxone (CTX) in blood, liver and spleen. An Mediterranean Congress of Chemotherapy, 19-25 Octubre 1984, Padova/Italia, Abstract p. 53. Abstract No. 81.



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



AMOXICILINA

es a nivel mundial

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 ampula conteniendo amoxicilina sódica equivalente a 250 mg de amoxicilina; Frasco ampula 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 ampula, frasco con solvente (agua inyectable) 2 ml; Inyectable de 500 mg, 1 frasco ampula, 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

DOSIS:

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 ampollita 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 ampollita 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, cristaturia, 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 ente rohepática de los estrógenos

*Marca Registrada

Regs. Nos. 78552, 78554, 0127M79 y 88252 S.S.A.

Literatura exclusiva para médicos

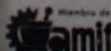
Su venta requiere receta médica.

I Med. MDE-623/JJ

Hecho en México por:

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

Beecham
La Autoridad en Penicilinas



En ESTADOS CONGESTIVOS
RESPIRATORIO
sólo su paciente
puede beneficiarse...

ALERFRIN

COMPRIMIDOS Y JARABE



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

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

ALERFRIN Comprimidos y Jarabe.

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

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

Precauciones: Este medicamento contiene un antihistamínico. Evite su administración en niños menores de 2 años o mujeres lactando. No debe tomarse en forma simultánea con medicamentos depresores del sistema nervioso ni con bebidas alcohólicas.

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.
Reg. No. 55750 S.S.A.

FUNDADA EN 1949

DIRECTORIO
**ANALES DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA**
Director-Editor
Dr. Pelayo Vilar-Puig
Subdirector
Dr. Jorge Corvera Bernardelli
Consejo de Redacción
Dr. Miguel Arroyo Castelazo
Dr. Sergio Decanini Tornessi
Dr. Andrés Delgado Falfari
Dr. Rafael García Palmer
Dr. Fernando Guzmán Lozano
Dr. Mariano Hernández Goribar
Dr. Samuel Levy Pinto
Dr. Antonio Soda Merhy
Gerente General
Lic. Joaquín Bohigas
**DIRECTIVA 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 Martínez
Dir. Gral. de Derecho de Autor
 Registro No. 228-78
 Certificado de licitud
 de contenido 929
 Certificado de licitud
 de título 1625
 Eugenia 13-403 C. P. 03810
 México, D. F. Tel.: 543-93-63

 Dirección 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.

PAGINA DEL DIRECTOR

Este es el último editorial que en mi calidad de Director-Editor de la revista escribo, con este número que completa el Volumen XXXI, se cierra un ciclo de 6 años, al completarse el segundo periodo para el que fui nombrado por la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.

Iniciar una publicación es tarea relativamente fácil, pero mantener su continuidad es mucho más arduo. Nuestra publicación iniciada en 1949, a lo largo de estos 35 años sufrió diferentes crisis, al grado que dejó de publicarse por varios años. En 1977 los dirigentes de la Sociedad vieron como impostergable la necesidad de que la revista reapareciera y desde esa fecha su continuidad y puntualidad han sido impecables.

Quienes nos precedieron en este nuevo período de Anales, nos facilitaron enormemente el trabajo, ya que tomamos la dirección de una revista consolidada tanto en su estructura como en su financiamiento.

Partiendo de esta sólida situación pudimos continuar, gracias al firme deseo de no cejar en mantener y mejorar lo que con tanto esfuerzo se había logrado. Esta labor fue posible gracias a la concurrencia de una serie de factores. En primer lugar las diferentes directivas que siempre alentaron y apoyaron nuestra gestión. Colaboración insustituible fue la de los diferentes integrantes del consejo de redacción, gracias a ellos la revista pudo mantener una calidad aceptable al ser los trabajos valorados por un grupo de expertos. La ayuda de las casas comerciales y suscriptores como el Instituto Mexicano del Seguro Social, amén de otras contribuciones como las del Consejo Mexicano de Otorrinolaringología, permitieron junto a la atinada administración de nuestro Gerente el Lic. Joaquín Bohigas, que la revista no se viera amenazada, por lo que a menudo acaba con publicaciones no comerciales como la nuestra, es decir la incapacidad de autofinanciarse. A todos ellos mi público reconocimiento.

En otro orden de ideas, notará el lector que este número se acompaña de un suplemento, se trata de un índice bibliográfico por autores y materias de todo lo publicado por Anales desde 1949, esta recopilación la debemos a nuestro anterior Director-Editor el Dr. Pelayo Vilar Canales a quien agradezco su incondicional colaboración.

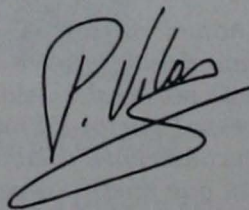
Esta es la primera ocasión que nuestro órgano oficial edita un suplemento de esta índole, su importancia estriba en que la comunidad otorrinolaringológica mexicana contará con un instrumento de consulta rápida y eficaz, para saber lo que en México se ha escrito sobre la especialidad a lo largo de los últimos 35 años, aceptando que en su mayoría la producción otorrinolaringológica nacional, ha sido publicada en Anales.

Además de convertirse en un instrumento de consulta bibliográfica, pensamos que formará parte del acervo histórico de la sociedad, única forma de evitar que los testimonios escritos de la Otorrinolaringología mexicana se pierdan irremediamente y en este renglón por desgracia, nuestra sociedad hasta la fecha, no ha sido particularmente pródiga. Mucha de la identidad de las corporaciones se desvanece si su desarrollo histórico no es escrito, archivado y se encuentra al alcance para la consulta pública. Este es uno de los propósitos fundamentales del suplemento.

Para finalizar quisiera explicar el por qué de mi decisión de no aceptar las amables insinuaciones de nuestro actual presidente el Dr. Guillermo Hernández Valencia, así como del anterior el Dr. Raúl Mereles Del Valle, para que continuara al frente de la revista.

Creo firmemente en la pervivencia de las instituciones cuando los objetivos que persiguen son tan nobles como los de nuestra corporación. Los hombres que la han integrado y que la siguen nutriendo, son la esencia de su existencia y fin, pero la permanencia de algún miembro de una colectividad por demasiado tiempo en determinadas posiciones, es hecho bien conocido que a menudo acaba por restar creatividad a quien se empecina en un continuismo innecesario. En cambio cuando se crean y facilitan los enlaces entre los hombres con afinidad de objetivos, se da continuidad a lo creado y las comunidades se ven enriquecidas. Con este pensamiento, hace varios meses, solicité a la Directiva de la Sociedad que nombrara a la persona que me sustituyese al terminar mi periodo. Esta responsabilidad recayó en la persona del Dr. Rafael García Palmer, con quien hemos trabajado durante estos meses estableciendo una línea común de trabajo. Nuestro nuevo Director-Editor es un hombre talentoso y culto, que ha dedicado muchos años a nuestra revista como miembro del Consejo de Redacción. Por otra parte conoce a nuestra sociedad con detalle, pues le ha servido en diferentes puestos directivos y recientemente ocupó la presidencia de la misma. Por estos motivos, no dudo que seguiremos contando con una publicación que dignifique a la Otorrinolaringología mexicana, con niveles de excelencia cada vez mayores.

Espero que mi paso por la revista haya sido útil a mi comunidad, la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, a la que siempre he pretendido servir dentro de lo que mis capacidades y circunstancias me lo han permitido; lo que sí puedo asegurar es que durante este tiempo, mi persona se vio enriquecida con largueza, al desarrollar la tarea que se me encomendó.



P. Vilar-Puig
Director-Editor

Trabajos prospectivos

Utilización de las inclusiones de cerámica de sulfato de calcio dihidratado y de fosfato tricálcico en padecimientos nasales.

Reporte de 10 Casos.

Dr. José GUTIERREZ MARCOS*
Dr. Enrique AZUARA PLIEGO**
Dr. Tomás AZUARA**
Dr. Zacarías VELAZQUEZ*
Dr. Juan MATA RIBALTA**

Resumen.- Se presentan seis casos de rinitis atrófica tratados con éxito mediante endo-micro rinoplastia con implante de cerámica y cuatro casos de cierre de perforaciones septales utilizando el mismo tipo de implantes. Las cerámicas utilizadas fueron de sulfato de calcio dihidratado y de fosfato tricálcico, materiales que hasta la fecha han mostrado ser de gran utilidad en el campo de la Otorrinolaringología para la reestructuración de defectos óseos.

Summary.- Dihydrated calcium sulphate and tricalcic phosphate ceramic implants, were succesful in the treatment of six cases of atrophic rinitis and in four patients with iatrogenic septal perforations. These implants have proved to be very usefull in Otorhinolaryngology, when bone defects must be repaired.

INTRODUCCION

En la actualidad, el empleo de materiales sintéticos ha invadido el campo de la cirugía reconstructiva, plástica, odontológica, ortopédica y otorrinolaringológica, siendo su objetivo principal el de

restaurar las estructuras anatómicas lo más cercano a su estado original así como lograr la recuperación de las funciones perdidas.¹ Se han utilizado múltiples materiales como el silicón, teflón, dacrón, etc., los que en su mayoría tienen el grave defecto de provocar una reacción de rechazo al permanecer en contacto con los tejidos orgánicos y sus componentes químicos e inmunológicos.^{1,2} La magnitud de la reacción antigénica en la mayoría de los casos no se puede determinar antes de su aplicación.³

En el campo de la ingeniería biomédica, la investigación acerca de los diferentes modelos para obtener la restauración o reemplazo de estructuras óseas perdidas, ha sido continua, pero infructuosa en la mayoría de las ocasiones, sin embargo, los logros obtenidos mediante el uso de cerámicas sustituibles por tejido óseo, actualmente son alentadores,^{2,3,4,5,6,7} ya que dichos materiales son inmunológicamente inertes y se sustituyen íntegramente por tejido óseo.

El sulfato de calcio dihidratado ha sido utilizado en odontología para llenar las heridas que persisten al efectuar extracciones de piezas dentarias impactadas, así

como para corregir defectos óseos maxilares, encontrándose que después de 4 semanas de haber sido implantadas, no hay evidencia radiológica de la presencia de sulfato de calcio, ya que ha sido sustituida por hueso.^{2,6,7,8}

En los últimos años, el uso de cerámicas para la cirugía ósea, ha llamado notablemente la atención. Otro tipo de cerámica biológica activa como es el fosfato tricálcico, nos muestra que puede utilizarse como un implante biodegradable, entendiéndose por esto que el material es reemplazado por hueso.

Los estudios indican que las cerámicas de fosfato tricálcico son biocompatibles y biodegradables, pero un punto importante para que esta cerámica funcione es el hecho de que debe contar con una determinada porosidad y cada uno de los orificios debe ser mayor de 100 micrómetros, ya que será a través de estos poros que penetren los tejidos necesarios para vascularizar y servir como puente osteofílico y osteoconductor.^{9,10,11,12,13,14}

Con fundamento en las anteriores experiencias clínicas y en los resultados de la fase experimental que emprendieron los autores del presente trabajo (material inédito)

* Hospital "Darío Fernández" I.S.S.S.T.E. México, D.F.

** Médica Sur. México, D.F.

Tabla I.— Muestra los 10 casos estudiados, con los siguientes significados:

— Cultivo de moco nasal: (+) Estafilococo aureus coagulasa positivo.

— Rx senos paranales: (+ +) Síndrome de lumen amplio.

(SMB) Sinusitis maxilar bilateral.

— rnm; Rinomanometría: (O) Síndrome de lumen

(°) Perforación septal. Ambas con presiones bajas y flujos altos.

— Diagnóstico: (# #) Rinitis atrófica.

(* *) Perforación septal.

Caso No.	Edad	Sexo	Cultivo nasal	moco	Rx	RNM	Diagnóstico	Resultado
1	36	F	+		++	O	# #	Bueno
2	40	F	+		++	O	# #	Bueno
3	33	F	El. normal		++	O	# #	Bueno
4	24	F	+		++	O	# #	Regular
5	65	M	+		++	O	# #	Bueno
6	64	F	+		++	O	# #	Bueno
7	36	F	+		SDP	°	* *	Regular
8	18	M	Fl. normal		SMB	°	* *	Bueno
9	22	F	Fl. normal		SMB	°	* *	Bueno
10	24	M	Fl. normal		SMB	°	* *	Bueno

to) al implantar el sulfato de calcio dihidratado intraseptalmente y en el dorso nasal de 20 conejos, en los que se obtuvo tanto con estudios de microscopía óptica como de microscopía electrónica, evidencia de la sustitución absoluta de dicho material por tejido óseo de características normales y sin reacciones colaterales, se decidió la aplicación de los materiales estudiados a nivel clínico.

MATERIAL Y METODO

Se realizó la aplicación de cerámica de sulfato de calcio dihidratado en 6 pacientes y de fosfato tricálcico en otros 4, por pre-

sentar padecimientos cuyo problema fundamental fuese el de cursar con algún defecto estructural óseo o cartilaginoso, como los provocados y atrogénicamente por intervenciones rinoplásticas inadecuadas o por padecimientos locales como la rinitis atrófica.

Asimismo se les descartó cualquier padecimiento sistémico y se corroboró que tuvieran un adecuado estado general y pruebas de laboratorio preoperatorias normales biometría hemática, química sanguínea, tendencia hemorrágica, examen general de orina y calcio sérico).

A todos los pacientes se les realizó una evaluación clínica

preoperatoria otorrinolaringológica, análisis de la sintomatología nasal, cultivo de exudado nasal, rinomanometría, estudio radiológico y las pruebas preoperatorias ya mencionadas (Tablas I y II).

La cerámica utilizada se obtuvo mediante la deshidratación del sulfato de calcio por su exposición durante 17 minutos a una temperatura de 250° C para obtener hemihidrato de sulfato de calcio.

(CaSO₄ .1/2H₂O), posteriormente se le agregó agua para lograr una mezcla de la consistencia deseada y obtener nuevamente el sulfato de calcio dihidratado (CaSO₄ . 2H₂O).

Tabla II.— Muestra la lista de síntomas presentados por los 10 pacientes estudiados.

Caso No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sintomatología										
Obst. nasal bilateral permanente	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Sequedad nasal	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Moldes de moco	+	+	+	+	+	+				
Epistaxis	+		+		+			+		+
Descarga posterior				+		+		+		+
Hiposmia	+	+	+		+	+	+	+		
Anosmia				+						
Cacosmia	+	+	+	+	+	+				
Dolor bimalar				+		+		+		+
Silbido al respirar						+	+	+	+	+
Fatigabilidad	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

La cerámica de fosfato de calcio fue preparada mezclando el polvo de este material con agua destilada y posteriormente calcinándola a 1000° C durante 15 minutos, proceso que fue repetido después de agitarlo y mezclarlo nuevamente con agua destilada. Posteriormente con el objeto de lograr una porosidad adecuada, la cerámica fue mezclada con un polímero a razón de 2 partes de cerámica con una de polímero, que después fueron calentados nuevamente hasta alcanzar la temperatura de 1000°C gradualmente, partiendo desde 100°C, durante una hora, con el objeto de garantizar una mezcla correcta y la evaporación del polímero para lograr poros interconectados.

Las cerámicas se moldearon en placas de 1 cm² en promedio, para posteriormente ser esterilizadas en gas, evitándose así su nueva deshidratación.

En los 6 pacientes con rinitis atrófica, se estableció el tratamiento preoperatorio con lavados nasales de solución salina, antibioticoterapia a base de Minociclina a razón de 100 mg., cada 12 horas durante 10 días. Se les realizó la aplicación de los fragmentos de cerámica una vez finalizado el tratamiento previo mediante procedimientos prácticamente iguales (endo-microrinoplastia) consistentes en incisiones alares bilaterales, desinserción en los cornetes inferiores, desperiostización de las paredes laterales nasales y piso de las fosas y colocación de las placas de cerámica en contacto con tejido óseo, hasta lograr la visualización de las cámaras nasales de un tamaño considerablemente menor.

Los últimos 4 casos, eran pacientes que presentaban secuelas yatrogénicas por intervenciones septales inadecuadas, el primero,

3 años antes y los otros 3, año y medio previos a su estudio. Todos sufrían alteraciones respiratorias provocadas por perforaciones septales amplias, de 2 cm aproximadamente de diámetro en el primer caso (No. 7) y de 1 cm en los restantes.

Los pacientes fueron sometidos a cierre de perforación septal con abordaje a través de la vía maxila-premaxila e implante de cerámica de sulfato de calcio dihidratado en los casos No. 7 y No. 8 y de fosfato tricálcico en los casos No. 9 y No. 10. En los casos No. 7 y No. 9 fueron cubiertas con periostio de tibia del mismo paciente, debido a que los requerimientos eran mayores. En los casos No. 6 y No. 10, la cerámica fue cubierta con periostio mastoideo.

A todos ellos se les dejó taponamiento anterior con gasa y tela de silastic bilateral interpuesta



Figura 1.- Corte histológico que muestra a la cerámica siendo sustituida por tejido óseo.



Figura 2.- Técnica de endomicrocrinoplastia.



Figura 3.- Cierre de una perforación septal. Resultado final.

entre la gasa y la pared septal reconstruida, todo lo cual fue retirado al décimo día del post-operatorio.

Se hizo un control post-operatorio a los 15 días, al mes y bimestralmente hasta la fecha siendo el caso de control mayor de año y medio. La cuantificación de calcio sérico se realizó a los 15 días del post-operatorio y los estudios rinomanométricos y radiológicos al mes y 3 meses.

RESULTADOS

Los resultados fueron evaluados como buenos cuando se obtuvo mediante el procedimiento descrito la desaparición de la sintomatología, desaparición de los datos radiológicos anormales y la tendencia a la normalización de las curvas rinomanométricas. Estos resultados se obtuvieron en 3 de los pacientes con rinitis atrófica tratados con cerámica de sulfato de calcio dihidratado y en los 2 con el mismo diagnóstico tratados con cerámica de fosfato tricálcico. Los pacientes con diagnóstico de perforación septal en los que se utilizó fosfato tricálcico obtuvieron el mismo resultado así como uno de los casos del mismo diagnóstico tratado con sulfato de calcio.

Se consideraron regulares los resultados en el caso No.4, en el que a pesar de la normalización de todos los parámetros persistió la anosmia y en el caso No. 7 debido a que sólo se consiguió el cierre del 70 por ciento de la perforación, motivo por el cual persistió la obstrucción nasal bilateral y los trastornos desde el punto de vista rinomanométrico.

Cabe hacer notar que los niveles de calcio sérico no se mostraron alterados en el post-operatorio y que en todos los pacientes hubo evidencia de normalización

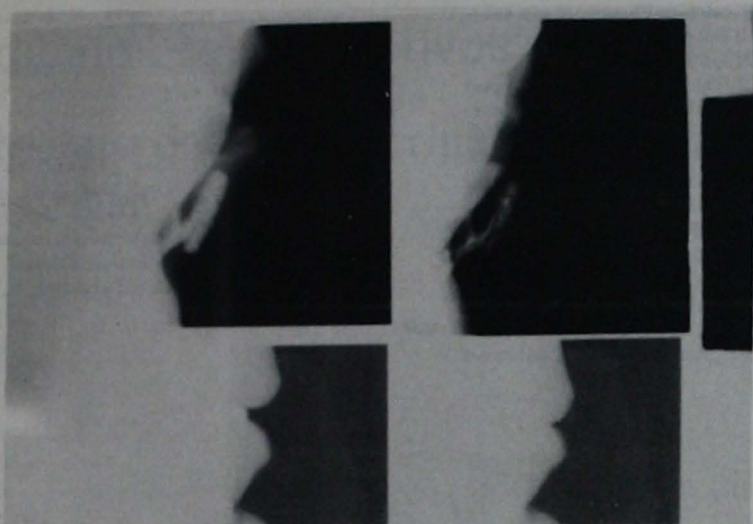


Figura 4.- Implante de cerámica en el dorso nasal.

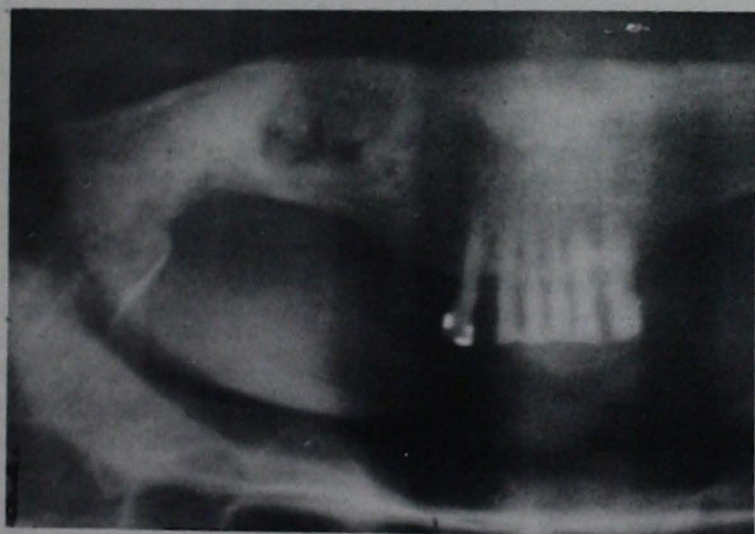


Figura 5.- Implante de cerámica en la solución de continuidad producida por un quiste dentígero.

radiológica un mes después de la realización de los procedimientos quirúrgicos.

COMENTARIO

Consideramos que se debe pensar en el uso más amplio de estos materiales en todos los campos de nuestra especialidad que requieran una reestructuración de la pérdida ósea, que esté provocando una alteración anatómica y/o funcional como en las enfermedades descritas (rinitis atrófi-

cas y perforaciones septales), sin pasar por alto la posibilidad de su aplicación en otros procedimientos como podrían ser: cierre de fístulas de base de cráneo, reestructuración de pisos orbitarios fracturados, implantes de aumentos mentonianos y de los pómulos y probablemente en dorsos nasales abiertos yatrogénicamente.

Creemos que con base a los resultados obtenidos se visualiza un valor ilimitado de estos materiales, ya que en muchas de las entidades mencionadas no cuentan

en la actualidad con una resolución práctica, económica y definitiva, pues las intervenciones quirúrgicas en boga con injertos de cresta ilíaca o tejido conectivo autólogo¹⁵ en la rinitis atrófica, resuelven parcialmente el problema.

CONCLUSIONES

Las cerámicas de sulfato de calcio dihidratado y de fosfato tricálcico cumplen con las características del implante ideal a saber:

1. Son esterilizables
2. No son antigénicas
3. Tienen cualidades de sustitución por tejido óseo.
4. No crecen.
5. Son de fácil obtención.
6. Evitan otros procedimientos quirúrgicos colaterales,^{16 17}

18

Ambas cerámicas de preferencia deben implantarse en contacto con hueso y periostio, siendo el fosfato tricálcico el que creemos que es de más fácil manejo y obtención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Coetzee, A.: As. Regeneration of bone in the presence of calcium sulfate. *Arch. Otolaryngol.* 106: 405-409, 1980.
- 2.- Levin, M.P.: et al, Healing of periodontal defects with ceramic implants. *J. Clin. Periodont.* 1: 197, 1974.
- 3.- Reck, R.: Bioactive class ceramic a new material in tympanoplasty. *Laryngoscope*, 93: 196-199, 1984.
- 4.- Grote, J.J.: et al, Total Alloplastic middle ear implant *Arch. Otolaryngol.*, 106: 563, 1980.
- 5.- Grote, J.J.: et al. Tympanoplasty with calcium phosphate, *Arch. Otolaryngol* 110: 197-199, 1984.
- 6.- Kent, J.: Wound healing; bone and materials. Symposium on wound healing. *Otolaryngologic Cl. of North America.* 17: 2, 273-315, 1984.
- 7.- Flatley, T.J.: Tissue response to im-

- plants of calcium phosphate ceramic in the rabbit spine. *Clinical orthopaedics and related research*. 179: 246-252, 1983.
- 8.- *Nade, S.*: Osteogenesis after bone and bone marrow transplantation. *Clinical orthopaedics and related research*. 181: 256-263, 1983.
- 9.- *Peltier, L.F.*: et al. The use of plaster of Paris to fill defects in bone. *Ann. Surg.* 146: 61-69, 1957.
- 10.- *Engdahl, E.*: Bone regeneration in maxillary defects. *Scand. J. Plast. Reconst. Surg., Suppl.* 8, 1972.
- 11.- *Ferraro, J.W.*: Experimental evaluation of ceramic calcium Phosphate as a substitute for bone grafts. *Plast. Rec. Surg.*, 63: 634-640, 1979.
- 12.- *Skoog, T.*: The use of perosteum and surgicel for bone restoration in congenital clefts of the maxilar. *Scand. J. Plast. Reconst. Surg.* 1: 113, 1967.
- 13.- *Uchida, A.*: The use of ceramics for bone replacement. *J. Bone Joint Surg.* 66: 269-275, 1984.
- 14.- *Misick, D.*: Soft tissue responses to hydroxyl apatite particles of different shapes. *J. Oral Max. Surg.* 42: 150-160, 1984.
- 15.- *Estrada, F.*: Autobancos de colágeno autógeno, en rinología, *Arch. de Investigación Médica* 12: 539, 1981.
- 16.- *Jhnkee, K.*: Bionert ceramic implants in middle ear surgery. *Ann. Otol.* 90: 640-642, 1981.
- 17.- *Rothstein S.*: Use of hydroxylapatite for the augmentation of deficient alveolar ridges. *J. Oral Max. Surg.* 42: 224-230, 1984.
- 18.- *Jarcho, M.*: Calcium phosphate ceramics as hard tissue prosthetics. *Clinical orthopaedics and related research*. 157: 259-275, 1981.

Trabajos retrospectivos

Mesilato de codergocrina en el manejo del vértigo de origen vascular.

Dr. Rafael GARCIA PALMER*

Dr. Francisco MARTINEZ ESTUARDO**

Resumen.- Con el fin de determinar la eficacia y tolerancia del mesilato de codergocrina se hizo un estudio abierto a 27 enfermos con vértigo postural paroxístico benigno, vascular agudo y por insuficiencia vertebro-basilar. Los enfermos recibieron una tableta con 4.5 mg de codergocrina diariamente en el desayuno durante 60 días. A todos se les practicó examen audiológico completo y una valoración otoneurológica con electronistagmografía, al inicio y al final del estudio. Cada 15 días se efectuó un examen clínico. Se observó desde los 15 días una disminución de la frecuencia e intensidad del vértigo muy significativa ($P > 0.01$) en los pacientes con vértigo postural paroxístico benigno, llegando a desaparecer en el 35.4 por ciento de los casos. En los enfermos con vértigo vascular agudo, se presentó también una disminución de los síntomas, sin que se pueda asegurar si fue por efecto del fármaco o por el desarrollo natural de la enfermedad. En los casos con insuficiencia vertebro-basilar, aunque se observó una disminución de la intensidad del vértigo,

no fue estadísticamente significativa. Se concluye que el mesilato de codergocrina es un medicamento eficaz y bien tolerado en el tratamiento del vértigo postural paroxístico benigno.

Summary.- In order to evaluate the therapeutical action of codergocrine mesilate, an open study was done in 27 patients with postural paroxistic benign vertigo, acute vascular vertigo or vertebral basilar insufficiency. One tablet of 4.5 mg of codergocrine was prescribed every day during 60 days. An audiologic and otoneurologic evaluation, including electronystagmography was done at the beginning and when treatment was completed. Postural paroxistic benign vertigo was statistically improved ($P > 0.01$); remission of symptoms was observed in 35.4%. Cases with acute vascular vertigo, improved but it couldn't be demonstrated if this was secondary to the administration of codergocrine or due to the usual course of the disease. Vertigo improved in those patients with vertebral basilar arterial insufficiency, but with no statistical significance. It's concluded that codergocrine

mesilate, proved to be useful in treatment of postural paroxistic benign vertigo, without any important side effects.

INTRODUCCION

El mesilato de codergocrina es un alcaloide del cornezuelo del centeno dihidrogenado que agrupa a cuatro compuestos: dihidroergocrina, dihidroergocrina, dihidro-alfa-criptina y dihidro β criptina en proporciones de 3:3:2:1,¹ que ha mostrado su utilidad en el tratamiento de algunos tipos de vértigo, citando como ejemplo su administración en el vértigo postural paroxístico benigno, sobre lo cual existen en nuestro medio, trabajos que confirman su efecto terapéutico.^{2, 3, 4}

Las propiedades farmacodinámicas de este compuesto nos permiten establecer su eficacia, basándonos en su acción inhibitoria de los receptores alfa adrenérgicos a nivel de las estructuras vasculares periféricas, la modificación del consumo cerebral de oxígeno y su interacción con los receptores de las sinapsis neuronales, lo que mejora la microcirculación y electrogénesis cortical.

El presente trabajo pretende comprobar la eficacia terapéutica

*Centro de Otorrinolaringología Integral, México, D.F.

y tolerancia de la codergocrina ante tres enfermedades que se manifiestan por vértigo y que son de origen vascular o que se les pretende ubicar bajo esta etiopatogenia, que son el vértigo postural paroxístico benigno, el vértigo vascular agudo y la insuficiencia vertebro basilar.

MATERIAL Y METODO

Participaron en nuestro estudio 27 pacientes, a los que se les dividió en tres grupos. En el grupo I se incluyó a aquellos pacientes con diagnóstico de vértigo postural paroxístico benigno, en el grupo II a los pacientes con vértigo de etiología vascular de presentación aguda y en el grupo III a los pacientes con vértigo vascular de presentación crónica con diagnóstico de insuficiencia vertebro-basilar.

Se registró para cada paciente los antecedentes patológicos y los factores de riesgo, así como las características clínicas del vértigo, el acúfeno y la hipoacusia. A todos, se les practicó al inicio del estudio, valoración audiológica completa (audiometría tonal, logaudiometría, timpanograma y umbral y características de los reflejos estapediales), y valoración otoneurológica con electronistagmografía en que se estudió el nistagmus espontáneo, postural y térmico.

Una vez realizados los estudios iniciales y establecido el diagnóstico, se instituyó el tratamiento con una tableta diaria de 4.5 mg en el desayuno manteniéndose ininterrumpidamente durante 60 días. Se efectuaron revisiones clínicas cada 15 días valorando la evolución de la intensidad y frecuencia de los ataques de vértigo, el comportamiento de la presión arterial, los efectos secundarios causados por el

medicamento y al final (60 días) se repitió el examen audiológico y la electronistagmografía.

Para el análisis estadístico se empleó la prueba de "chi" cuadrada en la valoración de los cambios de la electronistagmografía y la frecuencia del vértigo y el test "t" de Student en la evaluación de la intensidad del vértigo. Las pruebas fueron aplicadas a cada uno de los grupos y en forma global.

RESULTADOS

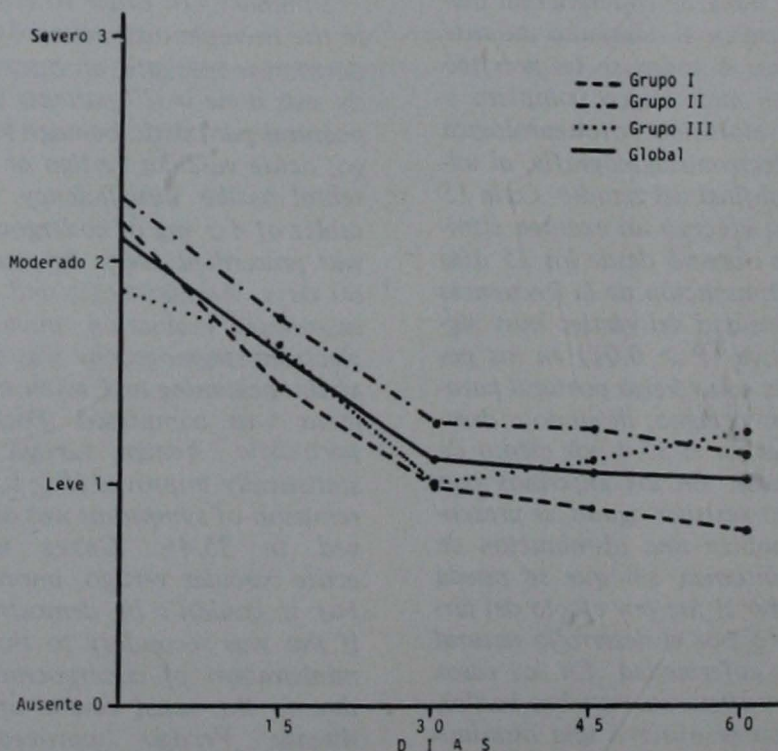
La edad, peso y sexo de los pacientes que participaron en

nuestro estudio se encuentra agrupados en la Tabla I, en donde podemos observar que la edad promedio concuerda con la epidemiología de los pacientes estudiados, siendo ésta menor (4 años) para pacientes con vértigo postural paroxístico benigno; mayor (70 años) para los pacientes con insuficiencia vertebro basilar.

En lo que respecta al tiempo de evolución del vértigo (Tabla I) éste es menor en los pacientes con vértigo postural paroxístico benigno que en la insuficiencia vertebro-basilar quizá por el inicio insidioso de éste último; e

GRAFICA I

EVOLUCION DE LA INTENSIDAD DEL VERTIGO



Grupo I : Inicial vs Final: $p < 0.001$
 Grupo II : Inicial vs Final: $p < 0.05$
 Grupo III: Inicial vs Final: N. S.
 Global : Inicial vs Final: $p < 0.001$

TABLA I
CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA

	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GLOBAL
EDAD ± D.E.*	41.0 ± 14.4	54.2 ± 22.3	70.12 ± 7.2	53.5 ± 19.5
PESO ± D.E.*	65.0 ± 11.0	67.7 ± 8.9	76.9 ± 10.9	69.3 ± 11.2
SEXO				
MASCULINO	6	6	5	17
FEMENINO	5	2	3	10

*D.E. = Desviación estándar.

TABLA II
CARACTERISTICAS DEL VERTIGO

VERTIGO	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GLOBAL
NUMERO DE PACIENTES	11	8	8	27
TIEMPO DE EVOLUCION (MESES ± D.E.*)	9.7 ± 17.2	9.9 ± 14.5	25.6 ± 27.2	14.5 ± 20.5
TIPO				
POSICIONAL	9 (81.8%)	4 (50.%)	6 (75.0%)	19 (70.4%)
ESPONTANEO	1 (9.1%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	3 (11.1%)
MIXTO	1 (9.1%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)	5 (18.5%)

*D.E. = Desviación estándar.

los pacientes con vértigo vascular agudo, todos son de presentación reciente.

Se encontró hipoacusia en el 66 por ciento de los pacientes estudiados (18 casos) correspondiendo tres casos al grupo con

vértigo postural paroxístico benigno, ocho casos al grupo con vértigo vascular agudo y 7 casos al grupo de insuficiencia vértebro-basilar, variando el tiempo de evolución desde 3.7 años para el grupo con vértigo postural paro-

xístico benigno hasta 10.2 años en el grupo con insuficiencia vértebro basilar.

Diez de los pacientes estudiados (37 por ciento) refirió acúfeno, correspondiendo la gran mayoría (7 casos) al grupo con

TABLA III
FRECUENCIA DE LOS ATAQUES DE VERTIGO

	GRUPO I		GRUPO II		GRUPO III		GLOBAL	
	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL
VARIOS ATAQUES AL DIA	4 (36.4%)	0 (0 %)	2 (25 %)	0 (0 %)	2 (25 %)	1 (12.5%)	8 (29.7%)	1 (3.7%)
UN ATAQUE DIARIO	7 (63.6%)	4 (36.4%)	5 (62.5%)	4 (50 %)	6 (75 %)	5 (62.5%)	18 (66.6%)	13 (48.2%)
UN ATAQUE POR SEMANA	0 (0 %)	3 (27.2%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (3.7%)	4 (14.8%)
AUSENTE	0 (0 %)	4 (36.4%)	0 (0 %)	3 (37.5%)	0 (0 %)	2 (25 %)	0 (0 %)	9 (33.3%)
TOTAL	11 (100 %)	11 (100 %)	8 (100 %)	8 (100 %)	8 (100 %)	8 (100 %)	27 (100 %)	27 (100 %)
	p < 0.02		N.S.*		N.S.*		p < 0.01	

*N.S. = No significativo

insuficiencia vascular aguda. En el grupo con insuficiencia vértebro-basilar se observaron dos casos y solamente uno en el grupo con vértigo postural paroxístico benigno.

El antecedente patológico más frecuente fue la artrosis cervical (6 casos) y como factor de riesgo se observó hiperlipidemia (6 casos) y tabaquismo con más de 20 cigarrillos por día en cinco casos.

En relación a la evolución de la intensidad del vértigo (Gráfica I), se observó en los pacientes con vértigo postural paroxístico benigno una disminución altamente significativa (p 0.01) desde los 15 días de tratamiento la cual fue progresiva; encontrando a los 60 días, una diferencia estadística muy alta (p. 0.001). En los pa-

cientes con vértigo vascular agudo se presentó también una disminución de la intensidad del vértigo sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa a los 60 días, sobre todo tomando en cuenta la evolución natural de la enfermedad. En los pacientes con insuficiencia vértebro-basilar, aunque se observó una disminución de la intensidad del vértigo, ésta no fue estadísticamente significativa.

La disminución de la frecuencia de los ataques de vértigo se presenta en la Tabla III, en donde podemos observar en los pacientes con vértigo postural paroxístico benigno una reducción importante, desapareciendo los casos con varios ataques por día y estando totalmente ausente el vértigo en cuatro pacientes (36.4 por ciento), cambios que son estadísticamen-

te significativos (p 0.02). En los pacientes con vértigo vascular agudo se observa también ausencia de vértigo en tres pacientes y la desaparición de los casos con varios ataques al día y en el grupo con insuficiencia vértebro-basilar la ausencia del vértigo en dos pacientes.

Se encontró mejoría de la electronistagmografía en el 60 por ciento (6 casos) de los pacientes con vértigo postural paroxístico benigno en un 42.8 por ciento (3 casos) en los pacientes con vértigo vascular agudo situación que puede corresponder a la evolución habitual de esta entidad y no se apreciaron cambios en los pacientes con insuficiencia vértebro-basilar.

La presión arterial no tuvo modificaciones significativas y si

caso disminuyó levemente en todos los casos por la acción dilatadora en los esfínteres precapilares y la actividad bloqueadora de los receptores del medicamento.

Finalmente los efectos secundarios reportados por el paciente fueron cefalea en seis casos, fosfenos en dos casos y náusea en un caso; todos ellos en forma leve y de carácter transitorio, sin necesidad de interrumpir el tratamiento.

CONCLUSIONES

Con base en los cambios objetivos observados en la electronistagmografía y la evolución de la intensidad y frecuencia del vérti-

go, podemos concluir que la cordergocrina es un medicamento efectivo y bien tolerado en los pacientes con vértigo postural paroxístico benigno. Este efecto no es tan patente en los vértigos de etiología vascular como son los vértigos vasculares de presentación aguda y la insuficiencia vértebro basilar, posiblemente por contar con un sustratum etiopatogénico diferente. No debemos de olvidar tampoco el mecanismo de acción del mesilato de cordergocrina no se limita a su efecto vascular, sino que interviene también en el desarrollo de acciones excitatorias y depresoras complejas en el sistema nervioso central.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Ermini M., Markstein R.*: Hydergine^R Therapy: Mechanism of Action. The British Journal of Clinical Practice. Supl. XVI. 1982.
- 2.- *Astorga A.R.*: Tratamiento del vértigo de Diverso Origen con Mesilato de Cordergocrina. Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología. 30: 138-142, 1985.
- 3.- *Corvera B.J. y Ayora M. F.*: Tratamiento del Vértigo Postural Paroxístico Benigno con Alcaloides del Connezuelo de Centeno. Anales de la Soc. Mex. ORL. 29: 90-93, 1984.
- 4.- *Sánchez Dueñas, M.*: Influencia de la Hydergina^R en el Síndrome de Insuficiencia Vértebro basilar de Origen Cervical. Rev. Esp. de O. N. Oftal. y Neurología. 28: 41-46, 1969.
- 5.- *Corvera J.*: Neurología Clínica. Salvat, México, 1978. pp. 117-195.

Tumores benignos del maxilar superior en la edad pediátrica

Revisión del tema y presentación de 6 casos.

Dr. Manuel PEÑALOZA PLASCENCIA
Dr. Isaura CORTES VAZQUEZ
Dr. Adolfo GUERRA BAEZA

Resumen.- Se presentan seis casos en edad pediátrica de tumores benignos del maxilar superior. Se analizan los principales aspectos sobre la patología, diagnóstico diferencial, metodología de estudio y terapéutica de los diferentes tipos de tumores del maxilar superior. Se analizan los principales aspectos sobre la patología, diagnóstico diferencial, metodología de estudio y terapéutica de los diferentes tipos de tumores del maxilar superior.

Summary.- Six benign tumors of the maxilla in pediatric patients are reported. Pathological peculiarities, differential diagnosis and therapeutical criteria of benign and malignant maxillary tumors are discussed.

INTRODUCCION

Los procesos tumorales del maxilar superior son de lo más variado, ya que se pueden originar en los tejidos de las tres capas embrionarias, unos de presentación frecuente, otros raros y los menos, muy raros. Todos tienen por lo general una presentación clínica común: Aumento de volumen a nivel de la mejilla, rino-rrhea y obstrucción nasal.

El propósito de la presente comunicación es analizar 6 casos de tumoraciones benignas del maxilar superior en niños tratados en un periodo de 10 años en el servicio de ORL del Hospital de Pediatría del Centro Médico de Occidente del IMSS en Guadalajara, México.

GENERALIDADES

Los tumores maxilares los podemos clasificar en dos grandes grupos: benignos y malignos, los primeros pueden ser de origen epitelial o conjuntivo. Los segundos carcinomas o sarcomas. Los de la serie epitelial benigna pueden ser: quistes, pólipos, mucocelos, papilomas, y tumores mixtos. Los benignos de origen conjuntivo: Osteomas, condromas,

hemangiomas, linfomas, miomas, neurofibromas, gliomas, estesi-neuromas, lipomas, mixomas y fibromas. Los carcinomas epiteliales pueden ser: Plano celular cornificado, no cornificado, cilindrocelular, poco diferenciado e indiferenciado. Los tumores malignos de origen conjuntivo son: osteosarcomas, condrosarcomas, linfosarcomas, rabdomiosarcomas, fibrosarcomas y mixosarcomas.

Con esta clasificación encontramos que los quistes y los pólipos de la mucosa del seno maxilar son la entidad patológica tumoral más frecuente, de naturaleza benigna de los senos maxilares (83.3 por ciento). Suelen tener como antecedente un proceso inflamatorio de tipo crónico de la mucosa antro-nasal, ya sea de etiología infecciosa o alérgica. Clínicamente se manifiestan por rinorrea hialina o mucopurulenta, obstrucción nasal y puede haber dolor a nivel de la mejilla. Es posible que evolucionen hacia la pansinusitis y a la celulitis terminando en trombosis y/o septicemia generalizada.^{1, 2, 3, 4, 5, 6}

La displasia fibrosa es la que sigue en frecuencia en nuestro medio, constituyen el 8.69 por ciento de las tumoraciones maxilares y cuarto lugar en frecuencia

* Trabajo presentado en el VI Congreso Nacional de la FESORMEX. Torreón, Coah. México 1984.

** Servicio de Otorrinolaringología. Hospital de Pediatría. Centro Médico de Occidente. IMSS. Guadalajara, Jal. México.

tumoral maxilar para la serie de tumoraciones no epiteliales de Yao-Shi-Fu (1974).⁷ Son de etiología desconocida, más frecuentes en la segunda década de la vida, afectando más al sexo femenino que al masculino en 2:1. La variedad monostótica es la que vemos como causante de la tumoración maxilar, sin pigmentación de la piel o mucosas. Sus manifestaciones clínicas son: aumento de volumen en la mejilla, rinorrea hialina o mucopurulenta, grado variable de obstrucción nasal y no se acompañan de dolor. Evolución involucrando tejidos óseos adyacentes por contigüidad, con la consiguiente deformación facial.^{8,9}

El fibroma osificante, con manifestaciones similares a la displasia fibrosa, se presentó en nuestra serie en el 3.62 por ciento, afecta en proporción de 2:1 más a la mujer que al hombre, abarca de la primera a la tercera década de la vida donde es más frecuente su aparición. Se considera que los traumatismos, actúan como causa predisponente, pero esto no ha sido demostrado.

Con los estudios radiológicos, se establece el diagnóstico diferencial entre la displasia fibrosa y el fibroma osificante, observándose en este último un contorno semejante a un cascarón de huevo, con destrucción ósea y un centro moteado; a la exploración quirúrgica se manifiesta como una tumoración de bordes precisos, fáciles de identificar, y en el cuerpo de la tumoración múltiples imágenes de coloración púrpura envueltas en una matriz amarillo-arenosa. Estas imágenes púrpuras no aparecen en la displasia fibrosa. Es importante la diferenciación clínica, ya que el fibroma osificante es más invasivo y deformante, por lo que la resección debe ser más exhaustiva para evi-

tar la recidiva, las que al presentarse son de evolución más rápida y más agresivas.^{10,11}

Yao-Shi-Fu, pone en segundo lugar de su serie al hemangioma en su variedad capilar. Nosotros lo hemos observado en un cuarto lugar (2.89 por ciento) indistintamente de su variedad capilar o cavernoso. Son de origen congénito y básicamente su manifestación clínica se circunscribe a una deformación lobulada facial de coloración púrpura, que desaparece a la presión y reaparece cuando se deja de ejercer. Aparece en la primera década de la vida, y no hay diferenciación en frecuencia en cuanto al sexo.

El quinto lugar de nuestra serie lo ocupa el schwannoma (0.72 por ciento), de los tumores maxilares. Se ignora su etiología y no hay diferencia en edad ni sexo. La afección es en nervios solitarios, siendo el más frecuente el infra-orbitario.

Su crecimiento es lento y deformante, siendo ésta la única manifestación clínica.¹² El ameloblastoma, es un tumor poco frecuente, de origen ectodérmico, del epitelio oral que se invagina para formar el órgano dentario, puede originarse de las células basales del esmalte, por alteraciones en el desarrollo de la lámina dental, de las células basales del epitelio mucoso, o de epitelio aberrante de otro órgano de origen epitelial. No existe predominio raza o sexo. Se han encontrado en niños de 4 meses y en ancianos. Casi siempre existe como antecedente una pieza dentaria que no ha brotado o un traumatismo.

El ameloblastoma es una tumoración lentamente invasiva, no dolorosa, que puede ulcerarse o infectarse después de la extracción dentaria.

La propiedad más importante

del ameloblastoma es la invasión a los espacios intertrabeculares del hueso esponjoso, sin reabsorción de éstos. No es capaz de invadir hueso compacto, pero sí puede erosionarlo, de ahí su alta tasa de recidiva.^{13,14,15} Estas son las seis tumoraciones más frecuentes en maxilar superior, que en nuestro servicio hemos encontrado; todas ellas de estirpe benigna, sin la aparición de algún caso maligno, por lo que no hacemos referencia ninguna de estas entidades, más que como parte de la clasificación general. En la Tabla I se presentan en orden decreciente de frecuencia 138 casos de tumores del seno maxilar estudiados en nuestro servicio en un periodo de 10 años.

PRESENTACION DE CASOS

Caso No. 1

B.B.M., masculino de 10 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de importancia. Inicia su padecimiento aproximadamente 2 años antes de su primera visita al servicio, con aparición de tumoración en orofaringe, de crecimiento lento, progresivo; así como obstrucción nasal progresiva, acompañada de rinorrea anterior y posterior. Exploración física: presencia de tumoración en fosa nasal derecha, que obstruye la luz nasal, de coloración blanca grisácea, de aspecto edematoso. Resto de la exploración normal. Se programa la resección de la tumoración a través de operación de Caldwell-Luc y vía transnasal, encontrándose una tumoración que ocupaba parcialmente el seno maxilar derecho y que se desplazaba hacia la fosa nasal del mismo lado, con tendencia a caer hacia la orofaringe. Resultado histopatológico: Pólipo antro coanal.



Figura 1.-Aumento de volumen de maxilar superior derecho por displasia fibrosa.

Caso No. 2

A.S.A., masculino de 13 años de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Inicia la sintomatología un año y medio antes de su primer ingreso al hospital, con tumoración en maxilar derecho que fue aumentando de volumen lentamente, llegando a abarcar casi todo el maxilar y tercio anterior del arco cigomático en el momento de la revisión. No dolorosa, de consistencia dura, sin cambios de coloración en la piel. Exploración física. Nariz: septum alineado, con rinorrea en narina derecha, mucopurulenta, hipertrofia de cornete inferior del mismo lado. Sin alteraciones de coloración de la mucosa. Resto normal (Figura 1). En la tomografía computarizada se demuestra la tumoración en la pared anterior de seno maxilar derecho, de aproximadamente 2 x 3 cm. Se programa resección de la tumoración por la vía de Caldwell-Luc, reseándose en su totalidad. La tu-

moración era de aspecto blanco arenoso, de consistencia blanda, compatible con probable displasia fibrosa. Reporte histopatológico. Displasia fibrosa. Su evolución fue buena habiendo un pequeño aumento de volumen en área quirúrgica al año y medio después la cirugía, por lo que fue reintervenido, encontrando solamente tejido fibroso. A dos años de la cirugía está asintomático, sin aumento de volumen en maxilar derecho.

Caso No. 3

B.G.G. femenina de 3 años de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, sólo se refiere que 6 meses antes de la aparición de la tumoración en el maxilar derecho, tuvo un traumatismo, después del cual se inició la tumoración aumentando lenta y progresivamente, no dolorosa, dificultando la apertura palpebral del mismo lado. A la exploración física se encontró una tumoración sólida adherida a los planos profundos, no dolorosa, no móvil. Estudios radiológicos. Tumoración de aspecto sólido dependiente de maxilar superior y parte del malar con rechazoamiento del piso orbitario. Se interviene quirúrgicamente hallándose una tumoración arenosa, con áreas moteadas-hemorrágicas de aspecto sólido de 4 x 8 cm

que ocupaba el seno maxilar derecho que invadía la arcada dental, el malar, parte de la fosa pterigomaxilar y el piso de la órbita. Se finalizó la resección con legrado de los bordes sanos. Resultado histopatológico: Fibroma osificante.

Caso No. 4

R.G.V. masculino de 11 años de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Inicia su padecimiento un año antes de su primera consulta, después de un traumatismo en la región malar derecha, con aumento de volumen en forma lenta, progresiva, sin dolor, ni cambios de coloración de la piel y con deformación facial. Se toma biopsia cuyo resultado fue: schwannoma. Se efectuó resección y evoluciona satisfactoriamente. (Figura 2). Resultado histopatológico de la pieza quirúrgica: schwannoma del nervio infraorbitario derecho.

Caso No. 5

R.G.R. femenina de 6 años de edad que inicia su padecimiento desde el nacimiento con deformidad facial, blanda, no dolorosa, depresible. A la exploración física se comprueba lo anterior, siendo la deformidad lobulada en casi toda la hemicara izquierda. (Figura 3). Se practica arterio-

TUMORES DE MAXILAR SUPERIOR

TIPO DE PATOLOGIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
QUISTES Y/O POLIPOS SENO MAXILAR	115	83.3
DISPLASIA FIBROSA	12	08.69
FIBROMA OSIFICANTE	5	3.62
HEMANGIOMA	4	2.89
SCHWANOMA	1	0.72
AMELOBLASTOMA	1	0.72
T O T A L	138	100%



Figura 2.- Fotografía transoperatoria de resección de schwannoma de Infraorbitario derecho.

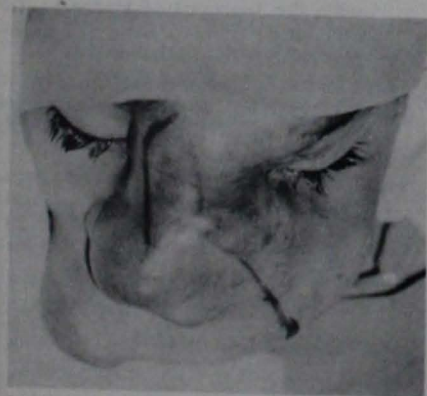


Figura 3.- Hemangioma naso-maxilar izquierdo.

grafía carotídea izquierda que reveló aumento de volumen de tejidos blandos por tumoración que se nutre a través de las arterias tiropalatina, submaxilar y sublingual. Se aprecian vasos de neoformación a nivel de la nariz. Osteoporosis de huesos propios de la nariz, por compresión. Se practica ligadura de la carótida externa, como primer paso

y se procede a la sección en varias etapas, por lo exagerado de la irrigación. Reporte histopatológico: Hemangioma cavernoso.

Caso No. 6

M.B.C. Femenina de 9 años de edad, sin antecedentes heredo-familiares de importancia para el padecimiento actual. Inicia su padecimiento con una tumoración en la región máxilo facial derecha, lentamente progresiva, de 18 meses de evolución, de 3 cm de diámetro. La primera biopsia mostró al estudio histopatológico, tres quistes dentarios con rizogénesis imperfecta.

Dos meses después inicia nuevamente crecimiento tumoral en el mismo sitio, acompañado de dolor leve, constante. Rinorrea mucopurulenta anterior y posterior derecha. A la exploración física: desviación del septum a la izquierda en área III, no obstructiva. Tumoración en área premo-



Figura 4.- Ameloblastoma de maxilar derecho, con aumento de volumen del mismo.

lar derecha, de consistencia dura que llegaba al borde inferior de la órbita. (Figura 4), radiografías simples de senos paranasales, oclusales y tomografías de seno maxilar, confirman la presencia de una tumoración en el maxilar derecho, área premolar y borde inferior de la órbita, de densidad sólida. Se procede a efectuar una maxilectomía derecha sin complicaciones. Posteriormente se coloca una prótesis dental. Actualmente cursa asintomática a tres años de la cirugía. Reporte histopatológico: Ameloblastoma.

COMENTARIO

Los tumores del maxilar superior son raros, más aún en la edad pediátrica. En la serie aquí analizada todas las tumoraciones fueron de estirpe benigna.

No encontramos en los casos aquí valorados ningún rhabdomyosarcoma el cual ocupa el 5o. lugar en frecuencia, dentro de las neoplasias en nuestro medio, después de la leucemia, los linfomas, los

tumores del sistema nervioso central y el tumor de Williams. El 64 por ciento de los rabdomiosarcomas afectan áreas de cabeza y cuello, siendo más frecuente su aparición en el cuello, en la cara lateral o posterior, seguidamente de la cara en su región maxiloparotídea, después de la órbita y por último el oído. Su presentación es silenciosa y comúnmente el primer signo es el aumento de volumen del área afectada, no doloroso, duro y adherido a planos profundos.

Ewing calcula en un 2 por ciento los tumores malignos que afectan al maxilar superior; Martín en el 0.2 por ciento; Walther y Fitton en el 1 por ciento; en Estados Unidos se calculan en un 0.44 por ciento. Poch-Viñals en España, en un 0.45 por ciento. En Alemania, Fleischer habla de un caso por cada 100,000 habitantes y el 0.27 por ciento de los pacientes con padecimientos otorrinolaringológicos presentan tumores nasales o paranasales. Para Martín, el 3 por ciento de todos los pacientes con problemas respiratorio presentan tumores nasosinusales; Healy, calcula que el 2 por ciento de los tumores de las vías respiratorias

se encuentran en el área nasal o paranasal. Zange y Scholtz refieren que de 258 tumores rinológicos primarios, el seno maxilar es el más afectado, con un 22.5 por ciento en el ángulo maxilometmoidal orbitario y un 30.6 por ciento en el resto del seno maxilar.^{16, 17, 18}

Los seis casos aquí descritos, todos de estirpe benigna confirmados por biopsia y estudio histopatológico, fueron tratados mediante cirugía, tan radical como la lesión lo justificara, única forma de evitar las recidivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Myer, E.N. y Schram, V.L.: Nasal Polypoid and of paranasal sinus. *Laryngoscope* 91: 2071-2083, 1981.
- 2.- Maniglia, A.J. Kronberg, F.G. y Culbertson, W.: Visual Loss Associated with orbital and sinus diseases. *Laryngoscope* 94: 1050-1057, 1984.
- 3.- Wirtschafner, J.D., Rothstein, J., Maisel, R.H. y Berlinger, N.T.: Relationship of optic neuritis to disease of the paranasal sinuses. *Laryngoscope* 94: 1501-1507, 1984.
- 4.- Siegel, M.J., Schackelford, G.D. y McAlister, W.H.: Paranasal sinus mucocoeles in children. *Radiology* 133: 623-626, 1979.
- 5.- Duncavage, J.A., Durkin, G.E. y Lehman, R.H.: Dilemmas in the Management of Chronic Nasal and sinus inflammatory diseases of unknown etiology.

- Laryngoscope* 95: 1178-1182, 1985.
- 6.- Shaffer, K., Unger, J. y Duncavage, J.: Computed Tomography in Nasal and paranasal sinus Disease. *Laryngoscope* 94: 1319-1324, 1984.
- 7.- Yao Shi Fy.: Non Epitelial Tumors of the Nasal and Paranasal Sinuses. *Cancer* 33: 1275-1305, 1974.
- 8.- Montgomery, A.H.: Fibrous Dysplasia, *Arch. Surg.* 15: 30, 1927.
- 9.- Chaturvedi, V.N. y Kumar, R.: Fibrous Dysplasia of the Maxilar, Nose and throat. *Journal* 55: 55-61, 1977.
- 10.- Zarzook, S.M.: Ossifying Fibroma, Ear, Nose and Throat. *Journal* 57: 51-55, 1978.
- 11.- Levine, P. y Wiggins, R.: Ossifying Fibroma of Head and Challenging Site. *Laryngoscope* 90: 720-725, 1981.
- 12.- Elkon, D. y Hightoner, S.L.: Esthesioneuroblastoma. *Cancer*, 44: 1087-1094, 1979.
- 13.- Vickers, R.A. y Gorlin, R.J.: Ameloblastoma: Delineation of early Histopathologic Features of Neoplasia. *Cancer* 26: 699-709, 1970.
- 14.- Gardner, D.G. y Pecak, A.: The treatment of Ameloblastoma based on Pathologic and Anatomic principles. *Cancer*, 46: 2514-2519, 1980.
- 15.- Sehdev, M.K., Huvos, A.G., Strong E. W., Gerold, F.P. y Willis, G.W. Ameloblastoma of Maxilla and Mandible. *Cancer* 33: 324-333, 1974.
- 16.- Sem, P.M. y Shugar, M.A.: The Significance of Bone expansion associated with the Diagnosis of Malignant Tumors of the Paranasal Sinuses. *Radiology*, 136: 97-100, 1980.
- 17.- Vytienis, J.M. y Kraus, G.: Nasopharynx Lipomas and Differential Diagnostic of Tumour in E.N.T., *Laryngoscope* 93: 456-458, 1981.
- 18.- Harrison, A.D.: Osseous and Fibrous Conditions Affecting the Craniofacial Bones. *Ann. Otol. Laryngol.* 93: 93-96, 1984.

Casos clínicos

Tumores del glomus yugular y timpánico

Presentación de 3 casos.

Dr. Luis ORTIZ ARMENTA*

Dr. Luis GALINDO CASTILLO**

Resumen.- Se presentan tres casos de tumores de origen glómico tratados mediante excisión quirúrgica. En el primero se realizó la resección de un tumor del glomus timpánico por vía endomeatal. El segundo caso se trató también de un tumor glómico timpánico, de mayor tamaño que el anterior, resecado a través de una vía de acceso retrofacial al hipotímpano. El tercer caso correspondió a un tumor del glomus yugular de gran tamaño, con afección del nervio facial y extensión hacia el foramen yugular, la caja timpánica, el peñasco y la mastoides, hasta llegar a la dura de la fosa posterior, pero sin invasión intracraneal. El tumor fue resecado a través de la vía infratemporal de Fisch. Los tres casos se encuentran sin actividad tumoral a dos años de la cirugía. Se revisan los aspectos básicos sobre la metodología de estudio de estos tumores y las alternativas para la resección quirúrgica.

Summary.- Three glomic tumors are reported. The first case was a tympanic glomus tumor that was removed through an endomeatal approach. The second case was another tympanic glomus tumor that was resected through a retrofacial approach to the hypotympanic recess. The third case was a glomus jugularis tumor complicated with a facial palsy and invasion of the jugular foramen, the middle ear, the petrous pyramid and mastoid with exposure of dura but with no cranial invasion. Excision was done through an infratemporal Fisch approach. Criteria to study these tumors and surgical alternatives are analyzed.

INTRODUCCION

Los tumores glómicos representan la neoplasia más frecuente del oído medio y la mastoides; si bien desde el punto de vista meramente histológico sus características son benignas, su crecimiento de tipo expansivo a través de los planos de menor resistencia los hacen potencialmente peligrosos, pudiéndose producir lesiones no sólo del oído medio, sino también del oído interno,

del nervio facial y de los pares craneales del foramen yugular, así como la extensión intracraneana a fosa media o fosa posterior, con afección del seno sigmoideo o de la arteria carótida interna.

De lo anterior se desprende la necesidad de realizar un diagnóstico temprano, mediante un estudio secuencial que nos permita conocer con exactitud el tipo de tumor, extensión y vascularidad del mismo y de acuerdo con ello las posibilidades de manejo médico y/o quirúrgico.

En 1941 el Dr. Guild¹ y en 1945 el Dr. Rosenwasser² describieron por primera vez a los tumores glómicos como una entidad clínico-patológica específica, habiendo definido sus características histológicas como un tumor compuesto de nichos de células epitelioides, de forma poliédrica y/o ovoidal, con abundante citoplasma acidófilo claro o granular, que se encuentran en estrecho contacto con vasos sinusoidales de paredes endoteliales muy delgadas,³ además existen fibras reticulares derivadas de los espacios endoteliales vasculares, que rodean a las células epitelioides, dándole al tumor un aspecto vascular. (Figura 1)

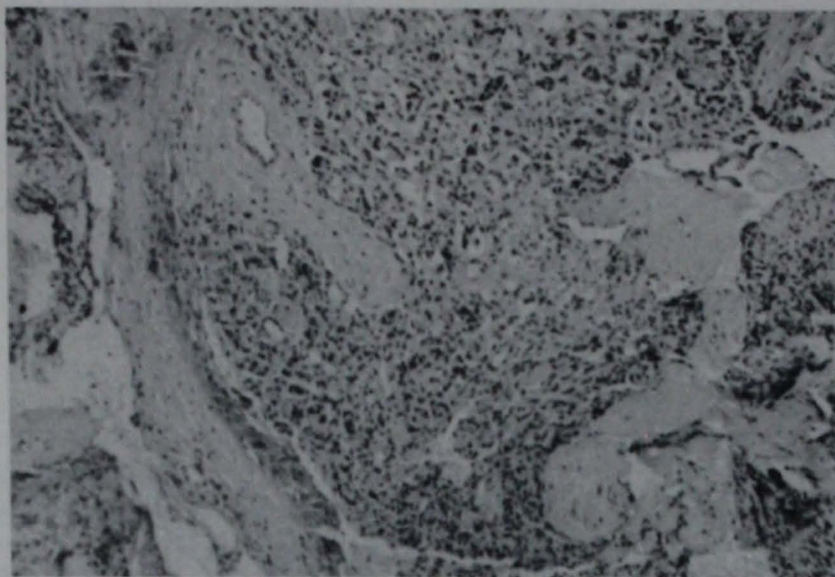


Figura 1.- Hematoxilina y eosina X 100. Corte histológico típico de un tumor glómico. Nótese los nichos de células epiteloides, rodeadas de vasos sinusoidales de paredes sumamente delgadas.

T A B L A I

PROTOCOLO DE ESTUDIO Y MANEJO DE LOS TUMORES GLOMICOS

Clasificación de Rosenwasser.

Grupo 1 Membrana timpánica intacta, tumor pequeño confinado a la caja timpánica.

Grupo 2 invasión de caja timpánica, aditus ad antrum y de la mastoides.

Grupo 3 Extensión tumoral fuera de los límites de la caja timpánica y de la mastoides, incluyendo en ocasiones la extensión endocraneana.

Posteriormente, los reportes a nivel de la literatura mundial proliferan, dando paso a diversas clasificaciones clínicas,^{4, 5, 6, 7} con el objeto de correlacionar la sintomatología con el tamaño y localización del tumor así como con el grado de destrucción del oído medio o invasión a estructuras intra o extratemporales, como grandes vasos,⁸ fosa media craneana o fosa posterior.⁹ (Tabla I, II y III)

Actualmente se acepta que los tumores glómicos pueden clasificarse esencialmente en 2 grandes grupos, de acuerdo con su lugar de origen:¹⁰ en el glomus timpánico en el plexo de Jacobsson a cualquier nivel del promontorio y en el glomus yugularis, a partir del domo del bulbo de la yugular; es importante mencionar que aunque en los dos casos el tumor histológicamente hablando es el mismo, las posibilidades de expansión

destruccion de uno y otro son muy diferentes, lo mismo que su tratamiento quirúrgico.¹¹ En el caso de los tumores del glomus timpánico puede haber afección de toda la caja timpánica, mastoides, nervio facial, laberinto a través de la ventana oval o redonda y ocasionalmente trompa de Eustaquio, carótida interna o fosa media craneal; sus posibilidades de extirpación quirúrgica son excelentes. En el caso de los tumores del glomus yugular,¹² se puede producir lesión del nervio facial, bloqueo del bulbo de la yugular, infiltración del foramen yugular, incluso en su porción nerviosa, con lesión de los pares craneales IX, X, XI y ocasionalmente el XII, invasión intracraneana hacia la fosa posterior o hacia peñasco con afección de los pares craneales III, IV, V y VI o crecimiento cervical con infiltración de la carótida interna y los pares craneales bajos. Sus posibilidades de extirpación son buenas, incluso en los casos de invasión intracraneana, en los que se recomiendan 2 tiempos quirúrgicos, sin embargo las secuelas neurológicas y la mortalidad es mucho mayor que en los tumores glómicos timpánicos. (Figuras 2 y 3)

PROTOCOLO DE ESTUDIO

Cuando se sospecha la posibilidad de un tumor glómico, el estudio del paciente debe comprender en forma integral un estudio clínico otorrinolaringológico, una exploración audiológica y una exploración radiológica, que nos darán información precisa sobre las estructuras involucradas así como la extensión y vascularidad del tumor, aunque el diagnóstico definitivo sea el histológico. (Tabla IV).

Al igual que cualquier tipo de tumor benigno, el pronóstico está

T A B L A II

PROTOCOLO DE ESTUDIO Y MANEJO DE LOS TUMORES GLOMICOS

Clasificación de Alford y Gilford

- Estadío 0 Hipoacusia mínima conductiva, acúfeno pulsátil, membrana timpánica intacta con estudios radiográficos normales.
- Estadío I Perforación de membrana timpánica con otorrea, masa pulsátil polipoidea; estudios radiográficos con opacidad de caja timpánica, pero sin erosión ósea. Pares craneales normales.
- Estadío II Hipoacusia neurosensorial, parálisis facial periférica; estudios radiográficos con expansión del foramen yugular.
- Estadío III Expansión del foramen yugular con erosión de la pirámide petrosa. Lesión de pares craneales IX, X, XI y ocasionalmente VII ó XII.
- Estadío IV Extensión intracraneana del tumor, con invasión extensa del peñasco, parálisis de pares craneales III, IV, V, VI y VII, con papiledema.



Figura 2.- Origen de los tumores del glomus timpánico y sus posibles vías de extensión a estructuras óseas, vasculares y neurales.

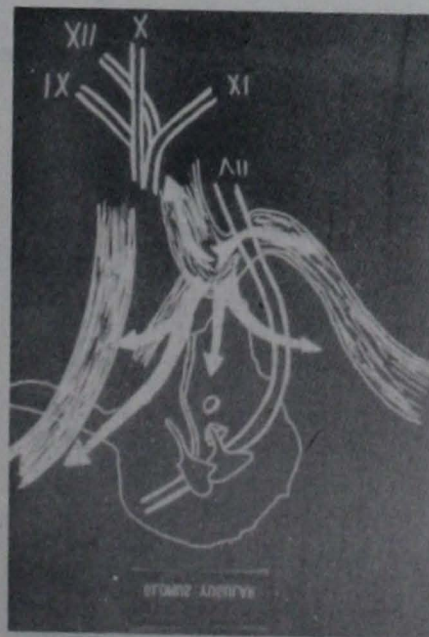


Figura 3.- Origen del tumor del glomus yugular y sus posibles vías de extensión a estructuras óseas, vasculares y neurales. Nótese la mayor morbilidad del mismo en relación al tumor del glomus timpánico.

ligado al tamaño y extensión de la neoplasia, por lo que se enfatiza que el diagnóstico deberá hacerse lo más tempranamente posible. En el caso de los tumores glómicos, el síntoma más temprano es un acúfeno unilateral de tipo pulsátil,¹³ constante, posteriormente se producirá una hipoacusia lentamente progresiva, que incluso puede llegar a la anacusia cuando el vestíbulo es invadido. No es habitual la presencia de vértigo debido a que el crecimiento tumoral es sumamente lento y esto da lugar a que se produzca compensación vestibular central. Si el tumor glómico continúa creciendo, se producirá perforación de membrana timpánica con infección secundaria del oído medio y la aparición de otorrea y ocasionalmente otorragia profusa. En forma relativamente tardía se produce lesión de pares craneales; si el tumor glómico es timpánico el nervio más frecuentemente involucrado es el facial; si el tumor es yugular, los pares craneales afectados son el facial, el glosofaríngeo, el neumogástrico y el espinal accesorio y ocasionalmente en tumores muy grandes el hipogloso. Las manifestaciones clínicas de extensión intracraneana son esencialmente la afección de los pares craneales del foramen yugular (IX, X, XI) y ocasionalmente el XII cuando la extensión es hacia fosa posterior. El síndrome de Horner se presenta cuando se afecta la inervación simpática por infiltración tumoral de la carótida interna o de la fosa craneal media. Raramente un tumor yugular puede infiltrar el peñasco involucrando a los nervios craneales III, IV, V y VI. No es frecuente la existencia de hipertensión endocraneana.

Los síntomas y signos dependerán de la etapa en la que se evalúa al paciente y sitio de

T A B L A III

PROTOCOLO DE ESTUDIO Y MANEJO DE LOS
TUMORES GLOMICOS

Clasificación de Fisch.

- | | | | |
|---|--|-----|--|
| A | Tumores limitados a la caja timpánica. | | |
| B | Tumores limitados al área timpanomastoidea, pero sin destrucción de hueso en la región infralaberíntica. | | |
| | | C 1 | Tumores que destruyen el foramen y el bulbo yugular, con invasión limitada de la porción vertical del conducto carotídeo. |
| C | Erosión infralaberíntica y/o apical. | C 2 | Tumores que destruyen la región infralaberíntica del hueso temporal e invaden la porción vertical del conducto carotídeo. |
| | | C 3 | Tumores que invaden la región infralaberíntica y apical del hueso temporal con invasión de la porción horizontal del conducto carotídeo. |
| D | Tumores con Extensión Intracraneana. | D 1 | Extensión intracraneal menor de cm. |
| | | D 2 | Extensión intracraneana mayor de 2 cm, resecables en 2 tiempos quirúrgicos. |
| | | D 3 | Extensión intracraneana. No operables. |

origen del tumor glómico, ya sea timpánico o yugular.

En etapas tempranas se podrá encontrar una masa rojiza o azulada pulsátil intratimpánica, con límites bien definidos si el tumor es timpánico, o una masa pulsátil intratimpánica en cuadrantes inferiores si el tumor es yugular, aunque este último puede tener un gran tamaño por crecimiento cervical y hacia la base del cráneo antes de poder identificarse intratimpánicamente. Cuando los límites de la masa intratimpánica se extienden más allá del anulus se observará una membrana timpánica abombada, pulsátil, azulosa o rojiza deformada por la masa, con signo de Brown¹⁴ positivo (palidez a la exploración con el

otoscopio neumático con pulsaciones más aparantes), posteriormente al perforarse la membrana timpánica, se observará una masa rojiza comparable a un pólipo, pulsátil, sangrante, proveniente del oído medio con o sin secreción purulenta.

Los signos de afección de pares craneales son como ya se indicó tardíos y denotan grandes tumoraciones. En cualquier etapa del padecimiento es posible auscultar un soplo cervical, auricular o craneal.

Desde el punto de vista clínico, la única oportunidad que tenemos para realizar el diagnóstico diferencial entre un glomus timpánico o un glomus yugular, es cuando el tumor es pequeño y

podemos definir transtimpánicamente sus límites (tumor del glomus timpánico), pero se requiere hacer un diagnóstico diferencial con entidades que pueden producir los mismos síntomas y signos, como son el hemotímpano idiopático,¹⁵ el bulbo de la yugular dehiscente¹⁶ y las anomalías de la arteria carótida interna,¹⁷ de ahí la necesidad de complementar el estudio con una evaluación coclear y radiográfica, antes de decidir cualquier tratamiento.

ESTUDIO AUDIOLOGICO

Los únicos estudios útiles ante una masa transtimpánica o un tumor proveniente del oído medio son la audiometría tonal, la logo

T A B L A IV

PROTOCOLO DE ESTUDIO Y MANEJO DE LOS
TUMORES GLOMICOS

Protocolo de estudio.

Interrogatorio

Acúfeno pulsátil.
Hipoacusia.
Otorrea crónica.
Otorragia.
Déficits de pares craneales.
(tardío)

Estudio Clínico:

Exploración

Masa transtimpánica.
Signo de Brown.
Pólipo de oído medio.
Soplo auricular o cervical.
Déficits de pares craneales.
(tardío)

Estudio Audiológico:

Audiometría tonal.
Logaudiometría.
Impedanciometría.

Estudio Radiológico:

Tomografía hipocicloidial de oído en A.P.
Tomografía computarizada simple y contrastada de la base del cráneo.

Estudio Radiológico:

Arteriografía carotídeo.
Arteriografía vertebral (tumores intracraneanos).

audiometría y la timpanometría en presencia de membrana timpánica íntegra. Al inicio del padecimiento como ya se mencionó se encontrará una hipoacusia, conductiva, posteriormente si se produce invasión del laberinto, se encontrará una hipoacusia mixta profunda, que puede evolucionar hacia la anacusia. La timpanometría nos pondrá de manifiesto una curva plana tipo B por ocupación de caja timpánica y la presencia de ondulaciones secundarias a las pulsaciones del tumor.¹⁸ El reflejo estapedial no es evaluable aún en presencia de parálisis facial periférica asociada, debido

a que la caja timpánica se encuentra ocupada. Es pertinente señalar que las pruebas calóricas pierden su utilidad para valorar la función vestibular del oído afectado, debido a que la temperatura ya sea del agua o del aire no se transmiten al conducto semicircular lateral, debido a que el sequestro sanguíneo del tumor absorbe los cambios de temperatura producidos en el conducto auditivo externo.

ESTUDIO RADIOLOGICO

Los estudios radiológicos nos orientarán hacia el diagnóstico

diferencial entre un probable tumor glómico timpánico o yugular.

La politomografía hipocicloidial¹⁹ detecta tejidos blandos del tumor que ocupa el oído medio aun en tumores muy pequeños y además nos permite la visualización de los cambios en las estructuras óseas de la caja timpánica, cápsula ótica, mastoides y sobre todo del foramen yugular. Aún en presencia de un tumor intratimpánico de bordes bien definidos y que pudiera corresponder a un tumor del glomus timpánico, es recomendable realizar una politomografía hipocicloidial para descartar una extensión medial

T A B L A V

PROTOCOLO DE ESTUDIO Y MANEJO DE LOS TUMORES GLOMICOS

Tratamiento

Tumores glómicos timpánicos:

1. A través del conducto auditivo externo.
2. Extensión hipotimpánica del receso facial.
3. Mastoidectomía radical.

Tumores glómicos yugulares:

1. Fosa infratemporal de Fisch.
2. Combinación de 2 tiempos quirúrgicos.
3. Radioterapia (Inoperables).

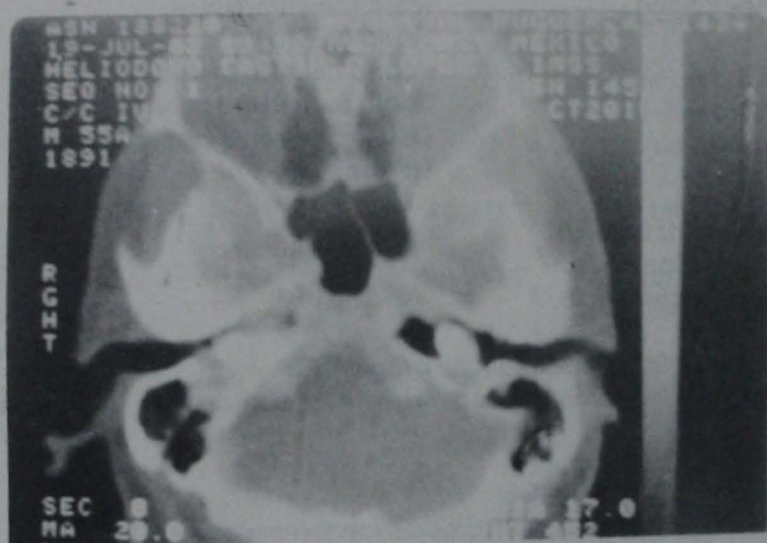


Figura 4.- Tomografía axial computarizada de la base del cráneo con contraste intravenoso. Caso Clínico No. 3. Obsérvese el foramen yugular derecho ocupado por una tumoración vascular, que se extiende hacia mastoides, se proyecta hacia caja timpánica y ocupa la punta del peñasco. Compárese con el foramen yugular normal contralateral.

tumoral o erosión del foramen yugular. Los signos de posible extensión intracraneana son: destrucción del tegmen tímpani, destrucción posterior y medial de la mastoides, o destrucción del peñasco.

La tomografía computarizada con cortes axiales y coronales de base de cráneo, simple y con medio de contraste intravenoso²⁰ nos hace el diagnóstico diferencial entre la localización timpánica y la yugular del tumor, ade-

más de darnos información sobre tamaño, estructuras involucradas y vascularización tumoral. Es sin lugar a dudas el estudio que mayor información nos proporciona y tiende a sustituir a la politomografía hipocicloidal.

La angiografía cerebral,²¹ continúa siendo una evaluación necesaria cuando se está estudiando un tumor del glomus yugular, ya que en el caso de los glomus timpánicos bastará con una tomografía hipocicloidal o una tomogra-

fía axial y coronal computarizada. La arteriografía de la carótida común y de la arteria vertebral en el caso de los tumores con invasión hacia fosa posterior o fosa media craneana, nos permiten evaluar el origen del flujo sanguíneo tumoral y planear la magnitud del abordaje quirúrgico. En la mayoría de los casos la irrigación tumoral es a expensas del sistema de la carótida externa, pero en los casos de invasión intracraneana, puede haber irrigación a expensas del sistema vertebral y más raramente del sistema de la carótida interna, a través del plexo carótico-timpánico o de la arteria timpánica inferior, que puede nacer directamente de la arteria carótida interna.

La fase venosa de la arteriografía carotídea común, evalúa la permeabilidad del bulbo de la yugular y ha ido sustituyendo poco a poco a la yugulografía retrógrada,²² ya que nos puede dar información sobre el sistema de drenaje venoso intracraneano bilateral y sobre compresiones externas del seno lateral o bulbo yugular o incluso datos de invasión intraluminal de los mismos.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

El tratamiento ideal de los tu-



Figura 5.- Arteriografía carotídea derecha. Caso clínico No. 3. Nótese una gran tumoración vascular del hueso temporal y de la base del cráneo, con proyección cervical y afectación de la arteria carótida interna en su porción vertical transtemporal.

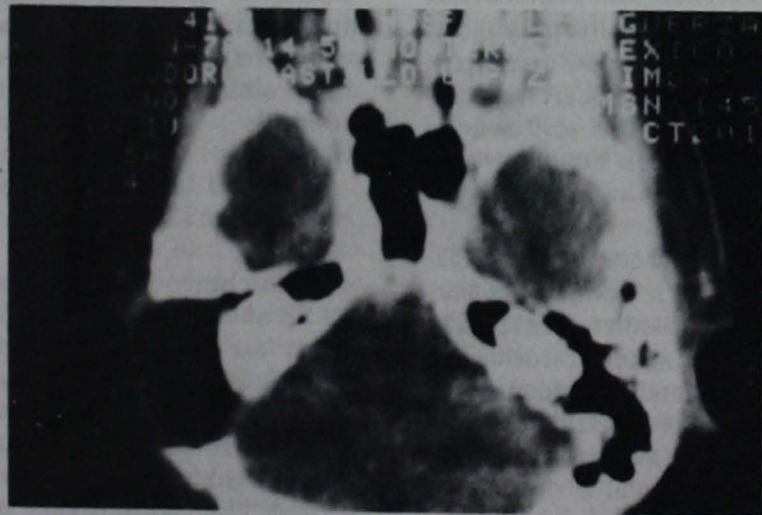


Figura 6.- Tomografía axial computarizada con contraste intravenoso de base de cráneo. Control post-operatorio a los 2 años de resección de glomus yugular por la vía infratemporal de Fisch. Nótese la cavidad quirúrgica libre de tumor, incluso a nivel del ápice del peñasco Caso Clínico No. 3.

mores glómicos, es la extirpación quirúrgica total (Tabla V), la que dependerá esencialmente de factores tanto tumorales (origen, tamaño, extensión), como de las condiciones generales de salud del paciente y de la experiencia del cirujano.

En los casos considerados como inoperables y en aquellos en los que la extirpación quirúrgica solamente pudo hacerse en forma parcial, se recomienda en forma la radioterapia paliativa,^{23, 24, 25} que si bien no ejerce su acción sobre las células tumorales, sí

produce una fibrosis de los elementos vasculares de la estructura tumoral, disminuyendo su irrigación y presumiblemente retardando su crecimiento.

En el caso de los tumores glómicos timpánicos, la extirpación quirúrgica tiene una baja morbimortalidad y las posibilidades de preservar las funciones tanto audiológicas como del nervio facial son excelentes, en tanto que en el caso de los tumores glómicos yugulares la morbimortalidad del procedimiento quirúrgico es mayor, y si bien se puede preservar la función del nervio facial en más del 60 por ciento de los casos, la función audiológica conductiva se pierde como parte de la secuela producida por la extirpación tumoral.

Tumores glómicos timpánicos

Estos tumores pueden abordarse por las siguientes vías:

1. Vía endomeatal²⁶: se desarrolla un colgajo dermatimpánico tipo estapedectomía, liberando incluso el martillo. Permite la extirpación tumoral total con conservación de la función auditiva y sin producción de secuelas neurológicas. Está indicada en los casos en los que se puede visualizar perfectamente los límites tumorales a través de una membrana timpánica íntegra y cuando la evaluación radiológica delimitó la tumoración a la caja timpánica.
2. Vía de la extensión hipotimpánica del receso facial¹⁰: una vez realizada una mastoidectomía con conservación de la pared posterior del conducto auditivo externo, se realiza abordaje de la caja timpánica a través de una timpanotomía posterior, que se debe extender usando el anulus timpánico como guía

hacia el hipotímpano con sacrificio de la cuerda timpánica. Esta técnica nos permite la extirpación tumoral total con conservación de las funciones audiológica y del nervio facial. Está indicada en los glomus timpánicos que aún se encuentran localizados en la caja timpánica, pero cuyos límites no pueden definirse mediante la exploración micro/otológica, por encontrarse rebasando los límites del anulus timpánico.

3. Vía mastoidectomía radical²⁷: se realiza una mastoidectomía radical clásica, para exponer totalmente la tumoración, logrando su extirpación completa y permitiéndonos además la preservación o en su defecto la reparación del nervio facial, ya sea mediante su descompresión transmastoidea o mediante la interposición de injertos neuronales, aunque se sacrifique el elemento conductivo de la audición, ya que muchas veces ésta ha sido dañada previamente por la tumoración. Está indicada en aquellos tumores que siendo timpánicos se han extendido hacia la mastoides, involucrando la pared ósea del conducto auditivo externo y en ocasiones el conducto de Fallopi.

Tumores glómicos yugulares

Se pueden abordar por la técnica infratemporal de Fisch o una de sus variantes,^{28, 29, 30} que hoy por hoy es la técnica de exposición lateral de la base del cráneo que mayor aceptación tiene. Esencialmente consta de 2 fases: una fase de la cirugía lo constituye la disección del temporal y la otra la disección cervical:

- a) Tiempo del temporal: tiene por objeto exteriorizar totalmente

el tumor antes de iniciar su extirpación, para minimizar al máximo la pérdida sanguínea y la posibilidad de dejar tejido tumoral residual. Esto se logra mediante la resección ósea mastoidea amplia, incluyendo la extirpación de la membrana timpánica o sus remanentes, el martillo, el yunque y la superestructura del estribo, obliteración de la trompa de Eustaquio, exteriorización y ligadura del seno lateral, identificación del bulbo de la yugular liberándolo de hueso, exteriorización de arteria carótida interna y rotación anterior del nervio facial, formándole un nuevo conducto óseo.

- b) Tiempo cervical: expone e identifica los nervios IX, X, XI y XII así como los grandes vasos a nivel cervical (vena yugular interna y arterias carótidas), con ligadura de la arteria carótida externa por arriba de la arteria tiroidea superior y con ligadura de la vena yugular interna.

Una vez bloqueada la irrigación del tumor aunque sea parcialmente (inmediatamente la ligadura de la arteria carótida externa) y habiendo ligado el extremo proximal y distal de la circulación venosa (merced a la ligadura del seno lateral y de la vena yugular interna), se puede extirpar en bloque el tumor, incluso con la pared lateral del seno lateral y del bulbo de la yugular, controlando la hemorragia proveniente del seno petroso inferior mediante empaquetamiento con músculo, fascia u oximetilcelulosa oxidada o sus derivados.

Las variaciones de esta técnica están dictadas por la extensión tumoral hacia el peñasco, conducto carotídeo, región paraselar o clivus, añadiendo al procedimiento básico mencionado la lu-

xación anterior del cóndilo mandibular, el corte del arco cigomático, la resección de la pared lateral de la órbita e incluso la movilización total anterior de la arteria carótida interna en su porción transtemporal.

En los casos en los que hay extensión intracraneana mayor de 2 cm, la extracción tumoral debe realizarse en dos intervenciones quirúrgica ya sea por fosa posterior o a través de craneotomía temporal y la segunda es neuro-otológica, con las técnicas mencionadas.

La técnica infratemporal de Fisch, ha abierto un nuevo panorama para el tratamiento de los tumores glómicos yugulares, con pérdidas sanguíneas bastante menores en relación a técnicas anteriores, en las que se extirpaba el tumor prácticamente por arrancamiento, además de aminorar las posibilidades de dejar tumor residual.

PRESENTACION DE CASOS CLINICOS

Caso clínico No. 1.- Masculino de 38 años de edad. Inicia 2 años antes de su valoración acúfeno pulsátil derecho, constante y posteriormente hipoacusia ipsilateral mínima. A la exploración física se encontró una masa transtimpánica de coloración rosada, pulsátil con límites bien definidos, con signo de Brow positivo. La audiometría tonal y la logoaudiometría mostraron una hipoacusia conductiva mínima, timpanograma con curva tipo B y ondulaciones, la tomografía hipocicloidal reveló caja timpánica ocupada, pero sin erosión de la cadena osicular o del forámen yugular. Se realizó el diagnóstico de probable tumor glómico timpánico, abordándose por la vía endomeatal y extrayéndose totalmente sin

complicaciones, con mejoría de la hipoacusia. El diagnóstico histopatológico fue de tumor glómico y a dos años del post-operativo se encuentra con audición normal y sin evidencia de tumor residual.

Claso clínico No. 2.- Masculino de 42 años de edad. Historia de 6 años de evolución con acúfeno pulsátil constante izquierdo, asociado a hipoacusia lentamente progresiva, hasta el momento de su evaluación en que era moderada. La exploración otorrinolaringológica mostró una membrana timpánica abombada, azulosa, pulsátil, con signo de Brown positivo. La audiometría tonal y la logaudiometría mostraron una hipoacusia conductiva pura moderada. La tomografía hipocicloidal reveló una opacidad en la caja timpánica, sin involucrar a la mastoides ni al foramen yugular y con cadena osicular íntegra. Con el diagnóstico de probable tumor glómico timpánico, se abordó la tumoración, extrayéndola totalmente a través de un abordaje hipotimpánico del receso facial. El diagnóstico histopatológico fue de tumor glómico. A más de 2 años de evolución pos-operatoria, se encuentra con audición y función facial normales y sin evidencia de tumor residual.

Caso clínico No. 3.- Masculino de 52 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus controlada con hipoglucemiantes orales. Padecimiento otológico de 8 meses de evolución, caracterizado por pérdida súbita de la movilidad de la hemicara derecha incluyendo la frente y acúfeno ipsilateral pulsátil, constante. Fue valorado por varios médicos, quienes llegaron al diagnóstico de parálisis facial periférica tipo Bell, y con dicho diagnóstico nos es referido.

El interrogatorio puso de manifiesto que el acúfeno pulsátil

constante ipsilateral, había aparecido aproximadamente 4 años antes que la parálisis facial; además presentaba una hipoacusia moderada del mismo lado de aproximadamente 2 años de evolución. La exploración otorrinolaringológica determinó una parálisis facial periférica derecha, por debajo del ganglio geniculado con afección de la cuerda del tímpano; la otoscopía microscópica mostró una membrana timpánica abombada, pulsátil, de color violeta, con signo de Brown positivo. La audiometría tonal y fonémica reveló hipoacusia conductiva pura moderada derecha; en la politomografía de oídos en antero-posterior se encontró una erosión importante de la zona del foramen yugular derecho, por una tumoración que ocupaba también la caja timpánica. La tomografía axial computarizada de base de cráneo simple y con medio de contraste intravenoso mostró un foramen yugular derecho ocupado por una tumoración vascularizada que se extendía a la caja timpánica, al peñasco, a la mastoides y hacia el conducto auditivo externo además de estar en estrecha relación con la dura de la fosa posterior, pero sin invasión intracraneana (Figura 4); la arteriografía de carótida primitiva muestra una tumoración vascular de la base del cráneo y del hueso temporal derecho, con proyección cervical y con afección de la arteria carótida interna en su porción trans-temporal (Figura 5); la fase venosa de la arteriografía carotídea pone de manifiesto ausencia de la circulación venosa ipsilateral al tumor, incluso con hipoplasia del seno lateral. Se integró el diagnóstico presuncional de tumor del glomus yugular derecho y se abordó quirúrgicamente con la técnica infratemporal de Fisch, habiendo encontrado una tumoración

de aproximadamente 3 cms que involucraba totalmente la caja timpánica, parte de la mastoides causando compresión del seno lateral y del bulbo de la yugular, con afección de la arteria carótida interna a nivel anterior y cervicalmente, lo mismo que los pares craneales IX, X, XI y XII, los cuales se disecaron de la tumoración sin lesionarlos. El nervio facial se encontraba totalmente involucrado por la tumoración en sus porciones petrosa timpánica, transmastoidea y cervical; el tiempo quirúrgico fue de 10 horas y la pérdida sanguínea de 1000 cc. Su evolución post-operatoria inmediata fue satisfactoria, hasta el 2o. día en que por accidente se retiraron los tubos de drenaje cervical, lo que obligó al drenaje quirúrgico de un hematoma de región cervical al 7o. día. Posteriormente evoluciona satisfactoriamente, quedaron como secuelas la parálisis facial periférica y la hipoacusia conductiva presentes desde el preoperatorio. Durante la extirpación tumoral no se consideró adecuado realizar una anastomosis facial/hipogloso, para no agregar un déficit neurológico más ante la magnitud del procedimiento quirúrgico efectuado. Actualmente a 2 años 6 meses de su cirugía se encuentra con hipoacusia conductiva moderada, con parálisis facial periférica derecha y sin evidencia radiográfica o clínica de tumoración residual (Figura 6).

COMENTARIO

En el análisis clínico de los casos presentados, resalta como común denominador de los pacientes con tumores glómicos del temporal, la presencia temprana de acúfeno pulsátil constante,

asociado a hipoacusia lentamente progresiva y a una masa intratimpánica pulsátil, independientemente de que el tumor sea timpánico o yugular. Por otro lado también se pone de manifiesto la mayor morbimortalidad de los tumores yugulares, como en nuestro caso No. 3 en que la evaluación clínica primaria fue por una parálisis facial periférica que se calificó como tipo Bell y el acúfeno pulsátil y la hipoacusia ipsilateral habían pasado desapercibidos tanto para el paciente como para los médicos.

En lo que se refiere a tratamiento y pronóstico, nuestros resultados simplemente confirman la regla: en los 2 primeros casos en los que el tumor era timpánico, el abordaje quirúrgico se realizó a través de vías que nos permitieron no solamente la extracción tumoral total, sino también la preservación de las funciones audiológica y del nervio facial, a través del conducto auditivo externo (caso 1) y a través de la extensión hipotimpánica del receso facial (caso 2). En el caso del tumor glómico yugular (caso 3), utilizamos el acceso de fosa infratemporal de Fisch y aunque logramos la extirpación tumoral total, no se logró rehabilitar la función del nervio facial, debido a que éste estaba totalmente infiltrado por la tumoración y no fue posible aislar el extremo proximal facial sin lesionar el oído interno, para poder realizar un injerto neuronal; por otro lado dado el manejo quirúrgico de los pares craneales IX, X, XI y XII durante la extirpación tumoral, no consideramos adecuado añadir en el momento quirúrgico una deficiencia neurológica más al practicar una anastomosis facial/hipogloso.

CONCLUSIONES

1.- Se presenta un protocolo

de estudio y tratamiento quirúrgico de los tumores glómicos del oído. 2.- Se enfatiza la necesidad de realizar un diagnóstico temprano, para minimizar las secuelas anatómicas y funcionales derivadas del tumor así como de la extirpación quirúrgica. 3.- La radioterapia se reserva exclusivamente para casos inoperables, ya sea primarios o para tumores residuales. 4.- Se presentan 3 casos clínicos de tumores glómicos del oído en los que se logró la extirpación total tumoral, a través de las vías endomeatal, de la extensión hipotimpánica del receso facial e infratemporal de Fisch.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Guild, S. R.: A hitherto unrecognized structure: The Glomus Jugularis. In Mass abstract. Anat. Rec. 79: Suppl 2-28. U.S.A. 1941.
- 2.- Rosenwasser, H.: Carotid body tumor of the middle ear and mastoid. Arch. Otolaryngol. 41: 64, 1946.
- 3.- Zak, F. G.: An expanded concept of tumors of glomus tissue. New York J. Med. 54: 8, 1954.
- 4.- Rosenwasser, H.: Glomus Jugulare tumors. Arch. Otolaryngol. (Monograph). Julio 1968.
- 5.- Alford, B. R. y Gilford, R. R.: A comprehensive study of tumors of the glomus jugulare. Laryngoscope, 72: 765-767, 1962.
- 6.- Oldring, D. y Fisch, U.: Glomus Tumors of the temporal region: Surgical therapy. Am. J. Otol. 1: 7-18, 1979.
- 7.- Fisch, U.: Infratemporal fossa approach for glomus tumors of the temporal bone. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 91: 474-479, 1982.
- 8.- Fisch, U.: Carotid lesions at the skull base. In Neurological surgery of the ear and skull base. Vol. III. Editado por Brackmann, D. E. pp.: 269-281. Raven Press Books Ltd., New York, N.Y. U.S.A. 1982.
- 9.- Bickerstoff, E. R. y Howell, J. S.: The neurological importance of tumours of the glomus jugulare. Brain 76: 576-593, 1953.
- 10.- House, W. F. y Glasscock III, M.E.: Glomus tympanicum tumors. Arch. Otolaryngol. 87: 124-128, 1968.
- 11.- Spector, G. J., Maisel, R. H. y Ogura, J. H.: Glomus tumors in the middle ear. An analysis of 46 patients. Laryngoscope 83: 1652-1672, 1973.
- 12.- Chretien, P. B.: Surgical management of intravascular glomus yugulares tumors. Am. Jour. Surg. 122: 740-743, 1971.
- 13.- Glasscock III, M. E. y Newsome, G.: Glomus Tumors: diagnosis and treatment. Laryngoscope 84: 2006-2032, 1974.
- 14.- Brown, L. A.: Glomus jugulare tumor of the middle ear: clinical aspects. Laryngoscope 63: 281-292, 1953.
- 15.- Hernández-Valencia, G. y Gilder-Stein, S.G.: Hemotímpano idiopático: Presentación de 5 casos. Anales Soc. Mex. Otorrinolar. 30: 11-15, 1986.
- 16.- Vilar-Puig, P., Osorno-Velázquez, A. y Espinosa-Ruiz, J.: Anomalías anatómicas del golfo de la yugular en el oído medio: Presentación de 4 casos. Anales. Soc. Mex. Otorrinolar. 28: 113-118, 1983.
- 17.- Glasscock III, M.E., Dickins, J.R. E. y Wiet, R.J.: Vascular anomalies of the middle ear. Laryngoscope 90: 77-88, 1980.
- 18.- Feldman, A. S.: Tympanometry, application and interpretation. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. Sup. 25: 86, 1976.
- 19.- Valvassori, C.E.: Laminography of the ear. Amer. J. Roentgen. 89: 1168, 1963.
- 20.- Witten, R. M. y Wade, C. R. T.: Computed tomography in acoustics tumor diagnosis. In Acoustic Tumors Vol. 1. Diagnosis. Editado por House, W. F. y Luetje, Ch. M. Capítulo 13: 253-277. University Park Press. Baltimore, U.S.A. 1979.
- 21.- Spector, G. J.: Glomus Jugulare tumors. Interpretation of clinical and laboratory findings. Selection of Therapy. A self-instructional package. Am. Acad. Ophthal. and Otolaryngol. 31-32, 1978.
- 22.- Gejrot, T. y Lauren, T.: Retrograde jugulography in diagnosis of glomus tumors in the jugulare region. Acta Otolaryngol. 58: 191, 1964.
- 23.- Spector, G.J., Maisel, R. H. y Ogura, J. H.: Glomus jugulare tumors 11. A clínico-pathologic analysis of the effects of radiotherapy. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 83: 26-33, 1974.
- 24.- Spector, G. J., Campagno, J. y Pérez, C.A.: Glomus jugulare tumors: effects of radiotherapy. Cancer 35: 1316-1321, 1975.
- 25.- Brackmann, D. E. y Linthicum Jr., F. H.: Glomus jugulare tumors: effects of irradiation. Trans. Amer. Acad. of Ophthalmol. and Otolaryngol. 76: 1423-1431, 1972.
- 26.- Rosenwasser, H.: Tumors of the middle ear and mastoid. In Otolaryngology. Vol. 2: 186-193. Paparella, M. M. and Shumrick, D.A. Editores. W.B. Saunders Company. U.S.A. 1973.
- 27.- Lee, K. J.: Benign tumors of the ear.

In Essential Otolaryngol. 2o. Edition. Lee, K. J. Editor. 114-117. Medical Examination Publishing Co. Inc. F. New York. U. S.A. 1977.

28.- *Fisch, U.*: Infratemporal fossa approach for extensive tumors of the temporal

bone and base of the skull. In Neurological Surgery of the ear. Vol. 1 Silverstein, H. and Norrell, H. Editors 34-53. Birmingham, Alabama. Aesculapius Publishing Co. U.S.A. 1977.

29.- *Jenkins, H.A. y Fisch, U.*: Glomus Tu-

mors of the temporal region. Arch. Otolaryngol. 107: 209-213, 1981.

30.- *Fisch, U.*: Infratemporal fossa approach to tumors of the temporal bone and base of the skull. J. Laryngol. Otol. 92: 949-967, 1978.

Mucocele del antro maxilar asociado a un carcinoma nasofaríngeo.

Reporte de un caso

Dr. Ramón ESCAJADILLO*

Resumen.- Los mucoceles representan una patología poco frecuente de los senos paranasales, son de crecimiento lento y no se asocian a degeneración maligna. Se reporta un caso de mucocele del antro maxilar asociado casualmente a un carcinoma de nasofaringe avanzado, los cuales se resecaron en forma quirúrgica y posteriormente el enfermo fue sometido a radioterapia. Se presentó recurrencia tumoral, que fue tratada con aplicación de cápsulas radioactivas y quimioterapia, lográndose un control loco-regional del tumor. Se revisan los diferentes aspectos sobre el diagnóstico y tratamiento de ambas lesiones.

Summary.- Sinuses mucoceles are a relatively rare condition, with a slow growing pattern and no malignant degeneration. A case of maxillary sinus mucocele with a coincident nasopharyngeal carcinoma is reported. Both lesions were surgically excised and radiotherapy was applied post-operatively. Tumor recurrence was observed and neoplastic activity was controlled with radioactive cap-

sules locally applied in association with chemotherapy. Diagnosis and therapeutical criteria are reviewed.

INTRODUCCION

La pobre sobrevida que se observa en algunos pacientes con carcinoma nasofaríngeo se debe a la presencia de estados clínicos avanzados en el momento de hacer su diagnóstico. Este hecho se hace más aparente cuando se asocia a otros trastornos poco frecuentes de los senos paranasales, como el mucocele, término introducido por Rollet en 1896.¹ Cerca de dos terceras partes de los mucoceles afectan al seno frontal, siendo el seno maxilar el afectado con menor frecuencia. Su crecimiento es lento y puede llegar a simular tumores malignos;^{1, 2} sin embargo, esta lesión es benigna, y hasta el momento no se le ha asociado con degeneración y/o tumoraciones malignas.

Nosotros reportamos, para nuestro conocimiento, el primer caso de mucocele de antro maxilar asociado a carcinoma nasofaríngeo en un paciente cuyo diagnóstico temprano fue afectado por un tratamiento médico con-

servador, debido a una aparente sinusitis maxilar crónica.

REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 62 años, originario de Tijuana, B.C.

Entre sus antecedentes de importancia: padre fallecido por CA. de colon. Alcoholismo y tabaquismo negativos. Presencia de otitis media crónica derecha desde su infancia.

Inicia su padecimiento con obstrucción nasal derecha progresiva de 8 años de evolución, hiposmia y rinorrea mucopurulenta. Fue tratado con múltiples esquemas de antibióticoterapia, vasoconstrictores y antihistamínicos, con pobre respuesta.

Debido a la progresión de su sintomatología, es canalizado a nuestro Servicio. A su ingreso se apreció una voz hiponasal, respiración oral y discreta salida de secreción mucohialina por ambas narinas. La rinoscopía anterior mostró hipertrofia del cornete inferior derecho con secreción mucopurulenta proveniente del meato medio. A la rinoscopía posterior se hizo evidente la presencia de una gran tumoración nasofaríngea que obstruía la región conal. En el oído derecho se encon-

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

tró una perforación subtotal de la membrana timpánica con moderada secreción serosa.

El 13/1/84 se realiza una tomografía computarizada, que muestra la presencia de una gran tumoración nasofaríngea (ver Fig. 1) que erosionaba la pared anterior del seno esfenoidal, sin evidencia de extensión infratemporal. El antro maxilar del lado derecho se encontraba opaco, con engrosamiento de la mucosa y destrucción de la pared lateral. Debido a lo anterior se decidió realizar una operación de Caldwell-Luc en el seno maxilar derecho con toma de biopsia transoperatoria de nasofaringe. Durante la cirugía se extrajo una tumoración quística del antro maxilar, la cual había erosionado la pared lateral del seno, así como su superficie supero-interna, por lo que las celdillas etmoidales anteriores y posteriores se exploraron, extrayendo algunas prolongaciones quísticas de la mucosa del antro. La biopsia de nasofaringe mostró un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado (ver Fig. 2). Debido al tamaño de la tumoración, se decidió extraerla por vía transpalatina y rinotomía lateral (ver Fig. 3), obteniéndose una tumoración de 7 x 5 x 4 cms, de consistencia ahulada y con abundantes áreas necróticas-hemorrágicas (ver Fig. 4), la cual ocupaba el espacio coanal, y había destruido vómer, pared anterior y lateral derecha del seno esfenoidal, ocluía al orificio tubario derecho, y una de sus lobulaciones se legró de la región pterigoidea derecha.

La evolución post-operatoria fue satisfactoria. El reporte histológico reveló un mucocele del antro maxilar asociado a un carcinoma epidermoide de la nasofaringe.

A la sexta semana de post-

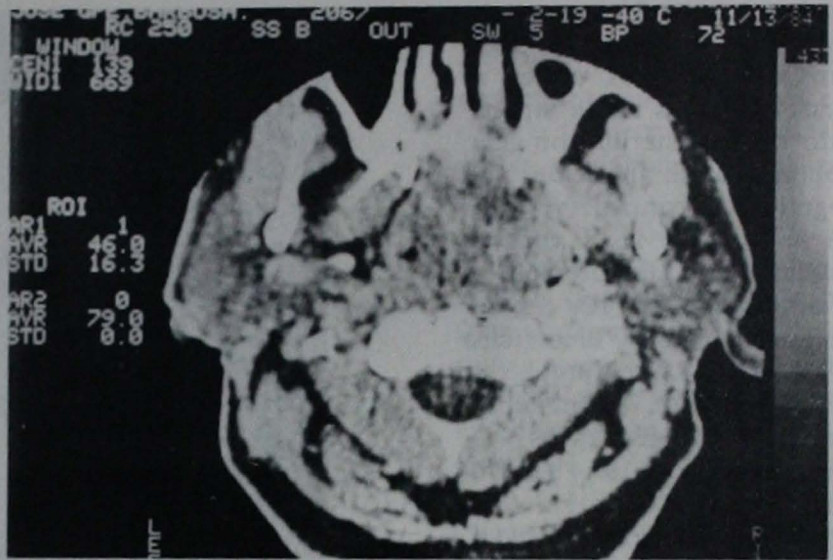


Figura 1.- Tomografía axial computarizada en la que se aprecia la presencia de una gran tumoración nasofaríngea, que erosiona la pared anterior del seno esfenoidal, sin existir erosión a nivel del clivus. En el seno maxilar del lado derecho se aprecia tumoración quística con engrosamiento de la mucosa que corresponde al mucocele asociado.

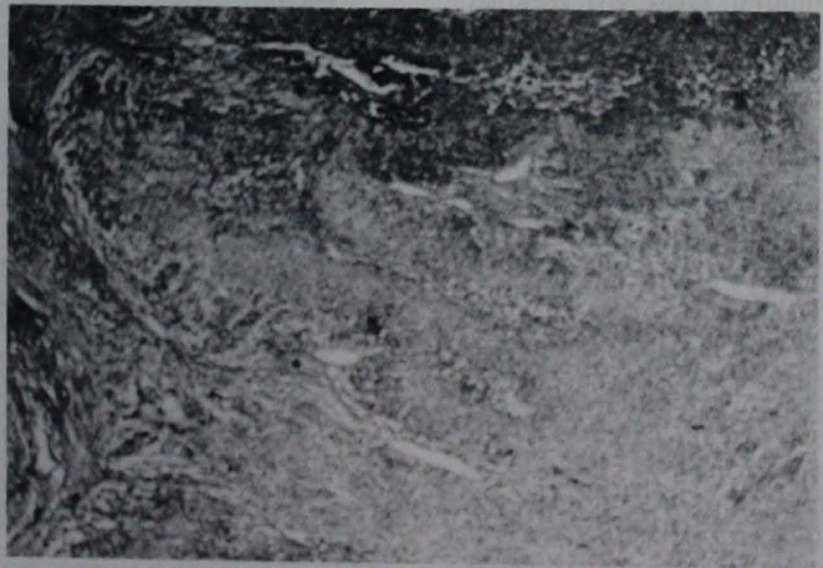


Figura 2.- Tumor nasofaríngeo formado por cordones de células escamosas con escasos núcleos hiper cromáticos y ocasionales mitosis. H.E. 100X.

operatorio se inició radioterapia, un total de 66 Gy en 7 semanas con tratamiento profiláctico bilateral de cuello.

El paciente desarrolló una gran mucositis orofaríngea post-radioterapia, así como trismus, con una abertura máxima mandibular de 12 mm.

Al sexto mes de haberse iniciado el tratamiento, la biopsia nasofaríngea de control demostró la persistencia de actividad tumoral, por lo que, tomando en cuenta la agresividad de la tumoración y valorando los riesgos de sobredosis de radiación, se decidió aplicar 2 tubos de 40 mg/Cesium/Ra/

eq. cada uno, por 72 horas, para alcanzar una dosis total de 5760 mg/hr/Cs/Ra/eq., los cuales se colocaron a través de un taponamiento nasal posterior con gasa, corroborando su posición con radiografía de control (ver Fig. 5), e iniciando a las 2 semanas esquemas de quimioterapia a base de Cisplatinum 100 mg/m² superficie corporal, y Bleomicina 10U/m² superficie corporal, con ciclos de 21 días, aceptando el paciente un total de 3 ciclos.

En noviembre de 1984 desarrolla una fístula nasopalatina a través de la herida quirúrgica previa, la cual se ocluyó con una prótesis palatina de silastic, con el objeto de disminuir la regurgitación de alimentos a través de la nariz. Hasta el momento el paciente se encuentra sin evidencia de actividad tumoral local y/o regional (ver Fig. 6).

COMENTARIO

Los mucocelos son lesiones quísticas de los senos paranasales de crecimiento lento y con poca sintomatología. Por lo general, y de acuerdo con Perrin,³ se asocian a oclusión e inflamación del ostium, y presentan dos estadios evolutivos: 1) periodo endosinusal, de evolución lenta, asociado a cefaleas crónicas; 2) periodo de exteriorización, durante el cual los mucocelos del antro maxilar generalmente erosionan la pared lateral nasal, luego el piso de la órbita y el paladar duro. En ocasiones, debido a la presión ejercida sobre el nervio infraorbitario, puede haber desde dolor intenso hasta hipoestesia. Todos estos signos indican la presencia de una masa expansiva, debiendo descartarse la posibilidad de malignidad, sobre todo en pacientes mayores de 40 años. El antecedente de traumatismo quirúrgico o de otro

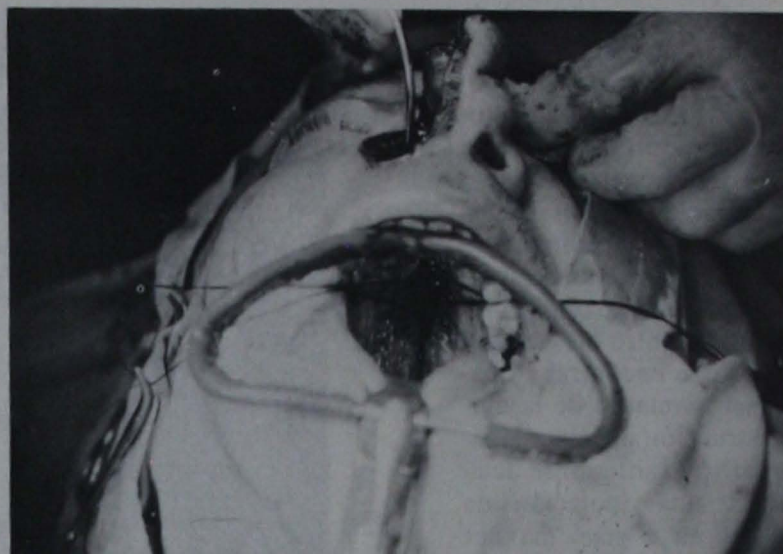


Figura 3.- Fotografía que muestra la técnica quirúrgica empleada a través de una rinotomía lateral y una incisión media palatina.



Figura 4.- Aspecto de la tumoración nasofaríngea (7 x 5 x 4 cm). Nótese la presencia de lobulaciones y áreas necrótico-hemorrágicas en su parte superior.

tipo, e infecciones recurrentes de la nariz y senos paranasales se encuentra con frecuencia en esta patología. Por lo general, los estudios radiológicos de senos paranasales muestran una opacidad del seno afectado con erosión de las paredes óseas. Puede haber áreas radiolúcidas o de menor densidad, hechos que también

pueden encontrarse en el CA. de antro maxilar. El tratamiento de esta lesión es quirúrgico, siendo los más empleados la operación de Caldwell-Luc y un procedimiento tipo Denker. El pronóstico es excelente.

Por otro lado, el carcinoma nasofaríngeo tiene una incidencia aproximada de .05 por 100,000



Figura 5.-Radiografía lateral de cráneo que muestra la presencia de las capsulas de Cesium radiactivo aplicadas en la nasofaringe a través de taponamientos nasales posteriores con gasa.



Figura 6.-Tomografía axial computarizada en la que se aprecia claramente la ausencia de actividad tumoral, tanto en la nasofaringe como en regiones adyacentes.

en hombres y de 0.25 por 100,000 en mujeres,⁵ aunque esta frecuencia se eleva entre la población china. La localización más común es en la pared lateral de la nasofaringe, en el torus tubarius o en la fosa de Rosenmüller, por lo que la presencia de otitis media serosa es una de las manifestaciones más tempranas de esta patología. En el caso presentado, la

otitis media derecha crónica que tenía el paciente enmascaró dicho síntoma. Debido a esto, las biopsias de nasofaringe deberían incluir tejido cercano al torus tubarius si a la exploración no se apreciaron masas tumorales.

En el 25 por ciento de los pacientes con carcinoma nasofaríngeo, el intervalo de tiempo entre el inicio de la sintomatología y el

diagnóstico excede los 12 meses,⁶ por lo que es frecuente observar la presencia de masas cervicales o la afección de pares craneales al momento de realizar el diagnóstico.

Debe recordarse que la diferenciación entre una lesión benigna y una maligna de la nasofaringe depende del estudio histológico, por lo que son necesarias técnicas de biopsia adecuadas, facilitándose en la actualidad con el empleo de endoscopios rígidos de 0°, 25° y 70°, o con nasofaringoscopios flexibles.

No obstante que, hasta el momento, existen 3 clasificaciones del carcinoma nasofaríngeo, que son la del AJC,⁷ del UICC,⁸ y la de Ho,⁹ las dos primeras son las más usadas (ver Tabla I), difiriendo en la manera de valorar la presencia de ganglios clínicamente positivos en cuello. En el caso presentado, la erosión de la pared póstero-lateral del seno esfenoidal con extensión a la cavidad nasal, sin evidencia de afección cervical ganglionar y metástasis, hacen que el tumor fuera considerado un T4NOMO (estadio IV).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹⁰ el carcinoma nasofaríngeo se clasifica histopatológicamente en: Tipo I - carcinoma epidermoide; Tipo II - carcinoma no queratinizante; Tipo III - carcinoma indiferenciado.

En la actualidad, el valor de las pruebas anti-virus Barr Epstein son importantes en el diagnóstico temprano, en áreas de alta incidencia de carcinoma nasofaríngeo, y para predecir su pronóstico.¹¹ La IgA (antígeno viral capsular) funciona como un anticuerpo bloqueador, y la IgG (antígeno de membrana) es citotóxica, en la prueba de citotoxicidad dependiente celular, a través de inmunofluorescencia indirecta. Esto

TABLA I

CLASIFICACION	T	N	M	ESTADIO
JCA ⁷	Tis Carcinoma in situ	NX No valoración de ganglios.	MX Sin valoración de metástasis.	I- TINOMO
	T1 Tumor no visible o localizado a un sitio de la nasofaringe.	N0 Sin presencia clínica de ganglios.	M0 Sin presencia de metástasis.	II- T2NOMO
	T2 Extensión del tumor a 2 sitios (paredes posterosuperior y lateral).	N1 Ganglio único homolateral de 3 cm o menos de diámetro.	M1 Presencia de metástasis a distancia.	III- T3NOMO T1T2T3N1MO
	T3 Extensión a la cavidad nasal o a la orofaringe.	N2 Ganglio positivo mayor de 3 cm pero menor de 6, homolateral.	MX Sin valoración de metástasis.	IV- T4NON1MO TN2N3MO TNM1
	T4 Invasión a base de cráneo, afección de nervios craneales o ambas.	N2 Ganglio positivo mayor de 3 cm pero menor de 6, homolateral, o múltiples ganglios homolaterales no mayores de 6 cm.	M0 Sin evidencia de metástasis.	I- T1NOMO
	Tis Carcinoma in situ		M1 Evidencia de metástasis.	II- T2NOMO
	T0 No evidencia de tumor.	N3a Ganglios positivos homolaterales, uno mayor de 6 cm.		III- T3NOMO T1T2T3B1MO
	T1 Tumor limitado a un sitio.	N3b Ganglios positivos bilaterales. (Cada lado del cuello se clasifica en forma independiente).		IV- T4NON1MO TN2N3MO TNM1
	T2 Tumor limitado a 2 sitios.	N3c Ganglios positivos contralaterales.		
	T3 Tumor con extensión a la cavidad nasal y/o orofaringe.	NX No valoración de ganglios.		
	T4 Tumor con extensión a la base del cráneo o afección de nervios craneales.	N1 Presencia de ganglios homolaterales.		
	TX Sin valoración del tumor primario.	N2 Evidencia de afección de ganglios móviles contralaterales o bilaterales.		
		N3 Presencia de fijación de ganglios.		

ha llevado a pensar de inmunofluorescencia indirecta. Esto ha llevado a pensar que la remoción específica de IgA con plasmaferesis y/o la administración de IgG tipo específica, podría ser de beneficio en pacientes con alto riesgo de recurrencia posterior a terapia convencional.¹²

La invasión intracraneal del carcinoma nasofaríngeo ocurre a través de 4 diferentes vías¹³: a) Afección pósterolateral a lo largo de la arteria carotídea vía foramen lacerum, hacia el seno cavernoso y la fosa craneal media; vía seguida por la tumoración en el caso presentado; 2) Afección pósterolateral hacia los ganglios de la fosa yugular y erosión de la fosa craneal posterior; 3) Diseminación a lo largo del plexo venoso pterigoideo, y en forma directa hacia el piso de la fosa craneal media; 4) Diseminación anterolateral a través del foramen esfenopalatino hacia la fosa infratemporal.

La tomografía axial computarizada de nasofaringe es de mucha utilidad en la evaluación de la extensión del carcinoma nasofaríngeo.¹⁴ Lesiones primarias de la nasofaringe tienen mayor tendencia a invadir estructuras profundas en forma temprana, mientras que neoplasias que se entienden a la nasofaringe provenientes de otros sitios tienen una diseminación más superficial.

El tratamiento del carcinoma nasofaríngeo es a base de radioterapia en forma primaria.^{15, 16, 17} Dosis de 66 Gy o más se asocian a mejores sobrevivencias que dosis menores de 60 Gy.^{18, 19} Estudios recientes han mostrado el valor de la quimioterapia,⁵ para evitar las micrometástasis a distancia, por lo que es recomendable su empleo, sobre todo en pacientes con estadios avanzados.

Avances en cirugía de la base

del cráneo han hecho posible que tumores considerados como inaccesibles, sean ahora resecados; pero el problema de obtener márgenes quirúrgicos adecuados en tumoraciones malignas no se ha resuelto; esto ha hecho que se empleen otros procedimientos para el tratamiento del carcinoma nasofaríngeo recidivante.²⁰

En el caso clínico presentado, debido al tamaño de la tumoración, decidimos realizar un abordaje transpalatino hacia la base del cráneo, vía descrita en 1913 por Preysing.²¹ La incisión media palatina ofrece una buena exposición y adecuada vascularidad del colgajo (ver Fig. 3), con la ventaja de que puede dar acortamiento del paladar e insuficiencia velofaríngea; esta última se presentó en nuestro paciente. Con el objeto de evitar lo anterior, la incisión en el paladar en forma de S parece reducir la tendencia de acortamiento del paladar blando.²² Esta vía se combinó con una rinotomía lateral, con lo que se obtuvo un procedimiento que, si bien no fue curativo, sí disminuyó el tamaño de la tumoración.

Los implantes radiactivos en forma de aguja, cápsulas, o botones, han sido utilizados por muchos años en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello. En el momento actual, el uso de semillas de ¹²⁵I para implante a través de inserciones intersticiales, impregnación con gelfoam, incorporación con suturas de Vicryl y/o con parches de silastic, parece promisorio.²³ En nuestro paciente, decidimos utilizar el Cesium radiactivo en forma de cápsulas aplicadas a través de taponamientos nasales posteriores, con lo que se obtuvo un control loco-regional en un paciente postoperado y radiado en forma externa. Estas cápsulas produjeron

una osteoradionecrosis del paladar duro, con la subsecuente fístula nasopalatina, hecho que se ha controlado bien con una prótesis dental y que constituye una morbilidad aceptable.

Aunque la sobrevivencia absoluta a 5 años del carcinoma nasofaríngeo fluctúa entre 35 y 40 por ciento,^{6, 24} tenemos confianza en que los implantes radiactivos y la quimioterapia recibida hayan sido suficientes en el control regional y sistémico del carcinoma nasofaríngeo en este avanzado caso.

Por último, consideramos que este tumor se asoció en forma fortuita al mucocele de antro maxilar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Anthony W. P., Williams H. L.: Unilateral pansinal mucocele simulating a malignant neoplasm. Arch. Otolaryngol. 53: 189-194, 1951.
- 2.- Atherino C. C. T. y Atherino T. C.: Maxillary sinus mucopyoceles. Arch. Otolaryngol. 110: 220-202, 1984.
- 3.- Perrin C.: Mucocèles et pneumosinus dilatés. En Encyclopédie Médico-Chirurgicale. París, Editions Techniques, 20465 A 10; 3: 1-10, 1978.
- 4.- Christensen, J. R. y Houck L. P.: Mucocele of the maxillary sinus. Arch. Otolaryngol. 59: 147-151, 1954.
- 5.- Chatani M., Teshima T., Inoue T., et al.: Radiation therapy for nasopharyngeal carcinoma. Cancer 57: 2267-2271, 1986.
- 6.- Hopping S. B., Keller J. D., Goodman M. L., et al.: Nasopharyngeal masses in adults. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 92: 137-140, 1983.
- 7.- The American Joint Committee for Cancer Staging and End-Results Reporting. Manual for staging of cancer. Chicago: The American Joint Committee, 1977.
- 8.- Harmer M. H., ed.: TNM classification of malignant tumours. 3rd ed Geneva: International Union Against Cancer, 1978.
- 9.- Ho J. H.: Stage classification of nasopharyngeal carcinoma. IARC Sci. Publ. 20: 99-113, 1978.
- 10.- Shanmugaratnam K. y Sobin L.: Histological typing of upper respiratory tract tumours. No. 19, Geneva, Swit-

- zerl.: World Health Organization 32-3, 1978.
- 11.- *Neel H. B., Taylor W. F. y Pearson G. R. y Taylor W. F.*: Antibodies to Epstein-Barr virus in patients with nasopharyngeal carcinoma and in comparison groups. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 93: 477-482, 1984.
 - 13.- *Ackerman L. V. y del Regato J. A.*: *Cancer. Diagnosis Treatment and Prognosis*, 4th ed. St. Louis, C.V. Mosby Co. 1970.
 - 14.- *Hoover L. A. y Hanafee W.N.*: Differential diagnosis of nasopharyngeal tumors by computed tomography scanning. *Arch. Otolaryngol.* 109: 43-47, 1983.
 - 15.- *Stillwagon G.B., Lee D., Moses H., et al.*: Response of cranial nerve abnormalities in nasopharyngeal carcinoma to radiation therapy. *Cancer* 57: 2272-2274, 1986.
 - 16.- *Cooper J. S., Rowe J. D. y Newall J.*: Regional stage IV carcinoma of the nasopharynx treated by aggressive radiotherapy. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 9: 1737-1745, 1983.
 - 17.- *Chang C., Liu T., Chang Y., et al.*: Radiation therapy of nasopharyngeal carcinoma. *Acta Radiol. Oncol.* 19: 433-438, 1980.
 - 18.- *Petrovich Z., Cox J. D., Roswit B., et al.*: Advanced carcinoma of the nasopharynx. *Radiology* 144: 905-908, 1982.
 - 19.- *Bedwinek J. M., Pérez C. A. y Key D. J.*: Analysis carcinoma of the nasopharynx. *Cancer* 45: 2725-2729, 1980.
 - 20.- *Fisch U.*: The infratemporal fossa approach for nasopharyngeal tumors. *Laryngoscope* 93: 36-44, 1983.
 - 21.- *Preysing H.*: Beitrage zur operation de hypophyse. *Verh Laryngol* 20: 51-73, 1913.
 - 22.- *Kennedy D. W., Papel I. D. y Holliday M.*: Transpalatal approach to the skull base. *Ear Nose Throat J* 65: 125-133, 1986.
 - 23.- *Lee D.*: Radiotherapy: adjuvant to management of malignant skull-base tumors. *Ear Nose Throat J.* 65: 185-188, 1986.
 - 24.- *Wang C. C., Meyer J. E.*: Radiotherapeutic management of carcinoma of the nasopharynx. *Cancer* 28: 566-570, 1971.

Meningoencefalocele nasofrontal

(Presentación de un caso)

Dr. Manuel PEÑALOZA PLASCENCIA**
Dr. Manuel GONZALEZ BARTELL***

Resumen.- Se reporta el caso de un meningo-encefalocele de presentación nasal en una enferma de 5 años, que fue resuelto mediante una craneotomía bifrontal, cerrándose el defecto con injerto de fascia y músculo. Se hace notar la facilidad con la que estas lesiones pueden confundirse, lo que trae como consecuencia errores terapéuticos condicionantes de secuelas neurológicas. Se revisan los principales aspectos sobre el diagnóstico diferencial, el tratamiento y el pronóstico de estas lesiones.

Summary.- A nasal meningo-encephalocele in a 5 year old girl is reported. Bone defect was closed through a bifrontal craniotomy sealing the cavity with muscle and fascia. It is emphasized that a preoperative correct diagnosis is essential to avoid neurological sequelae when resection is attempted.

Pathological and therapeutic criteria as well as prognosis are reviewed.

INTRODUCCION

El encefalocele se define como la protrusión de las meninges conteniendo tejido nervioso central, a través de una solución de continuidad de la caja craneana.¹ Se clasifica en: primario o congénito y secundario o adquirido, entre los últimos se consideran factores determinantes los traumatismos y la cirugía. El primario o congénito según la teoría más aceptada de St. Hilaire, resulta de la adhesión en una etapa embrionaria temprana hacia el vigésimo cuarto día de gestación, del tejido cerebral y la piel circundante exterior, dando como resultado una interferencia en el desarrollo del hueso de la bóveda o del piso, es decir se presenta un cierre defectuoso del neuroporo anterior.^{2, 3} Esta teoría la ha tratado de comprobar Sternberg experimentalmente, reportando incluso agenesia del cuerpo caloso; también ha sido rebatida y cuestionada por Mood, Hienly y Serrres⁴ basándose en trabajos de Klementowski, en los cuales hace responsable de la malformación

ósea a la sífilis, las Rickettsias, la desnutrición, las radiaciones, etc.

No hay predisposición de sexo y por ser un defecto congénito su aparición es temprana, sin embargo, se reporta en la literatura un paciente de sesenta y un años. Tal parece que existe una predisposición de raza, siendo más frecuente en el Sudeste Asiático, en países como Tailandia,^{6, 8} Birmania,⁹ Pakistán,¹⁰ India,¹¹ y Malasia,¹ sin que se precisen porcentajes. Blumenfeld refiere un caso entre cada 4,000 a 11,500 nacimientos, o sea 0.025 por ciento, aunque algunos autores como Van Nouhuys y Bury¹³ lo reportan como uno de cada 35,000 mil nacidos vivos. Matson reporta 265 casos de encefalocele craneal en comparación a 1390 casos de encefalocele espinal, o sea, una relación de 1.5; Mealey reporta una relación de 1.8; todos ellos en Estados Unidos. Gisselsson (citado por Schmidt¹⁴) detectó treinta y tres casos reportados en la literatura desde 1813 en que Richter publicó el primer caso hasta 1947.

El encefalocele está clasificado topográficamente en¹²: occipital, sincipital y basal, la variante occipital ocurre alrededor del occipucio, la sincipital en el dorso de la

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

** Hospital de Pediatría, Centro Médico de Occidente IMSS Guadalajara, Jal. México.

*** Unidad de Anatomía Patológica del mismo hospital.

nariz, las órbitas y la frente, estas dos últimas variedades son visibles externamente, en cambio la basal es interna, por lo mismo no es visible a primera vista, aparece intranasal o en el espacio nasofaríngeo.

La variedad sincipital a su vez se subdivide en: 1.- Tipo nasofrontal.— El saco herniario se encuentra entre los huesos nasales y el frontal. 2.- Tipo nasoetmoidal.— El saco herniario protruye a través del foramen cecum, extendiéndose por abajo de los huesos nasales pero separado del interior nasal por el proceso etmoidal. 3.- Tipo nasorbitario.— El saco protruye a través de la pared media orbitaria interesando hueso frontal, etmoidal y lacrimales.

La variedad basal se subdivide en: 1.- Tipo transetmoidal, con defecto de la lámina cribiforme, con protrusión del encéfalo hacia las celdillas posteriores del etmoides y el esfenoides, el saco protruye hacia la epifaringe. 3.- Tipo transesfenoidal.— Protruye hacia la epifaringe, en ocasiones semejando hipertrofia adenoidea. 4.- Tipo esfenomaxilar.— El saco protruye a través de fisuras orbitarias hacia la fosa eseno-maxilar.

PRESENTACION DEL CASO

A. V. L. Femenina de 5 años de edad, enviada de su clínica con el diagnóstico de hemangioma nasal, el 3 de octubre de 1985. Sin antecedentes familiares de consanguinidad en los padres o de malformaciones congénitas en familiares o parientes cercanos. El embarazo transcurrió normalmente al parecer sin exposición a radiaciones, desnutrición, infecciones o enfermedades venéreas.

Parto a término, eutócico. Refieren los padres la presencia de una tumoración en el puente nasal desde el nacimiento, de color

rojo que ha aumentado de tamaño lenta y progresivamente.

La exploración reveló una tumoración blanda, no pulsátil, no dolorosa, adherida a planos profundos, depresible y vascularizada. Hipertelorismo.

Los estudios radiográficos simples de senos paranasales, demostraron una tumoración nasofrontal, que destruía los huesos propios de la nariz.

El 10 de octubre de 1985 se le practicó angiografía carotídea bilateral, observándose una tumoración frontonasal pobremente vascularizada y descenso de las porciones A1 y A2 de la arteria cerebral media izquierda.

Tomografía axial computarizada.— Defecto óseo en lámina cribiforme, con ausencia de apófisis crista-galli. (Figura 1)

El 13 de noviembre de 1985 es intervenida por incisión anterior nasal izquierda, observándose aumento de la vascularidad a nivel de la piel, en íntima relación con tejido fibroso a través del cual salía líquido cristalino de aspecto de agua de roca. Más interiormente se observó un tejido blando grisáceo, del que se tomó una muestra para estudio histopatológico el cual reportó tejido fibroconjuntivo y de sistema nervioso central. Se integra el diagnóstico de encefalocele. (Figura 2)

Es derivada al Servicio de Neurocirugía en donde se realiza craneotomía bifrontal, cerrando el defecto con fascia y músculo.

La paciente se encuentra actualmente en buen estado general y sin deficiencia funcional neurológica. (Figura 3).

El diagnóstico diferencial debe hacerse con: a) el quiste dermoide,¹⁷ el cual tiene un trayecto fistuloso y su contenido es de material sebáceo y ocasionalmente con cabellos, protruye hacia el interior nasal obstruyendo la narina, b) el glioma nasal que tiene signos y síntomas parecidos al encefalocele, solamente que el glioma no se comunica libremente con el sistema ventricular o espacio subaracnoideo. El caso que nos ocupa se tipifica en la variedad sincipital-nasoetmoidal, donde se puede observar que su coloración, su hipervascularización, su consistencia blanda y el aumento lentamente progresivo ocasionó que se le confundiera con un hemangioma, requiriéndose por ello además de las placas simples de senos paranasales, una angiografía carotídea que mostró tumoración sin vascularización lo que descartó el diagnóstico de hemangioma. Se le practicó tomografía computarizada confirmándose la imagen de agenesia de lámina cribiforme.

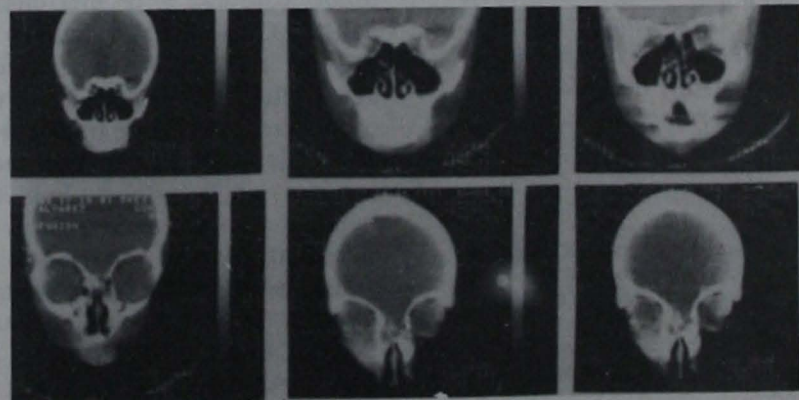


Figura 1.— Tomografía computarizada en cortes coronales, que demuestra la herniación del encéfalo hacia la zona etmoidal por falta parcial del piso anterior.

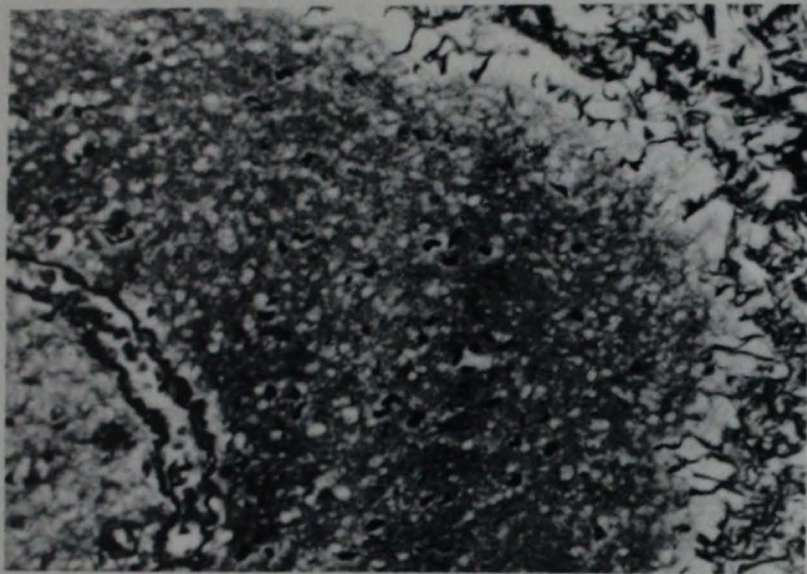


Figura 2.- Corte histopatológico de la biopsia del tejido herniado en donde se observa: tejido fibroconjuntivo, sustancia gris y sustancia blanca.



Figura 3.- Fotografía postoperatoria en la que se observa la cicatriz quirúrgica y la ausencia de aumento de volumen en la zona nasofrontal.

La frecuencia de esta subvariedad es aproximadamente de 1 por cada 20,666 nacimientos o sea el 0.0036 por ciento, en otras palabras aproximadamente el 15 por ciento del total de encefaloceles craneales. La variedad más rara y de mayor importancia para el otorrinolaringólogo, es la basal (2 al 7 por ciento) es a su vez la más peligrosa por confundirse fácilmente con un pólipo nasal o crecimiento adenoideo, si se rea-

liza una resección aparecerá una fístula de líquido cefalorraquídeo, vía segura de infecciones endocraneana. En presencia de una rinorrea cristalina, posterior a polipectomía, en la que no se llevó a cabo estudio histopatológico de la pieza quirúrgica o este no fue concluyente, debe buscarse glucosa en el líquido para descartar o confirmar que se trate de líquido cefalorraquídeo. La historia de múltiples episodios de meningitis deben sugerir la presencia de alguna dehiscencia craneana. Los encefaloceles pueden ocasionar somnolencia por compresión del sistema nervioso central e incluso convulsiones; generalmente existe hipertelorismo y no es raro ver microcefalia con o sin retardo mental, hipoplasia ocular, hidrocefalo y aun otras malformaciones congénitas.

Histopatológicamente¹³ están presentes las meninges aunque en ocasiones no muy bien diferenciadas, confundándose con tejido fibroso conjuntivo; la presencia de tejido nervioso central le da certeza al diagnóstico.

El tratamiento¹⁶ implica la re-

sección total del tejido herniado, con acceso intracraneal por medio de una craneotomía bifrontal. La reparación del defecto óseo puede hacerse con fascia, perostio o material plástico (cráneo-plast); si el defecto es muy grande se usa acero inoxidable o tantalium, sin embargo, es opinión de muchos neurocirujanos, que si el paciente se encuentra asintomático y la tumoración no ha sido manipulada, la mejor conducta es la expectante.

El pronóstico generalmente es bueno, siempre y cuando no vaya ligado a otras anomalías como la microcefalia o la hidrocefalia. La porción de meninge y encéfalo que se sacrifica, usualmente no es vital y su resección no interesa la función neurológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Choudhury, A. R. y Taylor, J. C.: Primary Intranasal Encephalocele: Report of Four Cases. *J. Neurosurg.* 57: 552-555, 1982.
- 2.- Rapport, R. L.; Dunn, R. C. y Alhady, F.: Anterior Encephalocele. *J. Neurosurg.* 54: 213-219, 1981.
- 3.- Ferguson, Ch., y Kendig, E. L.: Otorrinolaringología Pediátrica, Ed. Salvat Vol. II P. 974-979. Barcelona, España, 1980.
- 4.- Mood, G.F.: Congenital Anterior Herniations of Brain: Ann. Otorrhino-laryngol. 47: 391-401, 1988.
- 5.- Gordon, L. L. y Riehl, P. A.: Intranasal Encephalocele Masking as a Nasal Polyp in an Adult Patient. *Arch. Otolaryngol.* 109: 420-421, 1983.
- 6.- Suwanwela, C. y Hongsaprabhas, C.: Frontothmoidal Encephalocelomeningocele. *J. Neurosurg.* 25: 172-182, 1966.
- 7.- Suwanwela, C., Sukabote, C. y Suwanwela, N.: *Surgery* 69: 617-625, 1971.
- 8.- Suwanwela, C. y Suwanwela, N.: A Morphological Classification of Sincipital Encephalomeningoceles. *J. Neurosurg.* 36: 201-211, 1972.
- 9.- Whatmore, W. J.: Sincipital Encephalomeningoceles. *B. J. Surg.* 60: 261-270, 1973.
- 10.- Rahman, N. V.: Nasal Encephaloceles. Treatment By Trans-Cranial Operation. *J. Neurosurg.* 42: 73-85, 1979.

- 11.- *Tandon, P. N.*: Meningoencephalocelles. *Acta Neurol. Scand.* 46: 369-383, 1970.
- 12.- *Blumenfeld, R. y Skolnik, E. M.*: Intranasal Encephalocelles. *Arch. Otolaryngol* 80: 527-531, 1965.
- 13.- *Nakamura, T., Grant, J. A. y Hubbard, R. E.*: Nasoethmoidal Meningoencephaloccele. *Arch. Otolaryngol* 100: 62-64, 1974.
- 14.- *Schmidt, P. H. y Luyendijk, W.*: Intranasal Meningoencephaloccele. *Arch. Otolaryngol* 99: 402-405, 1974.
- 15.- *Gillis, F. y Feingold, M.*: Frontoethmoidal Meningoencephaloccele. *AM. J. Dis. Chil.* 130: 194-1976.
- 16.- *Pollock, J. A.; Newton, T. H. y Hoyt, W. F.*: Transsphenoidal and Transethmoidal Encephalocelles. A review of Clinical and Roetgen Features in 8 Cases. *Radiology* 90: 442-453, 1968.

Quiste de la segunda hendidura branquial

(Presentación de un caso)

Dr. Andrés GANTOUS**

Dr. Bernardo GROBEISEN**

Dr. Enrique GUTTIN**

Resumen.- Se presenta el caso de un paciente masculino de 38 años de edad con un quiste de la segunda hendidura branquial. Se revisa el origen embrionario de estas lesiones en la cabeza y el cuello, las cuales pueden presentarse a cualquier edad ocasionando pocos síntomas. Se discute el diagnóstico diferencial con diversas lesiones congénitas, neoplásicas y glandulares que afectan la región lateral del cuello. Se comenta el tratamiento quirúrgico de los quistes y fístulas branquiales, las probabilidades de recurrencia y las posibles complicaciones.

Summary.- A second branchial cleft cyst in a 38 year old patient is reported. Differential diagnosis includes congenital, neoplastic and glandular lesions of the lateral neck. Surgical treatment, possible complications and recurrences are commented.

INTRODUCCION

Descrito por von Baer en 1827, el aparato branquial aparece, se desarrolla y se diferencia entre la tercera y séptima semanas del desarrollo fetal. Consta de cinco pares de arcos —inervados e irrigados cada uno por un nervio y una arteria propios— que están divididos internamente por invaginaciones endodérmicas llamadas bolsas branquiales y externamente por invaginaciones ectodérmicas conocidas como hendiduras branquiales. Cada arco determina estructuras musculares y de tejido conectivo bien definidas. A su vez, las bolsas y hendiduras branquiales también se desarrollan en diversas estructuras anatómicas.¹²

Fallas en el desarrollo del aparato branquial dan por resultado la aparición de quistes y fístulas de la cabeza y el cuello. Estas anomalías fueron descritas por Ascherson en 1832 y no fue hasta 1864 cuando Heusinger usó el término "branquial" por primera vez.¹ Se cree que estas lesiones puedan ser el resultado de restos embrionarios de las bolsas y hendiduras branquiales por falta de fusión, o como consecuencia del atrapamiento de células residuales de estas estructuras.¹

Las lesiones pueden localizarse desde el conducto auditivo externo hasta la clavícula, dependiendo de su origen embrionario. Las anamorfias de la segunda hendidura branquial son las más frecuentes (hasta el 95 por ciento) y dan por resultado la aparición de quistes y fístulas laterales¹ del cuello.

Los quistes branquiales se encuentran en cualquier edad, la gran mayoría son diagnosticados entre la segunda y la cuarta décadas de la vida. Ocurren con la misma frecuencia en hombres y mujeres y son bilaterales en 2 por ciento de los casos. Su carácter hereditario no ha sido bien dilucidado. Se localizan, en general, en el triángulo carotídeo en contacto íntimo con la vena yugular interna. Se clasifican en cuatro tipos diferentes dependiendo de su localización anatómica y de su relación con estructuras vecinas. Estos quistes pueden tener un conducto fistuloso que se abra hacia el interior o al exterior.^{1, 2, 3, 4}

Se desarrollan como masas indoloras, suaves, redondas y fluctuantes, a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Entre 20 y 40 por ciento de los pacientes descubren la presencia del quiste durante algún episodio infeccioso respirato-

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

** American British Cowdray Hospital, México, D.F.

rio, ótico o dental, cuando estas masas pueden aumentar considerablemente de tamaño y volverse dolorosas. Los quistes grandes pueden protuir en el piso de la boca, producir disfonía, disfagia e incluso disnea. Al infectarse pueden llegar a formar abscesos importantes.^{1, 2, 3}

Cuando coexiste una fístula o existe por sí sola, son descubiertas a más temprana edad. Son más frecuentes en las mujeres y ocurren bilateralmente en un tercio de los casos. Estas se presentan en el tercio medio del cuello como una pequeña apertura en el borde anterior del esternocleidomastoideo (cuando son externas). Se palpan como un cordón firme que pasa hacia arriba, bajo el esternocleidomastoideo, sobre la vaina carotídea, a través de las carótidas interna y externa, para terminar en la mitad superior del pilar posterior, la fosa supra-amigdalina o directamente sobre la superficie amigdalina (cuando son internas). Por estas fístulas fluye un líquido amarillento.^{1, 2}

Histológicamente, los quistes branquiales están revestidos por epitelio escamoso, cilíndrico estratificado o una mezcla de ambos. Se caracterizan por presentar tejido linfóide subepitelial como centros germinales organizados o en forma difusa. El lumen se encuentra ocupado por un líquido



Figura 1.- Fotografía pre-operatoria que muestra una gran masa en el cuello derecho.

do amarillento y viscoso que contiene gran cantidad de cristales de colesterol. Las fístulas, por el contrario, están revestidas de epitelio cilíndrico pseudoestratificado que generalmente contiene tejido linfóide.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 38 años de edad que desde hace un año notó una masa no dolorosa en la cara lateral derecha del cuello. Refiere que en los últimos dos meses, después de un cuadro infeccioso respiratorio, aumentó considerablemente de tamaño. Presenta disfagia a líquidos.

Exploración física:

Encontramos una masa en la región lateral derecha del cuello, por delante del tercio medio del esternocleidomastoideo, libre de piel y tejido celular subcutáneo, pero firmemente adherida a tejidos profundos. Es blanda, depresible, indolora y translúcida fácilmente. Su tamaño aproximado es de 8 cm. por 6 cm. a la palpación. No se encuentran adenopatías en el cuello y el resto de la exploración es normal. (Fig. 1) **Laboratorio:** Exámenes dentro de los límites normales. **Gabinete:** La radiografía antero-posterior del cuello muestra aumento de volumen de tejidos blandos del lado derecho.

Tratamiento y evolución.- El día 29 de septiembre de 1985 se procedió a practicar resección quirúrgica de la lesión tumoral del cuello. Bajo anestesia general endotraqueal se efectuó incisión horizontal de 8 cm siguiendo las líneas naturales del cuello hasta dividir el músculo cutáneo del cuello. Se levantaron colgajos superiores e inferiores y se visualizó una gran masa quística de color amarillento (Fig. 2). Por medio



Figura 2.- Lesión quística aún adherida a tejidos profundos.

de disección roma se separó el quiste del músculo esternocleidomastoideo, cuidando de no dañar la rama del nervio espinal accesorio. Se liberó fácilmente de sus adherencias externas e internas, se visualizó la vaina carotídea y el asa del hipogloso.

No se encontró conducto fistuloso en relación con el quiste, pero se identificó una conexión vascular de la base del quiste con la vena yugular interna, por lo que se ligó y cortó esta conexión para liberar totalmente el quiste. Se obtuvo una masa quística de aproximadamente 9 x 7 x 5 cm. El sangrado fue mínimo. Se colocó drenaje con Penrose 1/2" y se procedió a cerrar por planos. **Patología:** Quiste uniloculado de 6 x 5 x 3.5 cm que contiene abundante material blanquecino; pared interna finamente granular. (Fig. 3) **Histopatología:** Quiste branquial extirpado en su totalidad. (Fig. 4 y 5) **Diagnóstico post-operatorio:** Quiste de la segunda hendidura branquial tipo II.

DISCUSION

El diagnóstico diferencial de un quiste de la segunda hendidura branquial puede ser muy difícil. Se requiere un minucioso



Figura 3.- Especímen macroscópico post-operatorio.

examen de los oídos, nariz, faringe y cuello, que incluya la visualización de la nasofaringe y la laringe. La variedad de lesiones que afectan a la región lateral del cuello es extensa.

Se han reportado pocos casos bien documentados de carcinoma de origen branquiogénico, pero es aceptado que la entidad existe y deben tomarse precauciones especiales ante tal sospecha, para brindar el tratamiento adecuado.⁵ En pacientes de mayor edad encontramos que las neoplasias metastásicas ocupan un lugar primordial entre las lesiones laterales del cuello. Su origen primario pueden ser carcinomas epidermoides de la cabeza y el cuello, el árbol respiratorio, o tumores del aparato digestivo. Se presentan como masas duras, fijas o móviles, que crecen lentamente y pueden cambiar de tamaño si hay necrosis de las mismas. Otra lesión de suma importancia es el linfoma, que comúnmente se presenta como una masa multilobulada, firme a la palpación y que se puede acompañar de otros síntomas generales, pero, a veces, es imposible diferenciar sin una biopsia excisional. Es claro que el

excluir cualquiera de estas lesiones ante la mínima sospecha es esencial para decidir el manejo del paciente.^{1, 2, 3}

El higroma quístico (linfangioma) es una lesión congénita, uni o multilobulada, que translumina fácilmente y se encuentra con mayor frecuencia en el cuello. Al igual que los quistes branquiales, aumenta de tamaño durante episodios de infección de vías aéreas superiores y se puede presentar a cualquier edad. Causa pocos síntomas, entre ellos estridor y disfagia. Su único tratamiento es la extirpación quirúrgica total.^{2, 3, 6}

Aunque raros, los tumores del cuerpo carotídeo son lesiones que se presentan en una situación anatómica similar a la de los quistes branquiales. Se localizan sobre la bifurcación carotídea, son pulsátiles, móviles lateralmente, crecen lentamente y pueden variar de tamaño con presión sobre estructuras vasculares asociadas.^{1, 2, 3}

Los hemangiomas son anomalías benignas del sistema vascular que se pueden encontrar en la cabeza y el cuello. Varían mucho en apariencia dependiendo de su origen vascular. La presión directa sobre la masa causa disminu-



Figura 4.- Corte histopatológico que muestra epitelio escamoso y tejido linfóide.

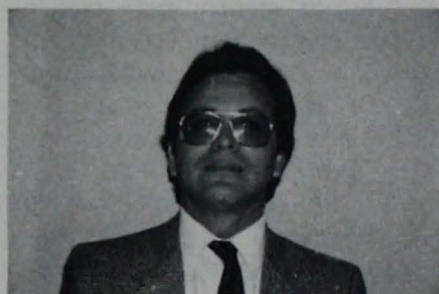


Figura 5.- Fotografía post-operatoria, un mes después de cirugía.

ción de tamaño de la misma. Por lo general son diagnosticados antes de los seis meses de edad y pueden desaparecer o disminuir considerablemente de tamaño durante la infancia.^{2, 3}

Hay una serie de anomalías de origen glandular que aparecen en el cuello, como los quistes tiroglobos, tiroides ectópica y quistes tímicos cervicales. Aunque generalmente se conocen como lesiones de la línea media del cuello, no es raro encontrarlos en la región lateral.^{1, 2}

Otras lesiones que deben recordarse son los granulomas (e. g. tuberculosos o actinomicóticos), los neurofibromas, los adenomas paratiroides, los abscesos retrofaríngeos, los lipomas y los laringoceles.^{1, 2, 3}

CONCLUSIONES

El tratamiento de elección para los quistes branquiales es la re-

sección quirúrgica total. Se considera que la presencia de una lesión de este tipo es indicación suficiente para operar. Aproximadamente 25 por ciento de estas lesiones se llega a infectar antes de operarse. Esto ocasiona problemas no sólo en cuanto a la morbilidad *per-se*, sino que aumenta considerablemente el índice de recurrencia.¹ Se ha reportado que el índice de recurrencia para quistes y fístulas en general es del 5.8 por ciento. Este baja a 2.7 por ciento para aquellos sin historia de infección previa; sube a 14 por ciento para quistes y fístulas que presentaron infección y a 21.2 por ciento para las lesiones que se sometieron a cirugía previa (incisión y drenaje).⁷ Las recurrencias ocurren con el doble de frecuencia en el caso de las fístulas que en los quistes.²

Otros tratamientos como la radiación, la inyección de materiales esclerosantes, la incisión y drenaje o la aspiración, que fueron usados en el pasado, no sólo pueden ser peligrosos y no curativos, sino aumentan la recurrencia de estas lesiones.^{3, 7}

Cuando es posible, se recomienda posponer la cirugía hasta los tres o cuatro años en niños

con quistes o fístulas branquiales para disminuir el riesgo quirúrgico y facilitar la operación.¹

La resección de los quistes branquiales debe hacerse bajo anestesia general, incidiendo la piel sobre el punto medio del quiste y siguiendo las líneas de Langer. Se recomienda liberar el quiste por medio de disección roma hasta donde sea posible para evitar dañar estructuras vecinas como la vaina carotídea, el nervio espinal y el asa del hipogloso. Siendo éstas, lesiones benignas, no deben sacrificarse estas estructuras.

Cuando existen fístulas, la resección quirúrgica se vuelve más complicada. Se recomienda hacer una incisión elíptica sobre la abertura fistulosa y para seguir el conducto en toda su extensión, procurando reseca una cantidad suficiente de tejido de soporte para asegurar una disección completa. Algunos autores recomiendan el uso de materiales de contraste inyectados a través de la fístula para facilitar su visualización. Se debe seguir el conducto cefálicamente hasta su origen faríngeo, si lo hay. La técnica "en escalera" facilita este procedimiento al realizar una segunda incisión paralela y

superior a la primera por la cual se puede continuar el trayecto fistuloso.^{1, 2, 3}

Las complicaciones más frecuentes con este tipo de procedimientos son la infección, el hematoma de la herida, la sección del nervio hipogloso sin secuelas clínicas, el daño al nervio recurrente laríngeo en el caso de las fístulas profundas y por último resultados cosméticos inadecuados.^{1, 7}

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Proctor, B. y Proctor, C.: Congenital lesions of the Head and Neck. Otolaryngologic Clinics of North America, 221-248, 1970.
- 2.- Chandler, J. C. y Mitchell, B.: Branchial Cleft Cysts, Sinuses, and Fistulas. Otolaryngologic Clinics of North America, 175-186, 1981.
- 3.- Otolaryngology, 833-844. W. B. Saunders Co. Philadelphia, PA, 1973.
- 4.- Widstrom, A., Enbom, H. y Magnússon, P.: Aspects on the Lateral Fistulas and Cysts of the Neck. J. Otolaryngol. 9: 291-296, 1980.
- 5.- Krogdahl, A. S.: Carcinoma Occurring in Branchial Cleft Cysts. Acta Otolaryngol. 88: 289-295, 1979.
- 6.- Grobeisen, B. y col.: Tratamiento Quirúrgico del Higroma Quístico del Cuello. Anales Soc. Mex. Otorrinolar. 24: 21-23, 1979.
- 7.- Deane, S.A. y Telander, R. L.: Surgery for Thyroglossal Duct and Branchial Cleft Anomalies. Am. J. Surg. 136: 348-353, 1978.

Escleroma respiratorio

(Un caso en un niño de siete años)

Dr. Robert CRAIG*
Dr. Miguel KAGEYAMA**
Dra. Susana GUTIERREZ***
Dr. F. VAQUERO***

Resumen.- Se presenta un caso de escleroma respiratorio con afección nasal y laríngea en un paciente de siete años de edad. Se hace una revisión de los métodos actuales de diagnóstico y tratamiento.

Summary.- An unusual case of scleroma is reported in a seven year old patient with invasion to the nose and larynx. Current therapy and diagnostic procedures are reviewed.

INTRODUCCION

El escleroma respiratorio, es una entidad granulomatosa crónica progresiva del tracto respiratorio alto, causado por la *Klebsiella rhinoscleromatis*. Esta enfermedad tiene una distribución endémica en Europa Central y del Este; Norte de Africa, Asia, Centro y Sudamérica y el Sur de Mé-

xico. Predomina en pacientes de medio socio-económico bajo, con malas condiciones higiénicas y sanitarias. Es una patología de especial interés por la dificultad de su diagnóstico y tratamiento. Presentamos un caso poco usual en un niño de siete años de edad con afección nasal y laríngea y una revisión de los métodos de diagnóstico y tratamiento.

REPORTE DEL CASO :

Se trata de masculino de siete años de edad, de medio socio-económico bajo, residente en un área suburbana del Distrito Federal; que inicia su padecimiento hace un año después de un traumatismo sobre la pirámide, presentando obstrucción nasal intermitente, rinorrea hialina inicial, posteriormente mucosanguinolenta fétida y formación de costras; agregándose tos con expectoración hialina; disfonía lentamente progresiva, obstrucción nasal total, estridor laríngeo y disnea de medianos a pequeños esfuerzos. Ameritó internamiento un mes antes de su ingreso a nuestro servicio en una clínica periférica, por insuficiencia respiratoria aguda severa, ignorándose el manejo recibido.

Al momento de su ingreso se aprecia, masculino de edad similar a la real, desnutrido, pálido, con respiración oral y polipnéico. Disminución concéntrica de la luz nasal, con abundantes costras serohemáticas que al desprenderse dejan superficie friable fácilmente sangrante; rinorrea anterior hialina fétida. Amígdalas extra-velicas con reacción periamigdalina, pared posterior de faringe hipérmica con rinorrea posterior verdosa fétida. Cuello con adenopatías bilaterales no dolorosas. Tórax con respiración ruda y campos pulmonares con disminución del murmullo vesicular bilateral, tiros intercostales y retracción xifoidea mínima. Adenopatías axilares e inguinales palpables no dolorosas, resto sin patología aparente. A los dos días de su ingreso presentó cuadro de insuficiencia respiratoria severa que ameritó traqueostomía. Se le realizó laringoscopia directa y rinoscopia posterior. Los hallazgos quirúrgicos fueron: disminución concéntrica de la luz glótica y subglótica, con mucosa pálida y engrosada; tejido adenoideo aumentado de tamaño; obstrucción nasal bilateral a expensas de tejido granulomatoso en septum. Los cultivos de secreción nasal y

* Médico de base. Ex-Hospital de Pediatría. Centro Médico Nacional. IMSS. México, D.F.

** Médico de base. Ex-Hospital General. Centro Médico Nacional. IMSS. México, D.F.

*** Médicos residentes en ORL. Ex-Hospital General. Centro Médico Nacional. IMSS. México, D.F.

exudado feríngeo reportaron flora normal. Baciloscopia en esputo para B.A.A.R. negativa (serie de tres). Las radiografías simples de senos paranasales, cuello y tórax, mostraron respectivamente, opacidad en antros maxilares y etmoidales; aumento del espacio prevertebral y desplazamiento anterior de la columna de aire y sobredistensión pulmonar. Las tomografías lineales de senos paranasales y laringe mostraron: opacidad de senos maxilares y etmoidales; aumento del perfil izquierdo laríngeo con disminución de la luz glótica. El estudio histopatológico reportó: Escleroma respiratorio.

Actualmente su evolución es satisfactoria y estable manejándose con traqueostomía y combinación de tetraciclina con azathioprina.

DISCUSION :

El escleroma respiratorio fue descrito inicialmente por F. Von Hebra, dermatólogo vienés en 1870, siendo Johans Von Mickulicz en 1876, el que describió por primera vez las lesiones anatómicas. En 1882 Anton Von Frisch aisló por primera vez el bacilo en capsulado que lleva su nombre, también conocido como *Klebsiella rhinoscleromatis*. Fue hasta el año de 1932 en el Segundo Congreso Internacional de Otorrinolaringología en Madrid, en que cambia la nomenclatura de rinoscleroma a la de escleroma respiratorio.

El escleroma respiratorio es una enfermedad granulomatosa crónica progresiva que afecta principalmente: nariz, nasofaringe, laringe en orden de frecuencia ocasionalmente tráquea y bronquios^{1, 2} aunque se han reportado casos en oído externo, ganglios linfáticos de cuello, órbita y meninge.^{1, 4}

Es una enfermedad que se contrae por contacto directo y prolongado. Endémica en Europa Central y del Este; Norte de África; Asia, Centro y Sudamérica y Sur de México. Predomina en pacientes de medio socio-económico bajo, desnutridos, con dieta deficiente en hierro, de predominio en medio rural.^{22, 23} La vía de entrada se cree que es a través de las fosas nasales, en especial cuando existen cuadros de repetición en las vías aéreas superiores²⁴ no hay predominancia de sexo, las edades de mayor incidencia son entre los 15 a los 35 años de edad.

El agente causal de esta enfermedad, es la *Klebsiella rhinoscleromatis* que es un bacilo gram negativo encapsulado de la familia de las *Enterobacteriaceas*, ovalada, de dos a cuatro micras de largo por uno a dos micras de diámetro; cubierta por una capa de mucopolisacáridos, la cual se cree que es la responsable del alto poder antigénico.^{1, 3}

El cuadro clínico depende de la localización y estadíos de la enfermedad: La etapa exudativa o catarral (prodrómica o rinítica) está caracterizada por rinorrea mucopurulenta, obstrucción nasal, formación de costras, mucosa congestiva, fácilmente sangrante y de meses o años de duración.

La segunda etapa o proliferativa, granulomatosa (florida) en donde encontramos intensificación de los síntomas antes mencionados, agregándose epistaxis y disfonía. Existe una reacción granulomatosa en la mucosa, hay nódulos rojos azulados que causan obstrucción nasal, con costras muy adheridas. En esta etapa podemos encontrar estrechamiento concéntrico de la glotis y subglotis. Esta etapa es la más activa e importante, pues en ella se realizan la mayoría de los

diagnósticos. El tercer estadío, etapa cicatricial terminal o fibrótica, aquí las manifestaciones clínicas son permanentes, la luz del órgano afectado disminuye, por estenosis y los granulomas son reemplazados por tejido fibroso. Estas tres etapas pueden encontrarse simultáneamente en un mismo paciente.

Existen varios métodos diagnósticos de laboratorio y gabinete que orientan al diagnóstico de esta entidad. El cultivo de exudado nasal y faríngeo que reporta el crecimiento de *Klebsiella rhinoscleromatis*. Pruebas serológicas como son la fijación de complemento basado en la inmunidad humoral de los pacientes con escleroma.^{1, 2, 7, 14} La intrademo-reacción usada inicialmente para el diagnóstico fue abandonada por la presencia de un gran número de falsas positivas, pero se sigue utilizando para evaluar la inmunidad celular de los contactos, basándose en su respuesta linfoblástica.^{7, 12, 13}

Desde el punto de vista radiológico, no existe ninguna imagen patognomónica. Lo más frecuente es la opacidad de los senos paranasales que simula una sinusitis. A nivel laríngeo y subglótico se puede observar deformidad y ocasionalmente estrechamiento translótico y engrosamiento de las cuerdas vocales. Son de utilidad las tomografías para determinar la extensión de la lesión.^{5, 7, 19}

El único medio de certeza diagnóstica es la comprobación histopatológica por biopsia. Tomada en el estadío temprano nos muestra mucosa hipertrófica, con infiltrado inflamatorio crónico agudo, pudiendo haber metaplasia epitelial. En el segundo estadío encontramos infiltrado de células plasmáticas, linfocitos, histiocitos vacuolados en cuyo interior se pueden encontrar ba-

cilos (células de Mikulicz) y cuerpos de Russell que son material amorfo fuertemente eosinófilo (células plasmáticas degeneradas) y abundante tejido de granulación.

En el tercer estadio hay proliferación de tejido fibroso que ha reemplazado el granulomatoso, con ausencia de elementos celulares y de vascularización. Las tinciones utilizadas para este fin son las de Warthin Starry y la técnica de la inmunoperoxidasa.^{2,6,7,15,18}

El tratamiento del escleroma respiratorio aún en la actualidad es controvertido, se han utilizado diversos métodos tanto médicos, como quirúrgicos; en el tratamiento médico se han usado la mayoría de los antimicrobianos contra gramnegativos con efectos variables. Los fármacos que han mostrado mayor efectividad para el control de esta enfermedad son: la tetraciclina, la estreptomycinina y el cloranfenicol, sin embargo, no han sido del todo satisfactorios, por lo que en investigaciones recientes se ha reportado el uso local de Acriflavina, que en nuestras manos ha dado buenos resultados. También el uso de agentes citostáticos como la azathioprina o la ciclofosfamida, en combinación con tetraciclinas, han sido reportadas como muy útiles.^{1,2,3,10,11,20} En cuanto al tratamiento quirúrgico, éste se

reserva a la fase cicatricial del padecimiento y las técnicas están encaminadas a la resolución del problema funcional del paciente.^{1,2,21}

El caso aquí reportado lo juzgamos de interés por haberse presentado en un enfermo de corta edad (7 años) lo cual es poco frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Faerron, M.*: Comportamiento de las manifestaciones clínicas y papel etiológico de la *Klebsiella rhinoscleromatis* en el escleroma respiratorio. Tesis de Grado UNAM, 1973.
- 2.- *Montiel, R.*: Tratamiento del escleroma respiratorio con ciclofosfamida y tetraciclinas. Tesis de Grado UNAM, 1985.
- 3.- *Berron, M.*; y *Cols.*: Tratamiento del escleroma respiratorio con azathioprina (inmuran) y tetraciclinas. Comunicación personal.
- 4.- *Lubin, J.*: Rhinoscleroma with exophthalmos: a case report. *Br. J. Ophthalmol.* 65: 14-27, 1981.
- 5.- *Becker, J.*: Radiological aspects of Rhinoscleroma. *Radiology*, 141: 433-8, 1981.
- 6.- *Meyer, P.*: Scleroma (rhinoscleroma). A histologic immunohistochemical study with bacteriologic correlates. *Arch. Patol. Lab. Med.* 107: 377-83, 1983.
- 7.- *Stiernberg, C.*: Rhinoscleroma. A diagnostic challenge. *Laryngoscope*, 93: 866-70, 1983.
- 8.- *Gaafar, H.*: Endoscopy of low respiratory tract Scleroma. *Endoscopy*, 15: 297-9, 1983.
- 9.- *Williams, I.*: Traqueal rhinoscleroma treated by argon laser. *Thorax*, 37: 638-9, 1982.
- 10.- *Salaverry, E.*: Rhinoscleroma: Contributions to its treatment. XIII World Congress of Otorrhinoaringology, 1985.
- 11.- *Franz, B.*: A contribution: the diagnosis specificity and treatment of rhinoscleroma. *Laryngol. Rhinol. Otol.* 59: 190-7, 1980.
- 12.- *Topozada, H.*: The skin window test in rhinoscleroma. *Am. J. Otolaryng.*, 53: 14-7, 1981.
- 13.- *Topozada, H.*: The skin window test in rhinoscleroma contacts. *J. Laryngol. Otol.*, 98: 475-9, 1984.
- 14.- *Topozada, H.*: The complement fixation test in rhinoscleroma. *J. Laryngol. Otol.*, 97: 55-7, 1983.
- 15.- *Zaharopulos, P.*: Cytologic diagnosis of rhinoscleroma. *Acta Cytol.* 28: 139-42, 1984.
- 16.- *Shum, T.*: An unusual case a laryngeal scleroma. *J. laryngol. Otol.* 99: 597-9, 1985.
- 17.- *Modlin, R.*: In situ demonstration of T lymphocyte subsets in granulomatous inflammation: leprosy, rhinoscleroma and sarcoidosis. *Clin. Exp. Immunol.* 51: 430-8, 1983.
- 18.- *Gumprecht, T.*: Identification of rhinoscleroma by immunoperoxidase technique. *Laryngoscope*, 93: 627-5, 1983.
- 19.- *Shum, T.*: Clinical update of rhinoscleroma. *Laryngoscope*, 92: 1149-53, 1982.
- 20.- *Shaer, M.*: Local acriflavine: a new therapy of rhinoscleroma. *J. Laryngol. Oto.* 95: 701-6, 1981.
- 21.- *Taha A.*: Surgical management of cicatricial post-scleromatous subglottic stenosis. *J. Laryngol. Otol.*, 95: 827-33, 1981.
- 22.- *Zakrzewski, A.*: On the importance of trace elements for mucosa of the upper air passages. *Acta Otolaryn.* 65: 55-8, 1968.
- 23.- *Tellechea, A.*: Rhinoscleroma. *Prensa Médica Argen.*, 52: 3063-71, 1965.
- 24.- *Benkiran, D.*: Rhinoscleroma in Morocco from 1963 to 1965; Description of 57 cases seen in the morbid pathology department in Casablanca. *J. Mwd. Maroc.* 9: 815-9, 1965.

Análisis de libros

ANÁLISIS DE LIBROS

OTOLOGIC RADIOLOGY WITH CLINICAL CORRELATIONS.

Ramón Ruenes y Antonio de la Cruz.

Editado por "House Ear Institute" y Macmillan Publishing.

Company. Nueva York. E.U.A. 1986.

Para este libro, "harto dispendioso en grano y olvidadizo de la paja", no se necesita ni prólogo ni presentación; basta con abrirlo y se advertirán estándares de excelencia de principio a fin.

La obra respira la autoridad de lo inmune a la crítica negativa con un aire inequívoco de respetabilidad y una indudable vocación didáctica.

Aclaro que al hablar del libro, me situó muy lejos del taller de galanterías al que me remitiría, en forma compulsiva, mi gran amistad por Ramón Ruenes y Antonio de la Cruz y afirmo que el juicio que estoy externando, no es más que la relación fría del goce estético a que induce su lectura ya que se trata de un estudio a fondo de una disciplina y de la feliz circunstancia de su encuentro con la meta.

Los autores son el ejemplo de los hombres que se comprometen con su experiencia, su capacidad creadora y el educado estímulo de su imaginación. Resulta evidente su extraordinaria contribución para elevar los horizontes de la Radiología del temporal y acrecentar su calidad como apoyo de la Clínica Otológica.

Generosos en su esfuerzo, los autores translucen la pasión del investigador que no se detiene ante escollo alguno; han hecho en su texto una depurada revisión de la radiología del temporal con una riquísima iconografía de apoyo.

Los capítulos individualmente reflejan un enfoque harto imaginativo en que los detalles de la aportación personal figuran con destacado valor en la metodología radiológica y su correlación clínica.

Todo el libro está muy acabado en su propósito didáctico: los textos son breves; las imágenes radiológicas en cotejo con las histopatológicas; las placas muy numerosas, con la imagen gemela esquematizada para su correcta comprensión, hacen de éste, un excelente libro a la usanza francesa.

Los capítulos de otopatología, malformaciones congénitas, oído infectado y tumores son verdaderamente subyugantes por la cantidad de aportaciones personales de los autores.

En el mundo entero se sabe ya de lo muy principal de esta contribución en el terreno de la Radiología Otológica tanto en la clínica como en la docencia. La obra ha consagrado ya a Ruenes y a De la Cruz un sitio de vanguardia en esta disciplina.

No puedo dejar de mencionar en esta presentación la intervención del "House Ear Institute" y en particular al Dr. Howard House quien con su calidad profesional de renombre mundial alentó y ayudó a los autores a la feliz edición de la obra.

Para los que peinamos canas, el libro nos representa un poema épico en cuanto que comparamos lo que nos ofrecía la Radiología hace 40 años y lo que hoy día nos ofrece.

A los que conocimos a Ramón hace ya más de 30 años, nos satisface cabalmente su calidad profesional y ahora, con la edición de esta obra, en definitiva vastedad, su calidad de Maestro.

Dr. Humberto ALCOCER.

CONSEJO MEXICANO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, A.C.

CONVOCATORIA

EXAMEN DE ADMISION

SEDES.— México, D.F. y Monterrey, N.L.

Fecha de celebración.— 16, 17 y 18 de Febrero de 1987

Fecha límite de inscripción.— 21 de noviembre de 1986

Informes e inscripciones.— Eugenia 13-403 México, D.F.

Tel: 543-93-63

Socios que se darán de baja por
no haber enviado sus documentos
para re-certificación

Socios de la Generación 1985
que se darán de baja por no
haber enviado constancia de
pertenecer a una sociedad de O.R.L.

Dr. Armando Olivera Quiroz
Dr. Pablo Alcalá Barrios
Dra. Lilia Saldívar Garza
Dr. Juan Javier Arredondo Ibarra
Dr. Alejandro Cervantes Ramírez
Dr. Sergio I. Fernandez de Lara
Dr. Héctor David Peñaflor
Dr. Arturo Castellanos Villaseñor
Dra. Ana Ma. Avilés
Dra. Patricia Basulto de Alba
Dr. José Antonio Ceballos Rivas
Dr. Pedro Cepero Vega
Dra. Ma. de los Angeles Escamilla Weiman
Dr. Jaime Fernández Espinosa
Dra. Ana Patricia Flores González
Dr. Arturo Garibay Olivas
Dr. Ernesto H. Guillén Casarín
Dr. Rogelio León Ceceña
Dr. Jorge López Pulido
Dra. Grisela Maciel Leal
Dr. Adalberto Marte Canaan
Dr. Alejandro Martínez Gracida
Dr. Antonio Morales Cadena
Dr. Juan Domingo Paz Sandoval
Dr. Jaime Santoyo Gutiérrez
Dr. José Encarnación Velázquez Serrano

Dr. Edgar Danilo Ortiz Pataquiva.
Dr. Everardo Villarreal Sosa
Dra. Alicia Peña Ortiz
Dra. Ma. del Carmen Rocío Ramírez Dueñas
Dr. David Juvenal Saucedo González
Dr. Isauro Cortés Vázquez
Dr. Miguel Angel Castro Rosas
Dra. Carolina Gutiérrez Sánchez
Dr. Carlos Gómez Porras
Dr. Víctor Manuel Puig González
Dra. Teresa de Jesús Castañeda Roque
Dr. José Igor Abraham Garzón Cabrera
Dr. Fernando Juan Ramírez Oropeza
Dr. Javier Armando Doblado Ballesteros
Dra. Ma. del Rocío Trejo Amezcua
Dr. Daniel Andrade Castro
Dr. José Luis Arroyo Navarro
Dr. Fernando Valdez Abrréu
Dra. Carmen Patricia Gutiérrez de María y Campos
Dr. Benjamín Vázquez Suverza
Dr. Eparquio González Cajale
Dr. Adalberto Chapa González Jr.
Dr. José César Guevara Magaña.

Julio de 1986

Notas e informaciones

Los días 19, 20 y 21 de Febrero de 1987, tendrá lugar en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Director Dr. P. Abelló), el VIII CURSO DE SEPTO-RINOPLASTIA FUNCIONAL, organizado por el Dr. J. Ma. Montserrat Viladiu y la Sección de Rinología del citado Servicio con la colaboración de la Sociedad Europea de Rinología.

El Curso constará de lecciones teóricas, de intervenciones quirúrgicas, que se transmitirán por TV., de lecciones prácticas que se presentarán en Videotape y de mesas redondas sobre los temas del curso.

Asistirán como profesores invitados los Dres. Guillén de Burdeos (Francia), J. Iglesias de Vigo (España), C. Migueis de Coimbra (Portugal) y G. Sul senti de Bolonia (Italia).

Para información, dirigirse al Servicio de O.R.L. del Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau, Avda. Sant Antoni Ma. Claret, 16708030 BARCELONA (España) Tel: (91) 347-31-33 Ext. 275.



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.

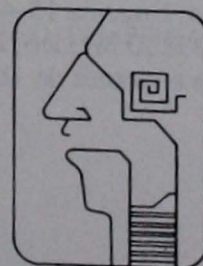
Trabajos libres

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

**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.- Hotel del Quijote
Presidente.- Dr. José A. Arroyo Castelazo

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

Sesiones plenarias.- Avances en: Otolología, 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. Faringopatias.
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 hrs.

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

Nuestro instrumental está especialmente pensado para

Otología

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

Rinología

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

Laringología

Microscopia y Microcirugía endolaríngea
Microcirugía del cavum

Material diverso

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

Mod. Dr. J. Prades

REPRESENTANTE EXCLUSIVO PARA AMERICA LATINA:

MANUFACTURAS DOMINGO DE MEXICO, S.A. DE C.V.

AV. MARIANO OTERO 3429-2 TEL. 22-49-23

C.P. 45060 GUADALAJARA, JAL. - MEXICO.

TELEFONOS EN LA CIUDAD DE MEXICO, D.F.: 6-83-39-91

7-60-65-02



MANUFACTURAS DOMINGO

MATERIAL QUIRURGICO INSTRUMENTAL PARA MICROCIURUGIA

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

POSIOLOGIA 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 tres 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, hematólogicas, 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.

I-Méd-MFE-9621

Scheramex
S.A. DE C.V.

ARE-23086-IDU

AV. 16 DE SEPTIEMBRE No. 301
COL. XALTILCAN, D.F.L.G. XOCHIMILCO 16090 MEXICO, D.F.

ANTES DE COMPRAR SU EQUIPO DE ORL CONSULTENOS



CORDIALMENTE LO INVITAMOS...

A que visite nuestra exposición
durante los días del Congreso
Pan Americano en Puerto Vallarta.

PRESTIGIOSAS MARCAS QUE LE OFRECEMOS COMO EXPORTADORES EXCLUSIVOS:

CRITON MAICO

*Criton Technologies
Electronics and
Defense Group*

AUDIOMETROS PORTATILES PARA EXPLORACIONES DE BARRIDO
Y CLINICOS DE UNO Y DOS CANALES. TIMPANOMETROS AUTOMATICOS.
PROTESIS ELECTRONICAS.



IMPEDANCIOMETROS PORTATILES Y CLINICOS CON REFLEJO DE
LATENCIA E INSCRIPTOR. TIMPANOMETROS DIGITALES AUTOMATICOS.



CABINAS SONOAMORTIGUADAS Y ANECOICAS PARA AUDIOLOGIA Y VETERINARIA.
MINI CABINA INDIVIDUAL ARMADA. OTRAS DE MULTIPLES CONFIGURACIONES.



EQUIPO PARA MEDICION DE RUIDO DE AMBIENTE. CALIBRADORES
DE AUDIOMETROS. SONOMETROS Y DOSIMETROS. PROTECTORES.



ELECTRONISTAGMOGRAFOS. SILLAS DE TORSION. IRRIGADORES
CALORICOS POR AGUA Y POR AIRE. CABINAS SONOAMORTIGUADAS.



INSTRUMENTOS DE DIAGNOSTICO. OTOSCOPIOS. OFTALMOSCOPIOS.
AUDIOMETRO DE MANO AUDIOSCOPE. LAMPARAS DE LUZ HALOGENA.



PILAS DE AIRE PARA PROTESIS ELECTRONICAS. NUEVO TIPO PREMIER DE
DOBLE DURACION Y CAPACIDAD. SELLADAS HASTA USARSE — NO ENVEJECEN.

**PRECIOS DE FABRICA AL ENTREGAR EN CUALQUIER PUNTO EN
EE. UU. DESPACHO RAPIDO. ATENCION INMEDIATA AL UTILIZAR
NUESTRO NUMERO DE TELEFONO O TELEX.**

Representantes y servicio en las principales ciudades de Latino América.

Para más informes dirigirse a:

Maria E. Bonilla, Presidente
AMERICAN OVERSEAS TRADING CORPORATION
4619 So. Carrollton Ave.
New Orleans, Louisiana 70119 EE.UU.

Teléfono: (504) 488-1311
Cable: AMERICANO
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 laringotraqueitis.

EDAD	SUSPENSION 500 mg/100 ml	COMPRIMIDOS INFANTILES 100 mg/20 mg	COMPRIMIDOS DE ADULTOS 400 mg/80 mg
2 años a 6 meses	2.5 ml	2.5 ml	
6 meses a 2 años	5 ml	5 ml	
2 años a 6 años	5 ml	5 ml	
6 años a 12 años	10 ml	10 ml	
12 años a 18 años	15 ml	15 ml	
18 años a 65 años			2 comprimidos
65 años a 75 años			1 comprimido
75 años a 85 años			1 comprimido
85 años a 95 años			1 comprimido
95 años a 100 años			1 comprimido

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

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

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

Contraindicaciones:

En las afecciones graves del parénquima hepático, discrasias sanguíneas y en insuficiencia renal grave, cuando no se puede determinar regularmente la concentración plasmática. No deben 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 las

primarias y lactantes menores de 3 meses de edad.

Bibliografía:

- Hitching G.H. Selective Inhibitors of Dihydrofolate Reductase as Chemotherapeutic Agents. Exposé The Synergy of Trimethoprim and Sulphonamides. Royal College of Physicians, London, 9.5.1969.
- Salberg H. Annual Meeting Soc. Suisse de Pédiatrie, 1971.
- Finney M. Havas I. Clinical Experience with Trimethoprim and Sulfamethoxazol with Special Reference to Its Use in 867 Children. in Proceedings, 10th SIAM O. TROPICAL DISEASES Symposium of Chemotherapy in Tropical Medicine of Southeast Asia and the Far East, pp. 129-148. Ed. T. Harinasuta, Bangkok, 1972.

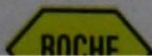
4 Knight L.J. Kirby. Studies with a Trimethoprim/Sulphonamide Combination. dans: VI Congrès International de Chimiothérapie.

5 Quirk C.A. Wagner D. Trimethoprim-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.

J Med KH-3524/J
 Regs. Nos. 73383, 73362 S.S.A.

XA 240/84



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

SEPTIMA CONFERENCIA BRITANICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Glasgow, Escocia

26 al 31 de julio de 1987

Sede de la reunión.- Universidad de Glasgow.

Programa acedémico.- 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.

Habrà 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

Lil



...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

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN: FORMULA: cada gragea contiene 100 mg de ketoprofen sódico. Excipiente: c.p.p. 1 gragea. **INDICACIONES:** en enfermedades inflamatorias de las vías 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 cervicita. En cirugía: en el postoperatorio de amigdalectomías, incisiones, episiotomías. **CONTRAINDICACIONES:** aunque las pruebas toxicológicas han sido satisfactorias, se aconseja no utilizar en la primera fase de embarazo, la lactancia y en niños menores de 12 años. **REACCIONES SECUNDARIAS:** KEDURIL es bien tolerado, sin embargo, ocasionalmente pueden presentarse gastralgias de tipo atónico, náuseas y vómito. **PRECAUCIONES:** se recomienda precaución ante la presencia de antecedentes digestivos como: úlcera gástrico-duodenal, gastritis y portadores de hecma nasal. **BIBLIOGRAFÍA:** A solicitud del médico.

Licencias exclusivas para médicos. Su venta requiere receta médica. Reg. No. 169M2 S.S.A. I. MED. KEE 2442/J

KNA/A-1-86



RHÔNE-POULENC PHARMA DE MÉXICO, S.A. DE C.V.
MATIAS ROMERO, No. 216
03100 MEXICO, D.F.



MAICO

ADEMAS DE SUS CONOCIDOS AUDIOMETROS LE OFRECE AHORA IMPEDANCIOMETROS Y AUDIOMETROS DE MICRO PROCESO.



IMPEDANCIOMETRO AUTOMATICO MAICO MODELO 620. Dos instrumentos en una sola unidad compacta. Audiometría e impedanciometría para pruebas del barrido. Presión selectiva y límites de complianza. Prueba del reflejo. Grabación instantánea del timpanograma y reflejo. Cuatro frecuencias a cinco niveles para pruebas audiométricas. La prueba de impedanciometría se hace en menos de 5 segundos.



AUDIOMETRO POR MICROPROCESO MAICO MODELO 728. La máxima tecnología del arte moderno. Construcción intrínseca de precisión absoluta y seguridad confiable. Fácil operación automática con corto y tiempo de adiestramiento. Resultado expuesto visualmente iluminado LED y grabado en inscriptor térmico silencioso. Prueba puede ser repetida en modo manual. La prueba completa con audiograma inscripto demora tan solo unos 12 segundos.



Completo renglón de prótesis auditivas que incluye modelos de cordón super potentes, retroauriculares de control de volumen automático, compresión, etc. Nuevos modelos intraurales y tipo intra canal, potentes y disimulados.



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

Maria E. Bonilla, Presidente
AMERICAN OVERSEAS TRADING CORPORATION
4619 S. Carrollton Ave.

Alto Nivel en Planes de Inversión

Usted nos dice cuánto desea invertir y cuáles son sus necesidades financieras y nuestros expertos le diseñarán un Plan de Inversiones de Alto Nivel adecuado a sus expectativas de rendimiento, plazo y liquidez.

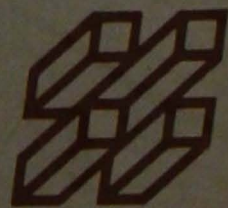
Descubra las ventajas que tiene invertir como los expertos... con los expertos, a través de un plan de inversiones de Alto Nivel, hecho a su medida.



Casa de Bolsa

PROBURSA

SA de CV



Empresa de Servicios Financieros

Oficinas en:

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

Aguascalientes, Chihuahua, Guadalajara, Mérida,
Monterrey, Querétaro, San Luis Potosí, Tampico,
Veracruz y Zacatecas

125 001 717



LAS CAMARAS SONOAMORTIGUADAS NO SON TODAS IGUALES...

...POR LA RAZON DE QUE TAMPOCO LO SON LOS FABRICANTES



La calidad de un producto es el fiel reflejo de la experiencia y capacidad del fabricante. Por su fuerte construcción de acero y los más finos materiales de atenuación, las cámaras IAC duran toda una generación. Son fabricadas de distintos tamaños y configuraciones. La más sencilla MINI-250, es enviada de fábrica completamente armada y lista para usarla.

En todos los casos y modelos, la atenuación de ruido de ambiente es controlado en cada frecuencia. El resultado es un estudio audiométrico y audiológico perfeccionado y comprobado.

Representantes y servicio en las principales ciudades de Latino América.

Para más informes dirigirse a:

Maria E. Bonilla, Presidente
AMERICAN OVERSEAS TRADING CORPORATION
4619 So. Carrollton Ave.
New Orleans, Louisiana 70119 EE.UU.



Teléfono: (504) 488-1311
Cable: AMERICANO
Telex: 6821278



DEWIMED, S.A.

INSTRUMENTAL PARA MICROCIROGIA
Y
EQUIPO MEDICO



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

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

Clásicos con Futuro

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



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

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



Variotherm, el aparato
térmico de
excitación para el
diagnóstico vestibular

Endostroboscopio, para el
diagnóstico de la laringe.

martin

**CARL ZEISS
JENA**

R
RICHARDS

WOLF