



ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL

FUNDADA EN 1949

ORGANO OFICIAL

PAGINA DEL DIRECTOR 1

TRABAJOS PROSPECTIVOS

Inclusión de Cerámica de sulfato de calcio dihidratado: estudio experimental.
Dr. Enrique Azuara Piego y cols. 3

TRABAJOS RETROSPECTIVOS

Linfomas no-Hodgkin de cabeza y cuello.
Dr. José Ganem Musi y cols. 7

Silla Turca vacía.
Dr. Juan Felipe Sánchez Marle. 15

CASOS CLINICOS

Aplasia del seno lateral y bulbo de la yugular. (Presentación de un caso).
Dr. Benjamín Macías Fernández y cols. 21

Fractura del Hioidos
Dr. Bernardo Grobeisen y cols. 24

NOTAS E INFORMACIONES 28

DISTRIBUCION GRATUITA

MEXICO, DICIEMBRE -ENERO -FEBRERO 1987
VOL. XXXII NUMERO 1

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

USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: Si bien los estudios de reproducción en animales no indican 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 en opinión del médico, los beneficios potenciales superen los posibles

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.

DOSES:
Comprimidos: Se aconseja administrar 1 comprimido dos veces por día.
Suspensión:
Niños mayores de 12 años: 30 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.
Su venta requiere receta médica.
No se deje al alcance de los niños.
LABORATORIOS LEPETIT S. de C. V.

Clave: TEA-02186
LABORATORIOS LEPETIT DE MEXICO, S.A. DE C.V.
Paseo de las Palmas 555, 3er. piso 11000 México, D.F.

BIBLIOGRAFIA
1. CARABO JP, et al. Double-blind comparison of Astemizol, Terfenadine and Placebo as Hay Fever with special regard to Onset of Action. J. Int. Med. Res. 13: 103-108, 1985.
2. FICHA WITH EMANUEL MI, and HOLLGATE ST. Astemizol, a potent histamine H₁ receptor antagonist, eP01 in allergic rhinoconjunctivitis, an conjunctivitis and histamine induced skin wheel responses and mechanism of action. Int. J. Clin. Pharmacol. 18:1, 1984.
3. FRIEDER KJ et al. Inhibitory activity of Terfenadine on Histamine evoked skin wheals in man. Eur. J. Clin. Pharmacol. 12:195, 1977.
4. MURRAY EC, COOPER R, BENTON RL, and WESTLAKE DM. A double-blind comparison trial of two dose regimens of terfenadine in patients with hay fever. J. Int. Med. Res. 12:331, 1984.



Clave: TEA-02186

10
TABLETAS

PENGLLOBE

**OTITIS
LARINGITIS
FARINGITIS
BRONQUITIS**

y todas las demás infecciones
sensibles a la ampicilina

LA PRODRUGA
5 DIAS

DE
TRATAMIENTO
POR CAJA

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

FORMULA: Cada tableta contiene: Clorhidrato de bacampicilina equivalente a 0.276 g. de ampicilina. Excipiente c. b. p. 1 tableta.

Cada cucharadita de 5 ml. contiene: 200 mg. de Clorhidrato de bacampicilina equivalente a 139 mg. de ampicilina.

POSOLOGIA: Tabletas. Adultos y niños mayores de 7 años: 1 tableta dos veces al día. Suspensión en microgranulos: Adultos y niños mayores de 7 años: 1 cucharada de 10 ml. dos veces al día. Niños de 2 a 7 años: 1 cucharada de 5 ml. dos veces al día. Niños lactantes a 2 años: media cucharadita con 2.5 ml. dos veces al día. Si se quiere calcular la dosis según el peso se debe dar 25 mg por kg repartido en 2 tomas. Cada 5 ml. de la suspensión contiene: 200 mg. de bacampicilina.

PROPIEDADES: Los niveles séricos máximos se alcanzan entre los 30 minutos y una hora después de administrarse por vía oral. (Magni et al. 1975). Penglobe se absorbe casi por completo: 98% de biodisponibilidad. (Bergan et 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 o prurito, eosinofilia, fiebre, angioderma, 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.

Su venta requiere receta médica.
Literatura exclusiva para médicos

I. Med. MFE 951/J

Penglobe-bacampicilina*
Investigación original de

ASTRA
LABORATORIOS S.A.

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



EL... NO PUEDE DECIR

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

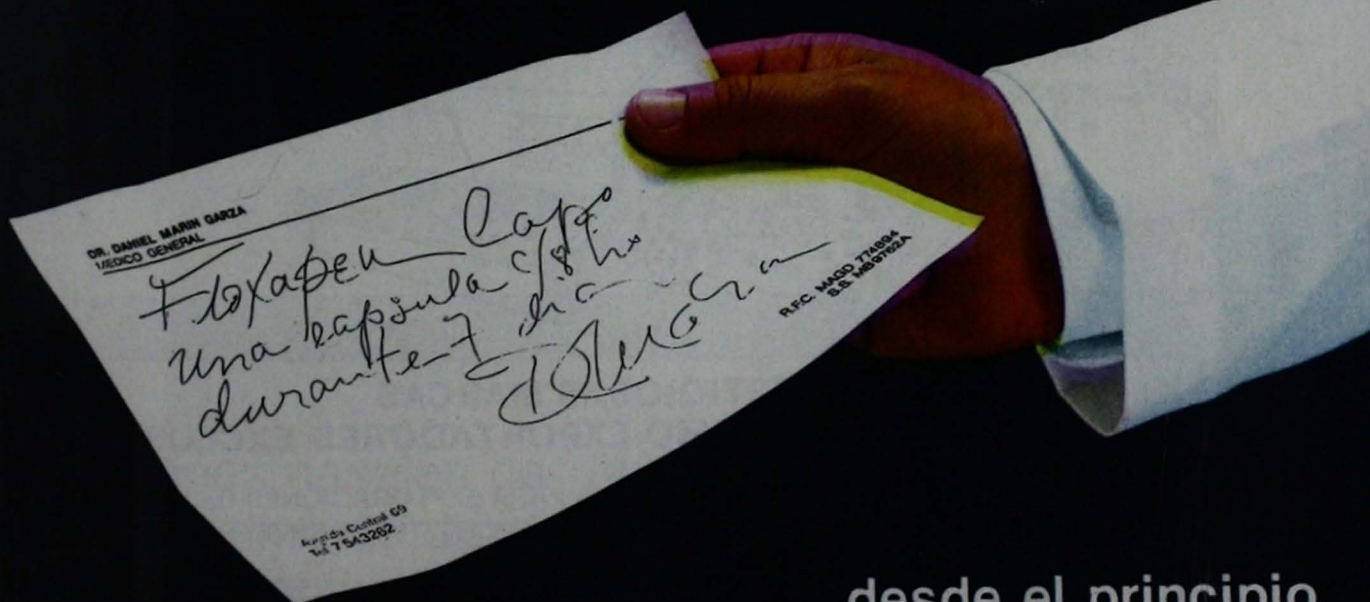


**NICOLET
INSTRUMENTOS
S. A. de C. V.**

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

¿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

PRECAUCIONES:

- 1.- No existe en el mercado penicilina que no ofrezca penicilinas
- 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

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. 77801 y 77599 S.S.A

I. Méd MBE-293/J

HECHO EN MEXICO POR:

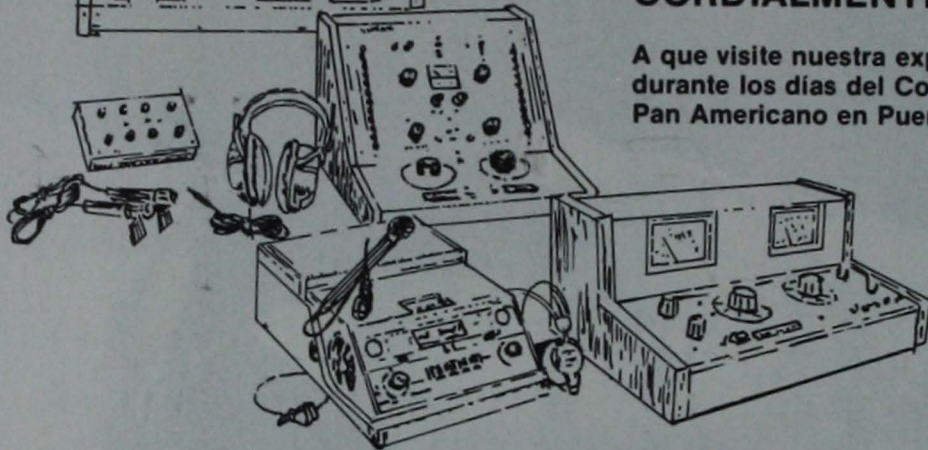
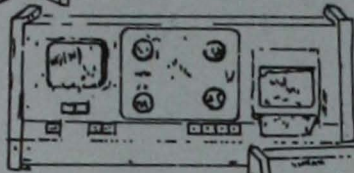
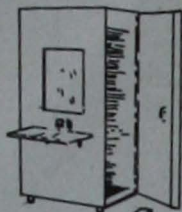
BEECHAM FARMACEUTICA S.A. DE C.V.

Miguel Angel de Quevedo No. 307

C.P. 04310 Coyoacán, México, D.F.

Beecham





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.**

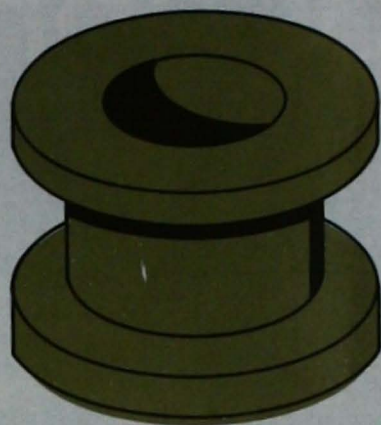
Representantes y servicio en las principales ciudades de Latino América.

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

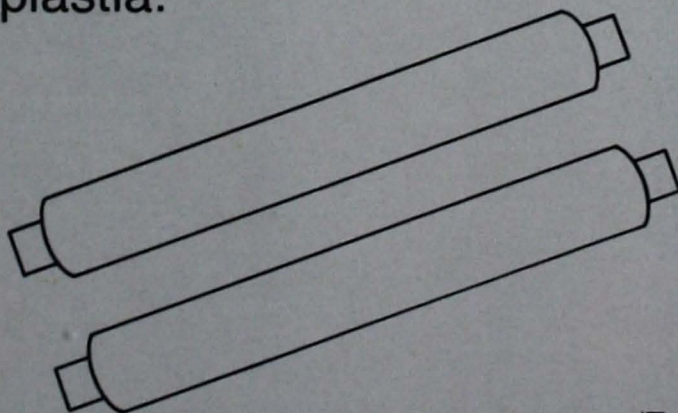
Tubos de ventilación
Drapes
Instrumentos Quirúrgicos
para Otorrinolaringología.



Fabricados por:

MICROTEK MEDICAL INC.

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



Modelo
M400410
(Tamaño actual)

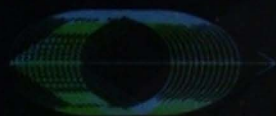
Pida informes a:

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

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

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 26}

infecciones
gineco-
obstétricas²⁶

cuadros
sépticos graves^{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, simposios, mesas redondas, etc. que se sustenten en las Sesiones Científicas de la Sociedad o que se presenten en el Congreso Nacional. Asimismo publicará las colaboraciones expresamente solicitadas por la Redacción o las que le sean enviadas espontáneamente.

2.- Las colaboraciones deben ser inéditas y el o los autores deben comprometerse a no publicarlas en otras revistas sin autorización expresa y por escrito de los Anales. El autor es el único responsable de las aserciones científicas o de otra índole que se hagan en su artículo.

3.- Los trabajos originales seguirán los siguientes lineamientos: introducción con la justificación del trabajo, material y métodos usados, resultados obtenidos, comentario (discusión), conclusiones, resumen y bibliografía.

La redacción debe ser en español, concisa, y de acuerdo con las normas de la Academia de la Lengua Española y del Diccionario Médico de Cardenal. Se evitará el uso de palabras extranjeras, cuando exista el equivalente en español. El autor debe aceptar las correcciones que le sean hechas por el Consejo de Redacción.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Presente:

Deseo colaborar por el año de (cuatro Números)

en la publicación de la Revista por lo que envío cheque a nombre de la Sociedad Mexicana de ORL, por la cantidad de \$

Favor de enviármela a:

Nombre

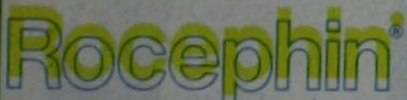
Dirección

Firma

Colaboración por 1 año (4 números)

Table with 2 columns: Country, Price. México \$25,000.00 M.N., América, España y Portugal \$ 50.00 Dls. U.S.A., Otros países \$ 50.00 Dls. U.S.A.

el primer antibiótico beta-lactámico de acción prolongada



el antibiótico de una vez al día

una nueva página en la historia de los antibióticos

Rocephin es el primer antibiótico beta-lactámico, bactericida de amplio espectro, de acción prolongada. Fruto de la investigación del grupo farmacológico P. Hoffmann-La Roche, en Basilea, Suiza. Bacteriamente activo. Ceftriaxona, en forma de sus sales, mecanismo de acción: Rocephin actúa sobre la pared celular bacteriana interfiriendo en la síntesis del ácido peptidoglicánico, con lo que provoca su lisis por ensanchamiento. Indicaciones: Infecciones causadas por gramnegativos: meningitis y gram-positivos sensibles como: infecciones respiratorias, gastrointestinales, urinales, gineco-ostélicas, venereas, etc., otorrinológicas, de piel y tejido blando, meningitis y cuadros sépticos graves, infecciones relacionadas a la antibioticoterapia. Posología: Infección respiratoria: Prevención, lactantes y niños menores de 12 años, 20 a 40 mg/kg/día en una sola aplicación diaria, dosis máxima en pre-nacimiento 50 mg/kg/día. Niños mayores de 12 años, adultos y ancianos: 1 a 2 gramos al día en una sola aplicación diaria. Contraindicaciones: Hipersensibilidad a las cefalosporinas, en pacientes hipersensibles a la penicilina, debe tenerse presente la posibilidad de reacciones alérgicas cruzadas. Precauciones y advertencias: Conviene practicar de su amplitud durante el tratamiento (particularmente durante el primer trimestre) el manejo que se debe hacer imperioso. En caso de insuficiencia renal extrema (depuración de creatinina < 10 ml por minuto), se indica la administración de una dosis de 2 gramos. La solución con lactato, nunca debe aplicarse por vía intravenosa. Reacciones adversas: Son poco comunes y pueden consistir en: erupciones, urticaria, fiebre, náuseas, vómitos, estreñimiento y gases, exantema, dermatitis alérgica, prurito, urticaria edemata y anemia hemolítica; síndrome de Reiter, trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia y anemia hemolítica. En raras casos y con la aplicación prolongada puede presentarse reacción inflamatoria de la pared vascular, la que se puede favorecer si la solución intravenosa se inyecta en 2 a 4 minutos. Presentaciones y otras advertencias: La solución intravenosa (infracción de la pared vascular), la que se puede favorecer si la solución intravenosa se inyecta en 2 a 4 minutos. Presentaciones y otras advertencias: La solución intravenosa (infracción de la pared vascular), la que se puede favorecer si la solución intravenosa se inyecta en 2 a 4 minutos. Presentaciones y otras advertencias: La solución intravenosa (infracción de la pared vascular), la que se puede favorecer si la solución intravenosa se inyecta en 2 a 4 minutos.

Bibliography listing various scientific papers and studies related to Rocephin (ceftriaxone) and its clinical applications.

Información obtenida y enviada para difusión. Si desea recibir más información, por favor, envíe un recibo a: P.O. Box 104898, S.A. México, D.F. 06702



ciencia y conciencia de investigación

En ESTADOS CONGESTIVOS
RESPIRATORIOS,
sólo su paciente
puede beneficiarse.

ALERFRIN

COMPRIMIDOS Y JARABE



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

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

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
Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

Director-Editor

Dr. Rafael García Palmer

Consejo de Redacción

Dr. José Antonio Arroyo Castelazo

Dr. Miguel Arroyo Castelazo

Dr. Marco Fidel Ayora

Dr. Sergio Decanini Tornessi

Dr. Bernardo Grobeisen Roury

Dr. Fernando Guzmán Lozano

Dr. Guillermo Hernández Valencia

Dr. Samuel Levy Pinto

Dr. Raúl Mereles del Valle

Dr. Antonio Soda Merhy

Gerente General

Lic. Joaquín Bohigas

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
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

PAGINA DEL DIRECTOR

Cuando yo ingresé a la Sociedad, la Revista atravesaba por un momento muy gris, las diferentes mesas directivas hacían esfuerzos por reactivarla, pero editores iban y venían sin lograr publicar más de dos o tres números. Hace 10 años, la directiva presidida por el Dr. Rafael Andrade Gallegos se propuso darle vida a nuestros Anales y para ello le pidió al Dr. Pelayo Vilar Canales que la dirigiera, él solicitó manos libres para hacerla funcionar y durante más de tres años nuestra publicación apareció regularmente, mejorando cada día su contenido, calidad tipográfica, y número de anunciantes. Hoy al tomar las riendas de ésta, nuestra Revista quiero rendir un homenaje de agradecimiento a mi querido maestro.

Labor meritoria la del Dr. Pelayo Vilar Puig, supo durante seis años lograr que la Revista mantuviera su ascendente trayectoria, le tocó dirigir la publicación durante la crisis económica que nos ha envuelto y sin embargo, la periodicidad nunca se interrumpió, ni siquiera un retraso imputable a la labor editorial. A él la Sociedad les rindió, en fecha reciente, un justo reconocimiento.

Ser Director-Editor de las Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología es una gran responsabilidad, la cual soy consciente de haber aceptado, responder con sentido del deber es un compromiso que adquiero públicamente, la aparición de la Revista es, sin embargo, una corresponsabilidad que comparto con muchísimas personas, la Directiva, el Gerente, el Comité de Redacción, la secretaria, los anunciantes y principalmente los autores quienes, con su trabajo, conforman esta publicación, justifican su existencia y hacen finalmente la Revista.

Nuestros Anales no sufrirán cambios, es una publicación firmemente consolidada, han cambiado una serie de nombres pues los cuadros han de rotarse. Por supuesto que existen planes de expansión, tanto en frecuencia, como difusión y contenido, sin embargo, los aspectos económicos hacen que los planes se programen con cautela. Precisamente en estos aspectos administrativos, de alguna manera responsabilidad de todos, todos podemos colaborar con la posibilidad de un nuevo anuncio o de apoyar a los existentes, a través de personas relacionadas con la Industria Químico Farmacéutica o con otras instituciones a quienes les interesará nuestra publicidad.

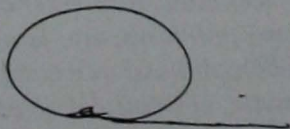
El problema principal de nuestra Revista, parece mentira, no es el económico, ni el administrativo, o el de periodicidad; su problema es el de material para publicación, pero no por exceso, sino precisamente lo contrario, por su inexplicable ausencia.

Seguramente la causa no es la falta de material, ni de inteligencia sino de esfuerzo y dedicación para plasmar por escrito el fruto de nuestro trabajo. Todos tenemos bastantes más cosas que decir, hemos de esmerar nuestra atención en este punto para aumentar el número y calidad de nuestros trabajos, deberemos de publicar mucho y publicar bien, para mejorar nuestros Anales y para mejorar también nuestra especialidad.

Finalmente quiero expresar mi deseo y el de la Directiva en el sentido de que los Anales es una publicación plural no está cerrada para nadie, quisiera ser órgano de expresión de todos los que tengan algo que decir no está cerrada para nadie, ni es campo político de nadie.

Director-Editor

Dr. Rafael García Palmer.



Inclusión de cerámica de sulfato de calcio dehidratado:

Estudio experimental

Dr. Enrique AZUARA PLIEGO*
Dr. José Angel GUTIERREZ MARCOS*
Dr. Tomás I. AZUARA SALAS**
Dr. Ignacio FELIX***
Dra. Nuria GISPERT CRUELLS****

Resumen.- El presente trabajo, expone los resultados obtenidos con la inclusión de cerámica de sulfato de calcio dihidratado en 20 conejos, a los cuales se les resecó material óseo de la nariz y se colocó cerámica en el dorso nasal intraseptalmente. Se sacrificaron los animales al primero, tercero y sexto mes del post-operatorio y se estudiaron las zonas implantadas bajo microscopio de luz y electrónico. En ambos métodos se encontró que la cerámica había sido sustituida por tejido óseo normal desde el primer mes del post-operatorio. Se concluye finalmente, la utilidad del método.

Summary.- This paper exposes the results obtained with the use of dehydrated calcium sulfate ceramic implants in 20 rabbits. They underwent resection of nasal bone followed by inclusion of ceramic implants on the nasal dorsum and in the nasal septum. The animals were sacrificed on the first, third and sixth month post-operatively and the implanted zones were studied under the light and electronic microscopes. It was found that the ceramic implants had been substituted by normal bone tissue starting on the first month post operatively.

micas y/o funcionales; sin embargo, todos estos materiales producen reacciones tisulares que finalizan por despertar una reacción de rechazo, a través de la formación de un granuloma a cuerpo extraño.¹

La ingeniería biomédica ha investigado múltiples elementos para restaurar zonas óseas perdidas o destruidas por procesos degenerativos o tumorales, sin embargo los alcances hasta ahora han sido infructuosos. Actualmente se investiga uso de cerámicas cálcicas sustituibles por hueso.^{2, 3, 4, 5}

INTRODUCCION

A través de los años se han buscado sustancias de diversas características, tales como la parafina, el petrolato líquido, la lanolina y la cera de abejas con el fin de corregir o rellenar los defectos óseos, que conllevan alteraciones anató-

En 1892, Dreesman utilizó por primera vez el sulfato de calcio, aplicándolo como implante para defectos óseos y desde entonces numerosos reportes han aparecido en la literatura. En 1955, Perrier y Lillo⁶ llegan a las siguientes conclusiones después de haber utilizado el sulfato de calcio experimentalmente en perros:

* Adscritos al servicio de ORL y CCC del Hospital Adolfo López Mateos, ISSSTE.

** Presidente de la Sociedad Internacional de Rinología.

*** Adscrito al servicio de Patología del Hospital 20 de Noviembre, ISSSTE.

**** Adscrito al servicio de Patología del Hospital Darío Fernández, ISSSTE.

1.- El sulfato de calcio no recubierto por periostio mostró pocos signos de reabsorción, regeneración o sustitución por hueso.

2.- Cuando el sulfato de calcio fue cubierto por periostio y en contacto con hueso, mostró sustitución del sulfato de calcio por tejido óseo en el término de 45 a 72 días.

3.- La regeneración completa de los defectos ocurrió a los tres meses en promedio.

4.- El sulfato de calcio por sí solo no es osteogénico, pero cuando está en contacto con periostio y hueso, se presenta la sustitución del material por tejido óseo normal.

Por lo expuesto nos pareció importante investigar el grado de integración ósea y cartilaginosa en la nariz. Previa resección de ciertas estructuras se incluyó cerámica de sulfato de calcio dihidratado, en forma experimental, en conejos.

MATERIAL Y METODO

Para los fines del trabajo se utilizó el sulfato de calcio dihidratado, previamente esterilizado en gas y modelado en placas de .5 cm de diámetro. El polvo de sulfato de calcio fue expuesto previamente a una temperatura de 250 °C durante 17 minutos, con la finalidad de conseguir su deshidratación inicial, obteniéndose así hemihidrato de sulfato de calcio ($\text{Ca SO}_4 \cdot 1/2 \text{ H}_2\text{O}$); posteriormente se le agregó agua para lograr una mezcla de consistencia pastosa y facilitar su moldeamiento, habiéndose obtenido nuevamente el sulfato de calcio dihidratado ($\text{Ca SO}_4 \cdot 2 \text{ H}_2\text{O}$).

Se dispuso de 20 conejos de laboratorio con control sanitario, a los que se intervino quirúrgicamente bajo anestesia general con técnica estéril, se practicaron resecciones parciales o totales en áreas septales y de dorso nasal, previo levantamiento de las capas periósticas correspondientes, conservándolas íntegras. Las zonas óseas reseccadas, fueron sustituidas por una placa de sulfato de calcio dihidratado, vigilando cuidadosamente que las mismas se mantuvieran en contacto en toda su extensión con el periostio previamente disecado.

Se vigilaron los animales, en el post-operatorio para la detección inmediata de probables procesos infecciosos locales en el área intervenida.

Se sacrificaron los conejos en lotes de 6, en el primero, tercero y sexto mes del post-operatorio, dejándose a 2 testigos vivos para ser sacrificados al año de la intervención.

Se hicieron cortes del septum y dorso nasal para microscopía óptica y electrónica de todos los conejos estudiados para conocer el comportamiento de la cerámica en contacto con los tejidos mencionados. Se puso especial interés en el estudio de las reacciones inflamatorias inmediatas y tardías, la capacidad de vascularización del elemento calcio una vez sustituido por hueso y la aparición de reacciones de rechazo con formación de granulomas a cuerpo extraño.

RESULTADOS

En los cortes semifinos, teñidos con azul de toluidina, se observó

proliferación de osteocitos en mediana cantidad, con el resto de las estructuras celulares adyacentes al área injertada, de características normales, sin cambios inflamatorios ni degenerativos.

El estudio ultraestructural, revela franca formación de hueso, encontrándose células de mediano y gran tamaño que contienen aparato de Golgi y retículo endoplásmico rugoso prominente, los cuales son compatibles con osteoblastos, por lo que se puede concluir que existe reacción de inducción osteoblástica, que permite la osificación del material empleado. Hacemos notar que el proceso de neoformación vascular es de características normales y en las áreas vecinas a los fragmentos injertados no se localizan reacciones adversas a cuerpo extraño, ni anomalías ultraestructurales en las mismas. (Micrografía 1.)

Los cortes, observados con microscopía óptica y teñidos con hematoxilina-eosina, se observó un buen crecimiento óseo con restitución del hueso extirpado. No se observó respuesta inflamatoria ni fibrosis microfotografía.¹ Se observa también hipervascularización algunas zonas de huesos inmaduro, el periostio se encuentra conservado y a partir de él se está formando el hueso (microfotografía.2)

COMENTARIO

El organismo tiene una respuesta defensiva en contra de cualquier material implantado en él, lo que comprenderá un proceso generalizado que termina en la producción de una cápsula fibrosa de protección alrededor del



Figura 1.- Microfotografía.

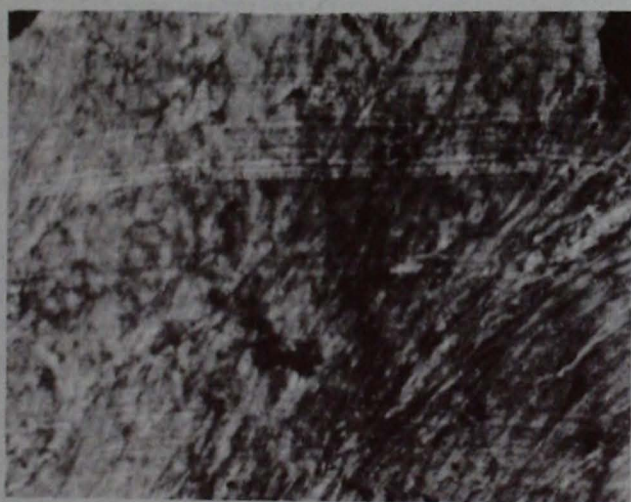


Figura No. 1.- Micrografía.



Figura 2.- Microfotografía.

irritante invasor con el propósito de aislar completamente el cuerpo extraño dentro del organismo, hasta donde sea posible, limitándolo a una cámara de poco volumen. La respuesta es variable dependiendo del tiempo de desarrollo, la naturaleza específica del material extraño, la especie animal huésped y el sistema orgánico involucrado puede variar también de un individuo a otro de la misma especie y ocasionalmente en un mismo individuo. Su apariencia dependerá del estadio en que se ha observado, existiendo diferencias en el tipo celular y la cantidad de fibrosis encontrada.

La respuesta inicial es una inflamación aguda con granulocitos que dará una inflamación crónica con histiocitos al pasar el tiempo. Si estos fagocitos fallan al destruir el material invasor la respuesta de aislamiento es inadecuada, y da como resultado una etapa de fibrosis en la cual se forman capas de tejido conectivo alrededor del irritante en forma concéntrica. Esta fibrosis puede aparecer en estudios tempranos, pero sólo después de que la acción fagocítica de incorporación ha fallado al remover la estimulación irritante. La encapsulación por fibrosis será entonces el mecanismo predominante de aislamiento.

Las propiedades del material implantado pueden ser modificadas como resultado de la interacción con el tejido. Hay también diferencias en la reactividad que presentan los sistemas orgánicos, individuos y especies en respuesta a estímulos dados. La induración es un proceso que acompaña a la encapsulación, pero de mecanismo desconocido creyéndose que es el resultado del incremen-

to progresivo del crecimiento y posiblemente la contracción del tejido fibroso. Es posible que la induración normal resulte de uniones cruzadas en el tejido más externo, pudiendo deberse también a una contracción esférica de la capa.^{7 8}

Con la cerámica estudiada, todo lo mencionado como una reacción a cuerpo extraño no se produce, ya que va actuar como un mediador únicamente para la producción ósea y posteriormente va a reabsorberse sin dejar huellas de su presencia, situación que no es posible observar con el resto de los implantes conocidos.

CONCLUSIONES

En virtud de que los materiales comúnmente utilizados ofrecen en mayor o menor grado una reacción y dado que en la especialidad de Otorrinolaringología frecuentemente se requiere del uso de implantes, pensamos que la aplicación de materiales de cerá-

mica tienen un gran futuro. Los resultados a partir de la experimentación son alentadores y su aplicación en el área otorrinolaringológica es de valor práctico pues cumple las características del implante ideal, a saber:

1. Es estéril
2. No es antigénico
3. Tiene cualidades de incorporación
4. No crece
5. Es de fácil obtención.^{9 10}

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo fue realizado en las instalaciones del Laboratorio de Investigación y Cirugía Experimental del Hospital Central Militar, bajo la autorización del M.M.C. Fernando Arcaute Velázquez, jefe del mismo, a quien reconocemos su valiosa colaboración.

Asimismo agradecemos a la Srita. Ana Lilia Ortiz el trabajo realizado en el procesamiento e

interpretación de los estudios ultraestructurales con microscopía electrónica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Coetzeen, 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, 1983.
- 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.- *Peltier, L.F.*: et al, The use of plaster of Paris to fill defects in bone. *Ann. Surg.* 146: 61-69, 1957.
- 7.- *Engdahl, E.L.*: Bone regeneration in maxillary defects. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg., Suppl.* 8, 1972.
- 8.- *Skoog, T.*: The use of perosteum and surgical for bone restoration in congenital defects of the maxilar. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.* 1: 113, 1967.
- 9.- *Ferraro, J.W.*: Experimental evaluation of ceramic calcium phosphate as a substitute for bone Grafts. *Plast. Rec. Surg.*, 63: 634-640, 1979.
- 10.- *Estrada, F.*: Autobancos de Colágeno Autógeno. En *Rinología*, *Arch. de Investigación Médica (México)* 12: 539, 1981.

Linfomas no-Hodkin de cabeza y cuello

Dr. José GANEM MUSI*
Dr. Antonio SODA MERHY**
Dr. Julián Santiago DIEZ DE BONILLA*
Dra. Elidia PONCE LIRA***

Resumen.- Los linfomas no-Hodgkin son tumores relativamente frecuentes en la región de cabeza y cuello cuyo diagnóstico, además de ser difícil, se establece en forma tardía debido a su similitud con otras neoplasias y porque se acompañan de intensas necrosis tisular que distorsiona su morfología real. Se describen seis casos demostrativos y se hace énfasis en los principales aspectos clínicos de la enfermedad, procedimientos de diagnóstico disponibles en la actualidad y modalidades terapéuticas existentes para su control, con el fin de alertar al médico que se enfrenta a situaciones similares y facilitarle el camino para el diagnóstico certero y tratamiento oportuno.

Summary.- Non-Hodgkin's lymphomas are relatively frequent tumors of the head and neck, but their diagnosis, other than being difficult, is established late in the disease due to their similarity with other neoplastic lesions and the significant necrosis which usually distorts their original morphology. Six demonstrative cases are presented and emphasis is made on the principal clinical aspects, diagnostic procedures and treatment modalities.

INTRODUCCION

Los linfomas son tumores malignos primarios del tejido linfo-reticular formados por linfocitos o histiocitos en diversas etapas de diferenciación, aunque se ha comprobado, que los histiocitos en realidad corresponden a linfocitos inmaduros. En términos generales, se dividen en enfermedad de Hodgkin y en linfomas no-Hodgkin; la enfermedad de Hodg-

kin se desarrolla en ganglios linfáticos y se disemina por contigüidad a ganglios vecinos, mientras que, los linfomas no-Hodgkin pueden tener origen localizado o multifocal en estructuras nodales o extranodales y se diseminan por vía hematógena. La forma extranodal se presenta en 25 a 50 por ciento de las ocasiones y en ésta casi siempre existe ya diseminación de la enfermedad al momento de hacer el diagnóstico.¹ En la región de cabeza y cuello la forma extranodal se localiza en el anillo de Waldeyer entre 5-10 ó 35-60 por ciento de las ocasiones según diversos autores,^{1 2 3} y, con menor frecuencia en órbita, cerebro, glándula tiroidea, aparato lagrimal, glándulas salivales, oído medio, hueso occipital, mandíbula, mucosa bucal, esófago y laringe.^{1 4 10}

La finalidad de nuestro trabajo es presentar seis casos de linfoma no-Hodgkin considerados inicialmente primarios de cabeza y cue-

* Médicos adscritos, Servicio de ORL, I.N.E.R., S.S.

** Jefe de Servicio, Servicio de ORL, I.N.E.R., S.S.

*** Residente de 3er. año, Servicio de ORL, I.N.E.R., S.S.

llo, vistos en el Servicio de Otorrinolaringología del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, S.S., durante los últimos dos años y analizar sus principales rasgos clínicos, el protocolo de estudio a seguir en los pacientes, los métodos de tratamiento con los que se cuenta hoy en día y el pronóstico del padecimiento.

GENERALIDADES

Hasta antes de Rappaport la clasificación de los linfomas malignos fue motivo de controversia. Este autor en 1966 publicó un nuevo esquema muy relevante desde el punto de vista clínico y a la vez fácilmente reproducible, con el cual se sustituyó al antiguo sistema que agrupaba a los linfomas en:

- 1) Linfoma linfocítico
- 2) Linfoma linfoblástico
- 3) Reticulosarcoma
- 4) Linfoma folicular¹

A partir de ese momento el conocimiento de las células del sistema linfocítico progresó en forma notable, lo que en consecuencia dio origen a la aparición de nuevas formas de clasificación y con ellas a mayor confusión y controversia. A raíz de lo anterior el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos de Norteamérica (National Cancer Institute) organizó en 1981 un estudio internacional a gran escala con el fin de comparar y evaluar los esquemas más frecuentemente utilizados para clasificar a los linfomas no-Hodgkin e intentar simultáneamente elaborar un concepto unificador, surgiendo así

la "Nueva Formulación de Trabajo para Uso Clínico" (New Working Formulation for Clinical Usage).^{11 12 13}

Krueger y cols.¹¹ realizaron un estudio internacional conjunto para determinar el valor práctico de este sistema en comparación con los otros más utilizados (Rappaport; Kiel; Lukes y Collins; Dorfman; Organización Mundial de la Salud; Investigación Nacional Inglesa de Linfomas) y concluyeron que aunque la Nueva Formulación de Trabajo (NFT) no ofrecía las bases definitivas para poder correlacionar y traslapar un esquema con otro, ni reflejaba el comportamiento biológico del tumor debido a que se basaba exclusivamente en aspectos morfológicos sin tomar en cuenta sus características cito e inmuoquímicas, etapa evolutiva y respuesta al tratamiento, sí contaba con las ventajas, al ser puramente descriptiva, de limitar confusiones en terminología, permitir correlaciones clínico-pronósticas y ser fácilmente reproducible. La clasificación clínica sigue haciéndose de acuerdo con el sistema Ann Arbor.

Una vez establecido el diagnóstico es fundamental determinar de manera específica la etapa evolutiva de la enfermedad, ya que, el pronóstico depende de aquella así como del subtipo histológico y del sitio de origen del tumor.

La valoración adecuada del paciente debe incluir historia clínica completa; pruebas hematológicas, de función hepática y renal; biopsia de médula ósea; citología de líquido cefalorraquídeo cuando existan síntomas neurológicos;

gamagrafía hepatoesplénica; centellograma óseo con ⁹⁹Tc exploración del tracto gastrointestinal; estudios radiográficos (simples, tomografía lineal, tomografía computarizada); linfangiografía y biopsia de lesiones y ganglios sospechosos.^{1 14 15}

Empleando marcadores celulares de superficie y técnicas de inmunoperoxidasa es factible en la actualidad determinar el tipo celular de origen de estas neoplasias y catalogarlas como de linfocitos B ó T; las primeras son más comunes y de mejor pronóstico.^{15 16}

La tomografía computarizada permite evaluar adecuadamente mediastino, ganglios retroperitoneales, bazo e hígado, sitios habituales de enfermedad oculta. La linfangiografía, al poder detectar distribución anormal de material de contraste en ganglios de tamaño normal afectados tempranamente, está indicada en pacientes con tomografías computarizadas cedimiento diagnóstico, a controlar el dolor y procesos infecciosos agregados y a restablecer el drenaje y/o la ventilación cuando exista obstrucción.^{1 14 15}

Si la extensión de la enfermedad se ha determinado en forma precisa con los métodos antes mencionados, la radioterapia puede ser aplicada sin anormalidades aparentes. La aplicación de ambos procedimientos en conjunto o de manera aislada ha limitado considerablemente la laparotomía diagnóstica.^{3 15}

El tratamiento de elección para elección para la enfermedad localizada es la radioterapia. La quimioterapia sola o en combinación con radioterapia, se destina a los casos en que existe diseminación. La cirugía se limita a ser un pro-

filáctica en sitios no afectados no ofrece mayores beneficios debido a que en los linfomas no-Hodgkin de origen extranodal las recidivas son impredecibles. La excepción sería la radioterapia profiláctica de las regiones cervical y supraclavicular por la frecuencia de recidiva tumoral en estos sitios.¹⁷

PRESENTACION DE CASOS

Caso 1

Paciente femenina de 72 años de edad previamente sana con padecimiento de un mes de evolución iniciado en noviembre de 1985 con sensación de cuerpo extraño en orofaringe secundario a crecimiento de amígdala izquierda, rápidamente progresivo, acompañado de disfagia a sólidos, odinofagia y otalgia izquierda, sin ataque al estado general. A la exploración física se encontró amígdala izquierda hipertrofica G IV, de forma irregular, superficie no ulcerada cubierta por natas blanquecinas, nóvil, no dolorosa. Cuello sin ganglios palpables. La biopsia de amígdala reportó linfoma no-Hodgkin de alto grado de malignidad, con patrón difuso e infiltración plasmocitoide, tipo sarcoma inmunoblástico (Fig. 1). Se instituyó radioterapia loco-regional con respuesta exitosa al tratamiento.

COMENTARIO

El linfoma no Hodgkin de anillo de Waldeyer puede ser primario o secundario a enfermedad diseminada. El 15 por ciento de todos los linfomas no-Hodgkin extranodales involucran inicialmente al anillo de Waldeyer, aunque existe diversidad de opiniones en relación a si en esta localización deben considerarse como de

origen nodal o extranodal. Varios autores, de acuerdo con las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Enfermedad de Hodgkin de Ann Arbor, los incluyen en el grupo de tumores nodales.^{2 17}

El presente caso coincide con lo reportado en la literatura en cuanto a que se trata de una enfermedad de individuos de edad avanzada. El 80 por ciento de ellos mayores de 50 años, cuyo origen más común es la amígdala palatina en forma unilateral, sin excluir la posibilidad de participación bilateral o en otras estructuras del anillo de Waldeyer. Sus síntomas característicos son ardor faríngeo y masa palpable en cuello.²

Clínicamente estos tumores pueden ser confundidos con carcinomas, por lo que en ciertas ocasiones se requiere de microscopía electrónica y de técnicas de inmunoperoxidasa para diferenciarlos; el tipo celular predominante en esta región es el de linfocitos B.

La variedad histológica del tumor también concuerda con la encontrada con mayor frecuencia por otros autores.^{2 3 17} A pesar de haber descartado afección a otros niveles con los estudios realizados, la presencia de sangre en heces, sin causa desencadenante aparente, nos obliga a pensar en la posibilidad de participación del tracto gastrointestinal. El linfoma no-Hodgkin de anillo de Waldeyer frecuentemente se asocia con linfoma en otros órganos extranodales, particularmente en tracto digestivo y testículos; esto constituye un signo de mal pronóstico y reduce la sobrevida a siete meses a partir de su detección.^{2 3 17}

Caso 2

Paciente masculino de 22 años de edad con historia de tos productiva y disfonía intermitente desde los 14 años acompañadas de hipertermia no cuantificada y discreto ataque al estado general.

Multitratado con diversos antimicrobianos sin cambios en la evolución de la enfermedad. Dos meses antes de ingresar al INER en enero de 1985 los síntomas se exacerbaban, agregándose además, en los dos días previos a su ingreso, tos hemoptóica, disnea de pequeños esfuerzos e insuficiencia respiratoria. A la exploración física se le encontró emaciado, disnéico y con disfonía acentuada; en laringe se observó edema de bandas ventriculares y cuerdas vocales, parestesia de cuerda vocal izquierda y neoformación infraglotica, blanquecina, de superficie lisa, no ulcerada que ocupaba las dos terceras partes de la luz, por lo que se realizó traqueotomía. La biopsia de las lesiones fue compatible con linfoma no-Hodgkin de linfocitos grandes no herididos. Se inició quimioterapia con metrotexate-ciclofosfamida-adzomicina-vincristina-prednisona-bleomicina y metrotexate-ciclofosfamida-vincristina-procarbazona-prednisona, cada 15 días (tres ciclos) sin mejoría.

El padecimiento se complicó con leucopenia severa, sobreinfección pulmonar por pseudomona, invasión tumoral a ganglios de cadena yugular derecha y sangrado masivo por boca y traqueostoma, por lo que se sometió a exploración quirúrgica urgente de cuello encontrando extensión tumoral a tráquea y erosión de tronco braquiocefálico derecho; se completó el procedimiento con laringectomía total, repa-

séptico, solicitándose en tales condiciones el alta voluntaria del enfermo.

Caso 3

Paciente masculino de 29 años de edad que inició su padecimiento en octubre de 1984 con disfonía rápidamente progresiva, disfagia a sólidos y líquidos, disnea de pequeños esfuerzos, ataque al estado general y signos de insuficiencia respiratoria durante los tres días previos a su ingreso a nuestro servicio en enero de 1985. A la exploración física se le encontró con fascies de angustia por insuficiencia respiratoria secundaria a neoformación laríngea blanquecina de forma irregular que ocupaba toda la luz del órgano; cuello sin adenomegalias. A las pocas horas de hospitalización se realizó traqueotomía urgente por agravarse la insuficiencia respiratoria. En la tomografía computarizada de cuello se observó que el tumor abarcaba las regiones supra, trans e infraglotica, sin infiltración a otros sitios (Fig. 2). El estudio histopatológico de la lesión reportó linfoma no-Hodgkin de linfocitos grandes y pequeños con patrón difuso (Fig. 3). El paciente fue manejado con radioterapia con respuesta inicial satisfactoria, motivo por el que se decanuló. En la tomografía computarizada de control post-tratamiento se encontró tumor laríngeo residual el cual logró erradicarse por completo con un segundo ciclo de radioterapia.

COMENTARIO

Los tumores de origen mesenquimatoso representan el 2 por ciento de todas las neoplasias de laringe y, de éstos, el linfoma

constituye menos del 1 por ciento.⁹ El linfoma no-Hodgkin primario de laringe es más raro aún, existiendo únicamente 20 casos reportados en la literatura mundial,¹⁰ a los que se agrega nuestro último paciente presentado.

Afecta por igual a individuos de ambos sexos en edades comprendidas entre los 14 y 81

años,¹⁰ aunque también se ha encontrado de manera excepcional en niños menores de 10 años.⁸ Los síntomas habituales de presentación son disfonía, disnea, estridor laríngeo y tos. Las lesiones tienden a ser submucosas, lisas, pediculadas, de color blanquecino y crecimiento rápido, lo que con frecuencia hace nece-

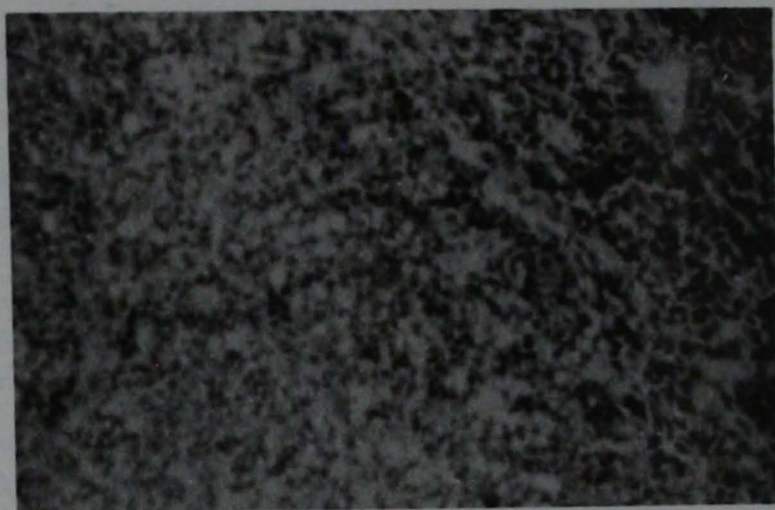


Figura 1.- Linfoma No-Hodgkin, con patrón difuso e infiltración plasmocitoide, tipo sarcoma inmunoblástico.

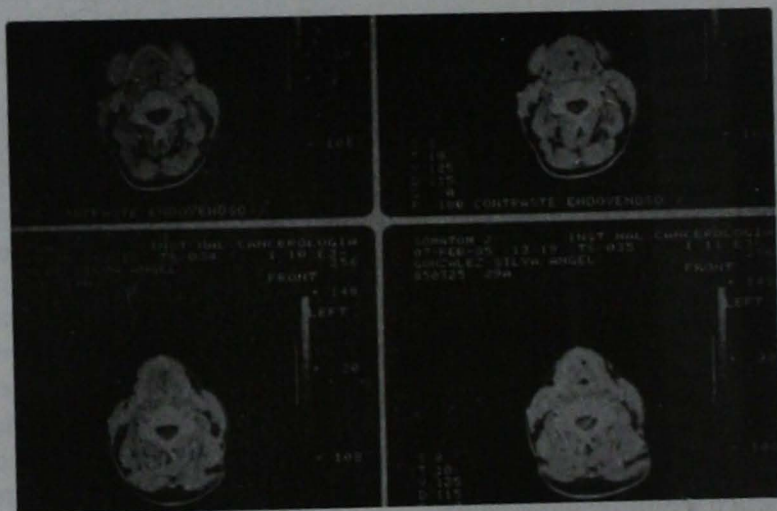


Figura 2.- Tomografía computarizada de cuello, en proyección axial, que demuestra tumor ocupando prácticamente toda la laringe.

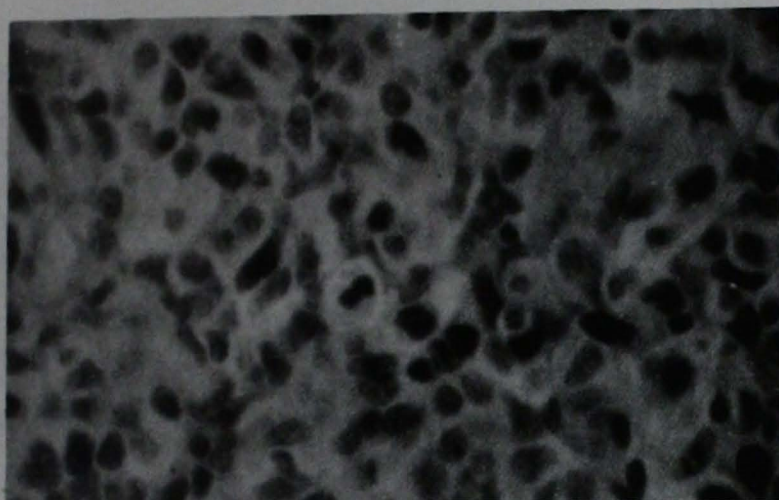


Figura 3.- Linfoma No-Hodgkin primario de laringe, de linfocitos grandes y pequeños con patrón difuso.



Figura 4.- Linfoma No-Hodgkin de nariz, tipo sarcoma inmunoblástico.

saría la traqueotomía.^{5 6 9} Característicamente, el tumor se desarrolla en la región supraglótica con extensión a epiglotis y repliegues ariepiglóticos; la afección primaria de cuerdas vocales y región subglótica es rara.^{5 7 9} El diagnóstico diferencial debe hacerse sobre todo, con carcinoma epidermoide y pseudolinfoma.^{10 18 19}

El tratamiento de elección para los tumores localizados es la radioterapia, con la que se logra el control adecuado de las lesiones. Algunos autores recomiendan, en casos bien seleccionados, la extirpación quirúrgica, pero este procedimiento se limita a ser un método paliativo. Si la enfermedad se ha diseminado se combinan radio y quimioterapia.^{5 7 10}

Aunque la sobrevida puede ser de varios años, el seguimiento de los pacientes debe prolongarse indefinidamente, ya que, con los métodos disponibles en la actualidad no es posible descartar en forma definitiva las recidivas.

Caso 4

Paciente masculino de 28 años de edad que inició su padecimiento en julio de 1985 con rinorrea hematompurulenta fétida bilateral, formación de costas intranasales en molde, pérdida progresiva del olfato, dolor nasal y salida de pus a través de paladar duro, además de hipertermia vespertina con cuantificada y ataque al estado general, motivo por el que acudió a consulta a nuestro servicio en diciembre del mismo año. A la exploración física se encontró pirámide nasal hundida con inducción de piel en región alar y dolor local a la digitopresión; en vestíbulos, neoformaciones de aspecto granulomatoso; destrucción total del séptum osteocartilaginoso y necrosis de mucosa con zonas expuestas de hueso a nivel del piso; fístula naso-oral de 5 mm de diámetro y adenomegalias cervicales bilaterales, menores de 3 cm, móviles, no dolorosas; abdomen sin visceromegalias. Se tomó biopsia de las lesiones vestibulares sin ser concluyente por la intensa necrosis existente. La segunda muestra enviada al Departamento de Patología se consideró sugestiva de escleroma respiratorio por lo que se inició tratamiento con trimetoprim, sulfametoxazol, sin manifestar mejoría. Tres semanas después se agregaron insuficiencia respiratoria, ictericia, choque séptico y signos de depleción me-



Figura 5.- Tomografía computarizada de cráneo, corte a nivel de orofaringe en proyección axial, en la que se observa infiltración tumoral de amígdalas palatinas y úvula.

dular; en tales condiciones se obtuvo una tercera biopsia con la que se hizo el diagnóstico definitivo de linfoma no-Hodgkin, tipo sarcoma inmunoblástico (Fig. 4).

Pocas horas después el paciente falleció.

Caso 5

Paciente masculino de 61 años de edad con antecedentes de Síndrome de Leriche que ameritó colocación de puente aortoiliaco en 1975, e hipertensión arterial sistémica de 11 años de evolución, controlada. Inició su padecimiento en enero de 1986, seis meses antes de ingresar a nuestro servicio, con disfagia a sólidos, obstrucción nasal bilateral, progresiva hasta hacerse completa, rinorrea anterior y posterior purulenta, rinofonía y severo ataque al estado general con pérdida de 20 kg.

A la exploración física se encontraron amígdalas hipertrófi-

cas grado IV, fijas a planos profundos y aumentadas de consistencia; tumoración rinofaríngea implantada en su pared posterior que desplazaba al paladar blando hacia adelante, de superficie lisa, no vascularizada; adenomegalias submandibulares y cervicales anteriores, bilaterales, fijas a planos profundos, menores de tres cm; abdomen sin visceromegalias. En la tomografía computarizada de cráneo se observó que la neoplasia quedaba confinada a nasofaringe con infiltración a paladar blando, úvula y amígdalas palatinas sin destrucción de estructuras óseas vecinas (Fig 5). Se obtuvieron biopsias de amígdala izquierda y nasofaringe con las que se hizo el diagnóstico de linfoma no-Hodgkin de grado intermedio de malignidad, formado por linfocitos pequeños, no hendidos fase clínica IV-B. Actualmente el paciente es tratado con quimioterapia.

COMENTARIO

Los tumores de nariz, senos paranasales y nasofaringe clínicamente son catalogados casi siempre como carcinomas epidermoides debido a la mayor frecuencia de estas neoplasias en la región de cabeza y cuello. Sin embargo, la incidencia de tumores no epidermoides en estas áreas es más elevada que en cualquier otro sitio de cabeza y cuello. En todo paciente con una lesión sospechosa en nariz, senos paranasales o nasofaringe que no se encuentre en edad de riesgo ni tenga factores predisponentes para desarrollar un carcinoma epidermoide, la primera posibilidad a considerar es la de linfoma no-Hodgkin.^{14 15}

Su comportamiento clínico, al menos al inicio, semeja padecimientos más comunes como sinusitis y procesos granulomatosos; se acompañan de múltiples síntomas locales, regionales y sistémicos. Cuando el paciente es visto por primera vez generalmente ya cursa con enfermedad diseminada. Desde el punto de vista histopatológico el diagnóstico también se presta a confusión debido, por un lado, a la presencia de necrosis y reacción inflamatoria y, por otro, a que algunos de sus rasgos son semejantes a los del carcinoma anaplásico.^{14 15}

En el linfoma de nariz el tipo celular predominante es el de linfocitos T, quizás debido a su afinidad por antígenos específicos en esta área o por influencia de otros estímulos hasta el momento desconocidos. Se caracteriza por ser de mal pronóstico y producir ulceración y necrosis pro-

gresivas e incontrolables de cavidades nasales y estructuras faciales de la línea media.

Con el empleo de marcadores celulares de superficie y técnicas de inmunoperoxidasa para inmunoglobulinas, en conjunto con los procedimientos de laboratorio y gabinete antes comentados, actualmente es posible establecer el diagnóstico en forma precisa y oportuna; esto permite iniciar tempranamente el tratamiento específico y mejorar la sobrevida y el pronóstico.

Caso 6

Paciente femenina de 55 años de edad, estudiada en 1982 en otra institución por presentar tumoración en hemicuello derecho que se trató exitosamente con quimioterapia. Dos meses antes de ingresar al INER, en octubre de 1985, notó aumento de volumen progresivo de hemicuello izquierdo a expensas de tumoración no dolorosa que limitaba los movimientos y engrosamiento de paladar con odinofagia y disfagia a sólidos, además de hipertermia no cuantificada de predominio vespertino y ataque al estado general. A la exploración física se encontró aumento de volumen de paladar blando sin ulceración de la mucosa; rinofaringe y laringe libres de patología. Cuello asimétrico por tumoración en región anterior izquierda, de 12 x 10 cm de diámetro, fija a planos profundos, de consistencia ahulada, dolorosa a la palpación, con tumefacción e hiperemia de piel local; adenomegalias supraclaviculares izquierdas, duras, fijas a planos profundos, no dolorosas; tráquea desplazada hacia la derecha, hi-

pomóvil. Se tomó biopsia de paladar y de masa cervical reportándose compatible con linfoma no-Hodgkin de alto grado de malignidad, de linfocitos grandes, no hendidos, patrón difuso. La paciente se sometió a quimioterapia con esquema de metrotexadziomicina-vincristina-prednisoneomicina, conjuntamente con amikacina y cefalosporinas, con buena respuesta manifestada por reducción en el tamaño de la masa cervical y del paladar y mejoría del estado general.

COMENTARIO

El presente caso corresponde a un linfoma no-Hodgkin de origen ganglionar en cuello con extensión secundaria a paladar blando posiblemente por vía hematogena. La situación inversa, es decir, invasión de un linfoma de cavidad oral a ganglios regionales es extremadamente rara.² La variedad histológica encontrada corresponde a una de las formas más agresivas de la enfermedad, hecho que se demuestra por su corta evolución, el rápido crecimiento de las lesiones, las recidivas tempranas y el compromiso al estado general.

De acuerdo con las tablas pronósticas de la Nueva Formulación de Trabajo¹¹ la sobrevida media en estos pacientes es de 1.4 años.

El tratamiento de elección es la quimioterapia, existiendo gran diversidad de esquemas, cada uno seleccionado de acuerdo al tipo y extensión del tumor, condiciones generales del paciente, efectos colaterales de los medicamentos, experiencia con el uso de los di-

ferentes fármacos y respuesta clínica del paciente.²⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Luetje, C.M.: Erickson, C.: Current Management of Non-Hodgkin's Malignant Lymphoma of the Head and Neck. Arch. Otolaryngol., 101: 1-14, 1975.
- 2.- Saul, S.H., Kapadia, S.N.: Primary Lymphoma of Waldeyer's Ring. Cancer 56: 157-166, 1985.
- 3.- Yamanaka, N., Harabuchi, Y., Sambe, S., et al: Non-Hodgkin's Lymphoma of Waldeyer's Ring and Nasal Cavity. Cancer 56: 768-776, 1985.
- 4.- Podoshin, L., Fradis, M., Schalit, M.: Lymphosarcoma of the Larynx. J. Laryngol. Otol. 85: 1063-1068, 1971.
- 5.- Wang, C.C.: Malignant Lymphoma of the Larynx. Laryngoscope 82 1: 97-100, 1972.
- 6.- Droga, T.S.: Lymphosarcoma of the Larynx. J. Otol. Laryngol. 86: 535-541, 1972.
- 7.- Anderson, H.A., Maisel, R.H., Cantrell, R.W.: Isolated Laryngeal Lymphoma. Laryngoscope 86: 1251-1257, 1976.
- 8.- Cohen, S.R., Landing, B.H., et al.: Primary Lymphosarcoma of the Larynx in a Child. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 87 (Suppl. 52): 20-24, 1978.
- 9.- Gregor, R.T.: Laryngeal Malignant Lymphoma: An Entity. J. Laryngol. Otol. 95: 81-94, 1981.
- 10.- Swedlow, J.B., Merl, S.A., Davery, F.R., et al: Non-Hodgkin's Lymphoma Limited to the Larynx. Cancer 53: 2546-2549, 1984.
- 11.- Krueger, F.R.F., et al: A New Working Formulation of Non-Hodgkin's Lymphomas, Cancer, 52: 833-840, 1983.
- 12.- The Non-Hodgkin's Lymphoma Pathologic Classification Project: National Cancer Institute Sponsored Study of Classifications of Non-Hodgkin's Lymphomas. Cancer 49: 2112-2135, 1982.
- 13.- Ersboll, J., Schultz, H.B., Hougaard, P., et al: Comparison of the Working Formulation of Non-Hodgkin's Lymphoma With the Rappaport, Kiel, and Lukes & Collins Classifications. Cancer 52: 2442-2458, 1985.
- 14.- Wilder, W.H., Harner, S.G., Banks, P.M.: Lymphoma of the Nose and Paranasal Sinuses. Arch. Otolaryngol. 109: 310-312, 1983.
- 15.- Duncavage, J.A., Campbell, B.H., Hanson, G.A., et al: Diagnosis of Malignant Lymphomas of the Nasal Cavity, Paranasal Sinuses and Nasopharynx. Laryngoscope 93: 1276-1280, 1983.
- 16.- Ogasawara, H., Fujitani, T., et al: Clinical and Prognostic Significance of the T-B Immunological Classification of Non-Hodgkin's Lymphomas. Laryngoscope 91: 125-132, 1981.

- 17.- *Horiuchi, J., Okuyama, T., Maisubara, S., et al:* Extranodal Non-Hodgkin's Lymphoma in the Head and Neck. *Acta Radiol Oncol* 21 (*Fasc. 6*): 393-399, 1982.
- 18.- *Al-Saleem, T., Peale, A.R., et al:* Lymphocytic Pseudotumor (Pseudolymphoma) of the Larynx: Report of a Rare Case and Review of the Literature. *Laryngoscope* 80: 133-136, 1970.
- 19.- *Mabry, N.L.:* Lymphoid Pseudo-Tumors of the Larynx. *J. Laryngol Otol.* 81: 441-443, 1967.
- 20.- *Amadori, S., Guglielmi, C., Anselmo, A.P., et al:* Treatment of Diffuse Aggressive Non-Hodgkin's Lymphomas With an Intensive Multi-Drug Regimen Including High-Dose Cytosine Arabinoside (F-MACHOP). *Seminars in Oncology* 12 (*2, Suppl. 3*): 218-222, 1985.

Silla turca vacía

Dr. Juan Felipe SANCHEZ MORLE*

Resumen.- La cefalea crónica como causa de consulta otorrinolaringológica, la visualización de la silla turca en radiografías laterales de senos paranasales y la participación de el otorrinolaringólogo en el abordaje trans-esfenoidal a la silla turca, hacen indispensable el conocimiento por este especialista de la patología intraselar. La etiología, patofisiología y manifestaciones clínicas, así como procedimientos diagnósticos y terapéuticos de el aracnoidocele intraselar responsable de la silla turca vacía. La experiencia de el autor en el manejo de tres casos de esta alteración son presentados.

Summary.- Chronic cephalaea as a cause of otolaryngologic consultation, the visualization of the sella turcica on roentgenograms of the paranasal sinuses and the participation of the otolaryngologist on the transsphenoidal ap-

proach to this structure make it essential for the specialist to have a good knowledge of intrasellar pathology. The etiology, pathophysiology and clinical manifestations as well as the diagnostic and therapeutic procedures of the intrasellar arachnoidocele, responsible for the empty sella syndrome, are discussed. The experience of the author in the management of three such cases is presented.

INTRODUCCION

Se conoce con el nombre de silla turca vacía a el resultado de la extensión de el espacio sub-aracnoideo hacia una posición intraselar, que da origen a una remodelación de la silla turca ósea, la cual por lo general aumentará su tamaño, con un consecuente aplanamiento de la hipófisis como resultado de la presión ejercida sobre de ella.

Esta extensión de el espacio sub-aracnoideo forma un aracnoidocele, que por la situación particular que nos ocupa recibe el nombre de aracnoidocele intraselar. La presencia de este tipo de alteraciones, en casos de autopsia se ha encontrado entre un 5.5 a un 23.5 por ciento.¹ Sin embargo, la incidencia de manifestaciones clínicas y por lo tanto de su diagnóstico es mucho más baja. Su presencia se ha relacionado a antecedentes de radioterapia o cirugía a la región de la silla turca como consecuencia de formas terapéuticas aplicadas a neoplasias hipofisiarias, utilizándose el nombre de silla turca vacía secundaria. Cuando esta condición no tiene los antecedentes previamente mencionados se le conoce como silla turca vacía primaria.

La formación de un aracnoidocele primario en esta región se ha relacionado a un diafragma selar amplio. Este diafragma formado

* Hospital Central Militar, México, D.F.

por la duramadre permite el paso del tallo hipofisiario entre el hipotálamo y la hipófisis, en ciertas condiciones relacionadas a su amplitud y al aumento de presión intracraneana, permite la herniación de la aracnoides hacia el interior de el espacio intraselar en el cual, las variaciones pulsátiles de presión en el líquido cefaloraquídeo aumentará paulatinamente de tamaño, causando con esto un aplanamiento de el tejido hipofisiario, y un aumento de tamaño de la silla turca ósea con desmineralización de sus paredes, en especial su dorso. El tejido glandular hipofisiario si bien disminuido en su volumen curiosamente no presenta generalmente datos clínicos o de laboratorio de una función disminuida,^{2 3 4} y aun en ocasiones puede ser asiento de patología propia como la formación de un adenoma funcionante con los consecuentes datos hormonales de hiperfuncionamiento hipofisiario.^{5 6}

Estas alteraciones anatómicas, por la tracción ejercida sobre las meninges tienden a producir cefaleas, las cuales no siguen un patrón determinado y generalmente son progresivas y de larga evolución. Otras alteraciones descritas son la herniación de el quiasma óptico hacia el interior de la silla turca con compresiones variables de las fibras ópticas que pueden producir cambios en los campos visuales y aun de la agudeza visual. Sin embargo, estas alteraciones visuales son más comunes en casos de sillas turcas vacías secundarias que en casos de sillas vacías primariamente.^{7 8}

Sillas turcas vacías son más comunes en mujeres, presentándose hasta un 83 por ciento de los casos

reportados en este sexo.^{2 5 7 9} La obesidad se ha encontrado en un 78 por ciento de los casos e hipertensión arterial en un 30 por ciento. En un 10 por ciento se ha reportado rinorrea espontánea de líquido cefaloraquídeo. La edad promedio de su presentación es en la primera parte de la sexta década de la vida y la historia de multiparidad es común.^{2 5 7 9 10 11}

El diagnóstico se sospecha por cefalea crónica, rinorrea de líquido cefaloraquídeo o algún traumatismo coincidental, que hace que se practique al paciente estudios radiológicos simples de cráneo, en los cuales se observa un aumento de tamaño de la silla turca, indiscutible del aumento ocasionado por una neoplasia de la hipófisis. Posteriormente estudios para dosificaciones de hormonas hipofisarias y estudios radiológicos más complejos como lo fue anteriormente la neumoencefalografía y en la actualidad la tomografía computada establecerán el diagnóstico correcto.

PRESENTACION DE CASOS

Caso No. 1.- Femenina de 51 años de edad que acude en 1980 al Hospital Militar Regional de Guadalajara, con una historia de cefaleas de 3 años de evolución, de intensidad y frecuencia en aumento. La paciente es multipara y obesa. El estudio radiológico simple de cráneo demuestra una silla turca aumentada de tamaño. Estudios hormonales hipofisarios resultan normales y el diagnóstico de un adenoma hipofisiario no funcionante es establecido. Politomografía lateral y anteroposterior de la silla turca confir-

man el marcado aumento de tamaño de la misma, pero sin la presencia de un doble piso frecuentemente visto en casos de neoplasias. Se practica abordaje translabio septo esfenoidal a la silla turca y al abrirse la duramadre se encuentra una gran fuga de líquido cefaloraquídeo. La hipófisis es visualizada pequeña y en una posición postero-inferior en la silla. Se eleva la duramadre que la cubre inferiormente del piso y se rellena parcialmente la silla con músculo obtenido de la cara lateral del muslo. En el postoperatorio la paciente presenta al quitarse el taponamiento nasal una fístula de líquido cefaloraquídeo que persiste por dos semanas y que cede a medidas conservadoras como reposo en cama, administración de antibióticos y punciones raquídeas repetidas. Posteriormente las cefaleas desaparecen y su control se pierde en el año de 1984.

Caso No. 2.- Femenina de 46 años de edad que acude al Hospital Central Militar en 1984 por cefaleas de 4 años de evolución progresivas en intensidad y frecuencia. No es obesa, pero es múltipara. Estudio radiológico simple de cráneo demuestra la presencia de una silla turca aumentada de tamaño simétricamente. No existen datos de alteraciones visuales o de hiperfuncionamiento hipofisiario. La posibilidad de una silla turca vacía es contemplada y se practica neumoencefalografía que demuestra el aracnoidocele intraselar y la localización infero-posterior de la hipófisis. Se practica abordaje translabio septo esfenoidal a la silla turca. Se expone la duramadre y sin abrirla se eleva su porción

inferior con músculo. La paciente evoluciona satisfactoriamente siendo dada de alta una semana después de su intervención. Su evolución posterior demuestra la desaparición de sus cefaleas.

Caso No. 3.- Femenina marcadamente obesa de 34 años de edad, nulípara. Refiere traumatismo craneal un mes antes sin inconciencia que determina que se practiquen placas simples de cráneo que muestran una silla turca aumentada de tamaño. La paciente refiere una historia de 6 años de evolución de cefaleas que han aumentado en intensidad y frecuencia. Se practica tomografía computada de silla turca que demuestra datos compatibles con un aracnoidocele y ausencia de neoplasia intraselar. La paciente es referida al autor y estudios hormonales hipofisarios resultan normales. Nueva tomografía computada de alta resolución demuestran claramente los datos de aracnoidocele intraselar con una hipófisis en posición inferior. En el Hospital Español de México se practica abordaje translabio septo esfenoidal a la silla turca y una vez expuesta la duramadre es fácilmente visible a trasluz la colocación inferior de la glándula y el color azul oscuro de el aracnoidocele que llena casi tres cuartas partes de la silla se eleva la duramadre de su porción inferior sin ser abierta y se coloca músculo obtenido de el muslo para llenar casi la mitad de el espacio selar. La paciente es dada de alta una semana después y su evolución posterior demuestra la desaparición de sus cefaleas y estudios hormonales post-operatorios tres meses después de la intervención

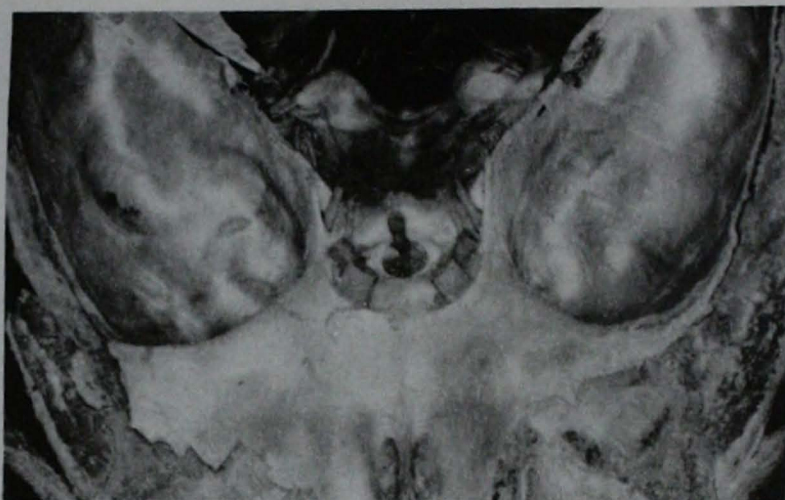


Figura 1.- Dirección de cadáver que muestra tallo hipofisario penetrando a través de el diafragma de duramadre que forma el techo de la silla turca, obsérvece su tamaño y la posibilidad de herniación de la anacnoides a través de él para formar un aracnoidocele.



Figura 2.- Radiografía lateral de cráneo caso No. 3 Nótese abombamiento silla turca por aracnoidocele intraselar.

se encuentran dentro de límites normales.

COMENTARIOS

Los tres pacientes presentados demuestran las características clínicas de la silla turca vacía prima-

ria. En primer lugar los tres casos son femeninos lo que va de acuerdo a la predominancia de este sexo en estos casos. Dos pacientes son obesas, siendo la de mayor proporción la única que está en la cuarta década de la vida y la única nulípara. Ninguna presenta



Figura 3.- Tomografía computada en corte axial que demuestra zona hipodensa en área intraselar.



Figura 4.- Tomografía computada en corte coronal. Fácilmente observable el aracnoidocele como zona hipodensa intraselar y la posición inferior y aplanada de la glándula hipofisis. Nótese áreas laterales correspondientes a senos cavernosos y ausencia de proyección de los mismos intraselar que decarta patología (arotidea).

datos clínicos o de laboratorio de disfunción hormonal hipofisaria y la única sintomatología fue cefalea de larga evolución progresiva en intensidad y duración. El diagnóstico se inicia, en todas ellas, por la presencia de una silla turca de dimensiones aumentadas

en estudios radiológicos simples de cráneo. En el caso número 1 el diagnóstico pre-operatorio no se sospechó, por lo que estudios radiológicos que confirmaran una silla turca vacía no fueron practicados. Los datos transoperatorios son los que confirman un aracnoi-

docele, y si bien, resuelta es la única paciente en la que se presenta una complicación quirúrgica relacionada a la abertura de la duramadre intraselar. En el segundo caso, el diagnóstico se contempla y por lo tanto se utiliza la neumoencefalografía que lo confirma al llenar de aire el espacio aracnoideo intraselar y por lo tanto en el trans-operatorio la duramadre no es abierta. En la tercera paciente la disponibilidad de tomografía computada hacen el diagnóstico más sencillo. Creemos que en la actualidad la tomografía computada de alta resolución es el procedimiento de elección para el diagnóstico en estos pacientes al demostrar la ausencia de una neoplasia de la hipófisis en una silla turca de dimensiones mayores a las normales, y la presencia de el aracnoidocele intraselar con la hipófisis aplanada en la porción selar inferior. Además de que el uso de medio de contraste permite descartar también otra causa de agrandamiento selar como son los aneurismas carotídeos, sin necesidad de practicar arteriografías.

En pacientes con cefaleas crónicas en los cuales el diagnóstico de silla turca vacía primaria es establecido con certeza, pensamos que si sus condiciones generales lo permiten y debido a la sencillez de el método quirúrgico propuesto, deberán de ser tratados. La cirugía transesfenoidal a la silla turca permite una exposición extradural, exposición del piso selar claramente y la elevación de la porción inferior de la dura con músculo, obliterando así parcialmente el espacio disponible para el crecimiento de el



Figura 5.- Reconstrucción sagital de Tomografía computada de alta resolución que muestra nuevamente aracnoidocele intraselar manifestada como área hipodensa y región de mayor densidad situada en el piso de la silla y que representa la glándula hipofisis.

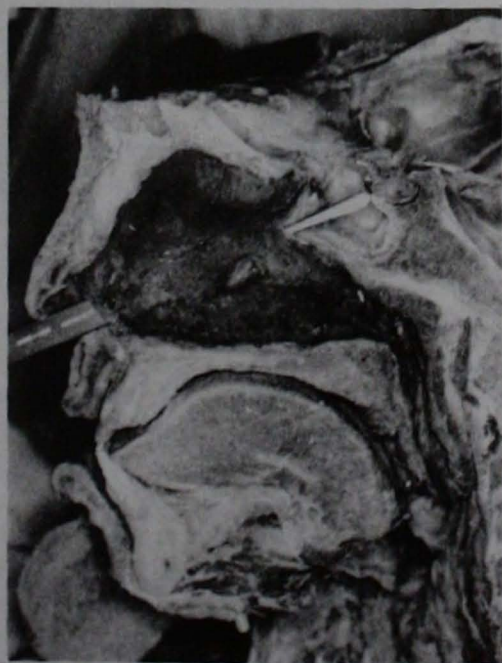


Figura 6.- Dirección de cadáver seccionando la cabeza en un corte sagital, que muestra claramente el excelente acceso por vía trans septo esfenoidal para la exposición extradural de los contenidos intraselares.

aracnoidocele, sin daño a estructuras neurológicas como el quiasma óptico y la glándula hipófisis, y quitando la causa de las cefaleas crónicas de estos pacientes.

CONCLUSIONES

La cefalea crónica es una causa frecuente de consulta otorrinolaringológica. Radiografías de senos paranasales son practicadas en estos casos muy frecuentemente para descartar patología sinusal. La placa lateral de senos puede demostrar datos de agrandamiento de la silla turca. Una tomografía computada de alta resolución podrá confirmar el diagnóstico de silla turca vacía y la posibilidad terapéutica de un tratamiento quirúrgico por vía transesfenoidal contemplada en vista de su relativa sencillez y baja morbi-mortalidad. Este mismo estudio radiológico servirá para descartar otras causas de aumento de tamaño de la cavidad ósea selar como son neoplasias o aneurismas. Los tres casos presentados representan la rápida evolución en el diagnóstico de sillas turcas vacías primarias, así como sus características de presentación más frecuentes, como es su presencia en mujeres obesas, multíparas, cercanas a la quinta década de la vida con cefaleas de larga evolución, con sillas turcas de mayores dimensiones a las normales en estudios simples de cráneo y sin datos clínicos o de laboratorio de difusión hipofisiaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Bergland RM, Ray BS, Torack RM.: Anatomical variations in the Pituitary gland and adjacent structures in 225 human autopsy cases. *J. Neurosurg* 28: 93, 1968.

- 2.- *Jordan RM. Kendall JW. Kerber CW.:* The primary empty Sella Syndrome. *The Amer. J. of Medicine.* 62: 569. 1977.
- 3.- *Ridgeway EC. Kourides IA. Kliman B et al.:* Thyrotropin and Prolactin pituitary reserve in the empty sella syndrome. *J. Clin Endocrinol Metab.* 41: 953. 1975.
- 4.- *Brisman R. Hughes JO. Holub DA.:* Endocrine function in nineteen patients with empty sella syndrome. *J. clin. endocrinol. Metab.* 34: 570. 1972.
- 5.- *Ganguly A. Stanchfield JB. Roberts TS et al.:* Cushing's syndrome in a patient with an empty sella turcica and a microadenoma of the adenohypophysis. *Am J Med.* 60: 306, 1976.
- 6.- *Sutton TJ. Vezina JL.:* Co-existing pituitary adenoma and intrasellar arachnoid invagination. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.* 122: 508. 1974.
- 7.- *Hodgson SF. Randall RV. Holman CB et al.:* Empty sella syndrome. *Med Clin North Am* 56: 897. 1972.
- 8.- *Neelon FA. Goree JA, Lebovitz HE.:* The primary empty sella: Clinical and radiographic and endocrine function. *Medicine (Baltimore)* 52: 73. 1973.
- 9.- *Berke JP. Buxton LF. Kokmen E.:* The "empty" sella. *Neurology.* 25: 1137. 1975.
- 10.- *Kaufman B.:* The "empty" sella syndrome — a manifestation of the intra sella subarachnoid space. *Radiology* 90: 931. 1968.
- 11.- *El Gammal T. Allen MD Jr.:* The intrasella subarachnoid recess. *Acta Radiol.* 13: 401. 1972.

Aplasia del seno lateral y bulbo de la yugular:

(Presentación de un caso)

Dr. Benjamín MACIAS FERNANDEZ*

Dr. Luis A. MACIAS FERNANDEZ*

Dr. Benjamín MACIAS JIMENEZ*

Resumen.- Se presenta el caso de un paciente de 43 años de edad con aplasia congénita del seno lateral y del bulbo de la yugular con sintomatología sugestiva de lesión retrococlear.

La posibilidad de una malformación anatómica vascular en el drenaje venoso intracraneal debe de tenerse en mente en el estudio del paciente otoneurológico.

Summary.- We present the case of a 43 yr. old patient with a congenital aplasia of the lateral sinus and the jugular bulb with sumptomatology suggesting a retrochoclear lesion. The possibility of a vascular malformation of the intracranial venous network should be kept in mind during the study of the otoneurologic patient.

INTRODUCCION

El drenaje venoso del neurocráneo procede de la fusión de una extensa red capilar que rodea al tubo neural fetal, en dos venas cardinales. Durante el desarrollo embrionario cerebral estas venas perforan el cráneo a través de los orificios que formarán el agujero yugular. La parte superior de estas venas (por arriba del agujero yugular) se desarrollan como el seno sigmoideo y lateral mientras que, la parte inferior se transforman en las venas yugulares internas.^{1 2}

Mall en 1905, Streeter en 1915 y Van Geldern en 1924 fueron los primeros en describir los enlaces plexiformes de los senos venosos de la dura madre. Estos senos, descansan entre la superficie interna del cráneo y las dos capas de la duramadre, constituidos por paredes rígidas sin músculo y forradas de tejido endotelial.

Woodhall's⁴ en 1936, encuen-

tra en un estudio de 100 preparaciones post-mortem que el seno longitudinal superior drenaba al lado derecho en 39 por ciento y al izquierdo en el 13 por ciento, mientras que, el 24 por ciento de los casos existía una división variable. Solamente en el 4 por ciento no encontró seno lateral.

Browning's³ en 1953, describe las variantes anatómicas de los senos en la región de la Presa de Herófilo clasificándolos en cuatro tipos:

El tipo I, el SLS se divide en dos ramas que después son conectadas por un componente transversal; el tipo II, que es el más frecuente, el SLS drena al hemisferio derecho principalmente con poca descarga al izquierdo; el tipo III, la porción posterior del SLS está algo desviada a la derecha y el seno lateral se llena poco; el tipo IV, la porción posterior del SLS está totalmente decentrada.⁵

Estas variantes anatómicas demostradas tanto radiológicamen-

* Soc. Mexicana de O.R.L. México, D.F.

te como en estudios post-mortem han sido motivo de estudio por más de 200 años por anatomistas, clínicos especialmente otólogos, neurocirujanos y neuroradiólogos, creciendo el interés día a día en los últimos años sobre la circulación intracraneal.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 43 años de edad, sin antecedentes relevantes, el cual presenta sintomatología otoneurológica 6 meses antes de ser estudiado, caracterizada por acúfeno de tonalidad aguda, constante, no pulsátil de intensidad variable, acompañado de vértigo por crisis de segundos a minutos de duración, incrementándose con movimientos y síntomas neurovegetativos ocasionales. No se encontraron datos patológicos a la exploración física.

Se efectuó estudio otoneurológico: en la audiometría tonal, hipoacusia de tipo sensorineural a partir de 4 KHz hasta 75 dB en oído derecho, con captación sensorial y regresión fonémica importante en la logaudiometría. El oído izquierdo con audición normal. La impedanciometría mostró curvas tipo "A" bilateralmente y los reflejos estapediales en el lado derecho sugestivos de reclutamiento, así como la AA de Bekesy. El estudio vestibular mostró en las pruebas térmicas: hiporreflexia bilateral de predominio derecho.

Por los hallazgos anteriores se efectuó T.C., con aire para descartar la posibilidad de una tumoración en ángulo pontocerebeloso.



Figura 1.- T C con aire en cisternas pontocerebelosas, demostrando normalidad de las mismas.



Figura 2.- Anormalidad del drenaje venoso a nivel del seno lateral y bulbo de la yugular en lado izquierdo (contralateral al sitio de sospecha clínica).

El estudio demostró ambas cisternas libres y como hallazgos principales: anormalidad en el drenaje venoso a nivel del seno lateral y bulbo de la yugular contralateral al sitio de sospecha clínica. Tanto en las proyecciones simples como con medio de contraste es evidente la falta de desarrollo de las estructuras vascula-

res del drenaje venoso del lado izquierdo, y su correspondiente compensación fisiológica exagerada en el lado derecho, caracterizada por un aumento del seno lateral, sigmoideo y golfo de la yugular. Se decidió mantener al paciente en observación. (Figs. 1, 2, 3 y 4).

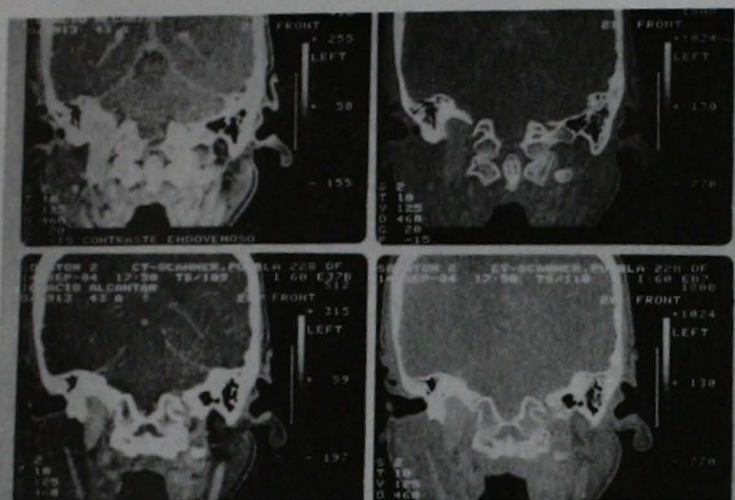


Figura 3.- Corte coronal con fases diferentes de vaciamiento venoso, demostrando aplasia del seno lateral y golfo de yugular en lado izquierdo, con compensación fisiológica en lado derecho.

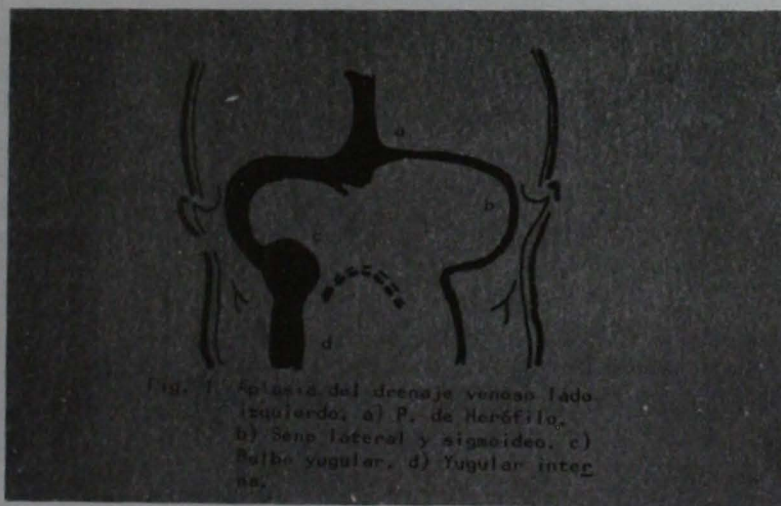


Figura 4.- Esquema del drenaje venoso anormal encontrado en el caso.

COMENTARIOS

La literatura no contiene material relevante de los aspectos clínicos de acuerdo a los tipos de variantes anatómicas de los senos de la duramadre; de la aplasia congénita del seno lateral y bulbo de la yugular ipsilateral no se tie-

nen comunicaciones previas, por lo que las manifestaciones clínicas no son claras.

Pensamos al igual que Deeb¹ y colaboradores que este tipo de malformaciones no deben de ser incluidas dentro de las variantes normales de los senos venosos en la Presa de Herófilo, ya que éstas

últimas no dan sintomatología. Todos los casos anteriormente descritos como Deeb y Tjellström⁶ hablan de acúfeno pulsátil, hipacusia conductiva y masa retro-timpánica azulada; nuestro caso, aporta otros datos que deben ser tomados en cuenta para la sospecha clínica de este tipo de entidad patológica antes del hallazgo radiológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Deeb Z L, Rotenber D, Owen B F: Aplasia of sigmoid sinus with high-laying jugular bulb. *AJNR*. 2: 187-188, 1981.
- 2.- Patten B M: *Embriología Humana*. 552-558. Editorial "El Ateneo" Buenos Aires. 5a. Edición, 1969.
- 3.- Vinken P J, Bruynn G W: *Handbook of Clinical Neurology*. 45-64, 415-429. Elsevier North Holland Biomedical. New York, 1977.
- 4.- Woodhall B: Variations of cranial venous sinuses in region of foramen Herophili. *Arch Surg*. 33: 297-314, 1936.
- 5.- Taveras J M, Wood E H: *Diagnóstico Neuroradiológico*. Panamericana. 640-661, Baltimore, 1977.
- 6.- Tjellstrom A, Svendsen P: Abnormal venous drainage simulating a glomus jugulare tumor. *Ann Otol, Rhinol, Laryngol*. 92: 199-201, 1983.

Fractura del Hioides

Dr. Bernardo GROBEISEN, F.A.C.S.**
Dr. Elías ROZILLO**
Dr. Andrés GANTOUS**
Dr. Leopoldo Guzmán Navarro, F.A.C.S.**

Resumen.- Se presenta el caso de un paciente masculino de 18 años de edad con una fractura traumática del hueso hioides sin lesiones laringo-faríngeas asociadas. Se realizó una revisión de la literatura, no encontrando un solo reporte de fractura del hueso hioides como lesión única postraumática. La rareza de estos casos hacen difícil su manejo ya que aún no está bien aclarado el tratamiento. En este caso el paciente fue intervenido quirúrgicamente, resecándosele la porción fracturada, lográndose una resolución satisfactoria del cuadro. Algunos otros autores han mantenido una conducta conservadora con buenos resultados.

Summary.- We present the case of an 18 yr. old male with a traumatic fracture of the hyoid bone with no associated pharyngolaryngeal lesions. A revision of the medical literature was made, finding no reported cases of a hyoid bone fracture as a single post-traumatic lesion. The rarity of these lesions makes their management more complicated due to the absence of an established treatment. In this case, the patient was surgically intervened, resecting the fractured portion of the bone and achieving a good resolution of the symptomatology. Some authors have maintained a conservative approach with good results.

INTRODUCCION

En el pasado, las causas más comunes de fracturas del hioides habían sido descritas y reportadas durante estudios post-mortem

en casos de estrangulamientos y ahorcamientos. Sin embargo, durante las últimas décadas, se ha presentado un incremento importante en el número de traumatismos laríngeos, debido a un aumento en la cantidad de accidentes automovilísticos así como en la práctica de deportes de contacto.

Las consecuencias de dichos traumatismos frecuentemente se reflejan en lesiones compuestas de los cartílagos tiroideos y cricoides, los anillos traqueales y el hueso hioides.¹

Las manifestaciones clínicas que nos indican la presencia de lesiones serias son: la obstrucción de la vía aérea, el enfisema cervical subcutáneo, la disfonía, la pérdida del contorno normal de la laringe, la hemoptisis, las equimosis de la porción anterior del cuello y las laceraciones de la mucosa.^{1 2}

En los casos de fractura del hioides, encontramos dolor local

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

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

de intensidad variable, que incrementa con los movimientos de la deglución durante los cuales puede llegar a palparse crepitación en la zona afectada.

El diagnóstico de éstas lesiones puede pasar desapercibido ya que el paciente politraumatizado generalmente llega al hospital en estado de gravedad y, a menudo, no se piensa de inmediato en la posibilidad de esta patología. No es raro ver casos sometidos a una traqueostomía de urgencia, que tiempo después, al tratar de decanular al enfermo, se hacen obvias las secuelas de las lesiones laringeas.

La fractura del hioides como lesión única es rara, como lo demuestra la ausencia de casos reportados en la literatura médica. Consecuentemente, no está bien aclarado si el tratamiento de ser quirúrgico o conservador.

Ante la sospecha de una fractura del hioides, es recomendable tomar una radiografía lateral del cuello, con la cual es posible hacer el diagnóstico. Siendo indispensable realizar posteriormente una laringoscopia indirecta o directa para valorar la magnitud de las lesiones. La conducta quirúrgica consiste en la inmovilización y aproximación de los fragmentos óseos con alambre de acero inoxidable del No. 28²

REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 18 años de edad con antecedentes de haber sufrido un traumatismo contuso en la porción lateral izquierda del cuello durante una práctica de artes marciales hace 3 años. Posterior al traumatismo, refiere

haber presentado dos episodios de dolor súbito caracterizado por: odinofagia y dolor intenso en la región anterior izquierda del cuello. Fue tratado por otro facultativo con cortisona, sin ningún beneficio. Tres días antes de ser valorado por nosotros, presentó nuevamente un cuadro doloroso similar a los pasados y fue manipulado por un fisioterapeuta, quien sólo empeoró la sintomatología.

A la exploración física, encontramos a un paciente en posición antálgica con el cuello retraído, dolor intenso a la palpación de la región anterior y lateral izquierda del cuello, sin enfisema subcutánea evidente. No se logró realizar una laringoscopia indirecta ya que le era imposible abrir la boca. No había obstrucción respiratoria ni disfonía.

Se realizó una radiografía lateral del cuello (Fig. 1) encontrándose el hueso hioides fracturado y una desviación de la tráquea hacia el lado izquierdo.

Bajo anestesia general, se practicó laringoscopia directa sin encontrar laceraciones de la mucosa, hematoma u otra anomalía. Se procedió a practicar una exploración quirúrgica a través de la línea media y anterior del cuello. Se levantaron los colgajos músculo-cutáneos y se disecó hasta localizar el hueso hioides, se elevaron los músculos infra y suprahioides para exponer el punto de la fractura. Se encontró una fractura lineal antigua, no consolidada, de la porción media del hioides. Siguiéndose la técnica de Sistrunk, se practicó una resección de la porción media del



Figura 1.- Radiografía lateral de cuello donde se aprecia la fractura del hioides.

hioides y se cerró la incisión por planos.

Diagnóstico histopatológico: Fragmento de hueso con fractura y callo óseo en los bordes.

La evolución post-operatoria del paciente ha sido muy buena, encontrándose asintomático a los dos años de intervenido.

DISCUSION

La mandíbula es la mayor protección de la laringe en casos de traumatismos, excepto en los casos en que la cabeza esté extendida o rotada. Las lesiones por aplastamiento comprimen la laringe contra la columna cervical, llegando a ocasionar fracturas de las estructuras laríngeas.³

Ogura y Heeneman encontraron que el aumento en la incidencia del trauma del cuello y del complejo laringo-traqueal va en relación directa con el aumento de los accidentes automovilísticos.⁴ La biodinámica de las lesiones de la laringe y la faringe en accidentes de tránsito han sido adecuadamente descritas y se ha concluido que el chofer es la víctima más frecuente y que el volante del automóvil es el objeto con el cual más comúnmente se impacta el cuello.⁵

La fractura del hueso hioides puede presentarse como resultado único de un traumatismo cervical, pero, más frecuentemente, se presenta asociado a fracturas de los otros cartílagos laríngeos. Cualquier porción del hueso hioides puede ser afectada, pero en general, se presenta en la zona central del cuerpo debido a la gran flexibilidad de las astas.

En la etapa aguda del trauma laríngeo con fractura del hioides,



Figura 2.- Exploración quirúrgica del cuello. Fractura vertical del hioides.

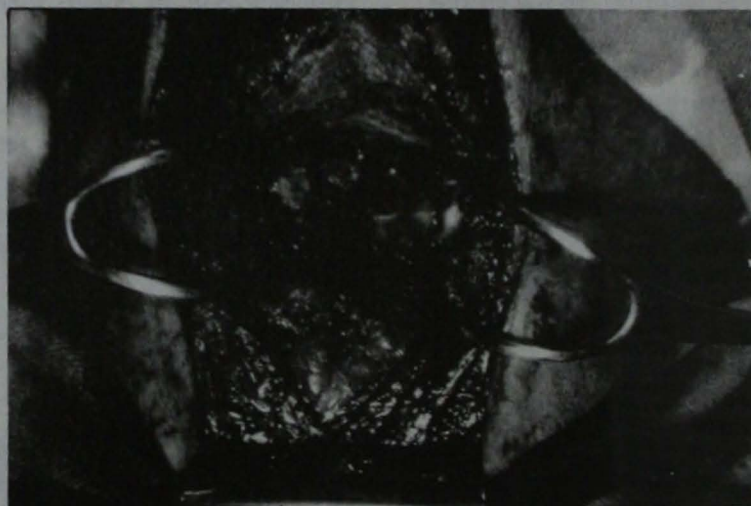


Figura 3.- Después de reseca el fragmento fracturado.



Figura 4.- Fragmento óseo fracturado.

suele presentarse dolor y tumefacción en la parte superior y anterior del cuello. Al palpase la zona durante la deglución se puede apreciar crepitación. El paciente presenta odinofagia, con dolor a causa del roce de los fragmentos fracturados.

Debido a la íntima relación del hioides con los músculos de la deglución es habitual que la consolidación de la fractura sea tardía o, incluso, nunca se lleve a cabo. Continuando así, las molestias durante la deglución.

En muchos pacientes se encuentran laceraciones faríngeas causadas por los bordes agudos del hioides que se encuentran desplazados posteriormente contra los músculos paravertebrales, produciendo el daño tisular.^{6 7}

La asociación de fractura-dislocación de la espina cervical con fractura del hioides fue descrita por Graf en 1969.⁸ Erlenbach y Holman reportaron dos casos con lesión del cuello y laceraciones faríngeas, habiendo sólo en uno de ellos una fractura no desplazada del hioides.⁹ De los nueve casos de trauma laríngeo agudo reportados por Maran y Stell, sólo en uno se encontró fractura del hioides.¹⁰

Es la opinión de algunos autores que al sospechar una fractura del hioides se debe realizar una cuidadosa faringolaringoscopia y si al hacerla no se encuentran datos de laceración de la faringe, puede mantenerse una conducta conservadora sin que posterior-

mente aparezcan complicaciones o secuelas.¹

Es fácil pasar por alto el diagnóstico de las fracturas del hioides ya que el paciente con trauma faringo-laríngeo, comúnmente presenta otras lesiones asociadas que distraen el diagnóstico. Esto se puede evitar manteniendo en mente la posibilidad de estas lesiones y tomando las medidas necesarias para hacer el diagnóstico, como lo son una buena exploración física y la ayuda de estudios radiográficos.

Creemos que, al hacer un diagnóstico precoz y establecer un tratamiento temprano, podemos facilitar una vía aérea adecuada y mantener una laringe funcional. Evitando así secuelas que pueden variar desde disfonía hasta estenosis traqueales serias, que, por lo demás, pueden requerir un manejo tardío mucho más complicado.

En este caso creemos que la fractura no consolidó por la presencia de movimientos deglutatorios constantes que nunca permitieron una estabilidad de los fragmentos.

Una exploración quirúrgica temprana con una reparación definitiva, tal vez hubiese sido suficiente para permitir la consolidación ósea y no requerir una excisión parcial del hueso.

CONCLUSIONES

Al enfrentarse ante traumatismos del cuello, el médico debe mantener entre sus posibilidades diagnósticas la fractura del hueso

hioides así como la de las demás estructuras laringo-traqueales. Al sospechar esta patología se deberá realizar un estudio radiológico del cuello, que en la mayoría de los casos, confirmará el diagnóstico, y, entonces, una endoscopia para valorar la magnitud de la lesión.

Pensamos que toda fractura o lesión del complejo faringo-laringo-traqueal debe ser manejada quirúrgicamente a la menor brevedad posible. Logrando, así, mantener una laringe funcional, evitando problemas obstructivos de la vía aérea y molestias futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Eliachar, I., Goldsher, M.*: Hyoid Bone Fracture with Pharyngeal Lacerations. *Jour Laryng Otol.* 94: 331-335. 1980.
- 2.- *Ballenger, J. J.*: Enfermedades de la Nariz, Garganta y Oído. 393-397. Editorial JIMS. Barcelona. 1981.
- 3.- *Maran, A. G. D.*: Otorrinolaringología Clínica. 501-503. Editorial Espaxs, S.A. Barcelona. 1981.
- 4.- *Ogura, J., Heeneman, H.*: Laryngo-tracheal Trauma Diagnosis and Treatment. *Can Jour Otolaryng.* 2: 112-118. 1973.
- 5.- *Nahum, A. J., Siegel, A. W.*: Biodynamics of Injury to the Larynx in Automobile Collisions. *Ann Otol Rhin Laryng.* 76: 781. 1967.
- 6.- *Paparella and Shumrick*: Otolaryngology. Vol. 2: 610-615. Saunders. Philadelphia. 1973.
- 7.- *Krekorian, E.A.*: Perforation of the Pharynx with Fracture of the Hyoid Bone. *Ann Otol Rhin Laryng.* 73: 583-590. 1964.
- 8.- *Graf, C.*: Laceration of the Pharynx with fracture of the Hyoid Bone. *The Journal of Trauma.* 9: 812-818. 1969.
- 9.- *Erlenbach, H. D., Holman, W. B.*: Laceration of the Pharynx: Report of Two Cases due to a Blow in the Neck. *Ohio State Medical Journal.* 660: 43-47. 1964.
- 10.- *Maran, A.G., Stell, P. M.*: Acute Laryngeal Trauma. *The Lancet.* 2: 1107-1120. 1970.

Notas e informaciones

GRUPO DE EDITORES DE REVISTAS MEDICAS MEXICANAS

En México la tarea editorial médica, tiene una sólida tradición que se inició en 1772 con la publicación del periódico EL MERCURIO VOLANTE editado por el insigne Doctor Ignacio Bartolache y continúa hasta la

actualidad al contar con magníficos órganos de difusión del que hacer en medicina; sin embargo, un análisis profundo de las publicaciones que se editan en México, salvo algunas excepciones, pone de manifiesto una serie de inconsistencias y deficiencias que revelan la falta de un grado de excelencia y regularidad en la labor editorial.

Lo anterior obedece a numerosas causas y circunstancias complejas que impiden la realización óptima y la calidad que todos deseamos para las revistas médicas mexicanas. El problema es de tal magnitud y abarca tan variados aspectos que, entenderlo en toda su extensión y resolverlo, requiere de la conjunción de voluntades y el esfuerzo de un grupo organizado para: Establecer claramente un diagnóstico situacional de las dificultades que en su conjunto afectan a todas las publicaciones, y plantear las posibles soluciones que beneficien a todas las publicaciones y a cada una en particular.

Bajo este marco conceptual, un grupo de editores de revistas médicas mexicanas se planteó la necesidad de reunirse, para encarar en forma organizada los complejos problemas que agobian a las publicaciones médicas, y tratar así en forma coordinada de encontrar posibles soluciones a cada uno de ellos.

Asimismo, el día 24 de noviembre de 1986 y bajo los auspicios de la ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA quedó formalmente constituido el que a partir de esa fecha se denominará: GRUPO DE EDITORES DE REVISTAS MEDICAS MEXICANAS y cuyos objetivos son los siguientes:

1). Contribuir con la experiencia individual y colectiva de sus miembros, a elevar a nivel óptimo, la calidad académica y técnica así como la repercusión intelectual, de las revistas médicas mexicanas.

2). Mantenerse al tanto acerca de las normas éticas y técnicas que actualmente rigen la edición de las revistas de contenido predominantemente científico, difundir sus puntos de vista acerca de este particular y promover su aplicación.

3). Impulsar, en México, el empleo de los requerimientos internacionales vigentes para la elaboración, presentación y edición de los escritos científicos.

4). Redefinir la estructura y operación de los cuerpos editoriales de las revistas médicas mexicanas.

5) Instituir, operar y difundir el Registro Nacional de Revistas Médicas.

6). Plantear las bases operativas para la inclusión de las publicaciones periódicas mexicanas en el acervo de las bibliotecas médicas del país.

7). Promover la distribución amplia de estas publicaciones en las naciones de habla española.

8). Respaldar las gestiones de las que lo ameriten y requieran, para ser incluidas en diversos índices internacionales.

De esta manera, el GRUPO investigará los problemas editoriales que son propios de las publicaciones médicas, propondrá soluciones y promoverá el interés institucional y colectivo por las revistas.

Exhortamos e invitamos a participar en esta labor a todo aquel médico que edite o planea editar una revista médica y desee desarrollar un sentido de calidad en su publicación.

El GRUPO quedó integrado por los firmantes del acta constitutiva y las publicaciones respectivas que cada uno de ellos edita.

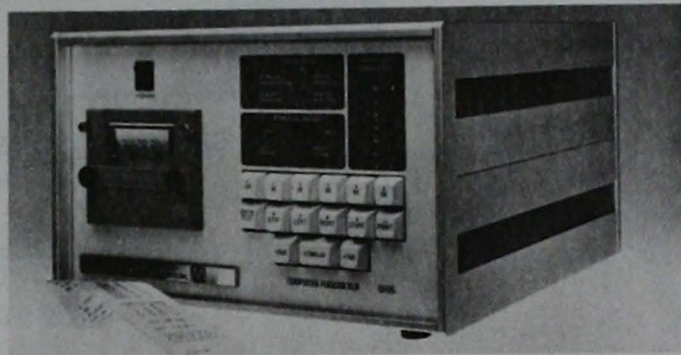
Por nuestra publicación, firmó el acta constitutiva el Dr. Rafael García Palmer en su calidad de Director Editor.



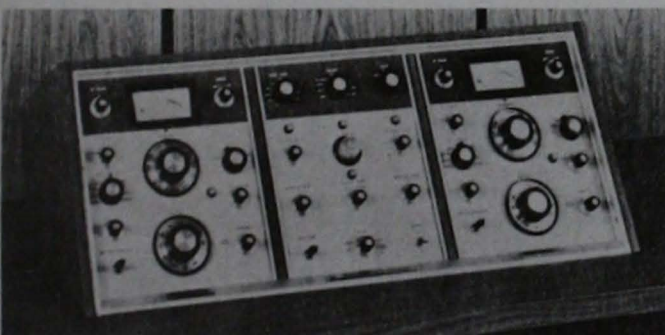
MAICO La más conocida marca en audición le ofrece el más amplio renglón de audiómetros



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



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



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



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

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

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

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

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

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

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

**SEPTIMA CONFERENCIA BRITANICA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA**

Glasgow, Escocia

26 al 31 de julio de 1987

Sede de la reunión.- Universidad de Glasgow

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

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

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

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

...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



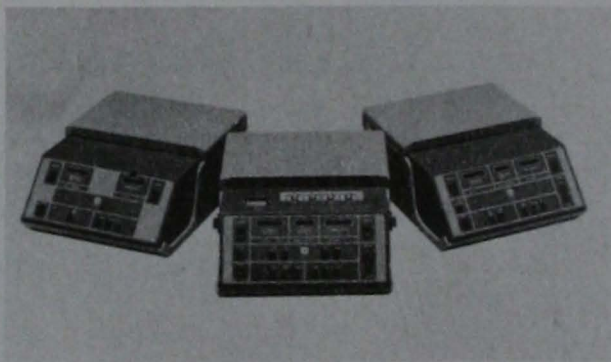
MAICO ADEMÁS DE SUS CONOCIDOS AUDIOMETROS LE OFRECE AHORA IMPEDANCIOMETROS Y AUDIOMETROS DE MICRO PROCESO.



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
México 7, D.F., México
Teléfonos: 525-72-31 y 511-42-80

María E. Bonilla, Presidente
AMERICAN OVERSEAS TRADING CORPORATION
4619 S. Carrollton Ave.
New Orleans, Louisiana 70119 EE.UU.
TELEX: 6821278

Hemos recibido información sobre los siguientes cursos a efectuarse próximamente en España:

XIII CURSO DE MICROCIROUGIA DE LOS SENOS PARANASALES

Instituto de Otología García-Ibáñez.
Barcelona del 23 al 25 de marzo de 1987

XIV CURSO DE MICROCIROUGIA DE LOS SENOS PARANASALES

Barcelona del 16 al 18 de noviembre de 1987
Dirigido por el Dr. F. Bagatella (Ferrara, Italia)
Curso de disección y microcirugía del macizo rinosinusal.
Películas, videos y conferencias. Plazas limitadas.

INFORMACION

Instituto de Otología García-Ibáñez.
C/ Dr. Roux, 91 bajos
08017 Barcelona, España.
Tel: 205-02-04

XXXI CURSO DE MICROCIROUGIA DEL OIDO Y DISECCION DEL HUESO TEMPORAL

Instituto de Otología García Ibáñez.
Barcelona del 16 al 21 de marzo de 1987.
del 8 al 13 de junio de 1987

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

INFORMACION

Instituto de Otología García Ibáñez.
C/ Dr. Roux, 91 bajos
08017 Barcelona, España.
Tel: 205-02-04

**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 Cirujía
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

IV JORNADAS QUIRURGICAS O.R.L.
5 al 9 de octubre de 1987

VII CURSO DE OTORRUGIA Y DISECCION DEL HUESO
TEMPORAL

9 al 13 de noviembre de 1987

II CURSO DE PATOLOGIA QUIRURGICA DEL CUELLO Y
GLANDULAS SALIVARES

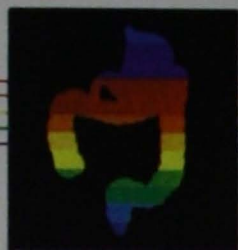
CUOTAS INSCRIPCION:

IV Curso de Otorcirugía y Disección del Hueso Temporal.....	30.000,—Pts.
Curso de Patología Quirúrgica del Cuello y Glándulas Salivares	40.000,—Pts.

Para más información pueden dirigirse al Dr. Enrique Perelló.
Servicio de O.R.L. (Prof. Dr. P. Quesada Marín) Ciudad Sanitaria
"Valle Hebrón" Hospital General. Anexo 1. a planta. Barcelona.



Cistitis
Uretritis

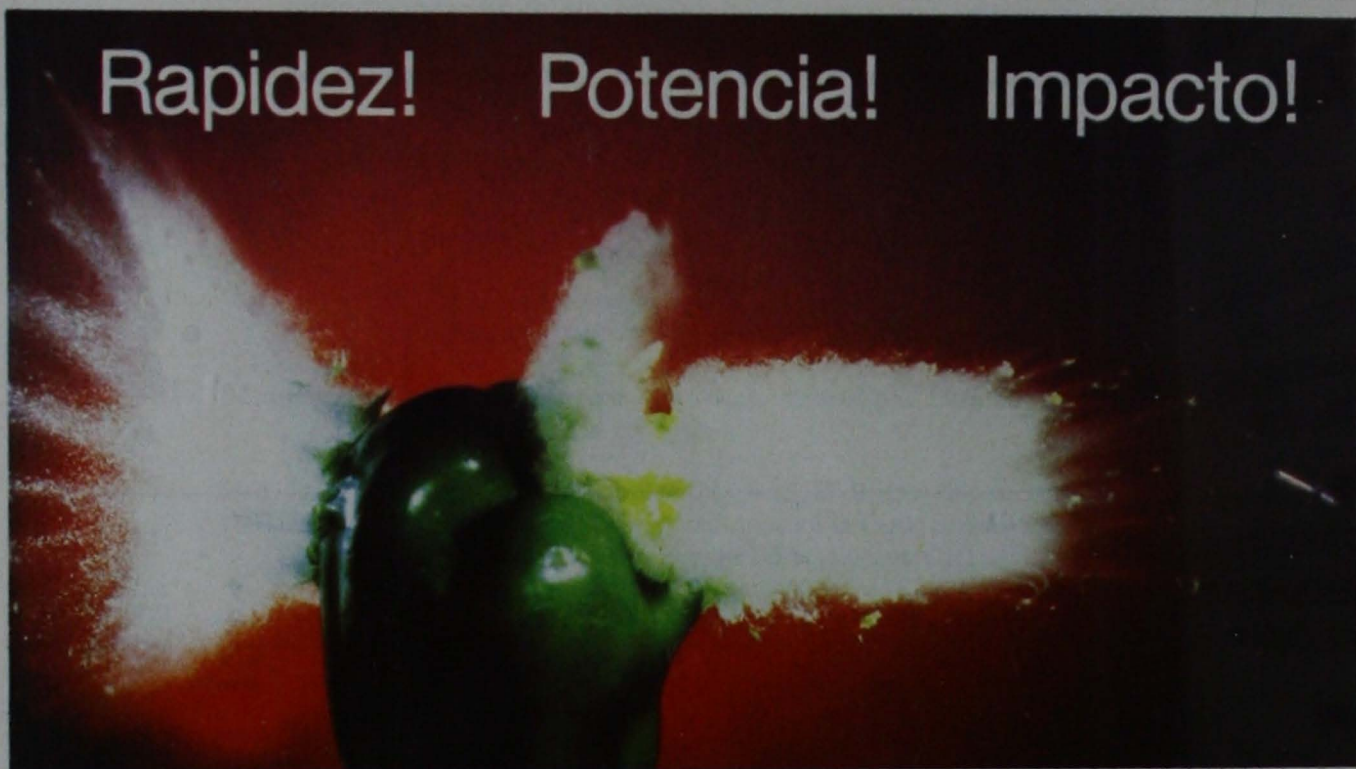


Gastroenteritis-Colitis
Diarrea Infecciosa
Salmonelosis
Tifoidea



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 Hasselblad; 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

es a nivel mundial

PENAMOX *

AMOXICILINA

Amplio espectro bactericida cada 8 horas

FORMULAS:

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

DOSES:

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

fección. Si se prefiere la vía inyectable, una ampolla 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 ampolla 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, cristuria, elevación de la transaminasa glutámico-oxalacética, agranulocitosis con mononucleosis, hipertensión endocraneana benigna y encefalopatías.

CONTRAINDICACIONES:

Sensibilidad a la penicilina

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:

Interfiere con los anticonceptivos en la circulación enterohepática de los estrógenos

*Marca Registrada

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

Literatura exclusiva para médicos

Su venta requiere receta médica.

I. Med. MDE-623/J

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

Beecham
La Autoridad en Penicilinas



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.
YUCATAN No. 20-403 COL. ROMA DELEGACION
CUAUHTEMOC C.P. 06700 MEXICO, D.F.
TELEFONO 574-44-05



MANUFACTURAS DOMINGO

MATERIAL QUIRURGICO INSTRUMENTAL PARA MICROCIURUGIA

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

IDULAMINE*



IDULAMINE

EL ANTIHISTAMINICO QUE RESPONDE

IDULAMINE

EFICACIA ANTIALERGICA A DOSIS
TERAPEUTICAS BAJAS
RAPIDEZ DEL EFECTO ANTIALERGICO

IDULAMINE

- INICIO DEL EFECTO EN 20/30 MINUTOS
- NIVELES PLASMATICOS MAXIMOS EN 2-3
HORAS

IDULAMINE

BUENA TOLERANCIA
- MINIMO EFECTO SEDANTE SIN ALTERACION
DEL RENDIMIENTO PSICO-MOTOR

IDULAMINE

- EFECTIVIDAD VS. PRURITO - ECONOMIA

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, termografismo 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, hematológicas, neurológicas, gastrointestinales, genitourinarias y respiratorias.

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

Este medicamento contiene un antihistamínico, no debe darse a niños menores de dos años, ni a mujeres lactando. No debe tomarse simultáneamente con medicamentos depresores del sistema nervioso, ni con bebidas alcohólicas.

PRESENTACION: IDULAMINE. Tablet: 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.

Marca Registrada
Reg. No. 80978, 80977 SSA.
Literatura exclusiva para médicos.
I. Med. NAE-2179/J
Su venta requiere receta médica
ARE-2487-IDE

Schering
S.A. DE CV

Av. 16 de Septiembre No. 301 Kochimito, México 16090, D.F.



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.

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



Para más informes dirigirse a:

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

sin inflamación
sin fiebre



Keduril

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN. FÓRMULA: Cada gragea contiene 100 mg de Ketorolac sódico. Excipientes: C. D. J. **INDICACIONES:** en enfermedades inflamatorias de etiología traumática como artrosis, lumbalgia, dolor agudo asociado a tratamiento quirúrgico, en dolor neuropático como en osteoartritis, dolor musculoesquelético y en general en todo el proceso inflamatorio agudo o crónico de naturaleza traumática, contusión, esguince, luxación. En procedimientos quirúrgicos agudos, crónicos. En el dolor en la postoperatorio de amigdalectomía, tonsilectomía, adenoidectomía. **CONTRAINDICACIONES:** aunque las pruebas clínicas han sido satisfactorias, se aconseja no utilizarlo en la primera fase de embolia de la retina y en niños menores de 17 años. **REACCIONES SECUNDARIAS:** KEDURIL, al ser derivado del ácido, ocasionalmente produce gastroenteropatías de tipo irritativo, náuseas y vómitos. **PRECAUCIONES:** en el momento de utilizarlo ante la presencia de antecedentes digestivos como úlceras gástricas, gastritis o úlceras pépticas de naturaleza crónica. **BIBLIOGRAFÍA:** A solicitud de interés.

Libros de texto para médicos. Si desea recibirlos envíe tarjeta. Reg. No. 1946554. I. MED. KEE 2442/J

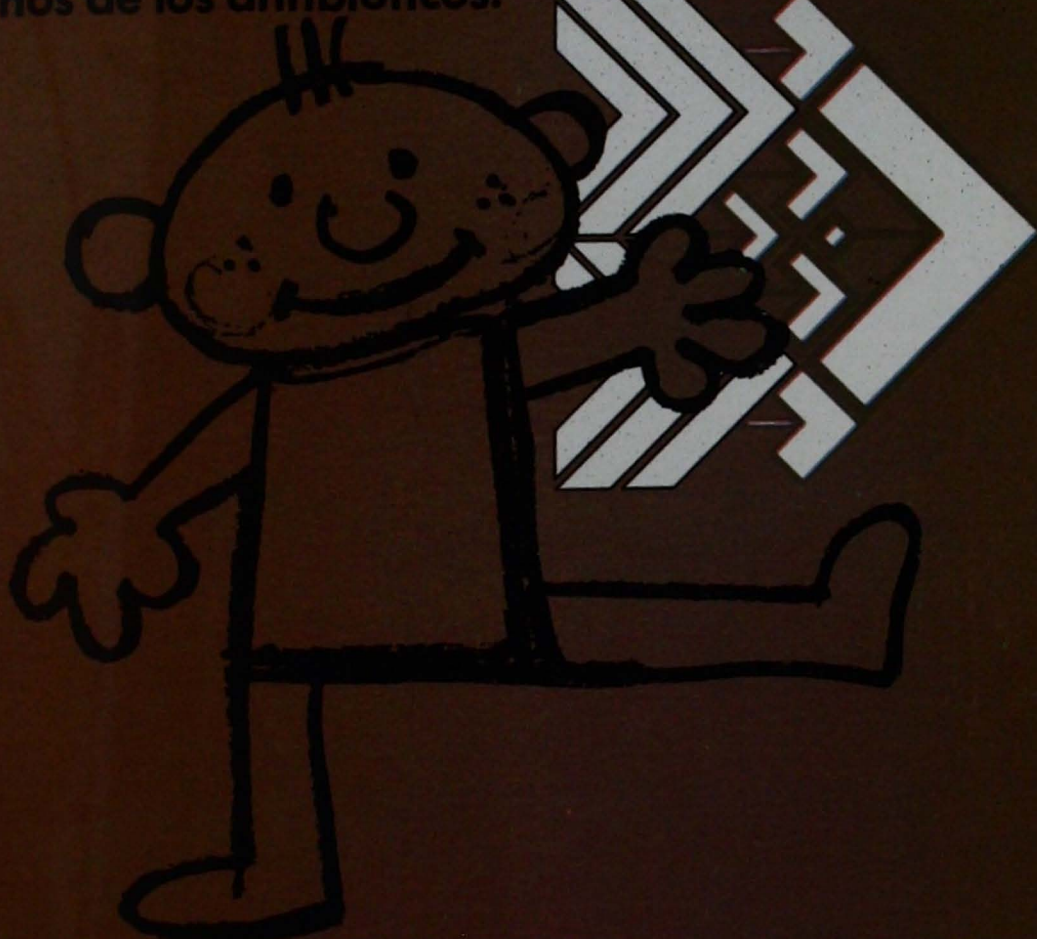
KNA/A-1-88



POLIFARMA POLIFARMA PHARMA DE MÉJICO, S.A. DE C.V.
MATÍAS ROMERO, S/N. 208
CALLE MEXICO, 208

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

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



.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.

Tabla Posológica de "Bactrim"

EDAD	SUSPENSION Fl. CAP. 50 ml	COMPRIMIDOS INFANTILES		COMPRIMIDOS PARA ADULTO	
		Fl. CAP. 20	Fl. CAP. 25	Fl. CAP. 25	Fl. CAP. 25
2 años a 5 años	5 ml	1	1		
6 años a 11 años	10 ml	2	2		
12 años a 18 años	15 ml	3	3	1	1
19 años a 25 años	20 ml	4	4	2	2
26 años a 35 años	25 ml	5	5	3	3
36 años a 45 años	30 ml	6	6	4	4
46 años a 55 años	35 ml	7	7	5	5
56 años a 65 años	40 ml	8	8	6	6
66 años a 75 años	45 ml	9	9	7	7
76 años a 85 años	50 ml	10	10	8	8
86 años a 95 años	55 ml	11	11	9	9
96 años a 105 años	60 ml	12	12	10	10

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

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

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

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

Efectos secundarios: 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

prematuros y lactantes menores de 3 meses de edad.

Bibliografía:
 1 Hirschig, G.H. Selective Inhibitors of Dihydrofolate Reductase as Chemotherapeutic Agents. Leprosy. The Synergy of Trimethoprim and Sulphonamides. Royal College of Physicians, London, 9.5.1969.
 2 Salberg R. Annual Meeting-Soc. Suisse de Pédiatrie, 1971.
 3 Frenex, M., Havas, L. Clinical Experience with Trimethoprim and Sulfamethoxazol with Special Reference to Its Use in 867 Children, in Proceedings, 10th SIAMU-TROPICAL Seminar Symposium of Chemotherapy in Tropical Medicine of Southeast Asia and the Far East, pp. 125-148. Ed. T. Narasuta, Bangkok, 1972.

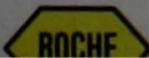
4 Knight, L.J. Kinetic Studies with a Trimethoprim/Sulphonamide Combination. dans: Ve Congrès international de Chimiothérapie.

5 Quirk, C.A., Wagner, D. Trimethoprim-Sulfamethoxazol in the Treatment of Infections of the Larynx, Nose and Throat. J. Infect. Dis. 128, Suppl. 856-700 (1972).

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

1 Med. 101-2524J
 Regs. Nos. 73349, 73362 S.S.A.

XA-240/84



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



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



Endoscopia, para
diagnóstico de la faringe



INSTRUMENTAL QUIRURGICO



MICROSCOPIOS PARA MICROCIROGIA



MICROCIROGIA Y PROTESIS



ENDOSCOPIA