



ANALES DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL FUNDADA EN 1949 ORGANO OFICIAL

PAGINA DEL DIRECTOR	37
TRABAJOS PROSPECTIVOS	
Conjunción y normalización de un paquete para el diagnóstico de la sordera en niños de pequeña edad <i>Dr. Ricardo Boullosa y cols.</i>	41
TRABAJOS RETROSPECTIVOS	
Faringopatía por reflujo gastroesofágico <i>Dr. Héctor de la Garza</i>	46
Potenciales evocados del tallo cerebral en el diagnóstico de las hipoacusias de percepción cocleares <i>Dra. Francisca Prades Martí y Col.</i>	51
Una técnica para la extirpación quirúrgica del vértice óseo orbitario <i>Dr. Juan F. Sánchez Marle y Cols.</i>	58
CASOS CLINICOS	
Papiloma invertido nasoastral <i>Dr. Rodrigo Castro Martínez y Col.</i>	64
Linfoma laríngeo. (Presentación de un caso) <i>Dr. Guillermo Hernández Valencia y Cols.</i>	68
Carcinoma epidermoide de nasofaringe en un escolar <i>Dr. Raúl Ortíz Lara y Col.</i>	71
Fibrolipoma recidivante de hipofaringe <i>Dr. Antonio Rodríguez Alcaraz</i>	77
CASO RADIOLOGICO	80
CALENDARIO SMORLCCC 1987-1988	81
NOTAS E INFORMACIONES	85
DIRECTORIO DE LA SMORCCC	87

DISTRIBUCION GRATUITA

MEXICO, MARZO - ABRIL - MAYO 1987
VOL. XXXII NUMERO 2

Hace en horas lo que otros hacen en días

sólo

TELDANE

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

TELDANE

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

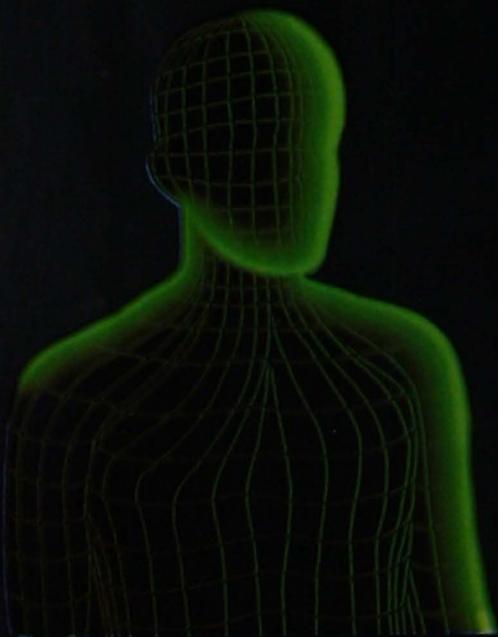
Acción terapéutica^(1,2,3,4)

Tabla comparativa (en horas)



■ TELDANE^R
■ Astemizol

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



INFORMACION PARA PRESCRIBIR

FORMULAS: Cada TABLETA contiene

Terfenadina 60 mg

Excipiente 1 tableta

Cada 5 ml de la SUSPENSIÓN contiene

Terfenadina 30 mg

INDICACIONES: TELDANE[®] está indicada en todos aquellos procesos alérgicos que responden a los bloqueadores histamínicos H₁ periféricos.

Piel: Urticaria, dermatitis alérgica aguda o crónica, reacciones alérgicas a drogas y alimentos.

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

Rinitis alérgica crónica o no estacional, sinusitis alérgica crónica.

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

CONTRAINDICACIONES:

Pacientes con hipersensibilidad a la droga.

REACCIONES ADVERSAS: Se han observado pocos casos de cefaleas, trastornos gastrointestinales leves, y erupciones cutáneas.

Los casos de somnolencia y sequedad de boca han sido extremadamente raros. En los estudios clínicos controlados la incidencia de estas reacciones adversas es similar a la del placebo.

DOSES

Comprimidos: Se aconseja administrar 1 comprimido dos veces por día.

Suspensión:

Niños mayores de 12 años: 10 ml dos veces al día.

Niños entre 6 y 12 años: 5 a 10 ml dos veces al día.

Niños entre 3 y 5 años: 2.5 a 5 ml dos veces al día, dosis pediátrica.

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.

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

J. Med. MBE 139:1

CLAVE: TEA-021/86

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

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

Man a Reportable

BIBLIOGRAFIA

1. GRABER JP, et al. Double-Blind Comparison of Astemizole, Terfenadine and Placebo in Hay Fever with special regard to Onset of Action. *J. Int. Med. Res.* 13: 102-108, 1985.

2. DEVAARDY EV, LEMANUEL MB and HOLLGATE ST. Astemizole, a potent histamine-H₁ receptor antagonist, effect on allergic rhinocconjunctivitis on antigen and histamine induced skin wheal responses and relationship to serum levels. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 18: 5, 1984.

3. HERTERKE J, et al. Inhibitory activity of Terfenadine on Histamine induced skin wheals in man. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 12: 395, 1977.

4. MURPHY G, LINDERS R, RENDLEH B, and AUSTINIAK DM. A double blind comparative trial of two dose regimens of terfenadine in patients with hay fever. *Ann. Intern. Med.* 101: 12, 131, 1984.

CLAVE: TEA-021/86



a.v. mueller

Instrumental de **ALTA**
CALIDAD



AHORA
A SU
ALCANCE
EN...


TRAVENOL®



EL... NO PUEDE DECIR

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

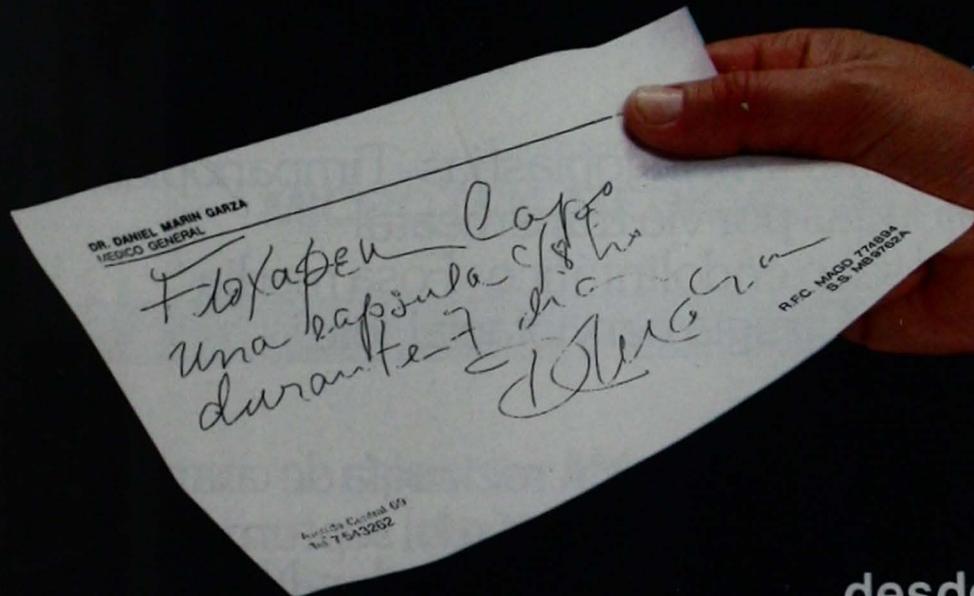


**NICOLET
INSTRUMENTOS
S. A. de C. V.**

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

¿Acaso las faringoamigdalitis son banales?

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



...desde el principio



Floxapen*

Flucloxacilina

El antibiótico eficaz en orofaringe

FORMULA:

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

PRESENTACIONES:

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

INDICACIONES:

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

DOSIS:

Adultos: Una cápsula cada 8 horas
Niños: Una cucharadita (5 ml) cada 8 horas
Ponderal: 50 a 100 mg/kg/día repartidos en tres tomas (cada 8 horas)
Estas dosis deben administrarse retiradas de los alimentos

PRECAUCIONES:

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

REACCIONES SECUNDARIAS:

presentarse reacciones alérgicas y aparición de cepas resistentes

CONTRAINDICACIONES:

Sensibilidad a la penicilina y cefalosporinas

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:

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

Literatura exclusiva para médicos.

Su venta requiere receta médica

*Marca registrada Reg. Nos. 77601 y 77599 S.S.A
I. Méd MBE-293J

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



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

6-83-39-91

7-60-65-02

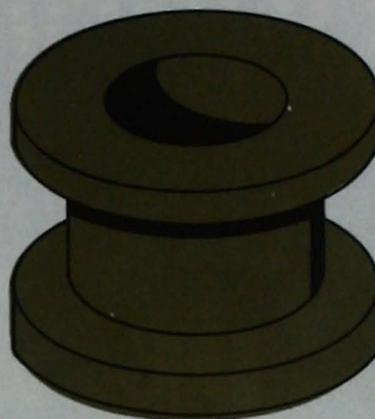


MANUFACTURAS DOMINGO

MATERIAL QUIRURGICO INSTRUMENTAL PARA MICROCIURUGIA

DALLARS 65-71 - TEL. 300 03 21 - BARCELONA 18 - ESPAÑA

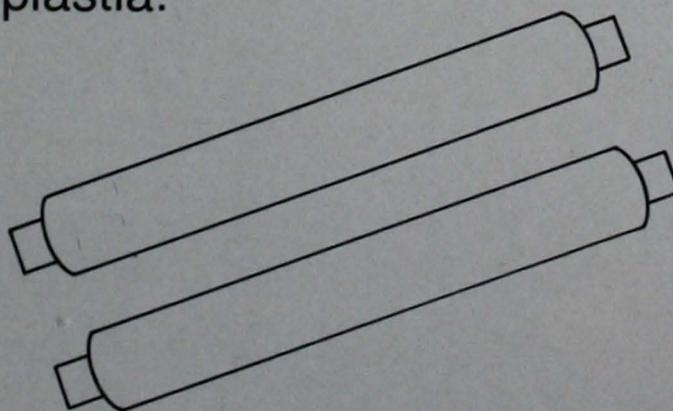
Tubos de ventilación
Drapes
Instrumentos Quirúrgicos
para Otorrinolaringología.



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 28}



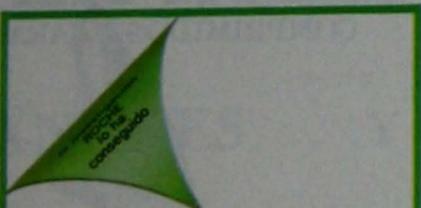
infecciones
gineco-
obstétricas²⁶

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



ROCHE

ciencia y
conciencia de
investigación



el primer antibiótico β -lactámico de acción prolongada

Rocephin®

el antibiótico de una vez al día

una nueva página en la historia de los antibióticos

Rocephin es el primer antibiótico β -lactámico, bactericida de amplio espectro, de acción prolongada, fruto de la investigación del grupo biomoléculas F. Hoffmann-La Roche, en Basilea, Suiza. Sustancia activa: Ceftriaxona, en forma de sal diódica. Mecanismo de acción: Roccephin actúa sobre la pared celular bacteriana, interfiriendo en la síntesis del ácido murámico, con lo que provoca su lisis por ensanchamiento. Infecciones causadas por gérmenes gram-negativos y gram-positivos sensibles como: infecciones respiratorias, gastrointestinales, urinarias, gineco-obstétricas, venéreas, otitis, otitis medias, de oído y sépticas locales, meningitis y cuadros sépticos graves, infecciones reducidas a los antibióticos estándar. Penetración tisular recomendada: Pleuropulmonar, lactanteo y niños menores de 12 años, 20 a 80 mg/kg/día en una sola aplicación diaria, dosis máxima en prematuro: 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 prevenir de su empleo durante el embarazo (particularmente durante el primer trimestre) con su uso en mujeres. En caso de transfusión sanguínea (discrepancia de ceftriaxona < 10 mg por minuto), se limitará la dosis diaria a no más de 2 gramos. La solución con lidocaina, nunca debe aplicarse por vía intravenosa. Reacciones secundarias: Son poco comunes y pueden consistir en: urticarias, eritemas, náuseas, vómitos, somnolencia y fiebre, exantemas, dermatitis alérgica, prurito, urticaria, edema y eritema multiforme, eosinofilia, trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia y anemia hemolítica. En casos casos y con la aplicación intravenosa, puede presentarse reacción inflamatoria de la pared vascular, la que se puede evitar respetando la solución intravenosa solamente (2 a 4 minutos). Presentaciones y Normales cuantitativas: Roccephin 1M (intramuscular) 500 mg y 1 g, con contenido, respectivamente, frasco ampulada con ceftriaxona diódica equivalente a 500 mg y a 1 gramo de ceftriaxona y ampolleta con 2 ml y 3.5 ml de solución de lidocaina al 1%. Roccephin 1 V (intravenosa) 500 mg y 1 g con contenido respectivamente, frasco ampulada con ceftriaxona diódica equivalente a 500 mg y a 1 gramo de ceftriaxona y ampolleta con 5 ml y con 10 ml de agua estéril isotónica.

Bibliografía: 1. Lüthy, R., Pharmacokinetics parenteral Ceftriaxone. Cephalosporins for Oral Use. Florence, S. Simposio de la serie comparativa de agentes quimioterápicos. Pharmacology, del 18 al 20 de 1982. 2. New, C., Mierop, R., Liu, R., Antimicrobial activity of ceftriaxone (Roche 13-994), a β -lactamase-stable cephalosporin. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 19, 414-423 (1981). 3. Verheij, L., Vanhalbeek, J., In vitro activity of Ro 13-994, a new β -lactamase-stable cephalosporin. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 19, 222-223 (1981). 4. Documentación archivada en F. Hoffmann-La Roche & Co., S.A. Basilea, Suiza. 5. Stetschek, K., Pharmacokinetics of ROCEPHIN, a highly active new cephalosporin with an exceptionally long biological half-life. Chemotherapy 27 (Suppl. 1), 42-48 (1981). 6. Monneron, P., J., Stetschek, K., Siegel, H., W., Pharmacokinetics of ceftriaxone following intravenous administration of a 3 g dose. Eur. J. Clin. Pharmacol. 23, 71-75 (1982). 7. Pittich, M., Bank, Z., Rubenstein, E., Study of ROCEPHIN (Roche) and gentamicin (Gai) in a rat systemic model. 21st International Conference of Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Chicago 1981, Abstract 388. 8. Fraschetti, F., Bragg, P., C., Scarpato, G., Scarpato, F., Paganelli, G., Benedetti, G., Mariani, C., Paganelli, G., Varas, F., J., Single and multiple in vivo pharmacokinetics of ceftriaxone in man. Lung, middle ear, nose, tonsils concentrations and urinary excretion. Symposium International 22, 388-392, p. 17. 9. Saito, T., Teramata, H., Huang, Fung, W., Takahashi, H., Hikiwa, Y., Relationship of biological findings to the tissue and fluid concentrations of ceftriaxone in human gallbladder. 19th International Congress of Chemotherapy, Vienna/Austria, 28.8-2.9.1983. Proceedings, Ceftriaxone, part 100, 105-107, p. 14-17. 10. Saito, T., Wittmann, D. H., Fock, R., Lauff, R., Serum, urine, and tissue fluid concentrations of ceftriaxone. 19th International Congress of Chemotherapy, Vienna/Austria, 28.8-2.9.1983. Proceedings, Ceftriaxone, part 100, 105-107, p. 14-17. 11. Hahn, K., Adam, D., Kain, F., Antimikrobiologischer Wirkstoffatlas. 2nd. Zentrale für antimikrobielle Chemotherapie 3, No. 1, 15-26 (1983). 12. Morgan, J. R., Paul, A., O' Sullivan, M., Williams, B. D., Penetration of ceftriaxone into infected synovial fluid. 19th International Congress of Chemotherapy, Vienna/Austria, 28.8-2.9.1983. Proceedings, Ceftriaxone, part 100, 105-107, p. 27-29. 13. Fraschetti, F., et al., Distribution of the ceftriaxone levels in the apparatus genitalis femininus. Comunicaciones presentadas al XIV Cong. Naz. Soc. B. Chemioterapia, México, 22-26 gennaio 1983. 14. Ceddo, M., Denis, F., Raymond, D., Ding, M., L., Experiences with ROCEPHIN (Ro 13-994) in bacterial meningitis. 19th International Congress of Chemotherapy, Florence 1981, Current Chemotherapy and Immunotherapy, Proceedings Vol. 1, p. 488-487. 15. Patel, L. M., Hainke, R. E., Karibicki, J., Parsonnet, M., Pharmacokinetics and tolerance of ceftriaxone in humans after single-dose intramuscular administration in water and lidocaine solutions. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 21, No. 6, 857-862 (1982). 16. Patel, L. H., Chen, S., Parsonnet, M. A., Mack, M. R., Brooks, M. A., Karibicki, J., Kaplan, S. A., Pharmacokinetics of ceftriaxone in humans. Antimicrobial Agents and Chemotherapy 20, 624-641 (1981). 17. Schaefer, R., Die Konzentration von Ceftriaxon in der Gallenflüssigkeit. Symposium 1981, Ceftriaxon (ROCEPHIN) ein neues parenterelles Cephalosporin, 8-10. September 1981, Edit. I. Kines ROCEPHIN p. 181-190. 18. Fenwick, M., Nevas, L., Rytz, J. C., Clark, M. R., Engstrom, G. P., Mieschner, P., Wirkung von Ceftriaxon bei Current Chemotherapy, Vol. 1, p. 479-472. 19. Zellweger, H., Zur Wirkung von Ceftriaxon bei Luftwegsinfektionen. Hahnemann-Symposium 1981, Ceftriaxon (ROCEPHIN) ein neues parenterelles Cephalosporin, 8-10. September 1981, Editores ROCEPHIN p. 351-356. 20. Fenwick, M., Nevas, L., Rytz, J. C., Clark, M. R., Engstrom, G. P., Mieschner, P., Wirkung von Ceftriaxon bei Current Chemotherapy, Vol. 1, p. 479-472. 21. Ceddo, M., Denis, F., Felix, H., Ding, M., L., Treatment of purulent meningitis with a new cephalosporin, ROCEPHIN (Ro 13-994). Clinical bacteriological and pharmacological observations in 24 cases. Chemotherapy 27 (Suppl. 1), 52-61 (1981). 22. Fernandez-Rodríguez, E., Quintana-Pérez, R. P., Campa-Morán, G., Pérez-Ruvalcaba, J. A., Morales-Rayas, J. J., Hernández-Bugnon, O., The value of ceftriaxone (CTX) once daily in the treatment of meningitis. A randomized comparative trial versus Methicillin. October 2-12, 1984, Kitzbühler, p. 349. Abstract No. 355. 23. Rodríguez-Borja, E., Quintana-Pérez, R. P., Pérez-Ruvalcaba, J. A., Hernández-Bugnon, O., Campa-Morán, G., Morales-Rayas, J. J., Ceftriaxone (CTX) in typhoid fever and septicemia. 6th Mediterranean Congress of Chemotherapy, 19-25 October 1984, Rhodes/Greece, Abstracts, p. 53. Abstract No. 91.

Información avanzada y exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. País: No. 288484 y 134884 S.S.A. Marca registrada. 1 MED. INF. 3802 y LLE-24872/RC 11.6849 SA 259-86



- 1.- Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología publicará de preferencia los trabajos originales, casos clínicos, simposia, mesas redondas, etc. que se sustenten en las Sesiones Científicas de la Sociedad o que se presenten en el Congreso Nacional. Asimismo publicará las colaboraciones expresamente solicitadas por la Redacción o las que le sean enviadas espontáneamente.
2.- Las colaboraciones deben ser inéditas y el o los autores deben comprometerse a no publicarlas en otras revistas sin autorización expresa y por escrito de los Anales. El autor es el único responsable de las aserciones científicas o de otra índole que se hagan en su artículo.
3.- Los trabajos originales seguirán los siguientes lineamientos: introducción con la justificación del trabajo, material y métodos usados, resultados obtenidos, comentario (discusión), conclusiones, resumen y bibliografía.
La redacción debe ser en español, concisa, y de acuerdo con las normas de la Academia de la Lengua Española y del Diccionario Médico de Cardenal. Se evitará el uso de palabras extranjeras, cuando exista el equivalente en español. El autor debe aceptar las correcciones que le sean hechas por el Consejo de Redacción.
4.- En las comunicaciones de los casos clínicos se tomarán en cuenta los siguientes puntos: revisión de los casos publicados, exposición del caso, comentario comparativo, resumen y bibliografía.
5.- El Consejo de Redacción podrá aceptar otros tipos de colaboraciones que no se sometan a estos lineamientos tales como: las puestas al día de un tema, las aportaciones teóricas, las hipótesis de trabajo, los temas socioeconómicos, históricos o educativos en relación a la especialidad.
6.- Cada colaboración deberá acompañarse de un resumen no mayor de 150 palabras, en español y la correspondiente traducción en inglés. Si el autor no desea enviar la traducción, ésta correrá a cargo de la Redacción.
7.- Todas las medidas que se citen deberán corresponder a los sistemas Métrico Decimal, C. G. S., M. K. S. A. (metro, kilogramo, segundo, amperio) o al S. I. (Sistema Internacional de Unidades) o a cualquiera de las unidades basadas o fundamentadas en los sistemas citados y aceptadas por los diversos organismos internacionales. Quedan formalmente excluidos los sistemas de pesas y medidas usados en algunos países anglosajones (pulgadas, yardas, libras, grados Fahrenheit, etc.)
8.- La bibliografía que se cite será exclusivamente la que el autor haya leído, ya sea parte de un libro, un artículo completo o una comunicación personal de autor a autor. No deben anotarse las bibliografías anotadas en otros artículos, sin que éstas hayan sido leídas, ni tampoco si se ha leído únicamente un resumen.
La bibliografía se ordenará de acuerdo con las citas en el cuerpo del artículo. No se utilizarán los órdenes alfabético ni cronológico. Cada cita bibliográfica debe incluir necesaria, precisamente y en el orden citado lo que a continuación se anota: a) apellido o apellidos del autor, seguidos de la inicial de su nombre propio. b) Título completo del trabajo en su idioma original. c) Nombre de la revista utilizando la abreviatura del Quarterly Cumulative Index Medicus cuando la tenga. d) Número del volumen en números arábigos. e) Números inicial y final de las páginas del artículo, separadas por un guión y a su vez separadas de la cifra del volumen por dos puntos (números arábigos). f) Después de poner una coma en la última cifra de las páginas, poner también con números arábigos el año de la publicación.
Si se trata de libros, los datos se ordenarán así: a) Apellido o apellidos del autor, seguidos de la inicial de su nombre propio. b) Titulo 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 segun 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) México \$25,000.00 M.N. América, España y Portugal \$ 50.00 Dls. U.S.A. Otros países \$ 50.00 Dls. U.S.A.

En ESTADOS CONGESTIVOS
RESPIRATORIOS,
sólo un paciente
puede beneficiarse.

ALERFRIN

COMPRIMIDOS Y JARABE



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

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

ALERFRIN Comprimidos y Jarabe.

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

Indicaciones: El ALERFRIN está indicado en el tratamiento de algunos de los padecimientos alérgicos; especialmente los que producen síntomas nasales, laríngeos, 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.

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

Vol. XXXII

México, Marzo, Abril, Mayo 1987

Número 2

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 Roudy

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 Bohigás

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

Recientemente, por decisión de la Asamblea, nuestra Sociedad cambió de nombre, nos llamamos desde entonces Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Este hecho nos debe mover a hacer algunas consideraciones y análisis.

Ciertamente, nuestra Sociedad cuando nació además de otorrinolaringología se llamaba "y de Broncoesofagología" en esas épocas no todos los socios practicaban procedimientos endoscópicos en el esófago y los bronquios, así como tampoco cuando perdió su nombre la corporación los especialistas que han hecho endoscopia dejaron de hacerla, como lo demuestra el hecho de que muchos de nuestros asociados siguen practicando dichos procedimientos, ejemplos de ellos los tenemos en los centros hospitalarios donde se hace otorrinolaringología en niños así como en muchos otros casos tanto en la provincia como en la ciudad, donde es el otorrinolaringólogo el encargado de realizar dichos procedimientos. De otra manera dicho ni es el hábito el que hace al monje, ni es el nombre el que nos permite ejercer parte o no de nuestra especialidad.

En el mundo, particularmente entre los americanos ha habido una tendencia, cada día en aumento, para que sea el otorrinolaringólogo el que resuelva la patología de áreas no totalmente identificadas hasta ahora con nuestra especialidad, pero que de alguna manera han sido trabajadas por nuestros maestros o bien que a través de la preparación de nuestro campo hacen que por la anatomía más conocida, por abordajes a ciertas áreas de la nariz, oídos, garganta, senos paranasales, cuello, etc., sean indudablemente los especialistas en oídos, nariz y garganta los más adecuados a tratarlos.

En nuestro medio con las técnicas del Dr. Cotle y en todo el mundo antes o después, el otorrinolaringólogo ha empezado a practicar un alto porcentaje de los procedimientos cosméticos de la nariz primero y de toda la cara después.

¿Por qué se ha dado esta "expansión" de nuestra especialidad?, ¿Realmente es el otorrinolaringólogo el que debe practicar esta cirugía?

Los gigantes de nuestra especialidad, los que han dado los grandes pasos hubieron de transcurrir por avances espectaculares, primero en la anatomía luego en la fisiología, después un gran brinco con la aparición de los antimicrobianos que permitieron controlar mejor la infección y a la vez las múltiples técnicas que facilitaron la cirugía, en todos los campos de la especialidad, sin embargo, como en todo saber humano, un avance plantea un buen número de interrogantes en el mismo terreno y en otros, hasta entonces dejados de lado. En nuestra especialidad sucedió un gran auge en los años cincuentas y sesentas, hizo que una especialidad cubierta por los conocimientos de una sola persona, empezara a ser fragmentada en supuestas subespecialidades, y cada una de ellas aumentó en profundidad, no podemos dejar de citar a la otología, la rinología, la laringología, la audiología, la otoneurología, etc., etc.

Estas subespecialidades dieron origen a médicos con un gran índice de habilidades y destrezas que poco a poco fueron ampliando el campo hacia zonas consideradas fronteras o "tierra de nadie" que a través, primero de trabajo multidisciplinario, con oncólogos, neurocirujanos, cirujanos plásticos o reconstructivos, neurólogos, etc., fueron tocando áreas "nuevas", exclusivamente en beneficio de el paciente, repito del paciente; luego solos y por la amplia difusión que ésto ha recibido en las revistas internacionales se fueron perfeccionando las técnicas y logrando innovaciones.

Es un hecho que quién trabaja las diferentes entidades patológicas en la medicina es quién sabe tratarlos, independientemente del nombre de la especialidad que practique, el punto más bien a discutir, no es quién lo debe de hacer, sino a quién se le debe de enseñar a realizarlo y es ahí donde justamente debemos de reclamar el derecho por todo lo hasta aquí analizado.

Los centros de enseñanza de la especialidad en nuestro país son hospitales de tercer nivel, los profesores de nuestros residentes, en la mayoría de las ocasiones son precisamente quienes están haciendo la cirugía que estamos discutiendo ahora; todo ello ha dado como

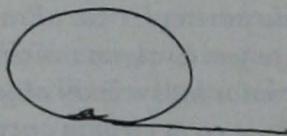
resultado que las recientes generaciones aumenten su capacitación en estos terrenos, para beneficio de la especialidad en su conjunto.

Pero también hay peligros, el conocimiento enciclopédico desapareció hace muchos años. Probablemente en la misma especialidad la suma del conocimiento no es accesible a nadie, si acaso, servicios bien organizados logran tener buenos equipos humanos que cubren la información completa, pero lo habitual, justamente por el nivel de atención que prestan es que se polaricen hacia uno u otro campo de la especialidad y muchas veces nos sorprendemos que hospitales pediátricos formen especialistas sin prácticamente ver pacientes adultos, o bien formemos estupendos otólogos que no conocen la patología de la faringe, y que no han visto en su vida sondear un seno maxilar ni operar unas amígdalas. Este es un riesgo que debemos de evitar, pues la primera obligación con nuestros alumnos en formación es enseñarlos a ver el conjunto, antes de particularizar. Prácticamente todos los que leemos esta Revista tenemos alguna inclinación dentro de la otorrinolaringología, hacemos más o en el oído, o en la nariz o en la laringe, o en la audiología, o en la cirugía oncológica pero es un hecho incontrovertible que aunque sea la predilección un campo, al menos en la consulta privada la inmensa mayoría ejercemos la otorrinolaringología (llamémosla) general.

Otro problema común es descuidar lo otro, para prestar atención a lo nuevo; es de la naturaleza humana sentir que lo "nuevo" ha empezado con nosotros, que tenemos una obligación, para iniciar lo que en otros lados se propone como novedad, sin ser conscientes de que nuestra sociedad podría volverse la Sociedad Mexicana de Cabeza y Cuello y Otorrinolaringología. Esto es un grave peligro de consecuencias impredecibles, pero muy fácil de evitar cuando sepamos subordinar lo principal a lo secundario.

Las nuevas generaciones han tenido la suerte de recibir de sus profesores las respuestas adecuadas a sus inquietudes, la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello ha respondido vigorosamente con sus programas de educación médica continua a esta necesidad, estoy seguro que este añadido a su nombre sirve básicamente para hacer énfasis ante nosotros y en la comunidad médica y seguramente nuevos y amplios horizontes seguirán abriéndose para nosotros y la Sociedad siempre sabrá adaptarse a ese espíritu de cambio.

Nuestros Anales son pilar del cambio, sus páginas son ejemplo de lo que sucede en México, sus artículos muestran la tendencia de otras latitudes y aunque se pretende el cambio de nombre, por ahora resulta difícil por razones administrativas y legales, por lo tanto, el nombre oficial de nuestra publicación no ha sufrido cambio, aunque seguramente pronto se pueda esperar alguna novedad al respecto.



*Director-Editor
Dr. Rafael García Palmer.*

Trabajos Prospectivos

Conjunción y normalización de un paquete para el diagnóstico de la sordera en niños de pequeña edad.

M. en C. Ricardo RUIZ BOULLOSA*
Fís. Felipe ORDUÑA BUSTAMANTE*

Resumen. — Se describe la caracterización acústica de un paquete de juguetes cuya finalidad es ayudar al diagnóstico de la sordera en niños de pequeña edad. La técnica utilizada con estos juguetes es la modalidad de Dows de la prueba BOEL, desarrollada en Suecia por Junker (1972). Cada uno de los componentes de este paquete está construido a partir de juguetes nacionales, conjuntando diversas partes de estos para reunir las características acústicas necesarias. Estas son: un espectro de frecuencias con amplitudes altas en la región de 4 a 16 kHz y niveles de presión pico de 80-95 dB (re 20 μ Pa) para algunos de los juguetes y 95-110 dB para otros.

SUMMARY. — Some acoustical measurements on a kit of toy noisemakers is described. The kit is to be used as an aid in the identification of hearing impaired infants following Downs's version of the BOEL test, a procedure originally developed in Sweden by Junker (1972). This kit was implemented from a group of toys commercially available in this country. These were later modified in order to achieve the desired acoustical properties: a sound spectrum with high amplitudes in the 4-16 kHz frequency range and peak sound pressure levels of 80-95 dB (re 20 μ Pa) for some of the toys and 95-110 dB for the others.

INTRODUCCION

La detección de la sordera en los niños de pequeña edad (de 6 meses a 3 años), ya sea por otitis media o por razones congéni-

tas, es un problema crítico en la otorrinolaringología ya que su detección tardía es un factor detrimental grave en el desarrollo del lenguaje en el niño. Un método de detección que ha ido ganando terreno en este campo es la técnica de identificación por atención selectiva, BOEL, desarrollada en Suecia por Junker¹ en 1972 y que ha sido adoptada en otros países. Una modalidad de esta técnica, en cuanto a su aplicación y simplicidad, es la técnica adoptada en los Estados Unidos debida a Downs². Este método utiliza un conjunto de juguetes sonoros con características acústicas adecuadas para el diagnóstico. Se pueden encontrar comercialmente, en el extranjero paquetes de diagnóstico de este tipo. La técnica esta normalizada con respecto al protocolo de aplicación y con respecto a las características acústicas de los ju-

*Centro de Instrumentos, UNAM.
Apdo. Postal 70-186, C.P. 04510,
México, D.F.

juguetes empleados. Las características acústicas están dadas fundamentalmente por lo siguiente: un espectro de frecuencias con amplitudes muy bajas en el intervalo de 20 a 4000 Hz y con amplitudes más o menos altas en el intervalo de 4000 a 16000 Hz¹; en cuanto a los niveles de presión producidos, se dividen en dos subconjuntos, uno está formado por juguetes que producen niveles de presión (a 1m de distancia y en campo libre) en dB re 20 μ Pa relativamente bajos (del orden de 85-94 dB) y el otro por juguetes que producen niveles altos (del orden de 95-110 dB).

En este trabajo se describe la conjunción, adaptación y normalización de un conjunto de juguetes fabricados en el país que reúnen las características acústicas necesarias para utilizarse en la aplicación de la técnica mencionada anteriormente. Este conjunto de diagnóstico, aunque está formado a partir de partes diferentes, o modificaciones de diferentes juguetes, puede ser reproducido con las mismas características.

MATERIAL Y METODOS AGRADECIMIENTOS

El procedimiento seguido fue el siguiente. Se tomó como referencia el paquete de diagnóstico disponible comercialmente. Este consiste de una corneta, una campana, un guante de hule hueco con un silbato y dos sonajas pequeñas. Sin embargo aunque el paquete tiene un manual de procedimiento y se dan

algunas características acústicas, estas son de utilidad muy limitada pues no se establecen las condiciones de medición, instrumentación utilizada, ni tiempos de promediación de las mediciones que se reportan. En consecuencia, lo que se hizo fue caracterizar este paquete de juguetes de referencia en el Laboratorio de Acústica del Centro de Instrumentos. Con esta caracterización, se tuvo claro cuáles eran las formas espectrales y niveles de presión que deberían reunir los nuevos juguetes. Se procedió posteriormente a la adquisición de múltiples juguetes fabricados en el país y se hicieron las mediciones. Ninguno reunió por sí solo las características necesarias cuando se comparaba con su homólogo. Se decidió entonces, adaptar diferentes partes de los juguetes (por ejemplo la fuente generadora del sonido o el cuerpo del juguete) a otros que tuvieran características de forma o volumen similar a los de referencia. De esta manera se procedió por el método de prueba y error a adecuar cada uno de los juguetes del paquete sustituto.

CHARACTERIZACION

Para caracterizar los juguetes de referencia se midieron los niveles de presión sonora y tres espectros para estudiar las características de su sonido a distintas frecuencias. En cada etapa de la búsqueda de similitudes, los juguetes sustitutos se sujetaron a las mismas pruebas con el fin de compararlos con los ori-

ginales. Las mediciones se realizaron en el interior de una cámara sonoamortiguadora con un nivel de ruido de fondo de aproximadamente 30 dB(A) re 20 μ Pa. En el interior de esta cámara se eliminan en gran medida las reflexiones de las paredes que podrían interferir con las mediciones de interés. Para las mediciones, los juguetes fueron accionados manualmente en forma normal y se colocaron a 1m de distancia frente a un micrófono (B&K-4133).

El micrófono fue conectado al analizador de espectros (B&K-2033). Los espectros obtenidos con este analizador corresponden al llamado espectro promedio de larga duración, que es un procedimiento de análisis que hace un promedio temporal del nivel de presión sonora por ciclo, para varias frecuencias dentro de un intervalo dado (por ejemplo de 0 a 10,000 ciclos por segundo). Con este método de análisis se puede visualizar la distribución promedio de la presión sonora de un sonido dado en términos de las frecuencias componentes. Este espectro fue transferido a una computadora (HP-9837) y procesado para obtener un espectro en tercios de octava (1/3-oct) y a continuación un espectro de sonoridad. El espectro de 1/3-oct da el nivel de presión sonora en bandas de frecuencia cuya separación aumenta al aumentar la frecuencia, por ejemplo: 200, 250, 315, 400 Hz, etc. El ancho

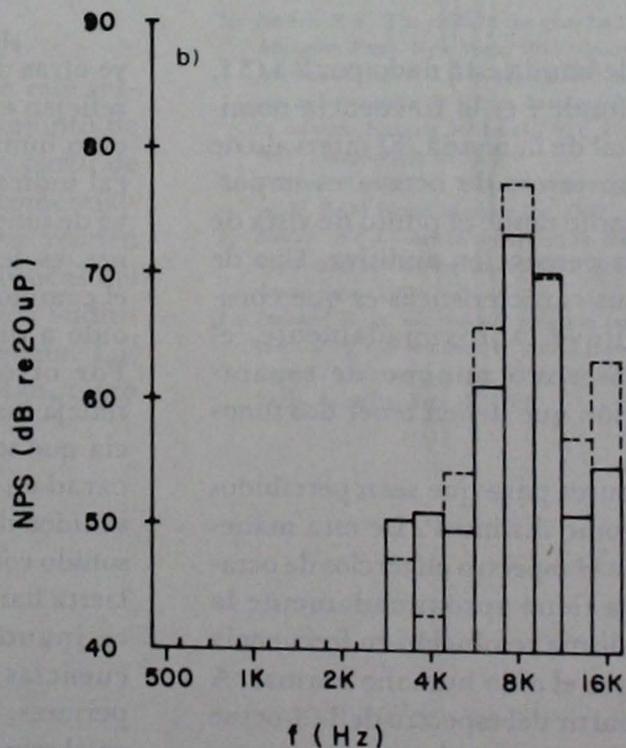
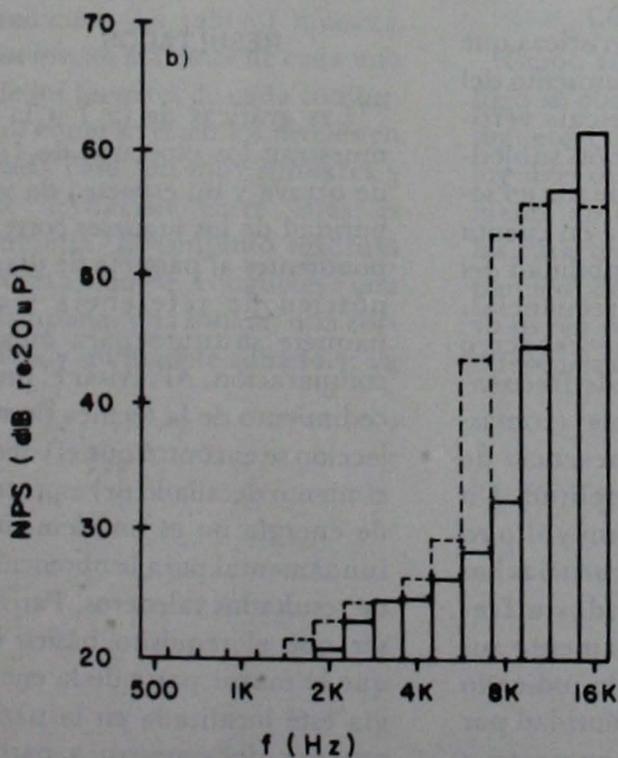
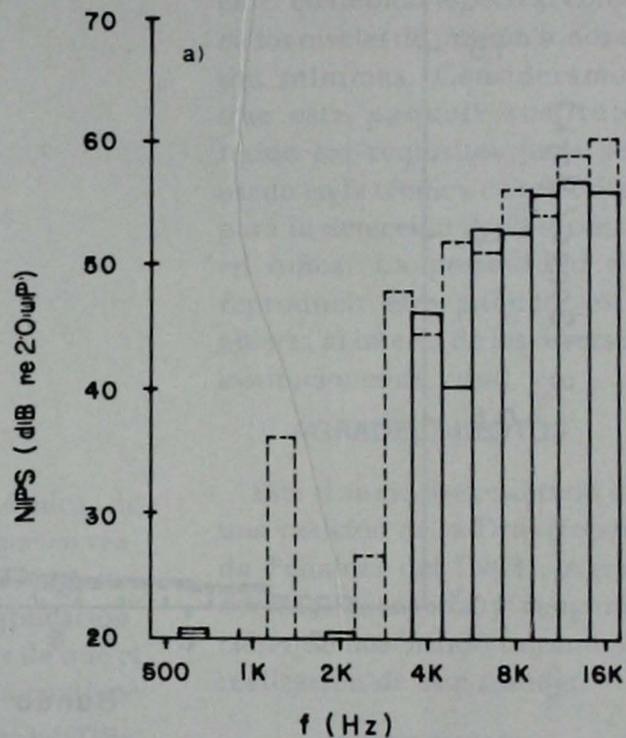
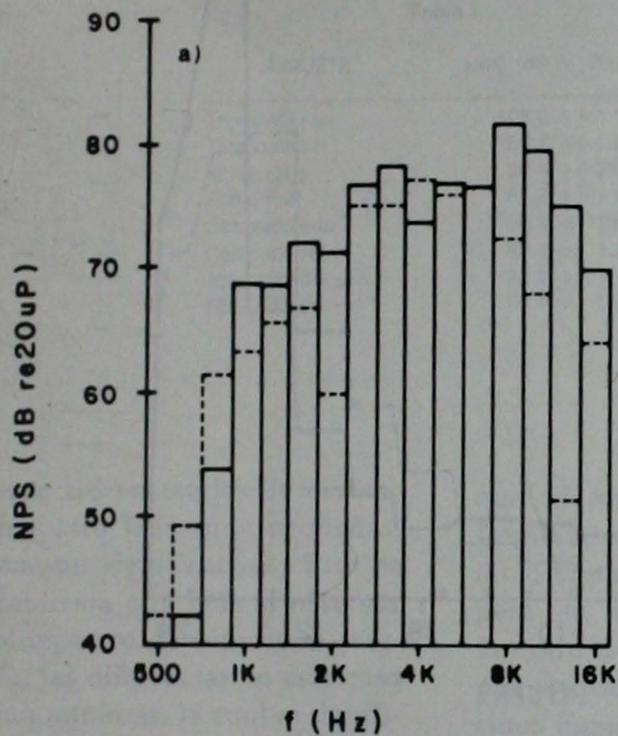


Figura 1.- a) Espectro por tercios de octava del sonido de la trompeta de referencia (línea continua) y de la que la sustituye (línea segmentaria). b) Espectro por tercios de octava del sonido de una de las sonajas de referencia (línea continua) y de la que la sustituye (línea segmentada).

Figura 2.- a) Espectro por tercios de octava del sonido de la campana de referencia (línea continua) y de la que la sustituye (línea segmentada). b) Espectro por tercios de octava del sonido del juguete silbador de referencia (línea continua) y del que lo sustituye (línea segmentada).

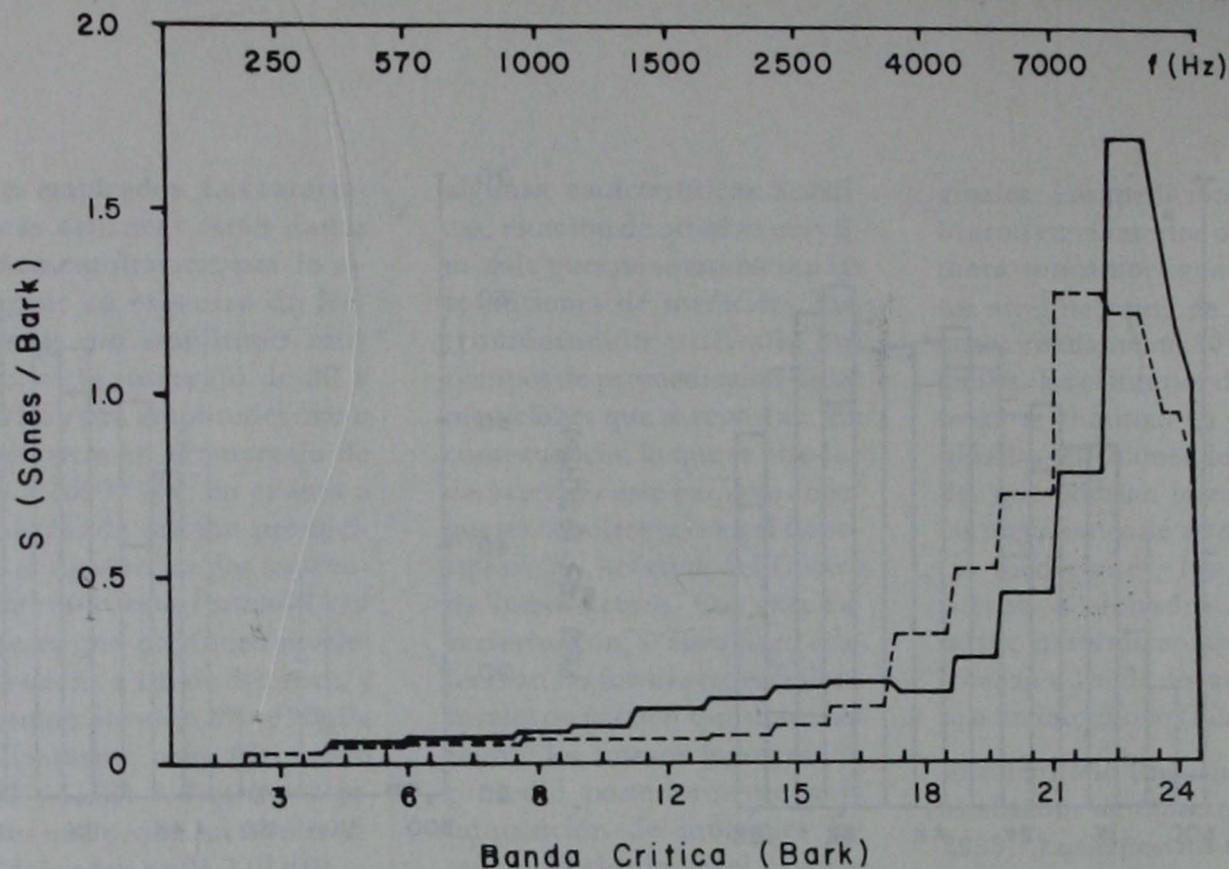


Figura 3.- Espectro de sonoridad del sonido de la trompeta de referencia (línea continua) y de la que la sustituye (línea segmentada).

de banda está dado por $2 \frac{1}{3} f$, donde f es la frecuencia nominal de la banda. El intervalo de un tercio de octava es importante desde el punto de vista de la percepción auditiva. Una de sus características es que constituye, aproximadamente, el intervalo mínimo de separación que deben tener dos tonos

puros para que sean percibidos como distintos³. De esta manera el espectro en tercios de octava tiene aproximadamente la misma resolución en frecuencia que el oído humano normal. A partir del espectro de 1/3-oct se obtuvieron algunos espectros de sonoridad según el algoritmo de la norma internacional ISO 532B⁴. Este espectro inclu-

ye otras dos características que reflejan el comportamiento del oído humano. La escala vertical indica la sensación subjetiva de sonoridad estimada en sones, es decir se toma en cuenta el cambio en la sensibilidad del oído a diferentes frecuencias. Por otro lado este espectro refleja las regiones de frecuencia que son inaudibles (enmascaradas) ante la presencia de sonidos de gran amplitud. Un sonido con un nivel muy alto en cierta banda de frecuencias hace inaudibles sonidos a frecuencias inmediatamente superiores. Esto queda indicado en el espectro de sonoridad por las pendientes que aparecen a la derecha de las bandas con niveles altos.

RESULTADOS

Las gráficas de la 1 a la 3 muestran los espectros de 1/3 de octava y un espectro de sonoridad de los juguetes correspondientes al paquete de diagnóstico de referencia y al paquete sustituto para mejor comparación. Al revisar el procedimiento de la técnica de selección se encontró que el conocimiento detallado del espectro de energía no es un elemento fundamental para la obtención de resultados valederos. Parece ser que el requisito básico es que la mayor parte de la energía esté localizada en la parte superior del espectro a partir de 4 kHz. En consecuencia las diferencias que se notan en el

Tabla I

JUGUETE	NPS (dB re. 20 μ Pa)
Trompeta sus	108.3 +/- 1.1
Trompeta ref	106.1 +/- 1.0
Sonaja sus	90.4 +/- 2.3
Sonaja ref	83.8 +/- 1.9
Campana sus	90.9 +/- 1.8
Campana ref	88.4 +/- 1.2
Jgte. silbador sus	92.8 +/- 1.1
Jgte. silbador ref	99.1 +/- 1.9

espectro en tercios de octava, por otro lado muy pequeñas, no son significativas. Esto se confirma aún más al observar el espectro de sonoridad (Fig. 3), las diferencias en este caso son mínimas, lo cual es significativo ya que los picos u ondulaciones del espectro son las zonas de más influencia en la audición. La tabla I muestra los niveles máximos de cada uno de los juguetes de cada conjunto; como se ve en los niveles en cada caso son muy similares y la desviación entre ellos es mínima. El conjunto sustituto consta sólo de 4 juguetes (una campana, una sonaja, una corneta y un juguete silbador); ya

que al revisar la técnica de Downs se encuentra que en realidad bastan dos o tres juguetes para su correcta aplicación. Por otro lado, a pesar de que el paquete de referencia contiene cinco juguetes, las características acústicas de dos de ellos (las sonajas) son muy similares.

CONCLUSION

Como resultado de este trabajo se obtuvo un conjunto de juguetes construidos a partir de juguetes disponibles comercialmente en el país, que reúnen las características acústicas del paquete de diagnóstico auditivo usado como referencia. Las diferencias que se notan, tanto

en el contenido espectral como en los niveles de presión sonora, son mínimas. Consideramos que este paquete sustituto reúne los requisitos para ser usado en la técnica de selección para la detección de la sordera en niños. La posibilidad de reproducir este paquete está abierta al interés de las diversas instituciones de salud.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue resultado de una petición de la Dra. Yolanda Peñaloza del INCH. Agradecemos la ayuda y cooperación que nos brindó durante la realización de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Junker, K.S.*: The child in the glass ball. Abington Press. New York, 1975. Como aparece en Huber, C.J. et. al.: The BOEL test as a screening device for otitis media in infants. Nursing Research. Vol. 27, No. 3, Mayo-Junio de 1978.
- 2.- *Downs, P. Marion*: Hearing-screening guide. BAM World Markets Inc. 1982.
- 3.- *Moore, B.C.J.*: An Introduction to the Psychology of Hearing. 2a. edición. Academic Press. 1982.
- 4.- *Zwicker, E. et. al.*: BASIC-program for calculating the loudness of sound from their 1/3 oct spectra according to ISO 532B. Acustica. Vol. 55, 1984.

Trabajos Retrospectivos

Faringopatía por reflujo gastroesofágico

Dr. Héctor DE LA GARZA HESLES

Resumen.— Se presenta un estudio retrospectivo de 24 pacientes con faringopatía por reflujo estudiados clínica y radiológicamente, que fueron obtenidos de una muestra al azar de 500 pacientes de nuestra consulta otorrinolaringológica. Se efectúa una correlación clínico radiológica.

Se comparan los resultados obtenidos con los de la literatura mundial. Se concluye que la incidencia de esta patología es importante para el Otorrinolaringólogo, se hace énfasis en su manejo multidisciplinario, así como en los buenos resultados terapéuticos.

SUMMARY.— A retrospective study of 24 cases of gastroesophageal reflux with pharyngeal symptoms selected at random from 500 patients of a general Otolaryngological

practice is reported. The results are compared with the recent literature. The author concludes that the incidence of this pathology makes it important to the Otolaryngologist, and that a multispeciality approach is important to obtain good diagnosis and therapeutical results.

INTRODUCCION

Las manifestaciones faríngeas, laríngeas y respiratorias del reflujo gastroesofágico, han adquirido importancia en la literatura mundial, a partir de las descripciones efectuadas por Cherry en 1970^{1,2} quien habla de un 30% de sintomatología faríngea en pacientes adultos con reflujo gastroesofágico³ y lo relaciona con la aparición de úlceras y granulomas en la laringe posterior.

El estudio del paciente con reflujo gastroesofágico ha sido en-

focado desde diferentes puntos de vista, involucrando especialidades como la gastroenterología, la radiología, la endoscopia, la neumología, la otorrinolaringología y la pediatría.^{5,6}

En el sujeto normal, la acción sinérgica del esfínter esofágico inferior, la peristalsis esofágica y el esfínter esofágico superior evitan el reflujo. El esfínter esofágico inferior, se encuentra en la unión esofagogástrica y corresponde a una zona de 3 cm que conserva una presión en reposo de aproximadamente 15 a 24 mm de Hg.^{1,3} y cuyo tono varía según las concentraciones de gastrina, por lo cual disminuye con la acidez y aumenta con la alcalinidad, los polipéptidos y los parasimpaticomiméticos. La organización, periodicidad y efectividad de las ondas peristálticas esofágicas impiden el paso de la secreción ácida en forma retrógrada.

*Hospital Español

El esfínter esofágico superior, es una región que se encuentra a nivel cricofaríngeo de aproximadamente 2 cm de diámetro, que conserva un tono en reposo de aproximadamente 101 a 108 mm de Hg.

Se ha encontrado en los pacientes con reflujo gastroesofágico, una pérdida en la fisiología normal de éstos tres mecanismos: presiones menores a los 14 mm Hg. en el esfínter esofágico inferior, desorganización del peristaltismo esofágico y presiones inferiores a 54 mm de Hg. en el esfínter esofágico superior⁷.

La etiología del reflujo gastroesofágico es múltiple, se conoce que existe normalmente una inmadurez del esfínter esofágico inferior en el primer año de vida, y es la hernia hiatal por deslizamiento el hallazgo más frecuente asociado a reflujo, esta entidad no es rara, afectando el 35% de la población⁸ aunque sólo se asocia con reflujo en una proporción de 5 por 1000². Causas menos frecuentes, son: aumento de acidez en el contenido gástrico, úlcera duodenal, estenosis, embarazo, incompetencia idiopática del esfínter esofágico inferior, escleroderma, patología neurológica y cirugía².

Se han descrito múltiples estudios de gabinete, para evaluar tanto la magnitud del reflujo gastroesofágico, como sus consecuencias, siendo actualmente los más utilizados, la fluoroscopia,

la cineradiografía, la manometría esofágica, la endoscopia y la gamagrafia.^{1,9,10,7,2,3}

Las alteraciones faríngeas y laríngeas asociadas con el reflujo gastroesofágico, han sido ampliamente discutidas en los últimos años por Sánchez Marle, Ceballos y Ward^{1,9,10} quienes lo relacionan con faringitis inespecíficas, granulomas de contacto y paquilarinitis. Existe desacuerdo en estas apreciaciones en el trabajo publicado por Moloy, quien encuentra la misma frecuencia de reflujo en pacientes, con patología faríngea inespecífica, que en la población normal, y no encuentra cambios posteriores al tratamiento médico específico.

El tratamiento del reflujo gastroesofágico es en un principio médico, a base de fraccionar la dieta, evitar la ingestión de irritantes, evitar la posición supina, control de peso corporal, medicamentos antiácidos y medicamentos como la metoclopramida que aumentan el tono del esfínter esofágico inferior. En los pacientes en que este tratamiento fracasa (20%), está indicada la cirugía².

OBJETIVOS

Son objetivos del presente trabajo:

1. Conocer la morbilidad, de la faringopatía crónica secundaria a reflujo gastroesofágico

en la consulta otorrinolaringológica.

2. Evaluar los resultados del tratamiento médico en la sintomatología faríngea.

3. Difundir el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

MATERIAL Y METODO

Se tomó una muestra al azar de 500 pacientes de la consulta privada vista por primera vez entre Junio de 1984 y Junio de 1985, de esta muestra se seleccionaron aquellos pacientes con sintomatología faríngea de más de seis meses de duración, los cuales fueron 132 casos y de estos expedientes, se separaron para su estudio retrospectivo a los 24 pacientes a los que se les efectuó el diagnóstico clínico de faringopatía por reflujo. Los pacientes fueron estudiados mediante serie radiológica esófago gastro duodenal y se les efectuaron maniobras para evidenciar el reflujo. A dos pacientes se les efectuó endoscopia, uno por existir la sospecha radiológica de un bezoar y otro por normalidad del estudio radiológico. Se valoraron los resultados del tratamiento tres meses después de haber sido instituido.

Los parámetros analizados, fueron: edad, sexo, hallazgos clínicos, diagnóstico radiológico y/o endoscópico, respuesta al tratamiento.

FRECUENCIA

Figura 1

500 pacientes muestra total
132 pacientes faringitis crónica
24 pacientes faringopatía por
reflujo gastroesofágico

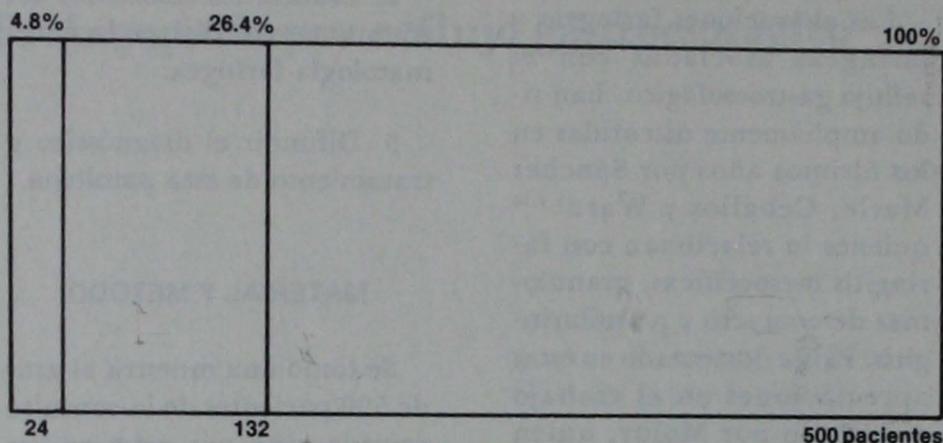
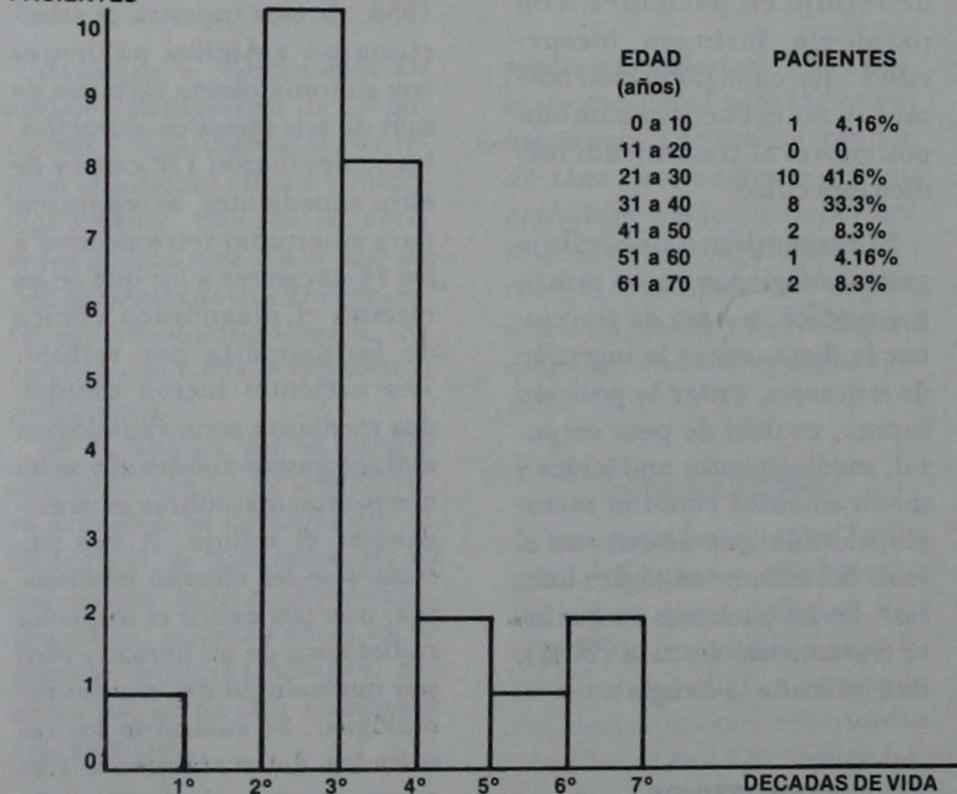


Figura 2

PACIENTES



RESULTADOS

Encontramos que de la muestra estudiada (500 pacientes), el 26.4% (132 pacientes) acudieron por faringitis crónica de diferente etiología de los cuales 24

casos fueron por faringopatía por reflujo gastroesofágico, lo cual nos da el 4.8% de la muestra total, y el 18.1% de los pacientes con faringitis crónica. (Fig. 1).

La edad de los pacientes fluctuó entre los 3 y los 67 años de edad, con un promedio de 33.8 años (Fig. 2). Dieciséis casos (66.6%) fueron del sexo femenino y 8 del sexo masculino (33.3%).

La sintomatología encontrada, fue de: dolor faríngeo de predominio matutino, sensación de cuerpo extraño faríngeo, ardor o dolor retroesternal, regurgitación, disnea paroxística nocturna y cuadros bronquiales de repetición; siendo los más frecuentes, los primeros tres. (Tabla 1). En todos los pacientes el hallazgo a la exploración física, fue el de hiperemia de amígdalas y en algunos casos también del tercio posterior de las cuerdas vocales. Solamente en el caso del paciente menor de tres años, el diagnóstico se hizo en base al interrogatorio.

Los hallazgos radiológicos (Tabla 2) fueron: hernia hiatal en 10 pacientes, gastritis o duodenitis en dos pacientes, hernia hiatal asociada a gastritis o duodenitis cinco pacientes, úlcera duodenal en un paciente, en cuatro estudios no se encontraron anomalías anatómicas, pero se comprobó el reflujo radiológicamente; en un paciente no se encontraron anomalías y en otro se encontró una imagen compatible con un Bezoar. Estos dos últimos pacientes fueron llevados a endoscopia, encontrando una esofagitis probablemente péptica en el primer caso, y un fito-bezoar en el segundo.

TABLA 1

SINTOMATOLOGIA	PACIENTES
Dolor faríngeo matutino	21
Sensación de cuerpo extraño faríngeo	23
Ardor o dolor retroesternal	16
Regurgitación y eructos	12
Disnea nocturna	7
Cuadros bronquiales repetitivos	3

*La tabla no suma 24 por repetición de sintomatología.

TABLA 2
RADIOLOGIA

HALLAZGOS	PACIENTES	%
Hernia hiatal	10	41.66
Hernia hiatal*	5	20.83
Gastritis, gastroduodenitis + úlcera duodenal	3	12.5
Reflujo sin anormalidad morfológica	4	16.66
Bezoar	1	4.16***
Estudio normal	1	4.16**
TOTAL	24	100.00

* H.G.H.

** Por endoscopia se encontró esofagitis moderada, probablemente péptica.

*** Diagnóstico endoscópico: Fitobezoar.

TABLA 3

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

RESULTADOS	PACIENTES	%
Desaparición de sintomatología faríngea	18	79.16
Funduplicación	1	4.16*
Gastrotomía	1	4.16**
Abandono	4	16.66
TOTAL	24	100.00

* Por fracaso de tratamiento médico

** Sin tratamiento médico (Bezoar)

*** H.G.H.

El tratamiento o en los 22 casos, se basó en la dieta, la reducción de peso, evitar el supino y 800 mg diarios de Cimetidina dividida cada 12 hr asociado a Metoclopramida 15 a 30 mg diarios, dividida en tres dosis. Al paciente portador de un fitobezoar se le efectuó extracción de éste a través de una gastrotomía y al paciente de tres años, se le dieron las medidas generales para evitar el reflujo, aunado a 10 ml diarios de solución de hidróxido de aluminio y magnesio, en una dosis diaria nocturna. Tres meses posterior a la instauración del tratamiento, habían desaparecido los síntomas faríngeos en 19 pacientes (81.86%), en un paciente no hubo mejoría por lo que se canalizó con cirujano general, quien practicó funduplicación, desapareciendo los síntomas faríngeos. Cuatro pacientes, no regresaron a control posterior (16.6%).

COMENTARIOS

La frecuencia encontrada de faringopatía por reflujo en la muestra estudiada, es mayor a la encontrada por Sánchez Marle, de 2% en el Hospital Militar de Guadalajara¹, pero menor a la encontrada por Ceballos de 26%. La predominancia del sexo femenino, va de acuerdo a la literatura consultada^{1,9,8,11}.

Nos llamó la atención que en todos los pacientes con diagnós-

tico clínico de faringopatía por reflujo, encontramos alteraciones radiológicas o endoscópicas. Pensamos que ésto se debe mucho a la comunicación con el radiólogo ya que aumenta considerablemente la eficiencia del método fluoroscópico en el diagnóstico de esta entidad. La causa del reflujo, resultó ser variada, aunque indudablemente, en la mayoría de los casos existe hernia hiatal, no hay que despreciar la frecuencia en que el reflujo se debe a patología intrínseca del esfínter esofágico inferior, o cuando éste se vuelve insuficiente, por coexistir enfermedad péptica. Cabe hacer notar el hallazgo del Bezoar como etiológico de reflujo gastroesofágico, más aún cuando la paciente buscó ayuda médica por la patología faríngea que éste condicionada.

CONCLUSIONES

1. La faringopatía por reflujo gastroesofágico, es una entidad frecuente en la consulta otorrinolaringológica y una etiología importante en el paciente con síntomas faríngeos de larga evolución.

2. Es indispensable el manejo multidisciplinario del paciente para lograr un diagnóstico e instaurar un régimen terapéutico apropiado.

3. El tratamiento médico es favorable en la mayoría de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Sánchez Marle, J.F. y cols.*: Evaluación del Síndrome de Cherry como Causa de Sintomatología Faríngea Crónica. Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología XXVIII, 79-84, 1983.
2. *Schwartz, S. Et. Al.*: Principles of Surgery. 2nd. Edition McGraw Hill Book Company 345 a 360. New York. 1974.
3. *Paparella, M. Schumrick, D.A.*: Otolaryngology 2nd. Edition 345-353, W.B.

Saunders Company, New York. 1980.

4. *Valdes-Dapena, M. Steinschneider, A.*: Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), apnea and Nearmiss SIDS. Emerg. Med. Clin. North Am. 1 (1) págs. 27 a 44, 1983.
5. *Christie, D.L.*: Pulmonary Complications of Esophageal Disease. Pediat. Clin. North Am. 31 (4) págs. 835-49, 1984.
6. *Lane, J.L.*: Lump in the throat. S. Afr. Med. J. 58 (6) p. 243-4, 1980.
7. *Gerhardt, D.C., Castell, D.O. et. al.*: Esophageal Dysfunction in Esopharingeal Regurgitation. Gastroenterology 78 (5) p. 893-7, 1980.
8. *Moly, P.J. Charter, R.*: The Globus Symptom. Incidence, therapeutic response and age and sex relationship. Arch. Otolaryngol 108 (11) pp. 740-4, 1982.
9. *Ceballos Ramírez, J.*: Sintomatología faríngea crónica. Reto diagnóstico. Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología 26 (1) PP19-23, 1981.
10. *Augustiny, M. Wofensberger, M. et. al.*: Significance of roentgen cinematography in the diagnosis of functional disorders of pharyngo-esophageal junction. HNO 32 (12) p. 494-7, 1984.
11. *Ward, P.H., /Berci, G.*: Observations on the pathogenesis of chronic non-specific pharyngitis and laryngitis. Laryngoscope 92 (12) p. 1377-82, 1982.
12. *Labrousse, J.M. Poliquin, J.F.*: Pharyngeal paraesthesia secondary and Gastroesophageal Reflux. J. Otolaryngol (Canada), 12 (4) p. 261-2, 1983.

Potenciales evocados del tallo cerebral en el diagnóstico de las hipoacusias de percepción cocleares

Dra. Francisca PRADES MARTI*
Dr. Carlos YAÑEZ GARCIA*

Resumen.— Consideramos a los potenciales evocados auditivos del tallo cerebral (P.E.A.T.C.), como la mejor prueba de audiometría objetiva, que nos permite determinar si la lesión se halla a nivel coclear o en el nervio acústico. Hemos podido comprobar que el registro de los P.E.A.T.C. en pacientes con hidropesía endolinfática o enfermedad de Ménière presentaban un registro distinto al encontrado en pacientes con lesión de VIII par. Observando en los primeros una clara disminución del intervalo I-V a intensidades de estimulación cercanas al umbral, así como un aumento de las latencias de las ondas I y V y de la amplitud de dichas ondas a bajas intensidades de estimulación.

SUMMARY.— We consider the Brain Stem, Evoked Potentials (BSEP), as the best test in objective audiometry, because allows to determine is the damage is found in the cochlea or in the auditory nerve. We have seen that in patients with endolymphatic hydrops or Ménière disease the BSEP register is different in the one found in patients with an VIII nerve damage, showing in the latter a clear diminution in the I-V interval in the stimulus intensities near threshold, as well as an increase in the I and V latencies and a wideness in those waves at low stimulation intensities.

INTRODUCCION

Davis¹ (1976), clasifica a los P.E.A.T.C. según su latencia en tres grupos: 1) P.E.A. tempranos o de latencia corta. 2) P.E.A. de latencia media. 3) P.E.A. tardíos o de larga la-

tencia. En la actualidad los más utilizados en la clínica diaria son los P.E.A. tempranos o del tallo cerebral, los cuales tienen su origen en el órgano periférico auditivo y en los núcleos del tallo.

Jewett² (1979) registró a partir de electrodos de superficie y en los 10 primeros milisegundos (ms) que siguen a la estimulación sonora, 7 ondas positivas que corresponden a los potenciales eléctricos del nervio acústico y a los núcleos del tallo cerebral. Las ondas son las que se describen a continuación: Onda I, corresponde al potencial de acción del VIII par. Onda II, se origina en los núcleos cocleares del bulbo. Onda III, tiene su origen en la oliva superior y en el cuerpo trapezoide. La onda IV refleja la actividad del lemnisco lateral. La onda V se origina en el tubérculo cuadrigémino posterior. Esta es la onda principal, la más constante y la que nos

* Hospital Creu Roja, Barcelona trabajo presentado en la XXVII Reunión Anual de la Sociedad Española de ORL y Patología Cervico-facial Madrid, No. 1986.

indicará el umbral auditivo objetivo. Las ondas VI y VII son de aparición inconstante, tienen su origen en la parte alta del tallo cerebral.

El presente estudio analiza las características propias de los P.E.A.T.C. tempranos en las hipoacusias de percepción endococleares, en especial en los pacientes afectados de hidropesía laberíntica, las cuales nos serán de utilidad en el diagnóstico de dicha enfermedad y al mismo tiempo a establecer el diagnóstico diferencial con las hipoacusias retrococleares, en concreto con los pacientes portadores de un tumor del VIII par craneal. La enfermedad de Ménière es una de las entidades patológicas que sigue planteando problemas diagnósticos por lo cual el uso de los P.E.A.T.C. es de utilidad.

MATERIAL Y METODO

Se analizaron los P.E.A.T.C. de 70 pacientes con hipoacusia neurosensorial coclear, entre los cuales 56 correspondían a pacientes diagnosticados de enfermedad de Ménière uni o bilateral. De ellos 30 eran mujeres y 26 varones. Sus edades estaban comprendidas entre los 20 y 60 años. A cada enfermo, antes de la realización de los P.E.A.T.C., se le practicó una exploración audiovestibular completa que incluía: Audiometría tonal, logoaudiometría, deterioro del tono, S.I.S.I., búsqueda de reflejos, decaimiento

del reflejo y estudio de la función vestibular con registro E.N.G. (pruebas calóricas y rotatorias).

Todos ellos presentaron reclutamiento audiométrico y prueba de Metz positiva. La otoscopia y el estudio radiológico de los conductos auditivos internos fueron normales.

El equipo utilizado para el registro de los P.E.A.T.C. fue un Amplaid MK 10. Se estimuló con clicks de polaridad alterna hasta un total de 2000 estímulos. La frecuencia de repetición del estímulo fue de 11 PPs y el tiempo de análisis de 12 ms. Las respuestas fueron registradas utilizando la derivación vértex mastoides ipsilateral filtradas por un paso de banda de 100-200 Hz. La prueba se inicia a 100 dB pe y se fue bajando la intensidad hasta llegar al umbral. Se usó enmascaramiento del oído contralateral en las hipoacusias unilaterales.

Para realizar esta prueba se coloca al paciente en una camilla en decúbito supino y se le pide que esté lo más quieto posible, relajado, procurando evitar cualquier contracción muscular, sobretodo a nivel de la región cervical con el fin de eliminar todos los artefactos de origen muscular. No fue preciso utilizar en ningún caso premedicación alguna.

Los pacientes con hipoacusias profundas, con una pérdida auditiva superior a 75 dB en las frecuencias de 1000-2000 Hz y de 90 dB en la frecuencia de

4000 Hz, fueron excluidos debido a la falta de credibilidad en el registro de los P.E.A.T.C.

En cada registro se han valorado los siguientes parámetros: 1) La diferencia interaural de la de las ondas. 2) Determinación del umbral auditivo. 3) Latencia de las ondas principales I, III y V. 4) Valoración del intervalo I-V.

En los pacientes con hipoacusia unilateral se valoró además: 1) La diferencia intauteral de la latencia de la onda V del oído hipoacúsico respecto a oído sano (IT-V) y la diferencia interaural del intervalo I-V. 6) Determinación del reclutamiento coclear.

RESULTADOS

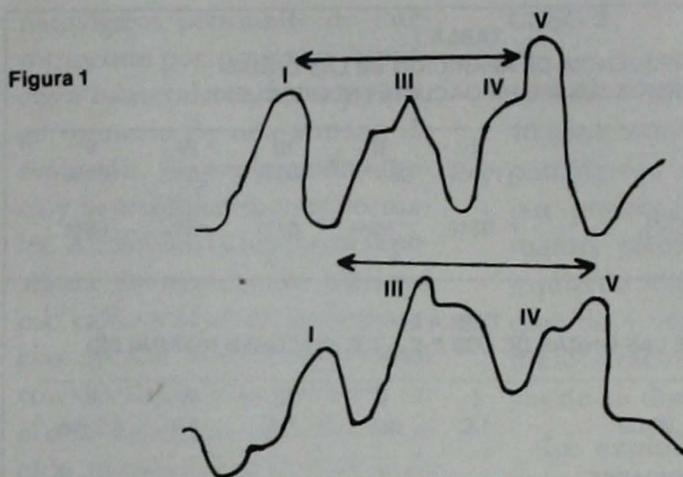
Analizaremos las principales características o variaciones que hemos hallado en el registro de los P.E.A.T.C. de los pacientes con enfermedad de Ménière. Hemos comparado estas variaciones con los P.E.A.T.C. de un sujeto con audición normal.

Frecuencia de presentación de las ondas: En los sujetos normoyentes registramos 7 ondas positivas cuyo trazo varía según la intensidad del estímulo acústico. A altas intensidades de estimulación (70-100 dB) aparecen de forma constante las ondas I, II, III y V. Las ondas IV, VI y VII son de aparición inconstante. A medida que se disminuye la intensidad del estímulo acústico la amplitud de las ondas va disminuyendo. La onda V es la

de mayor amplitud, la más constante en aparición y la que se identifica con mayor facilidad. La identificamos hasta una intensidad de 30 dB. En los pacientes con hipoacusia de percepción, a pesar de la pérdida auditiva, se suele identificar casi con la misma frecuencia que en el paciente con audición normal, especialmente las ondas principales I, III y V. En la tabla 1 podemos observar la frecuencia de aparición de las principales ondas en sujetos con audición normal y con hipoacusia de tipo coclear.

Determinación del umbral auditivo objetivo: Está determinado por la onda V. En los sujetos normales existe una concordancia entre el umbral subjetivo hallado en la audiometría tonal, y el umbral objetivo, hallado en los P.E.A.T.C. En los pacientes con hipoacusia de percepción coclear con curva horizontal en la audiometría tonal, existe una buena concordancia entre el umbral audiométrico y el umbral hallado en los P.E.A.T.C. En las hipoacusias con caída en las frecuencias agudas (4000-8000 Hz), el umbral objetivo es superior al subjetivo. Para hallar el umbral de las frecuencias 1000, 2000 y 4000 Hz hemos utilizado clics filtrados. Los potenciales constituyen un método muy útil para valorar la audición en los sujetos que no es posible realizar las pruebas convencionales.

Latencia de las ondas; En los sujetos normales la latencia de



P.E.A.T.C. en un paciente con hipoacusia coclear. Latencias normales a altas intensidades. 90 dB (1 y 2). Aumento de latencias a intensidades próximas al umbral 50 dB. (3) y disminución del intervalo I-V.

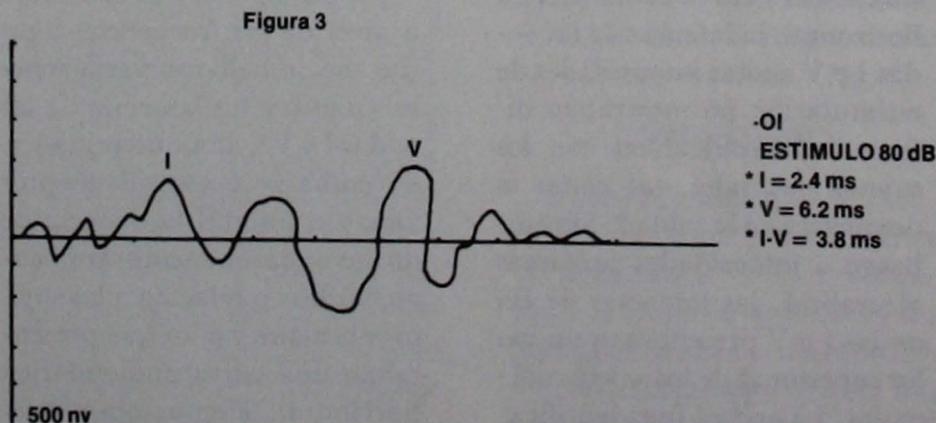
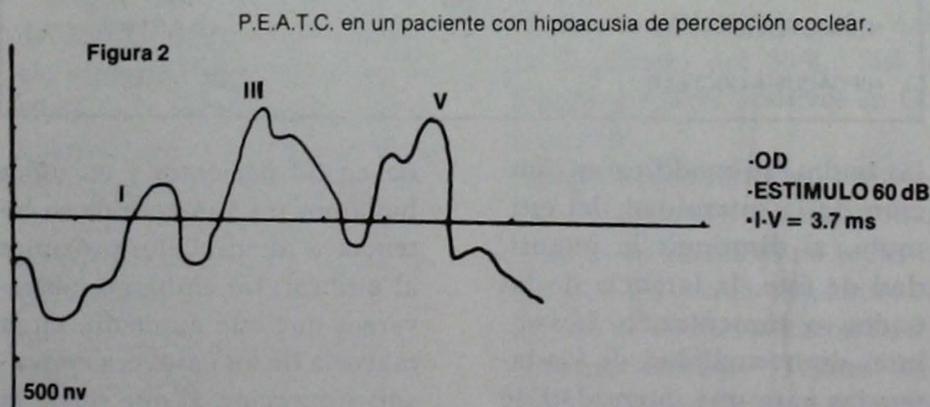


TABLA 1
FRECUENCIA DE APARICION DE LAS ONDAS.
NORMOACUSIA E HIPOACUSIA ENDOCOCLEAR

	I	II	III	IV	V
NORMOYENTE	100%	96.4%	100%	56%	100%
HIPOACUSIA COCLEAR	93%	69%	88%	45%	98%

TABLA 2
LATENCIAS DE LAS ONDAS DE LOS P.E.A.T.C. (VALORES NORMALES)

	I	II	III	IV	V
AUDICION NORMAL 90 dB	1.6	2.9	3.7	4.9	5.9 ms
H. COCLEAR (INTENSIDADES PROX. AL UMBRAL).	1.9	3	3.9	5	6.2 ms

TABLA 3
LATENCIA DE LOS INTERVALOS I-V Y I-III

	I-III	I-V
NORMOYENTES 90 dB	2.3	4 a 4.5 ms
HIPOACUSIA COCLEAR	2	3.6 ms

las ondas, se modifica en función de la intensidad del estímulo, al disminuir la intensidad de éste, la latencia de las ondas va aumentando. Los valores de normalidad de las latencias para una intensidad de estímulo de 90 dB son los que aparecen en la tabla 2.

En los pacientes con hipoacusia coclear y curva audiométrica horizontal, la latencia de las ondas I y V a altas intensidades de estimulación no mostraban diferencias significativas con los sujetos normales, tal como se demuestra en la tabla 2. Sin embargo a intensidades próximas al umbral, las latencias de las ondas I y V presentaban un valor superior al de los sujetos normales. La onda I fue identifica-

da en 39 pacientes y en todos hallamos un aumento de su latencia a intensidades próximas al umbral, sin embargo, observamos que este aumento, en la mayoría de los casos era en mayor proporción al que sufría la onda V. Por consiguiente el intervalo I-V se encontraba disminuido, tal como se verá más adelante.

En las hipoacusias con caída a nivel de las frecuencias agudas, no se hallaron variaciones en cuanto a las latencias de las ondas I y V a altas intensidades. Sin embargo a intensidades próximas al umbral la latencia de dichas ondas se encontraron aumentadas en relación a los sujetos normales y a los que presentaban una curva audiométrica horizontal. Hemos observado

que este aumento era mayor a medida que la pérdida auditiva aumentaba. Hemos de señalar que este aumento de la latencia a intensidades próximas al umbral, no es patognomónico de lesión coclear, pues también lo hallamos en las lesiones retrococleares. Sin embargo, nunca las hallaremos aumentadas a altas intensidades de estimulación en las cocleares y sí en las lesiones retrococleares.

Valoración de los intervalos I-V y I-III: El intervalo I-V es el más importante y es considerado como el tiempo de conducción central del estímulo nervioso. Su valor normal es de 4 ± 0.5 ms siendo de 23 ms el de I-III.

En las hipoacusias cocleares, el valor de estos intervalos a altas intensidades, se mantienen normales. Pero a intensidades próximas al umbral se hallan ligeramente disminuidas en comparación con sujetos normooyentes. Ello se debe a que el aumento que sufre la latencia de la onda I es en proporción superior al que experimenta la onda V. Aunque nunca lo hallaremos aumentado, tal como ocurre en las hipoacusias retrococleares.

A intensidades próximas al umbral, se obtuvo una media de 37 ms. para el intervalo I-V y de 2 ms para el I-III. (Tabla 3).

Diferencia interaural de la latencia de la onda V y del intervalo I-V: Comparando el valor de dichos parámetros entre el oído hipoacúsico y el oído sano, vemos que esta diferencia

es igual o menor a 0.3 ms en los pacientes con hipoacusia coclear. Igual que en los sujetos normales, nunca lo hallaremos aumentado, tal como ocurre en las hipoacusias retrococleares.

Determinación del reclutamiento coclear: Yamada y cols.³ (1975), observaron en las hipoacusias cocleares un alargamiento de la latencia de la onda V a intensidades próximas al umbral, pero que al aumentar la intensidad del estímulo, el valor de dicha latencia, decrecía a los valores de normalidad y cuanto mayor era la pérdida auditiva, mayor era el alargamiento de la latencia de la onda V. Estos hechos se relacionan con la presencia de reclutamiento coclear. La amplitud de las ondas también es valorada como representativa del fenómeno de reclutamiento. Moller y Blegvad⁴ (1976), observaron que la amplitud de las ondas I, III y V, era superior a la hallada en los sujetos normales a intensidades próximas al umbral. El aumento de la latencia de la onda V, lo hemos podido observar en el 60% de los pacientes explorados. El aumento de la amplitud sólo ha podido ser detectado en el 35% de ellos.

A continuación presentamos dos casos de pacientes con enfermedad de Ménière cuyos P.E.A.T.C. muestran las características propias de lesión coclear.

Caso 1:

A.D.S., paciente varón de 40 años de edad, sin antecedentes

patológicos personales de interés, acude por presentar hipoacusia bilateral, acúfenos y vértigo rotatorio de una semana de evolución. La exploración clínica y neurológica fueron normales. Audiometría tonal con hipoacusia de percepción bilateral con caída a nivel de las frecuencias agudas. Audiometría tonal con discriminación del 60% en el oído izquierdo y del 65% en el oído derecho. Sisi y prueba de Metz, positivos. Decaimiento del tono y negativo. A la ENG se encontró una hipoexcitabilidad laberíntica bilateral.

Registramos los P.E.A.T.C. de ambos oídos, encontrando: Un umbral auditivo objetivo de 60 dB para ambos oídos. A altas intensidades de estimulación a 100 dB registramos 5 ondas positivas cuyas latencias se hallan dentro de la normalidad, así como, los intervalos: O.D.: I = 1.5 ms; V = 5.6 ms.; I-V = 4 ms. y I-III = 2.1 ms. En el O.I.: I = 1.6 ms.; V = 5.7 ms; I-V = 4 ms. y I-III = 2.2 ms. (Fig. 2.) I-III = 2.1 ms En el O.I.: I = 1.6 ms; V = 5.7 ms; I-V = 4 ms y I-III = 2.2 ms (Fig. 2).

A intensidades cercanas al umbral, es decir, a una intensidad de 60 dB, encontramos un aumento de la latencia de las ondas I y V y una disminución del intervalo I-V cuyo valor fue para el oído derecho e izquierdo de 3.7 ms. La radiología de los conductos auditivos internos fue normal. Se trataba de un paciente con enfermedad de Ménière bilateral.

CASO 2:

M.C.A. paciente femenina de 40 años de edad sin antecedentes patológicos de interés. Acude por presentar hipoacusia fluctuante, plenitud ótica del oído izquierdo. Acúfenos en oído izquierdo y vértigo rotatorio con manifestaciones neurovegetativas de 15 días de evolución.

La exploración de ORL y neurológica fueron normales. En las pruebas complementarias se halló: Audiometría tonal: Hipoacusia de percepción del oído izquierdo con audición normal del derecho. Logoaudiometría: Discriminación del O. izquierdo del 35%. Sisi y prueba de Metz positivos en O. izquierdo.

ENG: hiporreflexiva izquierda. A los P.E.A.T.C.: En el oído derecho se encontró un registro normal. En el oído izquierdo: A 100 dB las latencias fueron las siguientes: Onda I = 1.9 ms, Onda V = 6 ms y I-IV = 4 ms. A 80 dB: Onda I = 2.4 ms; Onda V = 6.2; I-V = 3.8 ms.

Observamos el aumento de las latencias a bajas intensidades de estimulación y una disminución del intervalo I-V propio de las hipoacusias cocleares. (Fig. 3).

CONCLUSIONES

Consideramos a los P.E.A.T.C. como una prueba útil en el diagnóstico de la enfermedad de Ménière que nos ayuda a complementar el diagnóstico.

No consideramos que sea una prueba específica ni selectiva de

dicha enfermedad pues también pueden presentarse éstas características en otras patologías como en los traumatismos, sordera súbita, etc.

De los parámetros que hemos valorado, consideramos que el análisis del intervalo I-V es el

más útil para establecer el diagnóstico diferencial entre una hipoacusia coclear y retrococlear.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Davis, H.*: "Principles of Electric Response Audiometry". *Ann. Otol Rhinol., Laryngol*, 85, supplementum 28, 1976.
- 2.- *Jewett, D.L.*: and *Willinston, J.S.* "Auditory evoked far Fields average from the scalp of Humans. *Brain*, 94, 681-696, 1979.
- 3.- *Yamada, O; Toshiaky, Y; Yamane, H. y Suzuki, J.*: "Clinical evaluation of the auditory evoked brain stem response. *Auris Nasus. Larynx*, 2, 97-105, 1975.
- 5.- *Moller, K.J.; Blegvad, B.*: "Brain stem potentials in subjets with sensorineural hearing loss. *Scand Audiol*. 5: 115-127, 1976.

Una técnica para la extirpación quirúrgica del vértice óseo orbitario

Dr. Juan Felipe SANCHEZ MARLE*
Dr. Daniel BUENDIA PACHECO*
Dr. Jorge SOTO DOMINGUEZ*

Resumen. — Las neoplasias malignas intraorbitarias pueden extenderse hacia el vértice orbitario y por lo tanto llegar a la cavidad craneal a través del canal óptico y la fisura orbitaria superior. La exenteración orbitaria no puede proporcionar márgenes quirúrgicos limpios de tumor cuando estos han llegado a las regiones mencionadas. Una técnica quirúrgica desarrollada por los autores permite la resección del vértice óseo intraorbitario y su aplicación a un caso de melanoma intraocular con extensión a través del nervio óptico son presentadas.

SUMMARY. — When intra-orbital malignant tumors reach the orbital vertex, can spread to intracranial structures through the superior orbital fissure an

the optic foramen. In this cases, orbital exenteration is not enough to remove completely the tumor. The authors describe a surgical technique to accomplish the removal of the bony orbital vertex. A case of intraocular malignant melanoma with affection of the optic nerve treated with this technique is presented.

INTRODUCCION

En el pasado la invasión del nervio óptico podía sospecharse en ojos sin visión con glaucoma provocado por melanoma difuso de la coroides¹. Si la invasión del nervio óptico por la neoplasia había llegado al canal óptico, habitualmente era un hallazgo quirúrgico y de poder demostrarlo preoperatoriamente, significaba una contraindicación quirúrgica, por la incapacidad de reseca el vértice óseo orbita-

rio. Los abordajes neuroquirúrgicos, a través de craniectomías frontales, para remover estas neoplasias, enfrentaban los problemas del manejo del área paraselar, representados por el seno cavernoso y la arteria carótida interna, así como la posible contaminación entre la cavidad orbitaria exenterada y los contenidos de la cavidad craneana, una vez que la dura madre fue abierta o reseca. La experiencia quirúrgica, ha demostrado que abordajes extra e intracraneales simultáneos pueden efectuarse para la extirpación de tumores en la base del cráneo, siempre que puedan cerrarse adecuadamente las meninges, evitando una fístula de líquido cefalorraquídeo². Con esos principios en mente y con la experiencia obtenida en nuestro hospital en la extirpación de angiofibromas que invadían la fosa media, decidimos desarrollar

*Servicios de Otorrinolaringología, Oftalmología y Neurocirugía. Hospital Central Militar, México, D.F.

una técnica quirúrgica para la extirpación del vértice óseo orbitario.

TECNICA QUIRURGICA

Por una incisión coronal, se efectúa craneotomía bifrontal, elevándose ambos lóbulos frontales del cerebro para exponer los techos orbitarios. Previamente el encéfalo ha sido descomprimido por el uso de manitol endovenoso y por la colocación de un catéter espinal. El área del quiasma óptico es visualizada y evaluada la posible extensión intracraneal de la neoplasia, si es posible su resección con la ayuda del microscopio quirúrgico el nervio óptico se secciona al nivel del quiasma, obteniéndose un corte histopatológico por congelación que asegure un margen quirúrgico limpio. Después se visualiza la arteria carótida interna a su salida del seno cavernoso, identificando y disecando cuidadosamente la arteria oftálmica a la salida de su vaso de origen y en su entrada al canal óptico por abajo del segundo par craneal, se le coloca una grapa vascular a ésta arteria. Se efectúa una incisión de la duramadre que cubre la órbita afectada, dos centímetros por adelante del borde del ala menor del esfenoides elevándose el componente posterior con la porción más anterior del seno cavernoso, para identificar la entrada de la vena oftálmica al mencionado seno a su salida de

la órbita a través de la fisura orbitaria superior para coagular por medio del cauterio bipolar. Los nervios oculomotores son seccionados en ésta área, coagulándose otros pequeños vasos venosos hasta la visualización del borde superior del ala mayor del esfenoides que representa el margen inferior de la fisura orbitaria superior. La mitad posterior del techo de la órbita es extirpada, abarcando la pared lateral de esta estructura y el techo de las celdillas etmoidales posteriormente se retira el techo del canal óptico para que el nervio óptico mantenga su continuidad con su parte intraorbitaria. El hueso que forma el canal óptico así como los márgenes de la fisura orbitaria son fracturados y desplazados anteriormente, tomando especial cuidado de no lastimar el seno cavernoso y la arteria carótida retrayéndolos hacia atrás. Durante estas maniobras es importante la protección del nervio óptico contralateral así como del quiasma.

A continuación se permite la expansión del encéfalo y se continúa con el tiempo facial de la intervención. Una incisión para la exenteración de órbita se lleva a cabo, este procedimiento se efectúa por afuera de la periorbita, una vez que la pared media de la órbita es expuesta y las arterias etmoidales coaguladas, se fractura la lámina papirácea, obteniéndose la entrada hacia las celdillas et-

moidales las cuales son extirpadas dejando su pared media intacta hasta alcanzar la pared media del canal óptico. El seno esfenoidal es expuesto a través de esta vía y por control visual a través de la craneotomía sus paredes anterior y lateral reseca- das, protegiendo la duramadre lateral a ellas ya que esta representa la pared media del seno cavernoso. La parte posterior del piso orbitario es extirpada con lo cual la fosa pterigopalatina es expuesta, permitiendo la resección del nervio infraorbitario. Al retirar el espécimen se crea un defecto quirúrgico a través del cual puede visualizarse el encéfalo, el sifón carotídeo, el interior del seno esfenoidal, el cornete medio y la grasa de la fosa pterigopalatina.

De la parte lateral del muslo del paciente se obtiene una generosa porción de fascia lata; y de esta misma región, con un dermatomo, se obtiene un injerto cutáneo de grosor parcial. La fascia lata se utiliza para cubrir el tejido encefálico y la arteria carótida expuesta, suturándolo donde esto es posible, donde no se logra, se empaca entre hueso y encéfalo. Para evitar una fístula de líquido cefalorraquídeo o la exposición de los tejidos vitales hacia la cavidad orbitaria. Finalmente el injerto cutáneo es utilizado para recubrir la órbita y senos exenterados. La órbita es tapada en la forma rutinaria y la craneotomía cerrada.

REPORTE DE UN CASO

Una paciente de 20 años de sexo femenino notó una pérdida progresiva de la visión en su ojo derecho de 2 años de evolución. El diagnóstico de desprendimiento de retina fue hecho en otro hospital y a pesar de que el ojo quedó sin visión y apareció dolor no se buscó otra opinión oftalmológica. Al final de su primer embarazo notó la aparición de áreas negras en la conjuntiva. Fue encamada en el Hospital Central Militar, para la atención de su parto lo cual sucedió sin complicaciones. Vista por el Servicio de Oftalmología, se encontró un ojo izquierdo normal y un ojo derecho sin visión con obvia invasión melánica en la conjuntiva anterior. La pupila estaba parálitica y se observaba una masa en el fondo del ojo de color oscuro. Los movimientos oculares estaban conservados y una tomografía computada de alta resolución en cortes axiales y coronales demostró una masa que ocupaba los aspectos medial, posterior y lateral del ojo, así como un franco engrosamiento del nervio óptico que alcanzaba el canal óptico y la fisura orbitaria superior. No pudo demostrarse evidencia de invasión intracranéa, signos relacionados al quiasma óptico o diseminación distante tanto radiológica como clínicamente.

Obvio era por los hallazgos radiológicos que una exentera-



Figura 1. Tomografía computada en corte axial que muestra engrosamiento de el nervio óptico hasta la vecindad del canal óptico y fisura orbitaria superior.

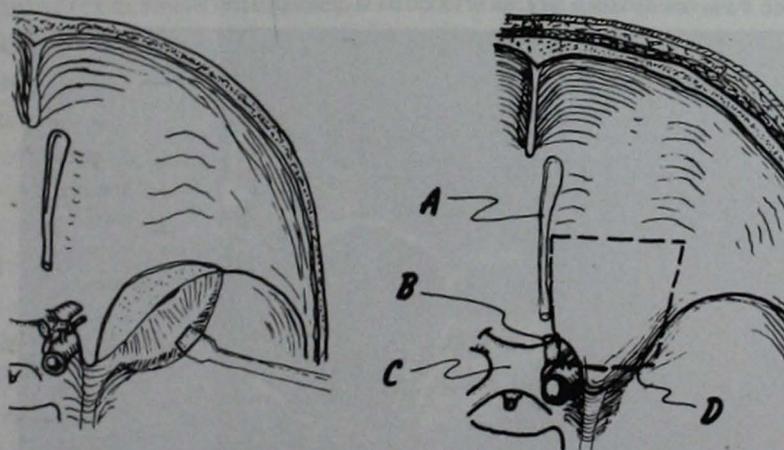


Figura 2. Esquema de los pasos quirúrgicos intraorbitarios. A.- Placa cribiforme. B.- Arteria oftálmica expuesta. C.- Quiasma óptico. D.- Ala menor esfenoides con porción anterior seno cavernoso.



Figura 3. Fotografía trans-operatoria intracranéal que muestra invasión por el melanoma de nervio óptico a su salida de el canal óptico.

ción orbitaria rutinaria no sería suficiente para la resección de este tumor. Considerando la edad de la paciente, tipo y extensión de la neoplasia se decidió someterla a la técnica quirúrgica previamente descrita.

Una biopsia fue tomada de la conjuntiva después de inducción de la anestesia confirmando un corte por congelación el diagnóstico de melanoma. Una vez expuesto el nervio óptico intracraneano en el lado derecho, se observó una colaración negruzca en el mismo que desaparecía en las vecindades del quiasma óptico. El nervio se seccionó en el sitio de entrada al quiasma y un corte por congelación reveló un margen quirúrgico de 2mm libre de tumor. No existía invasión tumoral macroscópica en la fisura orbitaria superior o en el área intracraneal visualizada. La técnica quirúrgica descrita se llevó a cabo sin incidentes. En el post operatorio la paciente evolucionó satisfactoriamente sin datos de fístula de líquido cefalorraquídeo o de infección meningea siendo dada de alta 2 semanas después de la intervención para recibir quimioterapia como externa a base de DTyC. El reporte histopatológico reveló un melanoma con una celularidad mixta a base de células fusiformes y epiteloideas. Todos los márgenes quirúrgicos estaban libres de neoplasia. El tumor había reemplazado casi completamente



Figura 4.- Fotografía post-operatoria 15 días después de la intervención que muestra defecto quirúrgico e injertos de fascia lata (en el fondo de la cavidad) y piel viables.

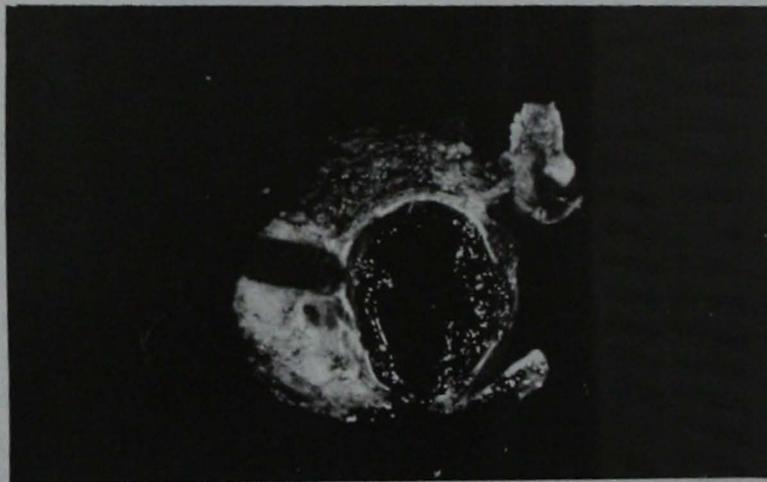


Figura 5.- Corte sagital macroscópico de el espécimen que muestra clara invasión de el melanoma a el nervio óptico.



Figura 6.- Tomografía post-operatoria que demuestra la extirpación del seno etmoidal, fisura orbitaria y canal óptico.

el ojo y existía una extensión extraescleral en la región peripapilar. El nervio óptico estaba masivamente invadido por la neoplasia en su porción intraorbitaria aumentando su diámetro a tres veces el normal.

Vista como externa la paciente evolucionó perfectamente por 14 meses cicatrizando de primera intención su órbita y sin datos de fístula o infección. Posteriormente una radiografía de toráx de control demostró la presencia de metástasis pulmonares actualmente tratadas con quimioterapia pero sin datos de actividad tumoral local o intracraneana.

DISCUSION

El melanoma del cuerpo uveal es la neoplasia intraocular más común⁵. Han sido divididos en formas circunscritas y difusas, representando estas últimas sólo el 4.5% del total, presentando tendencia hacia la invasión extraocular y extensiones a lo largo de el nervio óptico⁴. Reportes de 10% de extensión extra escleral y de 80% de invasión al nervio óptico cuando el melanoma esta situado en la porción peripapilar o sea, posteriormente alrededor de la entrada de las fibras ópticas han sugerido la necesidad de una exenteración temprana en estos casos^{5,6}. Melanomas circunscritos, con visión presente en el ojo son todavía causa de debate en su tratamiento en la literatura oftalmológica⁷.

La extensión extra-ocular intraorbitaria del caso aquí presentado resaltó que la técnica quirúrgica convencional para el tratamiento de esta neoplasia no sería suficiente para obtener márgenes quirúrgicos que aseguraran el control local del tumor. La edad de la paciente y su condición de madre reciente nos forzaron a buscar en el laboratorio quirúrgico una técnica más radical que pudiera encompasar a esta neoplasia. La naturaleza de la intervención planeada nos obligó a confirmar el diagnóstico histológico en un corte por congelación efectuado en el quirófano, a pesar de el conocimiento de biopsias incisionales no son recomendadas en casos de melanomas⁸.

Las resecciones cráneo-faciales para carcinomas maxilo-etmoidales son las técnicas quirúrgicas pioneras en la cirugía ablativa cuando un tumor ha alcanzado el piso anterior de la base del cráneo. El tiempo ha demostrado las posibilidades y valor de estas intervenciones⁹. El vértice de la órbita representa dificultades quirúrgicas especiales ya que mezcla las propias de las resecciones cráneo-faciales como son las fístulas de L.C.R. y posibilidades de contaminación endocraneal con las de el manejo de la región paraselar como es la arteria carótida interna, el seno cavernoso y el quiasma y nervio óptico contralateral. La necesidad de la disección de la arteria oftálmica y

su control, así como la retracción de el seno cavernoso para la exposición de la fisura orbitaria superior y la extirpación del vértice óseo orbitario, fases durante las cuales una maniobra quirúrgica no adecuada puede causar un desastre, aumentan notoriamente las dificultades técnicas de esta operación.

Creemos que la técnica quirúrgica investigada y aquí descrita abrirá nuevos horizontes para el manejo quirúrgico de ésta región en la base de el cráneo, ya que permite en su parte intracraneal una evaluación de la extensión tumoral. También permite la completa identificación de estructuras vitales y su manejo con técnicas microquirúrgicas y la posibilidad de una retracción gentil de las paredes de el seno cavernoso y el sifón carotídeo, y su protección durante la resección intraorbitaria extendida de sus paredes medias e inferior.

CONCLUSIONES

El melanoma del cuerpo uveal debe de ser valorado con tomografía computada de alta resolución, principalmente cuando está localizado posteriormente por su posible extensión extra escleral y su diseminación a través del nervio óptico hacia las estructuras endocraneales. Cuando este fenómeno se presenta, la extirpación quirúrgica deberá de efectuarse con un equipo multidisciplinario

rio que permita la extirpación del vértice óseo de la órbita así como la exenteración de la órbita y senos etmoidal y esfenoidal adyacentes. La técnica y posibilidad de esta operación ofrecen una solución para una situación previamente sin esperanza.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Shammas H. y Blodi F.*: Peripapillary Choroidal Melanomas Arch Pthamol., 96: 440-445, 1978.
- 2.- *Close L., Mickey B., Anderson R. y Cols.*: Resection of upper aerodigestive tract tumors involving the middle cranial fossa. Laryngoscope, 95: 908-914, 1985.
- 3.- *Scotto J., Fromneni J. y Lee J.*: Melanomas of the eye and other non cutaneous sites. Epidemiologic aspects. J Natl Cancer Inst., 56: 489-592, 1976.
- 4.- *Font R., Spalding A. y Zimmerman L.*: Difuse Malignant Melanoma of the uveal tract: a clinicopathological report of 54 cases. Trans am acad ophthalmol otolaryngol., 72: 877-895, 1968.
- 5.- *Shammas H. y Blodi F.*: Orbital extension of choroidal and Ciliary body melanomas. Arch. Ophthalmol., 95: 2002-2005, 1917.
- 6.- *Sassani J., Weinstein J. y Graham W.*: Massively invasive diffuse choroidal Melanoma. Arch. Ophthalmol., 103: 945-948, 1985.
- 7.- *Fine S.*: How should we manage a patient with uveal melanoma?. Editorial. Arch. Ophthalmol. 103: 910-911, 1985.
- 8.- *Medina J.*: Malignant Melanoma. En: *Gates G.*: Current Therapy in Otolaryngology Head and Neck Surgery 1984-1985. 176-181. B.C. Decker Inc. Philadelphia, 1984.
- 9.- *Ketcham A., Cheretien P., Van Buren J. y Cols.*: The Etmoid Sinuses: A re-evaluation of surgical resection. AM J Surg., 126: 469-476, 1973.

Casos Clínicos

Papiloma invertido nasosantral

Dr. Rodrigo CASTRO MARTINEZ*
Dr. Mario BAKER VALERA**

Resumen. — Se revisa la bibliografía acerca del papiloma invertido, señalando algunos aspectos de nomenclatura, frecuencia, etiología principales aspectos clínicos y terapéutica.

Y se presenta el caso de un paciente masculino de 50 años de edad, el cual presentaba una tumoración grande de nariz y seno maxilar sometiéndose a cirugía con seguimiento de 3 años sin recidivas.

SUMMARY. — A case of a 50 year old male with diagnosis of inverted papiloma that involved nose and maxillary antrum is reported. There was no relapse during a three years follow up after surgery. A discussion about the name, frequency, etiology, morbidity, as well as the main clinical and therapeutic aspects is presented.

*Médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología, Hgz. Puebla.
**Médico Residente del 2° año del Servicio de Otorrinolaringología, Hgz. Puebla.

INTRODUCCION

El papiloma invertido es una lesión rara, que se presenta con mayor frecuencia en la nariz y en algunos casos como tumor primario del seno maxilar.

El papiloma invertido se reporta en la literatura con nomenclaturas diferentes (sinusitis papilar, polipo de metaplasia invertida, papiloma epitelial, papiloma de Shneridian, papiloma suave, papiloma de células transicionales, epiteloma papilar escamoso, fibroma papilar, etc⁶).

Es muy variable la frecuencia de acuerdo al autor, siendo más común en hombres que en mujeres en una relación 3.1 hasta 10.1 Es factible encontrarlo en cualquier edad, sin embargo, es más frecuente entre la 5a. y 6a. década de la vida^{1,4,6}.

Su etiología es desconocida, se le asocia a problemas alérgicos⁶ por su similitud con los pa-

pilomas laríngeos y los condilomas venéreos, se ha pensado en un agente viral,⁴ aunque en ningún caso, ni infeccioso ni alérgico se ha demostrado una relación de causa-efecto.

El cuadro clínico evoluciona de semanas a años, con obstrucción nasal unilateral constante, rinorrea hialina, epistaxis, rinolalia, dolor y cuadros que semejan sinusitis maxilar y en casos avanzados se presente proptosis. A la exploración se aprecia una masa polipoidea nasal o antro coanal, llegando a deformar la pirámide nasal^{2,4,6}.

El papiloma invertido se desarrolla a partir de la pared lateral de la nariz, en relación con el meato y cornetes medios. En otros casos existe invasión del seno maxilar por un tumor primario de nariz⁶.

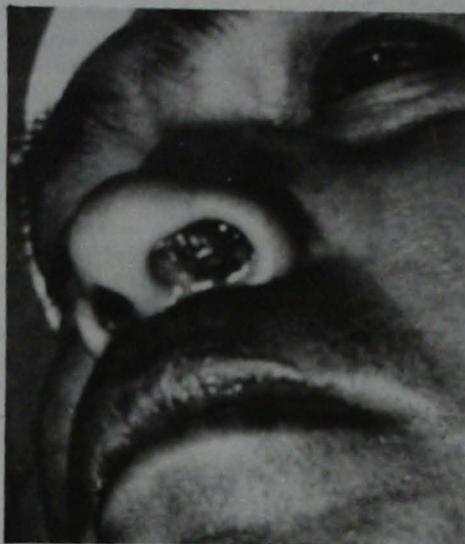
La recurrencia del tumor es común, hay quien menciona la resección quirúrgica conservadora, la cual presenta la misma recurrencia que la cirugía radi-

cal⁶ otros relacionan el grado de recurrencia con el tamaño del tumor pero no encontrando la relación directa (Calcaterra). Hoffman en 1984 recalca la importancia de la microcirugía en la resección total del tumor para evitar recurrencia,⁷ siendo aceptado en general que la resección total de la tumoración evitará la recurrencia.

En relación a la malignización del papiloma invertido se mencionan porcentajes que varían desde un 2 a 50% de los pacientes, Freeschener refiere sólo 3 casos de malignización en un grupo de 300, además varía de acuerdo al patólogo que interprete la pieza quirúrgica pues los criterios histopatológicos no han sido uniformes^{4,6,8}.

Los datos radiológicos no son específicos, el estudio más completo realizado hasta la fecha pertenece a Momose, en 1980, quien describe 81 casos de pacientes con papiloma invertido, no encontrándose datos que fueran patognomónicos. Se recomienda valorar por medio de una tomografía lineal y TC siendo más preciso este último^{3,6}.

El manejo de estos pacientes es siempre quirúrgico, la controversia radica en qué tipo de cirugía debe realizarse para evitar las recurrencias del tumor (la radioterapia se ha comprobado como inefectiva por lo que no se encuentra indicada). Algunos autores recomiendan el uso de cirugía conservadora como la polipectomía endona-



pruebas funcionales respiratorias normales.

PADECIMIENTO ACTUAL

Lo inicia aproximadamente 6 meses previos a su presentación en el servicio de O.R.L. del H.G.Z. de Puebla con la presencia de masa en fosa nasal derecha, que en su inicio no presenta sintomatología, evolucionando por 5 meses hasta su llegada a nuestro servicio por presentar cuadro de obstrucción nasal unilateral constante, con presencia de dolor discreto epistaxis ocasional escasa, rinorrea anterior verdosa, mucopurulenta, no fétida, no presentando diplopia ni alteraciones visuales.

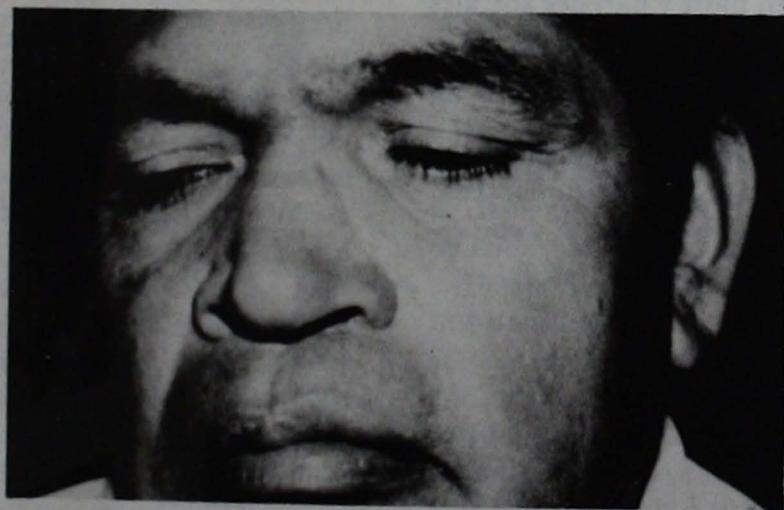
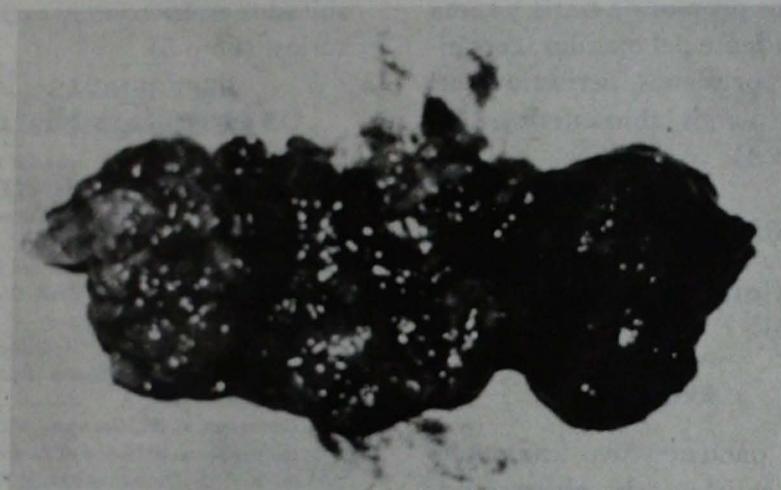
EXPLORACION FISICA

Presencia de masa que obstruye la fosa nasal izquierda, de consistencia ahulada, fácilmente sangrante al tacto. La masa ocupa toda la fosa nasal hasta porciones posteriores. (Foto 1).

RX SENOS PARANASALES

Sinusitis etmoidal izquierda y maxilar del mismo lado. En la T.C. presencia de masa ocupativa en fosa nasal izquierda que ocupa todo el corredor así región antrocoanal, y velamiento del antro maxilar izquierdo.

Con estos datos el paciente se programó para resección de tumoración nasal en el mes de Julio de 1982 programando reali-



sal, turbinectomía o bien la operación de Caldwell Luc, sin embargo presentan un alto índice de recurrencias.

La cirugía radical (rinotomía lateral con o sin hemimaxilectomía) es la que reporta menos recidivas de acuerdo al número estudiado de pacientes y seguidos en control de 2 a 5 años.

REPORTE DE UN CASO

Paciente masculino de 50 años de edad que presenta los siguientes antecedentes:

- a). AHF: Sin importancia para el padecimiento actual.
- b). APNP: Originario de Apizaco Tlaxcala. Alimentación mala en cantidad y calidad .c).
- APP: Bronquitis crónica con

zar Rinotomía lateral izquierda con la siguiente técnica: incisión de piel tipo Denker, que va desde 3 mm hacia dentro del canto interno del ojo, siguiendo la vertiente nasal, bordeando el ala nasal del mismo lado hacia la línea media, así como incisión del labio inferior en todo su espesor en forma de "Z". (Foto 2).

Se realiza levantamiento del colgajo. Osteotomías laterales con cincel para levantar una charnela y exponer todo el contenido nasal, y la pared anterior del antro. Se identifica la tumoración de la nariz, con despegamiento de la misma, así como despegamiento de la tumoración en el antro maxilar. Se extrae a través de la nariz toda su extensión incluyendo la porción que se encontraba en el antro maxilar. Se acomodan los

huesos propios de nariz y rama ascendente del maxilar, cerrándose por planos, periostio y piel y por planos labio inferior. (Foto 3 y 4).

REPORTE HISTOPATOLOGICO

Papiloma invertido, nasosantral.

EVOLUCION

El paciente tuvo una evolución satisfactoria, cicatrizando la herida en forma completa y de primera intención.

En las consultas subsecuentes se presentaron moldes de costras en nariz y paredes antrales las cuales se retiraron en la consulta, hasta que dejaron de presentarse dichas costras.

Actualmente el paciente se encuentra libre de tumoración a 4 años de la cirugía y con re-

sultados estéticos muy satisfactorios. (Foto 5).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Majumdar, B. Beck S.* Inverted Papiloma of The Nose (Some aspects of aetiology). *The Journal of Laryngology and Otology*, 98: 467-470. 1984.
- 2.- *Kelly, J.H., Joseph, M.*: Inverted Papiloma of the Nasal Septum. *Arch. Otolaryngol.* 106. 1980.
- 3.- *Momose K.J., Weber A.*: Radiological aspects of inverted papiloma. *Radiology*. 134: 73-79. 1980.
- 4.- *Cummings, C.W., Goldman, M.*: Inverted papilomas of Nose and Paranasal Sinuses. *Arch. Otolaryngol* 92: 1970.
- 5.- *Evey R.D.*: Inverted papiloma of the Nose and Paranasal sinuses in Childhood and Adolescence. *Laryngoscope* 95: 1985.
- 6.- *Lawson, W., Biller, H.F.*: The Role of Conservative Surgery in the Management of Inverted Papiloma. *Laryngoscope*. 93: 1983.
- 7.- *Hoffman, G.*: Microscopic Rhinoscopy in the Treatment of Inverted Papilomas. *Laryngoscope* 94: 1984.
- 8.- *Hoffman, G.*: Microscopic Rhinoscopy in the Treatment of Inverted Papilomas. *Laryngoscope* 94: 1984.
- 9.- *Kay, I.M.*: TRANSFER of the Human Nasal papiloma in to Nude mice. *Arch. Otolaryngol* 110: 1984.

Linfoma laríngeo.

(Presentación de un caso)

Dr. Guillermo HERNANDEZ VALENCIA*
Dra. Patricia SOTO ALVARADO**
Dr. Vinicio TOSCANO MANCHENO**

Resumen. — Los linfomas de presentación exclusiva a la laringe es raro, en menos del 1% de las neoplasias laríngeas y hasta el momento han sido reportados en la literatura únicamente 15 casos. El presente artículo hace una revisión del tema y un análisis sobre la conducta diagnóstica, terapéutica y de seguimiento que ha de tenerse con estos pacientes, así mismo, se reporta el caso en un joven de 18 años.

SUMMARY. — A case of a 18 year old male, with diagnosis of laryngeal lymphoma is reported. The diagnosis, therapeutic and follow up procedures are discussed.

INTRODUCCION

Los linfomas pueden afectar cualquier tejido linfoide del organismo y la laringe puede ser uno de ellos pero es extraordinariamente raro que esto suceda en forma aislada^{7,8}.

Se reconocen cuatro tipos de linfoma maligno y son: linfosarcoma (el más frecuente) sarcoma de células reticulares, linfoma de Hodgkin y linfoma folicular; esta clasificación histológica actualmente tiene limitada utilidad ya que está demostrado que puede haber variaciones de un tipo a otro en el curso de la enfermedad y por tanto carece de valor terapéutico o pronóstico⁵.

La clasificación clínica por estadios es útil por que brinda información pronóstica y es la siguiente:

ESTADIO I Tumor confinado a un sitio anatómico o a varios pero de la misma región.

ESTADIO II Con diseminación regional pero confinado a un solo lado del diafragma.

ESTADIO III Con diseminación tumoral a ambos lados del diafragma.

ESTADIO IV Tumor diseminado que involucra pulmón, hígado o hueso.

Sufijos: A = ausencia de síntomas constitucionales. B = síntomas constitucionales presentes (fiebre, sudoración, pérdida ponderal, etc.)

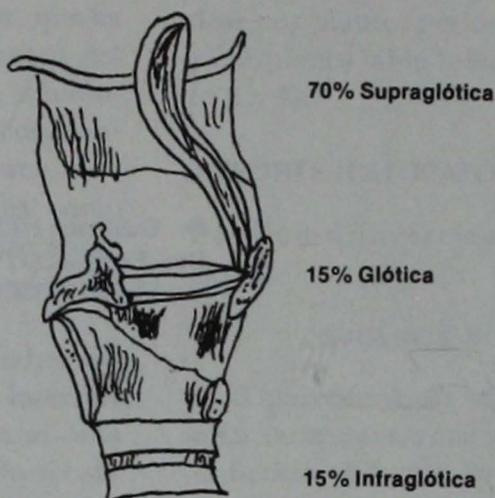
Afecta por igual a ambos sexos y la edad de presentación varía desde la primera a la octava décadas de la vida^{5,6}.

En la supraglotis las estructuras afectadas son: epiglotis, pliegue aritenopiglótico y aritenoides. En la mayoría el único o primer signo es la disfonía, seguido de disfagia, sensación de cuerpo extraño, disnea, pérdida ponderal, tos, etc^{1,6,7}. El as-

*Médico de Base, Servicio de O.R.L., Hospital General, C.M. La Raza.

**Médico Residente, Servicio de O.R.L., Hospital General, C.M. La Raza.

Localización
anatómica:



pecto macroscópico es descrito como una masa tumoral blanco grisáceo, liso. Su diagnóstico es por biopsia y para determinar el estadio clínico se deben realizar los siguientes estudios: detección de adenopatías a cualquier nivel por exploración clínica minuciosa, biopsia de médula ósea, general de orina ácido úrico, biopsia hepática, pruebas de función hepática y renal, Rx tórax y linfangiografía^{1,5,6,8}.

De la literatura consultada, todos los autores coinciden en que el tratamiento inicial para el linfoma laríngeo aislado, es la radioterapia. En caso de no haber respuesta se recomienda remisión quirúrgica; sin embargo, es raro que ésta se necesite ya que el linfoma es altamente radiosensible en esta área.

CASO CLINICO:

Masculino de 18 años de edad, de nivel socio-económico

medio-bajo, con COMBE positivo, resto de antecedentes sin importancia para su P.A. el cual lo inició en junio de 1985 con epistaxis, anorexia, pérdida ponderal y 6 meses más tarde con sensación de cuerpo extraño en faringe, hemoptisis ocasional, astenia, fiebre hasta de 40° C sin predominio de horario y disfonía lentamente progresiva. En junio del 86 presentó hemoptisis de aproximadamente 1,300 ml que ameritó revisión quirúrgica y realización de traqueostomía.

E.F.: paciente adelgazado, con palidez generalizada de tegumentos, en la laringoscopia directa la epiglotis apenas identificable por pérdida de su conformación a expensas de neoformación irregular, blanquecina, excrecente, resto de estructuras no identificables por mismo proceso ocupativo-destructivo y compromiso total de la luz endolaríngea. Al resto de la E.F. sin

adenomegalias palpables ni hepatoesplenomegalia.

Su protocolo de estudio incluyó: Bh, Qs, EGO, VDRL, BAAR seriado, PFH, cultivos, RX de tórax y SPN todos ellos normales. Tomografía lineal y laringografía mostraron masa ocupativa de faringolaríngeo. Se le tomaron biopsias profundas y suficientes en No. de 5 sin obtener resultados debido a gran proceso de inflamación y necrosis.

Dada la dificultad diagnóstica a pesar de los múltiples estudios realizados se decidió dar prueba terapéutica con tratamiento antifímico durante 15 días sin obtener respuesta favorable. Bajo estas condiciones se realizó revisión del caso con especialistas O.R.L., oncólogos, hematólogos, radioterapeutas y patólogos llegando a la conclusión diagnóstica de probable linfoma vs escleroma respiratorio (por ausencia de úvula y presencia de bandas cicatrizadas faríngeas). Se acordó el dar 50 mg de metrotexate, y posterior a ello se realizó otra laringoscopia directa, en la que se observó disminución del proceso inflamatorio pudiendo identificar parcialmente las estructuras laríngeas y se tomó la sexta biopsia con la que se obtuvo el diagnóstico de linfoma tipo T periférico con infiltrado angiomatoso.

CONCLUSIONES:

El linfoma laríngeo en estadio I tiene buen pronóstico ya

que puede ser curado si se trata adecuadamente, para ello debe realizarse estudio integral exhaustivo y seguimiento de por vida ya que hay tendencia de recurrencia a sitios distantes como pulmón, estómago, órbita, cerebro, etc., las cuales pueden manifestarse pasados varios años y aún con control local del tumor^{5,6}.

La linfangiografía tiene un papel importante en la clasificación clínica ya que se ha encontrado hasta un 35% de error en pacientes que habían sido calificados como estudio I y posterior

a la linfangiografía se determinó diseminación generalizada.

El objetivo del tratamiento en el estadio I debe ser curativo y no hay razón para dar quimioterapia o radioterapia paliativas; en cambio en estadios II y III la radioterapia se recomienda a menores dosis y probablemente quimioterapia; en estos el objetivo del tratamiento es paliativo^{6,7}.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *DeSanto W.L.; Weiland H.L.*: Malignant lymphoma of the larynx. *Laryngoscope* 84: 966-976, 1970.
- 2.- *Wang C.C.*: Malignant lymphoma of the larynx. *Laryngoscope* 82:97-100, 197.
- 3.- *Saleem I.T. et al.*: Lymphocytic pseudo-tumor (pseudo-lymphoma) of the larynx. *Laryngoscope* 87:133-136, 1969.
- 4.- *Dickson R.*: Lymphoma of the larynx. *Laryngoscope* 87:578-585, 1969.
- 5.- *Anderson H.A., et al.*: Isolated laryngeal lymphoma. *Laryngoscope* 86: 1251-1257, 1976.
- 6.- *Gregor R.T.*: Laryngeal malignant lymphoma, an entity. *J. Laryng and Otol* 95: 81-94, 1981.
- 7.- *Swerdlow J.B., et al.*: Non-Hodgkin's lymphoma limited of the Larynx. *Cancer* 53: 2546-2549, 1984.
- 8.- *Swen and Meyers*: Cancer of the larynx. *Cancer of the head and neck*. Ed. Churchill Livingstone, N.Y. 433-449, 1983.

Carcinoma epidermoide de nasofaringe en un escolar

Dr. J. Raúl ORTIZ LARA*
Dr. Sergio SANCHEZ SANCHEZ**

RESUMEN. — *El carcinoma epidermoide de la nasofaringe, es un tumor propio de adultos del sexo masculino, que se presenta con más frecuencia entre los orientales meridionales principalmente los chinos. Predomina en la cuarta década de la vida, por lo que su hallazgo en edad pediátrica es raro.^{1,2} Presentamos el caso de un escolar de 12 años 3 meses, su rápida evolución, los métodos que llevaron al diagnóstico y una revisión de la literatura³.*

SUMMARY. — *This paper presents a case of epidermoid carcinoma of the nasopharynx in a schoolmate of 12 years 3 months, the fast evolution, the methods used to reach a diagno-*

sis and the revision of the theme. In this revision we found that is a tumor in a majority seen in adults of masculine sex and more often in a majority seen in adults of masculine sex and more often seen among the meridian orientals principally among the chinese in the fourth decade of their lives, for this reason these findings in the pediatric age are very rare.

INTRODUCCION

El carcinoma epidermoide de la nasofaringe es un tumor maligno propio de los adultos del sexo masculino que constituyen el 0.5 al 1% de todas las neoplasias malignas, ocupando el séptimo lugar entre los tumores de la cabeza y el cuello, siendo superado por los de labio, lengua, amígdala, esófago y laringe entre otros.⁴ La edad de mayor frecuencia diagnóstica es en la

década de los 40 y el grupo étnico donde se presenta más comúnmente es el oriental meridional, principalmente chinos y tailandeses, considerándose como un factor predisponente la dieta a base de pescado seco, las infecciones crónicas de nasofaringe y senos paranasales así como la ingesta de hidratos de carbono policíclicos. La causa de la enfermedad es desconocida, existiendo además de los ya mencionados otros factores predisponentes como el uso de tabaco en todas sus variedades, el alcohol, las carencias nutricionales principalmente de las vitaminas A y C, la contaminación atmosférica y se ha visto asociado al igual que otras neoplasias malignas al virus de Epstein Barr.^{1,5}

El objetivo del presente trabajo es la presentación de un caso diagnosticado en el Instituto Nacional de Pediatría en un escolar.

*Médico Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del Instituto Nacional de Pediatría.

**Médico Residente de III año del Servicio de Otorrinolaringología del Instituto Nacional de Pediatría.

REVISION DEL TEMA:

El carcinoma de nasofaringe se ha incrementado en personas más jóvenes principalmente en mujeres y se considera que en esto influye el nuevo estilo de vida, sobre todo el uso generalizado de tabaco y alcohol en este sexo así como su participación en los trabajos actuales con más radiación.

El carcinoma de nasofaringe puede ser visto por varios especialistas pues su sintomatología es variada, en cuanto a la epidemiología se han considerado varios factores como su asociación inmunológica, bioquímica y biológica con el virus de Epstein Barr y un factor genético predisponente. También se ha mencionado que el contacto con los alcoholes policíclicos que podemos encontrar presentes en las bebidas alcohólicas, de todo tipo, puede influir en su presencia motivo por lo que se ha determinado un porcentaje de riesgo entre sus consumidores.

Como mecanismo de acción, se mencionan varios: por ejemplo un factor local sobre los tejidos, como la acción directa de una sustancia irritante, el alcohol, así como podrían tomarse en cuenta otras sustancias que contengan, fibras de asbesto y nitrosaminas. Otro ejemplo, sería el de inducción enzimática del etanol que induce actividad enzimática en los microsomas del hígado, intestino y pulmón, estas enzimas contribuyen al

metabolismo de la procarcinogénesis, siendo un mecanismo de acción aún desconocido. Sin embargo, se sabe que el etanol afecta la superficie de los tejidos después de la oxidación del acetaldehído en la mitocondria y que a nivel hepático el uso crónico de etanol provoca que se forme más acetaldehído siendo éste a su vez un conocido agente mutagénico para los linfocitos humanos.

Como factores predisponentes se aduce el uso de tabaco, en relación a la cantidad que se consume, estimándose que se podría presentar en un 5.9% de los que fuman entre uno a cinco cigarrillos por día y que podría elevarse hasta 8.1% en los que fuman más de 11 cigarrillos por día, descendiendo a un 2.9% en los que únicamente lo mastican.

Es importante mencionar que desde el punto de vista de riesgo profesional para la adquisición de un carcinoma de nasofaringe habría que tomar en cuenta a los trabajadores que se exponen al alcohol isopropílico con un riesgo calculado de 4%, los peleteros con 9.8%, los que trabajan en contacto con el polvo del níquel con 4.1% y los que trabajan en el procesamiento de fibras textiles con 5%.

De estos factores mencionados hay que pensar en la posibilidad de interacción entre ellos ya que pueden fácilmente combinarse, siendo de las más frecuentes, conocidas y poco atendidas la del tabaco con el alcohol que en nú-

meros redondos aumentan el riesgo 2.5 veces más que aislados.

La clasificación más utilizada a nivel mundial y que divide al carcinoma nasofaríngeo en tres tipos, es la aceptada por la Organización Mundial de la Salud; el tipo 1 corresponde a carcinoma de células escamosas, el tipo 2 a carcinoma de células no queratinizadas (transicional) y el tipo 3 a carcinomas no diferenciados. Estos últimos podrían considerarse como linfoepiteliales anaplásicos, de células claras y variantes de células fusiformes, siendo de los más agresivos en su presentación. Es importante recordar que los tipos 2 y 3 tienen como característica agregada un perfil inmunológico antiviral Epstein Barr que los separa del tipo 1.

El cuadro clínico incluye varios signos y síntomas que pueden ser divididos en nasales, óticos, oftalmoneurológicos y metastásicos. Los nasales representan el 50% manifestados como irritación de nasofaringe, secreción nasal sanguinolenta, epistaxis franca, obstrucción nasal unilateral y voz nasal.

Los otológicos están presentes también en el 50% de los casos con datos de obstrucción tubaria, hipoacusia de conducción, sensación de plenitud en oído, acúfeno y vértigo.

En cuanto a los síntomas oftalmoneurológicos sólo menos del 20% de los casos los presentan, manifestados como exoftalmos, dolor facial atípico, parálisis del motor ocular común, epífora,

síndrome de Horner y triada de Trotter.

La mayoría de los tumores del tipo 2 y 3 de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, se asientan en la fosa de Rosenmüller pudiendo ocasionar disfunción de la trompa de Eustaquio que se manifiesta como sensación de oído tapado, otitis media serosa, e hipoacusia conductiva superficial, además como otro signo pueden presentar un nódulo en el cuello. Cuando este es único indicará que la lesión tumoral es ipsilateral y cuando la lesión se sitúe en la línea media los nódulos podrán ser bilaterales.

La frecuencia de los signos o síntomas encontrados en esta enfermedad son como siguen: nódulo en el cuello en un 50%, oído ocupado en el 41%, pérdida auditiva en un 37%, epistaxis en 30%, obstrucción nasal en 29%, cefalea en 16%, otalgia en 14%, dolor de cuello en 13%, pérdida de peso en 10% y diplopia en 8% que corresponden a lo anteriormente señalado.

En los casos que el tumor invade el cráneo y llega a dañar los nervios craneales, el orden de frecuencia de afectación es en forma general primero el V par manifestándose por dolor de nuca, dolor facial y parestesias; segundo el VI par manifestándose por diplopia debida a paresia del músculo recto interno, posteriormente podrían haber lesiones del III y IV pares craneales que darían signos oculares. Es rara la afección a la

base del cráneo y cuando ésta existe puede lesionar al XII par, así mismo en ocasiones puede existir afectación del IX, X, y XI pares que producirían el síndrome del forámen yugular.

La vía de invasión intracraneana más frecuente es el foramen lacerum localizado en la fosa media, lo cual se manifiesta por la destrucción ósea observada en las radiografías.

En cuanto a las metástasis a distancia las estadísticas varían encontrando que a nivel mundial se reportan en un 35% de los casos y en Estados Unidos de Norteamérica sólo se mencionan en el 3%, en esto podrían influir los métodos paraclínicos para llegar al diagnóstico en forma temprana. En general se mencionan a los ganglios retrofaríngeos y yugulares como el sitio de metástasis más frecuente, teniendo otras áreas de presentación como la base del cráneo, espacio parafaríngeo, pulmón, huesos largos e hígado, menor incidencia de metástasis.

El diagnóstico se basa en una historia clínica completa y detallada, una exploración adecuada de la cabeza y del cuello que debe incluir una nasofaringoscopia. Apoyado todo lo anterior en radiografías de base de cráneo simples hasta un TAC. Es importante mencionar que en un 25% de los casos que se presentan por primera vez ya existe invasión intracraneana, sin embargo el diagnóstico de certeza no se obtendrá hasta haber realizado una biopsia, que

compruebe el diagnóstico pre-suncional. El diagnóstico diferencial deberá establecerse con linfomas, rhabdomiosarcomas, teratomas, condromas, schwannomas y plasmocitomas.

Desde el punto de vista inmunológico, es bien conocida la relación de este carcinoma con el virus de Epstein Barr, aclarando que existen zonas de alta incidencia y otras de baja en todo el mundo en el momento actual hay claras evidencias inmunológicas y bioquímicas que lo aprueban como un método diagnóstico adecuado, el demostrar dicha relación. Deberá buscarse en dos muestras el capsíade viral (IgA) para saber si existen anticuerpos para virus Epstein Barr, en estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica se ha encontrado hasta un 85% de positividad en los casos de carcinomas tipos 2 y 3 y sólo 50% en los tipos 1. Es muy importante recordar que la prueba no es completamente diagnóstica por lo cual se recomienda realizarla en dos ocasiones, pero es de capital importancia en los pacientes que presentan un estadio inicial, ya que pequeños tumores podrían pasar inadvertidos.

En relación a su tratamiento en general se acepta a la radioterapia como el tratamiento de elección y se recomienda para tumores pequeños, dosis totales de 6500 rads, repartidos en varias sesiones de 175 a 200 rads, a distancias de 10 y 13 cm. En

tumores mayores con invasión a la base del cráneo se aconseja el uso de 7000 rads o más, con el conocido riesgo de complicaciones posteriores, en los nódulos supraclaviculares de la región cervical se recomienda usar dosis de 5000 rads fraccionados. Desde el punto de vista quirúrgico se contempla la cirugía radical de cuello, reservándose para cuando fue controlado el tumor y las masas cervicales no se han podido controlar con la radioterapia. La terapia intracavitaria sólo se usa en los casos en que la radioterapia común no ha dado los resultados adecuados o bien existe recidiva. La quimioterapia sólo se reserva para casos paliativos en que la radioterapia falló.

Su pronóstico depende del tiempo de evolución, así como del tipo de tumor en relación a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, por lo que sólo son aproximaciones hasta el momento. Se piensa que para los tumores tipo 1 hay una sobrevida de tres años en un 30% y de más de 5 años en un 20%, y para los tipos 2 y 3 la sobrevida de tres años es en un 70% mientras que el resto su sobrevida va hasta los 5 años si son casos diagnosticados oportunamente. En general se piensa que si el tumor es diagnosticado cuando está confinado a la nasofaringe la sobrevida de 5 años se presenta en un 93% pero si es un estadio avanzado la sobrevida de 5 años se reduce a un 43%. Por lo anterior es muy

importante el diagnóstico temprano así como una terapia adecuada. Se considera que estas estadísticas en Amécia difieren de las observadas en el oriente donde la facilidad de llegar a un diagnóstico temprano es más remota.

PRESENTACION DEL CASO

Se trata de un escolar masculino de 12 años 3 meses, originario del Estado de Morelos (Zacatepec), producto de parto eutócico, atendido por empírica en quinta gestación, con transgestacional normal, que recibió alimentación al seno materno por un año, siendo ablactado a los 9 meses recibiendo un aporte normal de vitaminas en su dieta diaria, con crecimiento y desarrollo normal y esquema de inmunizaciones completo y adecuado.

Acudió por primera vez al Instituto Nacional de Pediatría, tres meses después de la aparición de una pequeña tumoración de aproximadamente 0.5 cm en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo en su tercio medio sobre la cara lateral del cuello del lado derecho, que fue aumentando de tamaño hasta llegar a medir 4 por 5 cm acompañada de hipertemia no cuantificada, disfagia a sólidos que se presentó un mes después del inicio de la tumoración, y posteriormente se agregó un síndrome de dificultad respiratoria, con voz nasal asociada y ronquidos por la noche, así como pérdida de pe-

so no cuantificada y cefalea frontal intermitente.

A su ingreso en la exploración física se encontró peso de 42 Kg., talla de 1.52 cm que corresponde al percentil 75, frecuencia cardiaca de 72 por minuto, frecuencia respiratoria de 24 por minuto, tensión arterial de 110/60 mmhg, temperatura de 36.5 grados centígrados. En el cuello se palpó una masa de 4 por 5 cm, en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo que ocupaba el tercio medio y superior, de la cual se tomó biopsia que reveló tumor maligno epitelial. A la rinoscopia posterior encontramos una masa tumoral en la nasofaringe sesil de aspecto leñoso y sangrante, de aproximadamente 4 por 5 cm que obstruía las coanas y parecía provenir de la pared anterior de la nasofaringe, por lo que se realizaron estudios complementarios de laboratorio y gabinete para delimitar con exactitud la tumoración.^{6,7} El resto de la exploración fue normal.

Los exámenes de laboratorio que incluyeron biometría hemática, pruebas funcionales hepáticas, general de orina, química sanguínea, electrolitos séricos y pruebas de coagulación fueron normales todos ellos. Los estudios de gabinete que incluyeron serie metastásica ósea, radiografías de tórax y abdomen fueron normales también en este paciente. Las radiografías de senos paranasales simples mostraron una imagen

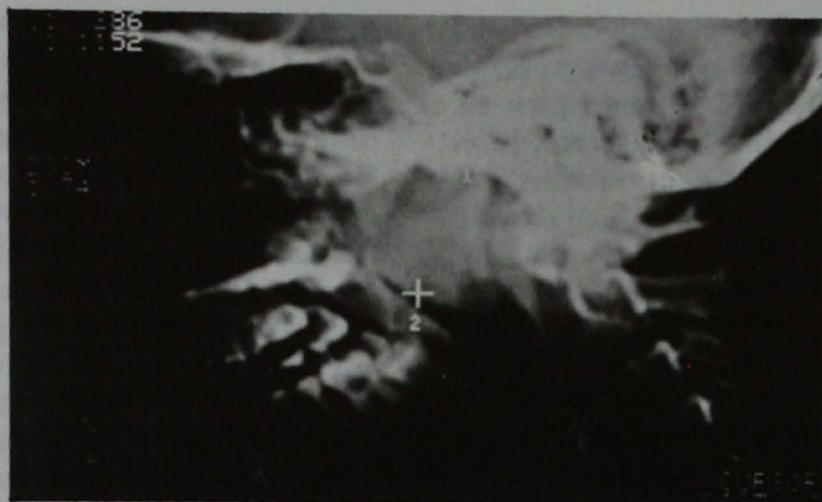


Figura 1.- Vista lateral de tomografía lineal, que muestra ausencia de luz en la rinofaringe.

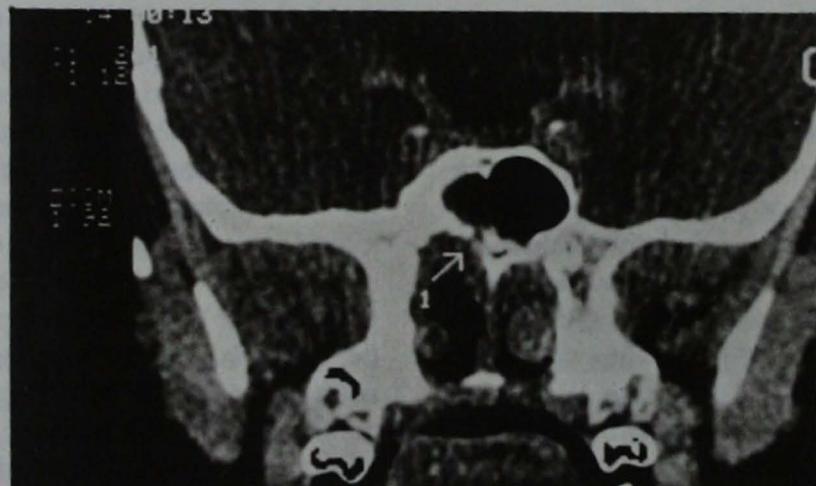


Figura 2 y 3.- Cortes de tomografía axial computarizada descritos en el texto.

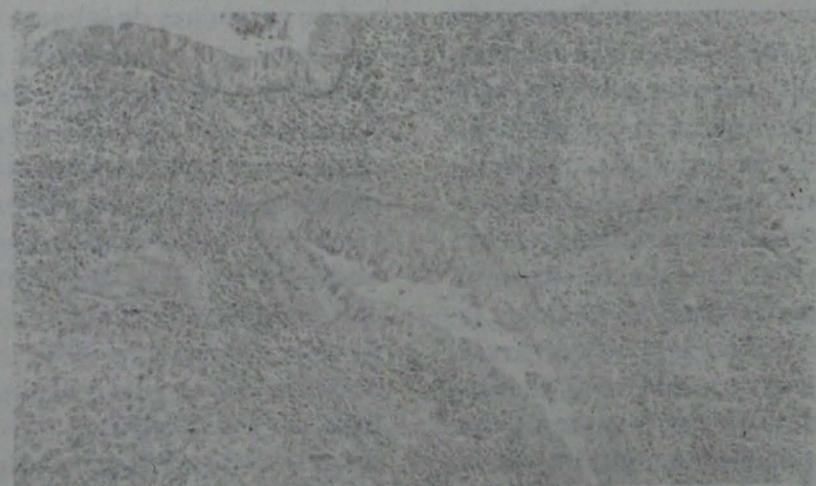


Figura 4.- Corte histopatológico descrito en el texto.

radiopaca en la nasofaringe que la ocluía casi por completo, no sobrepasaba las coanas y aparentemente formaba cuerpo con el esfenoides, lo que se confirmó con la tomografía lineal en Ap y lateral, además de verse que la tumoración provenía de la porción inferior de las coanas estando adherida a la pared inferior del esfenoides. En la T.A.C. se realizaron cortes a 5 mm iniciando a nivel de la cuarta vértebra cervical y por debajo del músculo esternocleidomastoideo encontrando aumento de volumen correspondiente a ganglios linfáticos en cuyo interior había zonas de necrosis, así mismo en la nasofaringe se identificó una masa que la ocluía y abarcaba también los espacios parafaríngeos. Las mediciones de dicha masa mostraron un diámetro mayor de 44 a 50 mm y con una densidad de 45 Uh (unidades Haunsfield). En la base del cráneo del lado derecho hacia la parte media del esfenoides se observó una erosión que llegaba hasta el piso del seno esfenoidal del mismo lado. Los cortes coronales mostraron invasión del techo de ambas coanas, encontrándose respetado el nervio óptico, los músculos y la órbita, así como disminución de la neumatización de las celdillas mastoideas^{9,10}.

Por los estudios radiológicos y la clínica se clasificó al tumor como un T3, N2, M1, practicándose biopsia por escisión que reportó: Masa exofítica

con láminas sólidas de células epiteliales indiferenciadas y núcleos grandes con mitosis, que identifican una neoplasia maligna epitelial. Este reporte la coloca como un tipo 2 de acuerdo a la clasificación mencionada⁴.

La evolución posterior del paciente fue satisfactoria siendo manejado con radioterapia. En este caso desconocemos la sobrevida esperada en virtud de la edad de presentación.

COMENTARIO

En la revisión efectuada de 5 años en el Index Medicus, no encontramos referencias similares a nuestro caso, existen 211 258 documentos acerca de carcinoma de este tipo localizados a nasofaringe pero no en la edad de esta presentación, sin embargo es posible que en alguna de las series amplias se encontrará algún caso incluido que no se reporta, siendo éste el motivo de presentación de nuestro caso.

La edad de presentación de este caso en la bibliografía no es la usual, así mismo se buscaron intencionadamente antecedentes familiares del grupo étnico donde se observa con mayor

frecuencia este padecimiento, obteniendo datos negativos hasta en tres generaciones. El factor alimenticio que mencionan algunos autores como factor predisponente, también resultó negativo ya que la ingesta de pescado salado no era conocida y en general este alimento en el núcleo familiar no formaba parte importante de la dieta, los aportes de vitaminas A y D siempre fueron adecuados. En cuanto al uso de alcohol y tabaco el paciente negó tener alguna toxicomanía y en el hogar no existen fumadores. La zona geográfica de origen no se caracteriza por tener contaminación ambiental ya que es una zona rural. De los otros factores mencionados como los ocupacionales, tampoco el paciente en cuestión tenía relación ya que es estudiante sin embargo se investigó la posibilidad de contacto con peletes, o si manejaba níquel o madera descartándose.

En conclusión por la forma de presentación y la edad de nuestro paciente es necesario tomar en cuenta que cuando de obstrucción de vías respiratorias altas se trate, la posibilidad de carcinoma nasofaríngeo en la edad pediátrica deberá ser in-

vestigado aunque sabemos que existen patologías de esta área mucho más frecuentes en esta edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Cann I., Cristina et al.*: Epidemiology of squamous cell cancer of the head and neck. Otolaryngologic clinics of North America Vol. 18, No. 3, 1985.
- 2.- *Haller, J.O.*: Nasopharyngeal Carcinoma: clinical and radiographic findings in children. Radiology Vol. 156, No. 3, 1985.
- 3.- *Saul, S.H. et al.*: Primary lymphoma of Waldeyer's ring. Clinicopathologic study of 68 cases. Cancer, 56, 1, 1985.
- 4.- *Bryan, H. et al.*: Nasopharyngeal carcinoma. Otolaryngologic clinics of the North America 18, 3, 1985.
- 5.- *Paparella, M.M.*: Otorrinolaringología, 2314-2317, Ed. Panamericana, 2da. Ed. 1982.
- 6.- *Milton, C.M.*: A retrospective study of nasopharyngeal carcinoma presenting over a 10 year period. J. Otorhinolaryngol, 47, 4, 1985.
- 7.- *Davis, R.K.*: Prognostic variables in head and neck cancer Otolaryngologic clinics of the North America, 18, 3, 1985.
- 8.- *Holt, G.R.*: Decision making in otolaryngology, 114-115. B.C. Decker Inc., Burlington Ontario, 1983.
- 9.- *Zizmor, J.*: Atlas de Radiología. Otorrinolaringológica. Ed. Salvat, 1982.
- 10.- *Duncavage, A.J. et al.*: Diagnostic techniques in head and neck cancer. Otolaryngologic clinics of North America, 18, 3, 1985.
- 11.- *Theodore, C.M.*: Radiotherapy for cancer of the head and neck. Otolaryngologic clinics of North America, 18, 3, 1985.

Fibrolipoma recidivante de hipofaringe

Dr. Antonio RODRIGUEZ ALCARAZ**
Dra. Alicia OSORNO VELAZQUEZ**
Dr. José AMADOR DURAN**
Dr. Rodolfo TREVIÑO TIJERINA**

Resumen. — Se presenta un paciente de 52 años con fibrolipoma de hipofaringe, el cual recidivó en cuatro ocasiones. Se realizó resección quirúrgica por vía endoscópica, se hace revisión bibliográfica y se establecen posibles causas de las recidivas unificando criterios para el tratamiento quirúrgico de la tumoración.

Los fibrolipomas pueden ocurrir en cualquier parte del trayecto intestinal. En orden decreciente, aparecen en el colon, intestino delgado y esófago. Aunque muy raramente se originan de las subserosas o muscularis, usualmente se originan de la submucosa¹.

El primer caso en hipofaringe fue reportado por Holdt en 1954². Desde entonces se han reportado algunos casos, ya sea como lipomas o fibrolipomas. Davison reportó en 1941, un paciente de 70 años de edad con fibrolipoma gigante de hipofaringe que protruyó fuera de la cavidad oral aproximadamente 10 cm³. Le Jeune en 1955⁴ y Allen en 1967¹ reportaron por separado un caso de muerte súbita por la regurgitación de lipoma pedunculado de esófago. En 1965 Eagle W.W. reportó un caso de lipoma de epiglotis y lipoma de hipofaringe en el mismo paciente⁵. El último caso fue reportado en 1985 por Baran y Delgado⁶.

La Histogénesis de las células grasas es aún limitado y todavía no se establece el origen de los tumores grasos en cualquier parte del organismo⁶.

Los fibrolipomas de hipofaringe son extremadamente raros¹. Se trata de un tumor histológicamente benigno pero por su posición potencialmente maligno, por lo tanto, benigno no siempre significa inocente. Frecuentemente los tumores benignos de esta área aparecen como la combinación de células mesodérmicas y están compuestas de células que normalmente se encuentran en la membrana mucosa o en el esqueleto laríngeo y en algunas ocasiones de células que normalmente no se encuentran en esa área, tal es el caso del fibrolipoma⁴.

Algunos autores han clasificado estos tumores considerando el sitio de la localización². El primer grupo consiste en los fibrolipomas que nacen en la faringe e hipofaringe. El segundo grupo está limitado a aquellos fibrolipomas que se originan en

*Trabajo presentado en el XXXVI Congreso Nacional de Otorrinolaringología.

**Servicio de Otorrinolaringología. Centro Médico Naval.

la submucosa de la región retrofaringea. El tercer grupo consiste en aquellos que nacen en el área postcricoidea y esofágica. El cuarto grupo a aquellos que nacen en el árbol bronquial.

El llamado lipoma es en la mayoría de los ocasiones realmente un fibrolipoma, dado que las células grasas se encuentran encapsuladas por epitelio estratificado y mezcladas en una red de tejido fibroso⁵.

El fibrolipoma de hipofaringe crece hasta alcanzar gran tamaño antes de que los primeros síntomas ocurran. Son pedunculados con un tallo delgado y usualmente se originan en la unión de la faringe con el esófago.

Los síntomas suelen ocurrir cuando el tumor es desplazado hacia arriba dentro de la faringe por alguna acción tal como el vómito.

PRESENTACION DEL CASO

Femenino de 52 años de edad, vista por primera vez en el servicio de Otorrinolaringología del Centro Médico Naval, en marzo de 1980. Sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual el cual inicia en agosto de 1979 con disfagia y sensación de cuerpo extraño en hipofaringe, notando la presencia de tumoración alargada, rosada, que ella podía protruir hacia la cavidad oral y reacomodar en hipofaringe y esófago.

A la exploración se encontró en hipofaringe tumoración

alargada de aproximadamente 5 x 2 cm rosada, lisa, de consistencia blanda, localizada a la pared lateral del seno piriforme izquierdo, laringe con cuerdas vocales, bandas ventriculares y pliegues aritenopiglóticos de características normales. Cuello con cartílagos laríngeos móviles sin adenopatías ni masas palpables. Resto de la exploración otorrinolaringológica y en general normal.

Se realizó resección quirúrgica en cuatro ocasiones por vía endoscópica. La primera en marzo de 1980 y la última en octubre de 1985. Previamente a la última cirugía, se realizó faringoesofagograma el cual reveló solamente defecto de llenado de bordes lisos que ocupaba gran parte del tercio superior del esófago. La tomografía axial computarizada no fue de utilidad. El estudio histopatológico reportó fibrolipoma.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática y libre de tumor a la laringoscopia indirecta y endoscopia con fibroscopio.

COMENTARIOS

Cuando este tumor se encuentra presente surgen algunas de las siguientes preguntas:

1.- ¿Cuál es el origen de las células grasas en esta región? El punto de vista actual es que el fibroblasto es una célula multipotencial, la cual puede diferenciarse a células grasas y en algunas ocasiones en grados ex-

cesivos resultando en verdaderos lipomas.

2. ¿Cuáles son los factores que influyen en la recurrencia? Se piensa que debe de ser por los fibroblastos multipotenciales que se diferencian a células grasas en diferentes tipos.

3. ¿Cuál es el potencial de malignidad de este tumor? En la actualidad no se han reportado transformación liposarcomatosa.

CONCLUSIONES

Se presenta un caso de fibrolipoma de seno piriforme izquierdo, al cual se le realizaron cuatro resecciones quirúrgicas por vía endoscópicas. Actualmente la paciente se encuentra asintomática y sin recidiva de tumor.

Este es un tumor histológicamente benigno pero potencialmente maligno por su posición, encontrándose su unión peduncular muy cerca del introito laríngeo, lo cual le da gran oportunidad de producir obstrucción de las vías aéreas superiores.

Debe de sospecharse esta lesión en pacientes que refieren sensación de cuerpo extraño en faringe por largo tiempo. El diagnóstico usualmente se establece por exploración y laringoscopia indirecta. La radiografía lateral del cuello y la faringografía pueden asistir al diagnóstico, pero la endoscopia tiene un valor insustituible para identificar grosor de la lesión. En la actualidad el TAC

de hipofaringe y esófago podría ser de utilidad en algunos casos⁴. Los reportes histopatológicos a menudo son dudosos o insatisfactorios⁴.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica. Si un tumor de este tipo se encuentra presente debe de ser abordado por vía endoscópica, pero si es grande, recidivante o múltiple, la faringotomía lateral transhioides es el método de elección^{4,5}.

La posibilidad de recurrencia de este tumor después de grandes intervalos de tiempo, debe de mantenerse en mente.

Si este tumor no es diagnosticado y resecado, la muerte puede ocurrir por la regurgitación de este tumor en la orofaringe con obstrucción de la laringe y muerte por asfixia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Allen, M.S.:1 Talbot, W.H.: Sudden death due to regurgitación of a peduncu-

lated esophageal lipoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1967; 54 :756.

2.- Di Bartolomeo, J.R.: Olsen A.R.: Pedunculated lipoma of epiglottis. *Arch. Otolaryngol.* 1973; 98 :55.

3.- Davison, F.W.: Fibrolipoma of the laryngopharynx. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 1942; 51 :853.

4.- Jesberg, N.: Fibrolipoma of the piriform sinuses: thirty-seven year follow-up.

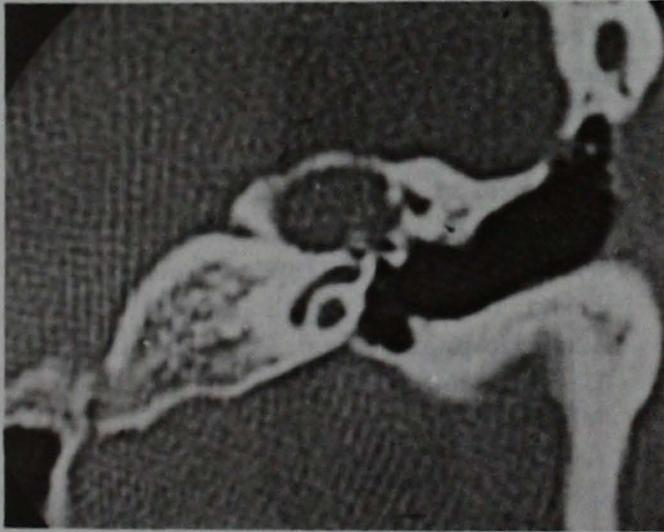
5.- Eagle, W.W.: Lipoma of the epiglottis and lipoma of hipopharynx in the same patient. *Ann. Otol. Thinol Laryngol.* 1965; 74-756.

6.- Baran Margolis, N., Delgado Falpari, A.: Fibrolipoma de seno piriforme: Informe de un caso. *Rev. Med. IMSS.* 1985; 23: 315.

Caso radiológico

Paciente femenino de 48 años, a quien hace un año se le practicó mastoidectomía radical del oído derecho, por otitis media crónica colestomatosa. Desde los tres meses posterior a la cirugía, y hasta la fecha, presenta cefalea intensa, intermitente, de predominio izquierdo, más acentuada en región mastoidea del mismo lado. Hipoacusia conductiva y sin otorrea actual.

Se realizó tomografía computarizada con cortes axiales de 2mm de espesor.



- 1.- Se observa comunicación iatrogénica, de la cavidad quirúrgica, en su pared posterior, hacia la cavidad endocraneana con pequeño (3 x 5 mm) meningocèle.
- 2.- Golfo de la yugular grande y procedente hacia la región hipotimpánica. (Variante anatómica y sin relación con el cuadro clínico).

DIAGNOSTICO

Dr. Fernando Couto

Calendario de Actividades Académicas SMORLCCC

Mesa Directiva 1987-1988

MAYO 1987

"Primer Curso de Cirugía Rinológica"

Profesor: Dr. José Angel Gutiérrez Marcos

Fecha: Del 25 al 29 de Mayo de 1987

Sede: Hospital A. López Mateos, ISSSTE.

Módulo: I

Avalado por SMORLCCC

JUNIO 1987

"Sesión Mensual SMORLCCCC"

Fecha: 2 de Junio de 1987

Sede: Auditorio Abraham Ayala González;
Hospital General, S.S.

"Curso de Radiología en Cabeza y Cuello"

Profesor: Dr. Fernando Couto y Arcos

Fecha: Del 19 al 21 de Junio de 1987.

Sede: Hospital Español de México

Módulo: II

Curso: SMORLCCC

"Estudio Integral del Niño con Problemas de Audición y del Lenguaje"

Profesoras: Dra. Martha Rosete

T.L. Ana Borovoy

Fecha: 26 y 27 de Junio de 1987.

Sede: Auditorio de la SMORLCCC

Módulo: IV

Curso: SMORLCCC

JULIO 1987

"Sesión Mensual SMORLCCC"

Fecha: 7 de Julio de 1987.

Sede: Auditorio Abraham Ayala González,
Hospital General, S.S.

"Cirugía Funcional y Estética de la Nariz"

Profesor: Dr. Adolfo Zapata Zamora

Fecha: Del 6 al 10 de Julio de 1987.

Sede: Hospital General, Centro Médico
La Raza, IMSS.

Módulo: II

Avala: SMORLCCC

"Conceptos de Actualización de Otorrinolaringología, para Médicos Generales"

Profesor: Dr. Enrique Azuara Pliego

Fecha: 18 de Julio de 1987.

Sede: Valle de Bravo, Edo. de México

Módulo: III

Curso: SMORLCCC

"Curso de Endoscopia Básica"

Profesor: Dr. Leandro Flores Cordero

Fecha: 24 y 25 de Julio de 1987.

Sede: Hospital Español de México.

Módulo: II

Curso: SMORLCCC

AGOSTO 1987

"Sesión Mensual SMORLCCC"

Fecha: 4 de Agosto de 1987.

Sede: Auditorio Abraham Ayala González,
Hospital General, S.S.

"Curso Internacional de Finezas en Cirugía Facial"

Coordinadores: Dr. Samuel Rosete Pérez
Dr. Foze Abbud Neme

Fecha: Del 5 al 8 de Agosto de 1987.

Sede: Auditorio Abraham Ayala González,
Hospital General, S.S.

Módulo: I

Curso: SMORLCCC

"Anatomía Quirúrgica de Cabeza y Cuello"

Coordinador: Dr. Enrique Azuara Pliego

Fecha: Del 18 al 21 de Agosto de 1987.

Sede: Hospital A. López Mateos, ISSSTE.

Módulo: II

Avala: SMORLCCC

SEPTIEMBRE 1987

"Sesión Mensual SMORLCCC"

Fecha: 8 de Septiembre de 1987.

Sede: Auditorio Abraham Ayala González,
Hospital General, S.S.

"Curso Internacional de Cirugía de la Pared Lateral Nasal"

Profesor: Dr. Heinz Stammberger (Austria)

Fecha: 14 y 15 de Septiembre de 1987.

Sede: Auditorio Abraham Ayala González,
Hospital General, S.S.

Módulo: I

Curso: SMORLCCC

"Curso Internacional de Microcirugía Laríngea"

Coordinadores: Dr. Masao Kume

Dr. Fernando Arcaute

Fecha: Del 21 al 25 de Septiembre de 1987.

Sede: Hospital Central Militar.

Módulo: I

Avala: SMORLCCC

OCTUBRE 1987

"Sesión Mensual SMORLCCC"

Fecha: 6 de Octubre de 1987.

Sede: Auditorio Abraham Ayala González,
Hospital General, S.S.

"Curso de Cirugía del Oído Interno"

Profesor: Dr. Jaime López López

Fecha: Del 5 al 9 de Octubre de 1987.

Sede: Hospital Central Militar

Módulo: I

Avala: SMORLCCC

"Congreso de la Fesormex"

Presidente: Dr. Antonio Alcázar

Fecha: Del 8 al 12 de Octubre de 1987.

Sede: Tampico, Tamaulipas.

"Curso Sobre Cirugía de Tejidos Blandos"

Profesor: Dr. Francisco Martínez Gallardo

Fecha: 23 y 24 de Octubre

Sede: Hospital Español de México

Módulo: II

Curso: SMORLCCC

NOVIEMBRE 1987

"Sesión Mensual SMORLCCC"

Fecha: 3 de Noviembre de 1987.

Sede: Auditorio Abraham Ayala González,
Hospital General, S.S.

"Manejo del Oído Crónicamente Infectado"

Profesor: Dr. Guillermo Hernández Valencia.

Fecha: Del 9 al 13 de Noviembre de 1987.

Sede: Hospital General, Centro Médico

La Raza, IMSS.

Módulo: II.

Avala: SMORLCCC.

"Curso de Cirugía Otológica y Disección del Hueso Temporal"

Profesor: Dr. Fred Owens.

Fecha: Del 15 al 20 de Noviembre de 1987.

Sede: Fundación Otológica de Dallas,

Texas, U.S.A.

Módulo: I.

Curso: SMORLCCC.

ENERO 1988

"Sesión Solemne SMORLCCC"

Fecha: 5 de Enero de 1988.

Sede: Auditorio Abraham Ayala González,

Hospital General, S.S.

"Curso de Correlación Clínico Patológica en Cabeza y Cuello"

Profesores: Dr. Pedro Rodríguez Jurado

Dr. Juan Felipe Sánchez Marle

Fecha: 15 y 16 de Enero de 1988.

Sede: Auditorio SMORLCCC.

Módulo: II.

Curso: SMORLCCC.

"Curso de Actualización de Cirugía Otológica"

Profesor: Guillermo Hernández Valencia.

Fecha: Pendiente.

Sede: Hospital General, Centro Médico

La Raza, IMSS.

Módulo: II.

Avala: SMORLCCC.

FEBRERO 1988

"Sesión Mensual SMORLCCC"

Fecha: 2 de Febrero de 1988.

Sede: Auditorio Abraham Ayala González,

Hospital General, S.S.

"Curso Internacional de Otorrinolaringología Pediátrica"

Profesor: Charles D. Bluestone.

Profesor Nacional: Dr. Adalberto Navarrete.

Coordinadores: Dr. Bernardo Grobeisen.

Dr. Raúl Ortiz Lara.

Fecha: Del 10 al 13 de Febrero de 1988.

Sede: Instituto Nacional de Pediatría.

Organiza: SMORLCCC.

MARZO 1988

"Sesión Mensual SMORLCCC"

Fecha: 1 de Marzo de 1988.

Sede: Auditorio Abraham Ayala González,

Hospital General, S.S.

"Curso Sobre Padecimientos Laríngeos"

Profesor: Dr. Jorge Barrera.

Coordinador: Dr. Juan Andrade Cárdenas.

Fecha: Del 10 al 12 de Marzo de 1988.

Sede: León, Guanajuato.

Módulo: I.

Curso: SMORLCCC.

"Conceptos de Actualización en Otorrinolaringología, para Médicos Generales"

Coordinador: Dr. Juan Andrade Cárdenas.

Fecha: 26 de Marzo de 1988.

Sede: Oaxaca, Oax.

Módulo: III.

Curso: SMORLCCC

ABRIL 1988

"Sesión Mensual SMORLCCC"

Fecha: 5 de Abril de 1988.

Sede: Auditorio Abraham Ayala González,
Hospital General, S.S.

**"Curso de Enfermería Quirúrgica en
Otorrinolaringología"**

Profesor: Dr. Héctor de la Garza.

Fecha: 15 y 16 de Abril de 1988.

Sede: Hospital Español de México.

Módulo: IV.

Curso: SMORLCCC.

MAYO 1988

**"XXXVIII Congreso Nacional de
Otorrinolaringología de la SMORLCCC"**

Presidente: Dr. José Angel Gutiérrez Marcos

Fecha: Del 1 al 5 de Mayo de 1988.

Sede: Acapulco, Guerrero.

MICROCIRUGÍA DE
SEÑOS PARASITALES

CURSO DE CIRUGÍA
RINOLÓGICA

MICROCIRUGÍA DEL OÍDO

Notas e Informaciones

QUO VADIS OTOLOGIA?

Otro importante evento internacional se celebrará próximamente en nuestro país al reunirse en Cancún del 6 al 11 de diciembre de 1987 la Conferencia Internacional de la Sociedad Politzer. El presidente de la reunión es el Dr. Jorge Corvera secundado por un brillante grupo de médicos mexicanos y un sinnúmero de profesores extranjeros. La conferencia se llevará a cabo totalmente en idioma inglés y no se anuncia traducción simultánea. El costo será de 300.00 U.S. Cy antes del 1° de marzo, de 350.00 U.S. Cy antes del 1° de septiembre y de 400.00 U.S. Cy después de esa fecha. Están anunciados los siguientes temas: Fisiopatología del vértigo.

epidemiología del oído infectado, conceptos modernos en la biofísica de la conducción sonora y la codificación del estímulo auditivo, respuesta inflamatoria del oído, fisiopatología del acúfeno y muchos, muchísimos temas más junto con un atractivo programa social y al mar, el sol y el viento del Caribe mexicano. El evento se celebrará en el Cancún Sheraton con un costo por noche de 110.00 U.S. Cy. Para mayores informes o inscripciones comunicarse a:

Durango 49-601
Col. Roma
México, D.F. 06700
Tel. 533-6004

ACLARACION

Por un lamentable error el trabajo titulado: **Protocolo de estudio de los tumores glómicos**, publicado en el número de noviembre del año pasado, se omitió indicar que de dicho trabajo el Dr. Luis Alfonso de Jesús Ortiz Armenta pertenece al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital 21 IMSS de Monterrey, Nuevo León; y su coautor el Dr. Luis Porfirio Galindo Castillo labora en el Servicio de Otorrinolaringología de la Clínica Nova en Monterrey, Nuevo León. Este trabajo fue premiado con el primer lugar de los Trabajos Clínicos durante el VII Congreso Nacional Fesormex efectuado en la ciudad de Chihuahua, Chih.

CURSO DE CIRUGIA RINOLOGICA

En el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos se efectuará el **Primer Curso de Cirugía Rinológica** donde el profesor titular es el Dr. José Angel Gutiérrez Marcos, se efectuará del 25 al 29 de mayo de 1987 de 8:00 a 14:00 hr. Muchos otros reconocidos profesores impartirán sus conocimientos en dicho curso. Está avalado por la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y

Cuello, y por la Sociedad Mexicana de Rinología. Este curso otorga créditos para la resertificación al Consejo Mexicano de Otorrinolaringología.

Informes e inscripciones en la Jefatura de Enseñanza del citado hospital, en Av. Universidad 1321, Col. Florida, tel. 524-17-32.

MICROCIRUGIA DE SENOS PARANASALES

Barcelona del 16 al 18 de noviembre de 1987. Dr. F. Bagatella (Ferrara It.).

Curso de disección y microcirugía del macizo rinosinusal.

Películas, videos y conferencias. Cupo limitado.

Instituto de Otolgía García Ibáñez. C/Dr. Roux 91 bajos 08017 Barcelona, España.

MICROCIRUGIA DEL OIDO

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

Del 15 al 20 de junio y del 2 al 7 de noviembre.

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

SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE AUDIOLOGIA

El IV Symposium Internacional de Medicina Audiológica es organizado por la Asociación Internacional

de Médicos en Audiología en Tenerife, Islas Canarias del 8 al 11 de noviembre de 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 mayor información: Dr. José J. Barajas, Pérez de Rojas No. 8 38003 Santa Cruz de Tenerife, España.

Directorio de la SMORLCCC

Gabriel Abud González

Priv. Nabor Castilla No. 7
Col. Olivar de los Padres
01780 México, D.F.
Tels.: 523-20-82 y 536-18-41

Foze Abbud Neme

Hospital Humana del Pedregal
Camino Santa Teresa 1055-129
Col. Héroes de Padierna
10700 México, D.F.

Agustin Agullar Carrillo

Oriente 4 No. 212
Orizaba, Veracruz,
México.

Oscar Agullar Pereyra

Zaragoza No. 37 Norte
Los Mochis, Sinaloa,
México

Juan Aguilera Escobar

Hospital Militar Regionl
Domicilio conocido
Hermosillo, Son.

José T. Aguilera Aguilera

División del Norte No. 2929
Col. Coyoacán
Tel. 544-72-70
04040 México, D.F.

Arturo Alanís Ibarra

Insurgente Sur No. 3877
México, D.F.

Guillermo Alatorre Sánchez de la B.

Eugenio Sue No. 355-501
Col. Polanco Reforma
11550, México, D.F.

Pablo Alcalá Barrios

Plaza Clemente Orozco No. 9
Col. Cd. de los Deportes
03710, México, D.F.
Tels. 524-83-40 y 524-52-27

Antonio Alcázar Pineda

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

Humberto Alcocer Gutiérrez de V.

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

Armando J. Alexander Lomeli

Hospital Naval de Mazatlán
Domicilio conocido
Mazatlán, Sin.

Esaúl Alonso Gutiérrez

Av. México No. 2819-102
Guadalajara, Jal.

Raymundo Alba Urbina

Netzahualpilli No. 9
Col. Arenal Del. Venustiano Carranza
15600 México, D.F.

Jorge Federico Alvarez Balbas

39 Oriente 1214-3er. piso
Puebla, Pue.
Tel. 564-09-43

José Martín Amador Durán

Calle-1 Edif.-10 Depto.-1
FOVISSSTE MIRAMONTES, Coyoacán
04800 México, D.F.

Salvador Amaya Reza

Colina de las Termas No. 74
Bulevares Residenciales
53140 Naucalpan, Edo. de México
Tel. 584-78-14

Gabriel Anchondo Cosme

Hidalgo No. 287 Oriente
Esq. con Corona
Cuicacán, Sin.

Rafael Andrade Gallegos

Monterrey No. 147-402 A
Col. Roma
06700 México, D.F.
Tel. 584-26-53

Pedro Andrade Pradillo

San Luis Potosí No. 44
Col. Roma Del. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 564-65-86

Juan Andrade Pradillo

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

Marco Antonio Aponte Rueda

Blvd. Benito Juárez No. 705-11
Centro
Cuernavaca, Morelos.

Benjamín Aranda Torres

Boulevard Adolfo López Mateos
811 Poniente 3-13-02
León, Gto.

Fernando Federico Arcaute Velázquez

Prof. Nicolás Bravo No. 53
Col. Huizachal
Naucalpan, Edo. de México

Miguel Angel Arcos Garduño

Arista No. 24
Col. Guerrero Del. Cuauhtémoc
06300 México, D.F.

Diego Arenas de los Ríos

Av. Revolución No. 41 Desp. 12
Col. Tacubaya Del. Miguel Hidalgo
11870 México, D.F.
Tels. 277-19-36, 595-73-01 y 548-70-02

Ma. Silvia Coral Arminio Barrios

18 Sur 5528
Col. San Manuel
52720 Puebla, Pue.

Francisco Felipe Arriaga Rosales

Sierra de San Juan No. 21
Jardines de la Cruz
Tepic, Nayarit

José Refugio Arrieta Gómez

Durango 49-100. piso
Col. Roma Del. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 575-42-50

Manuel Arriola Lima

Insurgentes Sur No. 300-609
Col. Roma Del. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

José Antonio Arroyo Castelazo

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

Miguel Angel Arroyo C.

Tehuantepec 204-3° Piso
Col. Roma. Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 574-40-70

Miguel Arroyo Guijosa

Tehuantepec No. 204-3er. piso
Col. Roma Del. Cuauhtémoc
Tels. 574-91-46, 592-40-70 Clave (63-20)
06700 México, D.F.

Jaime Asch Jaistrorsky

Ejército Nal. No. 650-202
Col. Polanco Del. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tel. 520-09-22

Rigoberto Astorga Díaz

Av. López Mateos Nte. No. 343
Guadalajara, Jal.
Tel. 15-78-04

Arturo Avila Lozada

Bahía Magdalena No. 22
Col. Verónica Anzures Del. G.A. Madero
11300 México, D.F.
Tels. 545-58-51 y 250-06-97

Ana María Avilés de Arellano

Isla Isabela Nc. 1618
y 6 de Diciembre
Quito,
Ecuador

Carlos Eduardo Avellaneda Pinzón

Carrera No. 4 No. 89-16
Bogotá,
Colombia

Marco Fidel Ayora Romero

Durango 49-70. piso
Col. Roma Del. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 533-60-04

César Azcarate Rangel

Luis Saviñón No. 522
Col. Del Valle Del. Benito Juárez
030100 México, D.F.
Tels. 687-67-35 y 687-39-40

Enrique Azuara Pliego

Puente de Piedra 150-822
Col. Torriello Guerra Del. Tlalpan
14050 México, D.F.
Tel. 655-28-38

Tomás Azuara Salas

Médica Sur
Puente de Piedra No. 150-822
Col. Torriello Guerra Del. Tlalpan
14050 México, D.F.
Tel. 655-28-38

Fernando F. Arcaute V.

Genaro Andrew Rodríguez
Boulevard 18 Sur No. 5907
Col. San Manuel
Puebla, Pue.

Isaías Balanzario Rojas

Paseo de la Reforma No. 250-203
Col. Cuauhtémoc
Tel. 511-91-97
06696 México, D.F.

Manuel Antonio Balderas Cavazos

Vista Boulevard No. 144
Col. Lindavista
67130 Cd. Guadalupe, N. L.

Natan Baran Margolis

Hegel 228-50. piso
Col. Polanco Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tel. 531-11-15

Noé Baran Mash

Hegel 228-50. piso
Col. Polanco Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tel. 545-64-68

Minerva Barragán Cañedo

Popocatepetl 175
Fracc. La Sierra
Tijuana, B.C.

Javier Barragán Pérez

Hidalgo No. 918
Guadalajara, Jal.
Tel. 15-78-04

Jorge Barrera Iglesias

Boulevard Adolfo López Mateos
302 Oriente 6o. piso
León, Gto.

Mario Antonio Barrón y Sierra

Tlacotalpan No. 51-603
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 584-35-23

Mario Antonio Barrón Soto

Tlacotalpan No. 51-604
Col. Roma Sur Deleg. Cuauhtémoc
México, D.F. 06700
Tel. 584-35-23

Manuel Antonio Batres Miranda

Final Calle Eucaliptos 11
Col. Las Mercedes
San Salvador,
República del Salvador
Tel. 23-57-75

Pedro Rafael Becerril Pérez

Lic. Genaro García
Retorno 5 No. 5
Col. Jardín Balbuena Deleg. V. Carranza
15900 México, D.F.

Ignacio Béjar Rosas

Nueva York No. 32-70. piso
Col. Nápoles Deleg. B. Juárez
03810 México, D.F.
Tel. 536-41-00

Antonio Bello Mora

Alvaro Obregón No. 286-1er. piso
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 586-74-39

Luis Benítez Díaz

San Ramón No. 17
San Jerónimo Lidice Del. M. Contreras
10400 México, D.F.
Tel. 595-16-27

Pedro Berruecos Téllez

Nuevo León No. 135-4o. piso
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 514-36-99

Oscar Bonilla González

Bosque del Secreto No. 77
Fracc. La Herradura
Estado de México, 053920

Jorge Eduardo Del Bosque Méndez

Palenque No. 287
Col. Narvarte Deleg. B. Juárez
03200 México, D.F.

Ma. de la Luz Briseño González

Sierra Maestra 108
Col. Lomalinda
Hermosillo, Son., México

Andrés Bustamante Balcarcel

Av. Ejército Nacional No. 617-904
Col. Polanco Del. Miguel Hidalgo
11520 México, D.F.
Tels. 250-03-71 y 250-96-87

Jorge Burclaga García

Priv. Manuel Glez. Cossío No. 4706
Col. Granjas
31160 Chihuahua, Chih.

Eduardo Cabrera Calvillo

Calle Melchor Muzquiz no. 2629 Pte.
Monterrey, N.L.

Gonzalo Cadavieco Sosa

Central Médica de Durango
A. 20 de Noviembre Ote. No. 1125
34000 Durango, Dgo.

Jesús Calderón Boone

Paseo de los Leones No. 1239
Col. Cumbres
Monterrey, N.L.
Tels. 48-85-11 y 71-26-68

Octavio Cal Y Mayor

Ave. de las Palmas No. 745-1004
Lomas de Chapultepec Del. G.A. Madero
11000 México, D.F.
Tel. 540-24-92

Armando Camarillo Camacho

Río Elota No. 522 Pte.
Col. Bravo
Culiacán, Sin.

Jorge Cameras Morales

Calle 8-A No. 432
Col. Vértiz Narvarte Del. Benito Juárez
06700 México, D.F.
Tel. 534-41-80

Alejandro Camelo Schwarz

Av. San Pedro 231-3
Col. Miravalle
64660 Monterrey, N.L.

José Campos Francisco

Medellín No. 176-2o. piso
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

Luis Fernando Cano Medina

Alvaro Obregón 74-305
Col. Roma
06140 México, D.F.
Tel. 553-51-14

Ma. del Pilar Canseco Calderón

Nicolás San Juan No. 1312-102
Col. Del Valle Deleg. B. Juárez
03100 México, D.F.

José Cariño Vázquez

Calz. de la Viga No. 1756
Col. Héroes de Churubusco
México, D.F.
Tel. 581-68-11

Jaime Carrillo

Quintana Roo No. 81 Esq. Tuxpan
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 574-69-06

Armando Carrillo Camacho

Río Elota No. 522 Poniente
Col. Bravo
Culiacán, Sinaloa

Hugo Casab Rueda

Palénque No. 521
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 559-73-23

Juan Castañeda Sánchez

Felipe Angeles No. 101-3er. piso
42060 Pachuca, Hgo.
Tel. 264-24

Horacio A. Castilla Serrano

Retorno de Prolong. Zaragoza No. 5
Col. Romero de Terreros
04300 México, D.F.

Rodrigo Castro Martínez

Av. Reforma No. 134-302
Puebla, Puebla
Tel. 46-78-99

Aureliano Castilla Valdez

Paseo de los Leones No. 1239
Col. Cumbres
Monterrey, N.L.

Armando Ceballos Oliva

Indiana 260-1006
Col. Nápoles Deleg. Benito Juárez
03810 México, D.F.
Tel. 598-72-10

Joaquín Ceballos Ramírez

Coahuila No. 31-11
Col. Juárez
Nuevo Laredo, Tamaulipas
Tel. 2-05-48

Pedro Pablo Cepero Vega

Presidente Alemán No. 536
Veracruz, Ver.
37-61-90

Arturo de Córdoba Solís

Insurgentes Sur 686-202
Col. Del Valle Deleg. Benito Juárez
03100 México, D.F.

Rodolfo Cortés Ochoa

Morelos No. 1586-202
Guadalajara, Jalisco
Tel. 25-49-79

Jorge Corvera Bernardelli

Durango No. 49-3er. Piso
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 533-60-04

Ma. del Amparo Cota Leyva

Díaz Mirón 801
96400 Coatzacoalcos, Ver.

Fernando Couto y Arcos

Centro Radiológico Especializado
Musset 337
Col. Polanco Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tel. 545-13-08

Marcelino Covarrubias Tavera

Allende No. 700 Oriente
27000 Torreón, Coahuila
Tel. 4-41-37

Roberto Joseph Craig Sosa

Homero 404-5o. piso
Col. Polanco Deleg. M. Hidalgo
11550 México, D.F.

José Cruz Zambrano

Calle Central y Av. Central
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Tel. 2-05-88

Ramón Cuenca Godínez

D. Verduzco No. 1295
Col. Nueva Luneta
Zamora, Michoacán

Manuel Cuevas Alvarez

Hacienda Vegil No. 313
Col. Jardines de la Hacienda
Querétaro, Querétaro.

Enrique Culebro Carreri

Sinaloa No. 76-3er. piso
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

Eliás Curioa Karana

23 Sur No. 702-102
Col. La Paz
Puebla, Puebla.

Carlos Antonio Chacón Arcila
Calle Rabaul Edif. entrada D No. 201
Unidad Cuiclahuac
02500 México, D.F.

Rubén Chapa Casilla
Lindavista 285-15
07300 México, D.F.

María Guadalupe Chan del Valle
Rébsamen No. 720
Col. Del Valle Deleg. Cuauhtémoc
03160 México, D.F.

Ricardo Howard Chávez Larson
Tres Guerras 249
Apartado Postal 16-10
Montemorelos, Nuevo León.

Ney Chavoya Contreras
Gelati No. 109-3
Col. San Miguel Chapultepec
11850 México, D.F.
Tel. 515-73-24

Rogelio Chavoya Magaña
Gelati No. 109
Col. San Miguel Chapultepec
11850 México, D.F.
Tel. 515-73-24

Alfredo Chi Chán
Sinaloa No. 220
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

José Marcelino Chuc Crespo
Ejército Mexicano Casa 10
Unidad Militar Col. Atasta
86100 Villahermosa, Tabasco.

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

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

Jesús G. Dávila Flores
Hospital Militar Regional de Mérida,
Yucatán
Mérida, Yuc.

Mario Alberto Del Villar Cervera
Calle de Maricopa No. 21
Col. Nápoles Deleg. B. Juárez
03810 México, D.F.

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

Héctor Manuel Delgadillo Vivanco
Ermita y Santa Inés 40-B
La Mesa
22450 Tijuana, B.C.

Andrés Delgado Falfari
Camino Sta. Teresa 1055-141
Col. Héroes de Padierna Deleg. Tlalpan
14200 México, D.F.

Ernesto Deutsoh R.
Camino Sta. Teresa 1055-129
10700 México, D.F.
Tels. 652-30-11 y 652-20-11

Jorge Díaz Barriga
Guadalupe 205-2o. piso
Celaya, Gto.

Sergio Díaz Fermant
Gregorio Méndez 1025
Villahermosa, Tab.

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

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

Jesús Ramón Escajadillo Díaz
Apartado Postal 2349
22000 Tijuana, B.C.

Sergio Escudero
Eulogio Parra No. 2904
Guadalajara, Jal.

Rafael Espinosa Ulloa
Av. Anza No. 408
Col. Pitic
83150 Hermosillo, Son.

Sergio Omar Espinosa Dib
16 Sur No. 1308-401
Puebla, Pue.

José de Jesús Espinosa Ruiz
Corregio No. 32 Bis
Ciudad de los Deportes
03710 México, D.F.
Tel. 563-42-09

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

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

Pascual Edgardo Estrada Estrada
Privada 13-C Sur 6928
Col. San José Mayorazgo
72450 Puebla, Pue.
Tel. 40-73-88

Juan Fajardo Arroyo
Manuel Gutiérrez Nájera No. 466
Col. Lorenzo Boturini Del. V. Carranza
15200 México, D.F.
Tel. 552-34-22

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

Roberto Gerardo Farías Martínez
Calle 4a. 1906-7
Zona Central
Tijuana, B.C. Norte
Tel. 535-77

Ignacio Fernández de Lara Salcedo
Mesones 111-B
Col. Centro Deleg. Cuauhtémoc
06000 México, D.F.

Adolfo Fernández López
Tlacotalpan No. 59-206
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 564-45-15

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

José Carlos Fernández Valle
Ejército Nacional 617 P.B.
Col. Granada
11520 México, D.F.

Leandro Flores Cordero
Ejército Nacional 617-904
Col. Granada
11520 México, D.F.
Tels. 250-03-18 y 250-96-87

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

Rolando Fuentesberain Villenave
Guadalupe 208-104
03800 Celaya, Gto.

Luis Porfirio Galindo Castillo
Pino Suárez Sur 602-118
Monterrey, N.L.

José Gallegos Gutiérrez
Insurgentes Sur 590 3er. piso
Col. Nápoles
México, D.F.

Francisco Gallegos Rueda
Circuito Puericultores No. 24-B
Ciudad Satélite, Edo. Méx.

José Ganen Musi
Adolfo Prieto 1649-301
Col. Del Valle Deleg. B. Juárez
03100 México, D.F.

Máximo García Castañeda
Calderón de la Barca 359
Polanco
Tels.: 545-58-51 y 254-52-24

Francisco García de León
Justino Fernández 13
Tacubaya
1107 México, D.F.

Miguel Ángel García García
Ejército Nacional 613 Col. Granada
11520 México, D.F.
Tel. 545-63-83

Rafael García Palmer
Calderón de la Barca 359 3er. piso
Col. Polanco
03110 México, D.F.
Tels. 545-58-51 y 254-52-24

José Antonio García Rosales
Pablo de la Garza 34
Col. Huizachal
Naucalpan, Edo. de Méx.

José Luis García Zúñiga
Ave. México No. 2516-103
Guadalajara, Jal.

Carlos Garcini Pablos Velez
Homero 404-5o. piso
Col. Polanco Deleg. M. Hidalgo
03110 México, D.F.

Héctor de la Garza Hesles
Calderón de la Barca No. 359-3er. piso
Col. Polanco Deleg. M. Hidalgo
11560 México, D.F.
Tels.: 545-58-51 y 254-52-24

José Igor Abraham Garzón Cabrera
15 Oriente No. 207
72420 Puebla, Pue.

Ernesto Hermilo Guillén Cazarín
José Azueta No. 717
Col. Centro
Veracruz, Ver.

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

Rosevelt Gómez Flores
Fidencia No. 109
Villahermosa, Tab.

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

Enrique Gómez Scheafer
Navegantes No. 179
Veracruz, Ver.

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

Luis González Rentería
José Ma. Olloqui No. 131so
Col. Del Valle Deleg. B. Juárez
03100 México, D.F.
Tel. 528-62-67

Rafael González Rivas
Picacho No. 226
Jardines del Pedregal Deleg. A. Obregón
01900 México, D.F.
Tels. 568-20-80 y 568-24-35

Mario González Ulloa
Tuxpan No. 27-8o. piso
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 574-15-84

Armando González Romero
Tarascos 3426
Fracc. Monraz
44660 Guadalajara, Jal.
Tel. 25-70-76 y 25-75-71

Carlos González Salas Campos
Arista 24
Col. Guerrero
06300 México, D.F.

José Luis González Salas Casillas
Arista No. 24
Guerrero
06300 México, D.F.

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

Eduardo De Gortari Carbajal
Bucareli No. 181-1
México, D.F.

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

Bernardo Grobeisen Roudy
Av. Newton 186-401
Col. Polanco
11570, México, D.F.
Tels.: 545-30-29 y 545-35-93

Jesús Guerra Carranza
Ave. Revolución y Calle 7 Suite 4
83400 San Luis R.C., Sonora

Roberto Guerra García
M.M. del Llano 139 Oriente
Monterrey, N.L.

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

Guillermina Guerrero Vázquez
Calle 1-E No. 19
San José de la Escalera Del. G.A. Madero
07630 México, D.F.

Graciela Guerrero De Zubizarreta
Boulevard Díaz Ordaz Poniente No. 56
Irapuato, Gto.
Tel. 6-62-47

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

Juan Gutiérrez Butanda
Sur 24 No. 110 Dpto. 15
Col. Agrícola Oriental Deleg. Ixtacalco
08500 México, D.F.

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

José Angel Gutiérrez Marcos
Médica Sur
Puente de Piedra No. 150-822
Col. Tlalpan Deleg. Tlalpan
14050 México, D.F.
Tel. 655-28-38

Carolina Gutiérrez Sánchez
Prof. Ignacio Esteva 58-B
Col. San Miguel Chapultepec
11850 México, D.F.

Ignacio E. Gutiérrez de Velasco
Plateros No. 76
San José Insurgentes
México, D.F.

Fernando Guzmán Lozano
Loma Larga 4290
Villa Universitaria
45110 Guadalajara, Jal.

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

Joel Heras Espinoza
Gabriel Tepepa No. 132-1
Col. Emiliano Zapata
62744 Cuautla, Mor.

Raúl Hernández Díaz
Av. Sta. Lucía 67
Col. Olivar del Conde
01400 México, D.F.
Tel. 651-30-40

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

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

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

Mario Hernández Palestina
Durango No. 84-40. piso
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 533-24-66 y 533-24-67

Guillermo Hernández Valencia
Ave. Politécnico Nac. No. 1678
Col. Lindavista Deleg. G.A. Madero
07300 México, D.F.
Tel. 586-63-31

Jaime Juan Iñiguez Moreno
Victoria 1890
Fracc. Providencia
44620 Guadalajara, Jal.

Rodolfo Irigoyén Saigado
Montevideo y Cienfuegos No. 303-701
Col. Lindavista Deleg. G.A. Madero
07300 México, D.F.
Tel. 586-67-44

Arturo Jaramillo Palomino
Lucio No. 22-50. Ed. Argentina 511
Xalapa, Ver.
7-73-40

Marina Jiménez Abarca
Priv. del Alamo No. 25
Col. Arenal
02980 Nexucim, D.F.

José Francisco Jiménez García
Av. Guerrero No. 219
Zacatecas, Zac.

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

Eduardo Jiménez Ramos
Trujillo 672-206
Col. Lindavista
07300 México, D.F.
Tel. 586-42-80

Francisco Jiménez y Ramírez
Clínica del Paseo
5 Poniente No. 1314-705
Puebla, Pue.

José Luis Jurado Solís
Ave. Arboledas No. 402 Esq. Montes
Apalaches
Col. Arboledas
38060 Celaya, Gto.

Alfonso Miguel Kageyama Escobar
Lomas del Anáhuac No. 42
Col. Lomas de Tarango Deleg. A. Obregón
01620 México, D.F.

Thomas Klinchwort Irmischer
Leandro Valle 58
San Angel Inn Deleg. A. Obregón
01060 México, D.F.

Masao Kume Omine
Hospital Humana
Camino de Sta. Teresa 1055-155
Col. Héroes de Padierna
Deleg. M. Contreras
10700 México, D.F.

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

Enrique Lamadrid Bautista
San Luis Potosí No. 44
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

Juan G. Lazo Sáenz
Guerrero 125
Col. Las Rosas
35090 Gómez Palacios, Dgo.

Ma. de Lourdes Ledesma Sola
Federico T. de la Chica No. 2
Col. Satélite
Estado de México,
Tel. 584-80-60

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

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

Fernando G. Leyva Cabrera
Aguiles Serdán No. 787
Veracruz, Ver.

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

Julio César Licona
Jesús García y Yucatán
Hermosillo, Son.

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

Arnoldo Otoniel López Gutiérrez

Emilio Carranza No. 155 Nte.
Monterrey, N.L.

Javier López De Nava Albarrán

Norte 13 No. 4926
Col. Magdalena de las Salinas
07760 México, D.F.
Tel. 567-56-93

Mario López de Nava

Circunvalación Sta. Edwiges No. 1250-4o.
Guadalajara, Jal.
Tel. 15-35-82

Andrés López Herrera

Apartado Postal No. 1101
Cd. Reynosa, Tamps.

Fausto López Infante

Boulevard del Centro 205
Col. Boulevares
53140 Estado de México

Eduardo López Lizárraga

Niños Héroe No. 1921-1er. piso
44100 Guadalajara, Jal.
Tel. 12-52-90

Jalme López López

J.M. Acereto Edif. 17-102
53940 México, D.F.
Tel. 294-00-36

Enrique López Marín

Cubilete No. 175
Col. Chapalita
Guadalajara, Jal.

Felipe López Ortega Müller

Av. San Fernando No. 514
28000 Colima, Col.
Tels. 2-25-35 y 2-43-62

Guillermo López Ríos

Sur 127 No. 16
Sta. Isabel Industrial Deleg. Iztapalapa
09820 México, D.F.
Tel. 582-35-94

Carlos López Salazar

Apartado Postal 4-182
44420 Guadalajara, Jal.

Francisco Lórenca Olguín

Calle 3er. No. 1333-177-501
Zona Centro
Tijuana, B.C.
Tel. 684-13-43

Francisco Javier Luengas Muñoz

Peñas No. 510
Col. Jardines del Pedregal
Deleg. Alvaro Obregón
01900 México, D.F.

Benjamín Macías Fernández

Hegel No. 120-5o. piso
Col. Polanco Deleg. M. Hidalgo
11560 México, D.F.

Benjamín Macías Jiménez

Hegel No. 120-5o. piso
Col. Polanco Deleg. M. Hidalgo
11560 México, D.F.
Tel. 545-61-79

Luis Alberto Macías Fernández

Hegel 120-5o. piso
Col. Polanco
11520 México, D.F.
Tel. 545-61-79

Oscar Ernesto Macotela González

Allende No. 101
Tula de Allende, Gto.

Benito Madariaga Rangel

Tonalá No. 178-3er. piso
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

Rodrigo Madero González

Mitla No. 262
Col. Narvarte Deleg. Benito Juárez
03020 México, D.F.

Alberto Magaña Rivero

Gustavo Adolfo Becquer No. 43
Col. Nueva Anzures Deleg. M. Hidalgo
11590 México, D.F.
Tel. 250-70-52

Eduardo Maldonado Pineda

López Velarde No. 500
Zacatecas, Zac.

Mario A. Mandujano Valdez

Av. Las Palmas No. 745-107
Lomas de Chapultepec Deleg. M. Hidalgo
11000 México, D.F.
Tel. 520-37-01

Alfonso Manjarrez Bernal

Sonora No. 119 Norte
Cd. Obregón, Son.
Tel. 3-61-39

Modesto Leonides Mares Hernández

Torre de Consultorios
Av. Ejército Nac. 617-501
Col.
11500 México, D.F.

Manuel Marín Santillán

Montes Urales No. 307
Col. San Agustín
Monterrey, N.L. 66220

José C. Martín Díaz

Perú No. 160 Esq. Canadá
Col. Vista Hermosa
64620 Monterrey, N.L.
Tel. 46-13-28

David Martínez Balmori

Turquesa 101
Las Arboledas
36520 Irapuato, Gto.

Gilberto Martínez Cárdenas

Clinica Saltillo
Aldama y Xóchitl
Saltillo, Coah.
Tel. 3-68-78

Francisco Martínez Gallardo

Calderón de la Barca No. 359-3er. piso
Col. Polanco Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tels. 545-58-51 y 250-06-97

Ma. Elena Martínez Ortega

Padre Mier No. 321 Ote.
Monterrey, N.L.
Tel. 43-20-50

Timoteo Martínez Zumbaya

Cristóbal Colón 315 Depto. 3
Col. 27 de Septiembre
93320 Poza Rica, Ver.

Eduardo Mata Alvarez

Ana Ma. Berlanga No. 26
Co. Vistabella Satélite
54050 Estado de México

Héctor: Medellín Arreola

Centro Médico del Potosí
Antonio Aguilar No. 155
San Luis Potosí, S.L.P.
Tel. 5-17-45

Ranulfo Medina Espinoza

ProL. Div. del Norte No. 5201 No. 30
Residencial San Marcos Deleg. Xochimilco
16050 Estado de México
Tel. 286-05-95

Roberto Mejía Pérez

Zacatecas No. 119 Norte
Tepic, Nay.

Javier Mena Becerra

Edificio Benavides
Pino Suárez Sur No. 602-118
Monterrey, N.L.

Mario Mena Treviño
Venezuela No. 3115
Nuevo Laredo, Tamps.

Pablo Mendoza Hernández
Norte 1 C No. 490613-101
Col. Ampliación Panamericana
México, D.F.

Raúl Mereles Del Valle
Durango 49-10o. piso
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 564-82-03 y 514-99-89

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

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

Rubén Migram Camargo
Gelati No. 24
San Miguel Chapultepec
Deleg. M. Hidalgo
11560 México, D.F.

José Luis Millá Granados
Edificio 68-B
Unidad Lomas de Sotelo
10 México, D.F.

Alfredo Francisco Mingram Sierra
Hospital de Fátima
Ana María Gallaspi 920
Consultorio 125
Morelia, Mich.

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

Pedro Miranda Castellanos
Prol. Anaxágoras No. 1419
Col. Narvarte Deleg. Benito Juárez
03120 México, D.F.
Tel. 575-72-91

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

Eduardo Molina Téllez
Mérida No. 170
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 584-26-63

Heriberto Monroy Enriquez
Guerrero No. 503
Irapuato, Gto.

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

Edmundo Montes de Oca
Ave. México 2429
44680 Guadalajara, Jal.

José Efraín Montiel Oviedo
Calle 1517 No. 64
U. San Juan de Aragón 6a. Sección
07920 México, D.F.

Patricia Ma. Mora Aguilar
Av. del Olimpo Edif. 15 Depto. 203
Villa Olímpica Deleg. Tlalpan
14000 México, D.F.

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

Carlos Morales Gamboa
Edif. Jesús Terán D-413
Unidad Tlatelolco Deleg. Cuauhtémoc
México, D.F.

Blancas L. Moreno Pompa
Poniente 75-B No. 62
Col. América Tacubaya Deleg. M. Hidalgo
11820 México, D.F.

Manuel Morín Santillán
Montes Urales No. 307
Residencia San Agustín
66220 Garza García, N.L.

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

Leodegario Muñoz Soto
Insurgentes Sur 452-304
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
México, D.F.

Miguel A. Murillo Melo
Centro Médico de Torreón, A.C.
Av. Allende No. 351 Ote.
Torreón, Coah.

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

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

Rafael Manuel Navarro Meneses
Colina de Hernán No. 7
Col. Boulevares
53140 Naucalpan, Edo. de Méx.

Agaton Navarro Quintanilla
Puebla No. 206
Col. Guadalupe
89120 Tampico, Tamps.

José Luis Novelo Guerra
Ave. Mayrán No. 853
Col. Torreón Jardín
27200 Torreón, Coah.

Edgar Novelo Guerra
Herschell 152
Col. Anzures
11590 México, D.F.

Héctor Novelo López
Londres No. 224-1104
Col. Juárez Deleg. Cuauhtémoc
06600 México, D.F.
Tel. 525-35-44

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

Boris Nurko Berkovich
Ejército Nacional No. 650-202
Col. Polanco Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tels. 545-15-35 y 250-62-33

Gabriel Ochoa Cuevas
Fátima 202
Col. Del Valle
Aguascalientes, Ags.

Antonio Ochoa Mares
Ave. 3er. Sur No. 720
Cd. Delicias, Chih.
Tel. 2-21-95

Sergio Ochoa Rico
Ave. Central 17-1o. piso
Col. Pantillán Deleg. Iztacalco
08100 México, D.F.

Jorge Alberto Ojeda Sosa
Calle 13 No. 10
Fracc. Prado Norte
Mérida, Yuc.
Tel. 7-50-92

Armando Olivera Quiroz

Rosales No. 155 Poniente
Culiacán, Sin.

Francisco Gmo. Olivera Jones

Sta. Ma. la Ribera No. 121
Col. Sta. Ma. la Ribera Deleg. Cuauhtémoc
06400 México, D.F.

Rodolfo Olvera Olvera

División del Norte No. 3212
Col. Cd. Jardín Deleg. Coyoacán
04370 México, D.F.
Tel. 525-74-87

Jaime Santos Ontiveros Ortega

Nicolás Bravo Sur No. 106
Centro
Toluca, Mex.

Alfonso Orantes Gómez

Segunda Sur Oriente No. 1078
Tuxtla Gutiérrez, Chis.

Ignacio Ortega Dominguez

José Ma. Olloqui No. 171
Col. Del Valle Deleg. Benito Juárez
03100 México, D.F.
Tel. 543-19-31

Humberto Ortiz Cárdenas

Norte 81 No. 544
Col. Electricistas Azcapotzalco
02060 México, D.F.

Salvador Ortiz Chavarria

Paseo Bolívar No. 12-310
3100 Chihuahua, Chih.

José Raúl Ortiz Lara

Calderón de la Barca No. 359-3er. piso
Col. Polanco Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tels. 545-58-51 y 250-06-97

Jorge Alberto Ortiz Ortiz

Alonso Avila No. 122
Fracc. Reforma
Veracruz, Ver.
Tel. 3-32-67

Alicia Osorno Velázquez

Ave. del Riego Andador 77 casa 5
Col. Villa Coapa
14390 México, D.F.
Tel. 671-12-74

Rafael Pacchiano Cao

Amores No. 26
Col. Del Valle Deleg. Benito Juárez
03100 México, D.F.
Tel. 523-67-80

Francisco Javier Palacios G.

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

José Ignacio Palacios Ríos

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

Sergio Octavio Palacios Ulloa

Clinica España
Av. España No. 2-27
Cuenca Azuay, Ecuador.

Carlos Pane Planese

Ave. Universidad 1330-1020
Col. del Carmen Coyoacán
04100 México, D.F.

Jorge Paquot Rodríguez

Bolívar 12
Centro
31000 Chihuahua, Chih.

Yolanda Peñaloza López

Ave. Santiago No. 426
Col. San Jerónimo Lidice
10200 México, D.F.
Tel. 595-03-18

Manuel Peñaloza Plascencia

López Mateos Norte 749
Fracc. Ladrón de Guevara
Guadalajara, Jal.

Ignacio Peraldi Ferrino

Ave. de las Américas No. 465 Norte
Ciudad Juárez, Chih.

Héctor Peralta Valdez

Tres Cruces No. 99
Col. Coyoacán Deleg. Coyoacán
04100 México, D.F.
Tel. 554-61-32

Ernesto Pérez Fuentes

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

Francisco Pérez Gómez

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

Manuel Pérez Gómez

Insurgentes Sur No. 1783
Col. San Angel Deleg. A. Obregón
01000 México, D.F.
524-03-79 y 594-90-69

Sergio Pérez Matos

Parque de las Flores No. 7880
Fracc. Los Parques
32440 Cd. Juárez, Chih.

Salvador Pérez Paniagua

Ramos Millán No. 14
Guadalajara, Jal.

Mario Piedra De los Santos

Dr. Eduardo Lever No. 186
Col. Balderrama
Hermosillo, Son.

René Pierdan Pérez

Venustiano Carranza No. 1160-1
San Luis Potosí, S.L.P.

Humberto Pineda Hernández

Madero No. 850 Norte
La Paz, B.C. Sur.

Pablo Platas Hernández

Sebastián Camacho No. 1 Esq. 1
Col. Zaragoza
Xalapa, Ver.

Alejandro Prado Abarca

Durango No. 49-802
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

Juan Pina Cázares

Puebla No. 10 Degollado No. 10
83190 Hermosillo, Son.

Juan Francisco Ponce Ponce

Ceiba No. 28
Col. La Raza
México, D.F.

Angel Quijano Flores

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

Eva De Quijano Torres

Pino Suárez No. 446 Sur
Monterrey, N.L.

Angel Quijano Torres

Pino Suárez No. 446 Sur
Monterrey, N.L.

Alfredo Quintanilla Hernández

Juárez y 14
Ciudad Victoria, Tamps.

Guillermo Quiros Torres

Durango No. 290-4o. piso
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

Armando Ramirez Calderón
Cerro del Borrego No. 107
Campestre Churubusco Deleg. Coyoacán
04200 México, D.F.

José Luis Ramirez González
Cortés Monroy No. 1709
San Felipe
31240 Chihuahua, Chih.

Wilmer Ramirez Marines
A. Fray Diego de la Magdalena No. 246
Col. Del Valle
San Luis Potosí, S.L.P.

Manuel Alejandro Ramirez Nájera
Serafín Peña No. 106-116
Monterrey, N.L.

Héctor Ramirez Ojeda
Durango 49 7o. piso
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

Indalecio Ramirez Orendáin
Justo Sierra No. 2135
Guadalajara, Jal.
Tel. 25-27-50

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

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

Luis Antonio Ramirez Y Dorantes
Lomas 17
Plazas de la Colina
Tlalnepantla, Edo. de Mex.

Rubén Ramos Alcocer
Centro Médico del Potosí
A. Aguilar No. 155
78200 San Luis Potosí, S.L.P.

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

Crispin Ramoc Arriola
Magala No. 2101
Col. Jardines Alcalde
44240 Guadalajara, Jal.

Federico Reinking Wittemore
Boulevard Cervantes Saavedra No. 625
Col. Irrigación Deleg. M. Hidalgo
06700 México, D.F.
Tels. 589-06-39 y 557-29-33

José Inés Rebollo Vales
Medellín 43-703
Col. Roma
México, D.F.

Federico Reyes Gómez Llata
Durango 290-306
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

Martín Reyes Hernández
Coatzacoalcos No. 39-B
Salina Cruz, Oax.

Gloria E. Reyes López
Av. Cuauhtémoc 239-212
Edificio Atoyac
Acapulco, Gro.

Armando Reyes Montes de Oca
Tuxpan No. 16-502
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 564-70-32 y 562-60-22

Federico Reyes Rodríguez
Zacatecas No. 230-203
Col. Roma Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 524-45-89

Victor Manuel Reynoso Y Delgado
Hospital Humana
Camino a Sta. Teresa 1055-129
Col. Héroes de Padierna
10700 México, D.F.

Francisco Rico Sánchez
Boulevard Juárez No. 507-203
Cuernavaca, Mor.
Tel. 2-10-45

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

Rafael Rivera Camacho
Tuxpan 6-2o. piso
Col. Roma
06700 México, D.F.

Francisco M. Rivera Guerrero
Ave. Hidalgo No. 7-A
76000 Querétaro, Qro.

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

Antonio Rodriguez Alcáraz
Baja California No. 255-B 701
Col. Condesa, Deleg. Cuauhtémoc
06140 México, D.F.
Tel. 574-33-29

Felipe Oscar Rodríguez Cuevas
Tarascos 3426
Francisco Monraz
Guadalajara, Jal.

Francisco Javier Rodríguez Cuevas
Tiburcio Grande 68 Sur
Compostela, Nayarit

Rogelio Rodríguez Hernández
Matanzas No. 715
Col. Lindavista, Deleg. G.A. Madero
07300 México, D.F.
Tel. 587-12-90

Rosendo Rodríguez Trejo
Apartado postal M-2384
México, D.F.

Daniel Roldán Posada
Calz. de Risco No. 114
Jardines del Pedregal, Deleg. A. Obregón
01900 México, D.F.
Tel. 568-27-64

Humberto Rodríguez Salas
Privada de Paloma No. 127
Col. Fatima
34000 Durango, Dgo.

Fernando Romero Fernández
Manzanillo 122-103
Col. Roma Sur
06700 México, D.F.
Tels. 564-11-25 y 572-03-27

Miguel Angel Romero López
Ave. Juárez No. 145-7
Col. Centro
06000 México, D.F.

Carlos P. Romero Martínez
Ave. Jardines de Morelos 139
Fracc. Jardines de Morelos
55070 Ecatepec, Edo. de Méx.,

Roberto Romero Martínez
Albert No. 4
Col. Portales, Deleg. Benito Juárez
03300 México, D.F.
Tel. 532-73-12

Gustavo Romero Pérez
Pachuca No. 169
Col. Condesa
México, D.F.
Tel. 393-51-72

Juan Antonio Romero Rio
Ave. Jardines de Morelos 139
Fracc. Jardines de Morelos
55070 Ecatepec, Edo. de Méx.

Rolando Del Rosal Sigler

Insurgentes Sur No. 1862-9° Piso
Col. San Angel, Deleg. A. Obregón
01000 México, D.F.
Tels. 524-45-46 y 524-63-51

Samuel Rosete Pérez

Tuxpan No. 16-4° Piso
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 584-76-55

Elias Rozillo Husry

Unidad Loma Hermosa, Edif. 76-A 201
Col. Irrigación, Deleg. Miguel Hidalgo
11200 México, D.F.

Horacio Rubio Monteverde

Tuxpan No. 6-1° Piso 102-104
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 574-02-07

Ramón Ruenes Fernández

Centro Radiológico Especializado
Musset No. 337, Col. Polanco
Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.
Tel. 545-13-08

Arturo Ruíz Hinojosa

Calle de Dios Luna No. 30
Fracc. Los Parques, Izcalli Cuautitlán
Estado de México

Jimmy Sandigo Peralta

Boulevard de las Rosas No. 156 Norte
Jardines de Durango
Durango, Dgo.

José Luis Salas Martínez

Cerrada de Cesareo Costa No. 6
Col. Huizachal
Naucalpan, Edo. de México

Nicolás Salazar Ayala

Av. del Trabajo No. 206 Pte. 10° Piso
Salamanca, Gto.
Tel. 8-30-10

Guillermina Saldaña Alfaro

Ave. 20 de Noviembre No. 82-105
México, D.F.
Tel. 542-39-24

Lilia Saldívar Garza

Torre Uxmal Depto. 7
Unidad Independencia
10100 México, D.F.
Tel. 595-28-79

José Sánchez Cortés

Justo Sierra No. 2081
Guadalajara, Jal.

Demetrio Enrique Sánchez López

Texas 95-5
Col. Nápoles, Deleg. Benito Juárez
03810 México, D.F.

Juan Felipe Sánchez Marie

Calderón de la Barca 359-3° Piso
Col. Polanco
11560 México, D.F.
Tel. 545-58-51

Luis Fernando Sánchez Medal Alarcón

Hospital Humana
Camino Sta. Teresa No. 1055
Col. Héroes de Padierna
Deleg. M. Contreras
10700 México, D.F.

Bernardino Sánchez Sánchez

Juan A. Mateos No. 219
Col. Vista Alegre, Deleg. Cuauhtémoc
06860 México, D.F.
Tel. 538-54-61

Carlos Sánchez Sánchez

Secc. Agrupamiento 8 Edif. B-301
Col. Unidad Santiago Iztacihuatl
México, D.F.

Arturo Sandoval Camarena

Justo Sierra No. 2447
Guadalajara, Jal.

Jaime Sandoval Granillo

Isla Creciente No. 104, Col. Prado Vallejo
54170 Tlalnepantla, Edo. de Méx.

Primitivo Sandoval Guzmán

Alfredo Maefert No. 894
Fracc. Las Camelias
58290 Morelia, Mich.

Julián Santiago Díez de Bonilla

Vicente García Torres No. 302
El Rosedal, Deleg. Coyoacán
04330 México, D.F.
Tel. 564-94-07

Isaac Shubic Neiman

Apartado Postal 11-724
06140 México, D.F.
Tel. 533-49-35

Yolanda Sierra Ayala

Sur 17 No. 243
Orizaba, Ver.

Antonio Soda Merhy

Tlacotalpan 51-206
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 564-94-07 y 564-45-15

Maurilio Solís Chávez

Av. 8 Norte y 2 Oriente
Col. Obrera
93260 Poza Rica, Ver.
Tel. 2-38-85

Oscar Solís Dacosta

Adoquines No. 9
Villa Satélite
83200 Hermosillo, Son.
Tel. 48-59-15

Juan Carlos Solís Quiroz

Av. Juárez 2118-402
Puebla, Pue.

Rafael Somonte Altamira

Tabasco No. 199
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

Gilberto Soriano y Rodríguez

Tepic No. 139-602
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

Jorge Sosa Orlaineta

Flores Magón No. 1197
91910 Veracruz, Ver.

Patricia Soto Alvarado

San Diego de los Padres No. 128
Col. Club de Golf La Hacienda
Atizapán, Edo. de Méx.

Sergio Soto Rojas

35 Poniente No. 927
Puebla, Pue.

Ma. Guadalupe Stone Agullar

Paz Montes de Oca No. 81
Col. Churubusco, Deleg. Coyoacán
04210 México, D.F.

Gustavo Gerardo Suchowitzky Staldelmann

Calle Mina No. 6003
Col. Buenavista
88120 Nvo. Laredo, Tamps.

Anwar Safadi Calderón

Carrera 46 No. 80-239
Barranquilla, Colombia
Colombia

José Francisco Taboada Gómez

Hospital Militar Regional
Domicilio conocido
Chihuahua, Chih.
Tel. 2-05-44

Ricardo Tapia Acuña

Insurgentes Sur No. 300-714
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 574-47-78

Severino Tarasco Camino

Protasio Tagle No. 105
Col. Tacubaya, Deleg. Miguel Hidalgo
México, D.F., 11870
Tel. 516-49-41

Patricia H. Tellez Girón

Pilares No. 427-801
Col. Del Valle, Deleg. Benito Juárez
03100 México, D.F.
Tel. 575-77-85

Agustín Tello Cordero

Al Arroyo No. 202
Col. Prados Vallarta
Guadalajara, Jal.
Tel. 45-02-00

Gabriela Torres Courtney

Cerrada de Tlaxcala No. 12
Col. Roma Sur, Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

Juan José Torres Neri

Hidalgo No. 329
León, Gto.

Ana Ma. Gpe. Trejo Vázquez

Retorno 34 de G. García No. 23
Col. Jardín Balbuena, Deleg. V. Carranza
15900 México, D.F.

Rodolfo Treviño Tijerina

Sur 109 No. 1508 Depto. 4
Col. Aeronáutica Militar
15970 México, D.F.

Miguel Ángel Ulloa Ramírez

Insurgentes Sur No. 473-104
Col. Hipódromo Condesa
06170 México, D.F.

José Luis Uranga Herrera

Joaquín Mucel Acereto Edif. 20
Depto. 1. Col. Huizachal
Naucalpan, Edo. de Méx.

Ana A. Urrea Flores

Escobedo No. 331-2 Poniente
80000 Culiacán, Sin.

Alberto Valdéz

Juárez No. 3 Poniente
Piedras Negras, Coah.

César Valencia Gutiérrez

Durango No. 33-11° Piso
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.

Arturo Valenzuela Cuarón

Av. de las Américas No. 201-307
Cd. Juárez, Chih.

Carlos Valenzuela Ezquerro

Petrarca No. 332-1
Col. Polanco, Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.

José Luis Vargas Jiménez

Mazatlán 218
Col. Condesa
06140 México, D.F.

Fabián Vargas Trejo

La Paz No. 49
Col. Valle Ceylan
54150 Tlalnepantla, Edo. de Méx.

Adolfo Vázquez Palacios

Atenas No. 295 Esq. Moscú
Valle Dorado
54020 Tlalnepantla Edo. de Méx.

Servando Vega Velazquez

Sor Juana Inés de la Cruz No. 15-104
Tlalnepantla, Edo. de Méx.
Tel. 565-16-99

Romeo Velázquez Manzo

Rancho La Estrella 1
Col. Campestre Coyoacán
04890 México, D.F.

Jorge Velázquez Uribe

Gabriel Mancera No. 1815 Depto. 203
Col. Del Valle, Deleg. Benito Juárez
03100 México, D.F.
Tel. 524-16-44

Víctor Eduardo Vera Martínez

Joaquín Herrera No. 70
Col. Morelos, Deleg. Cuauhtémoc
06200 México, D.F.
Tels. 529-68-41 y 789-19-30

Pelayo Vilar Canales

Durango 84, 4° Piso
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 533-24-66 y 511-29-16

Pelayo Vilar Puig

Durango No. 84-4° Piso
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tels. 533-24-66 y 511-29-16

Ramón Del Villar

Amsterdam No. 295
Col. Condesa, Deleg. Cuauhtémoc
06140 México, D.F.
Tel. 574-42-62

Ricardo Villanueva

Ave. Juárez No. 145-7
Centro, Deleg. Cuauhtémoc
06000 México, D.F.
Tel. 546-23-12

Jesús Vital Chávez

Vidrio No. 1281
Col. Sector Juárez
Guadalajara, Jal.

René Vinas Pineda

Cuauhtémoc No. 300-A Norte
Piedras Negras, Coah.

Gustavo Vivar Mejía

Monterrey No. 172-4° Piso
Col. Roma, Deleg. Cuauhtémoc
06700 México, D.F.
Tel. 574-03-25

Pablo Wladislavosky Wasserman

Cofre de Perote No. 319-301
Lomas de Chapultepec, Deleg. M. Hidalgo
11000 México, D.F.
Tel. 520-88-67

Adolfo Jesús Zapata Zamora

Zuluga No. 25-C
Col. Iztapalapa, Deleg. Iztapalapa
09360 México, D.F.

Alvaro Zaragoza Hernández

Ermida Iztapalapa No. 278-5° Piso
Col. Nativitas, Deleg. Benito Juárez
03500 México, D.F.

Ismael Zepeda Díaz

Catipoata No. 11
Col. Tlalpan, Deleg. Tlalpan
14000 México, D.F.

Luz Teresa Zermeño Torres

García Valdéz y Ramírez Calderón s/n
Col. San Felipe
31240 Chihuahua, Chih.

IX CONGRESO NACIONAL DE FESORMEX

Fesormex y la Sociedad de Otorrinolaringología de Tamaulipas invitan al IX Congreso Nacional de Fesormex en Tampico-Madero del 8 al 12 de octubre de 1987.

- **Curso Precongreso sobre Cirugía Funcional y Estética de Nariz**
- **Curso de Microcirugía endonasal**

MESAS REDONDAS:

Casos clínicos
Oído infectado
Rinitis alérgica

INTERESANTE PROGRAMA SOCIAL

HOTEL SEDE: POSADA DE TAMPICO

INFORMES E INSCRIPCIONES:

Dr. Antonio Alcázar. Altamira 221 Pte. Tampico, Tams. 89000. Tel. 12-01-25 y 15-20-79

10
TABLETAS

PENGLLOBE

OTITIS
LARINGITIS
FARINGITIS
BRONQUITIS

y todas las demás infecciones
sensibles a la ampicilina

LA PRODRUGA
5 DIAS



DE
TRATAMIENTO
POR CAJA

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

FORMULA: Cada tableta contiene: Clorhidrato de bacampicilina equivalente a 0.278 g. de ampicilina. Excipiente c.p.p. 1 tableta.

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

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

PROPIEDADES: Los niveles séricos máximos se alcanzan entre los 30 minutos y una hora después de administrarse por vía oral. (Magni et al. 1975). Penglobe se absorbe casi por completo: 98% de biodisponibilidad. (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, edematosis, fiebre, angioedema, choque anafiláctico. Reacciones gastrointestinales: náuseas, vómito, diarrea. Se han documentado seis casos nuevos de colitis pseudomembranosa.

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

Su venta requiere receta médica.
Literatura exclusiva para médicos.

Penglobe bacampicilina*
Investigación original de

ASTRA
MEXICO, S.A. DE C.V.

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

Mucosolvan®

En bronquitis aguda y crónica...

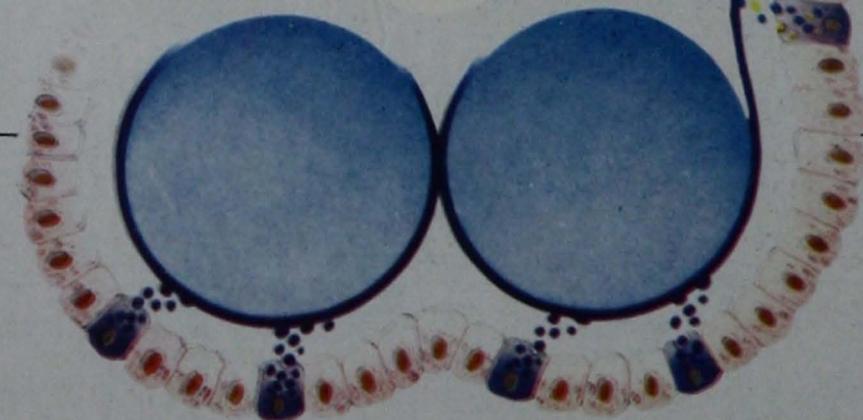
Acción multifactorial
Estimula la producción del
surfactante

MÚLTIPLES BENEFICIOS PARA EL PACIENTE

-  Notable recuperación de la capacidad respiratoria
-  Fácil expectoración de las secreciones mucosas
-  Eficaz alivio de la congestión mucosa y la disnea

 Coadyuva a la concentración de antibiótico de elección en el tejido broncopulmonar

 Favorable incremento de la respuesta inmunológica a nivel bronquial



INDICACIONES

MUCOSOLVAN® está indicado en todo tipo de procesos broncopulmonares que cursan con aumento de la viscosidad y adherencia del moco, en los que es necesario mantener libre de secreciones el aparato respiratorio, como Bronquitis Aguda, Bronquitis Crónica, Bronquitis Asmática, Asma Bronquial, Bronquiectasias, Rinitis, Sinusitis, Laringitis, Neumonías, Bronconeumonías, Atelectasia por Obstrucción Mucosa, Traqueostomías y Fre y Post-Operatorio en especial en Cirugía Geniocranial.

MUCOSOLVAN® Solución oral y comprimidos puede administrarse asociado con antibióticos, broncodilatadores y con cualquier fármaco de uso común en el tratamiento de las patologías de las vías aéreas.

FORMULAS

Solución c/100 ml. Clorhidrato de Ambroxol, 0.300 g. Comprimidos Clorhidrato de Ambroxol, 0.030 g. Solución Iny. Cl/Amptra, 2 ml. Clorhidrato de Ambroxol, 0.015 g.

ADMINISTRACION Y DOSIS

MUCOSOLVAN® SOLUCIÓN: Adultos: Los dos a tres primeros

días del tratamiento, 2 cucharaditas tres veces por día, luego 1 cucharadita (5 ml), tres veces por día. Niños hasta 2 años: ½ cucharadita (2.5 ml), dos veces por día. Niños de 2 a 5 años: ½ cucharadita (2.5 ml), tres veces por día. Niños mayores de 5 años: 1 cucharadita (5 ml), dos a tres veces al día. MUCOSOLVAN® COMPRIMIDOS: Mayores de 12 años y adultos: 1 comprimido cada 8 horas. MUCOSOLVAN® SOLUCIÓN INYECTABLE: Mayores de 12 años y adultos: 1 ampolleta I.M. o I.V. cada 8 horas. Niños menores de 2 años: ½ ampolleta cada 12 horas I.M. o I.V. Niños de 2 a 5 años: ½ ampolleta cada 8 horas I.M. o I.V. Niños mayores de 5 años: 1 ampolleta cada 8 a 12 horas I.M. o I.V. Al inicio del tratamiento puede duplicarse la dosis mencionada. La dosis pediátrica es de 1.2 a 1.6 mg/kg/día.

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES

Aunque no ha sido demostrada la acción teratogénica, siguiendo normas internacionales no se recomienda su empleo durante los primeros tres meses de embarazo. El uso de este medicamento durante el mismo queda bajo la responsabilidad del médico. Manéjese con cuidado las formas orales en pacientes con úlcera gástrica.

REACCIONES SECUNDARIAS

Trastornos Gastrointestinales como diarrea, náuseas y vómitos.

INTERACCIÓN MEDICAMENTOSA

MUCOSOLVAN® Solución oral y comprimidos puede ser administrado en combinación con otros medicamentos sin riesgo de interacciones adversas, esta observación es válida sobre todo para tratamientos concomitantes con drogas utilizadas rutinariamente en los pacientes hospitalizados, especialmente en unidades de terapia intensiva como: glucósidos cardíacos, diuréticos, corticoesteroides y broncodilatadores. MUCOSOLVAN® Inyectable puede ser administrado en combinación con soluciones fisiológicas o glucosadas al 5% y 10% o solución de Ringer. No se debe mezclar con soluciones alcalinas para evitar el enturbiamiento precipitación de la solución; asimismo es incompatible mezclarlo en la misma jeringa con cualquiera de los siguientes antibióticos: Cefradina, Cloranfenicol, Ampicilina, Rifampicina, Fosfomicina, Cefazolin y Cefazolin. Las soluciones obtenidas con otros antibióticos, por no ser alcalinas con compatibles como: Cefoxitina, Gentamicina, Tobramicina, Sisomicina, Amikacina, Kanamicina, Tiamfenicol y Carbencilina.

PRESENTACIONES

Solución con 120 ml. Comprimidos con 20. Solución Inyectable: Caja con 10 ampolletas de 2 ml. Vía de Administración: Oral, I.M. o I.V. Su venta requiere receta médica. Litteratura exclusiva para médicos. Regs. Nos. 005M83, 100M83, 101M83 S.S.A. 1. Méd. LJE-2096JJ



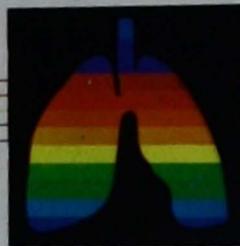
*Marca Reg. Hecho en México por
PROMECO S.A. DE CV.
Calle del Maiz No. 49 16090 México, D.F.



Cistitis
Uretritis



Gastroenteritis-Colitis
Diarrea Infecciosa
Salmonelosis
Tifoidea



Amigdalitis
Faringitis
Neumonía y
Bronquitis



Rapidez! Potencia! Impacto!

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

El cambio a

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

REACCIONES SECUNDARIAS:

Como con todas las penicilinas, pueden presentarse reacciones alérgicas: erupción cutánea y diarrea. A dosis muy elevadas, pueden presentarse nefropatías, cristaluria, elevación de la transaminasa glutámico-oxalacética, agranulocitosis con mononucleosis, hipertensión endocraneana benigna y encefalopatías.

CONTRAINDICACIONES:

Sensibilidad a la penicilina

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:

Interfiere con los anticonceptivos en la circulación ente roepática de los estrógenos

* Marca Registrada

Regs. Nos. 78552, 78554, 0127M79 y 80252 S.S.A.

Literatura exclusiva para médicos

Su venta requiere receta médica.

I Med. MDE 523/3

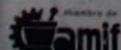
Hecho en México por:

Beecham Farmacéutica, S.A. de C.V.

Miguel Ángel de Quevedo No. 307

Coyoacán 04310, México, D.F.

Beecham



mpicin*
rmula:
da tableta contiene 250 o 500 o
00 mg de Ampicilina Anhidra
da 5 ml de suspensión oral con-
he 125 o 250 o 500 mg de Am-
pina Trihidratada. Cada frasco
pula contiene 250 o 500 o 1000
de Ampicilina Sódica

cripción:
MPICIN* contiene ampicilina,
a penicilina semisintética deri-
da del núcleo ácido-6-
inopenicilánico. Antibiótico de
plio espectro. Por su acción
ctericida, es eficaz contra infec-
iones causadas por bacterias
sibles gram positivas y gram
ativas.

dicaciones:
ecciones del aparato respirato-
Amigdalitis, faringitis, otitis,
ngitis, bronquitis, neumonías.

ecciones del aparato digestivo:
nteritis bacilar, enteritis, dia-
as infecciosas, etc.

ecciones del aparato urinario:
titis, uretritis, pielonefritis, etc.
ecciones de piel, tejidos blan-
s, odontológicas, septicemias,
ningitis, endocarditis bacte-
na, etc.

ontraindicaciones:
ampicilina está contraindicada
pacientes con antecedentes de
sensibilidad a las penicilinas.

cciones Secundarias:
igual que con todos los anti-
bióticos, pueden presentarse
cciones alérgicas de distinta
gnitud, que se manifiestan
ncipalmente por erupciones cu-
neas, y en raras ocasiones, nau-
a, vómito, diarrea, eosinofilia,
pre, angioedema, choque anafí-
ctico, elevación de las transa-
masas glutámico oxalacética,
TCP.

osología:
ecciones de vías respiratorias:
a 500 mg cada 6 horas. En
onquitis crónica, 1 g cada 6
ras por 7 a 10 días, según sea
esario.

ecciones gastrointestinales:
0 a 1000 mg cada 6 horas. En
pre tifoidea 1-1.5 g cada 6 horas,
ante 10 días, por lo menos.

ecciones de vías urinarias: 500
g cada 6 horas; esta dosis debe
ntenerse en infecciones de
s urinarias altas durante 10 días.
n infecciones de vías urinarias
as, 6 días como mínimo.
sis ponderal: 100-300 mg/kg
os día, repartidos en cuatro
nas (cada 6 horas).

casos graves, las posologías
eden duplicarse sin riesgo.
MPICIN* debe administrarse
re 30-60 minutos antes de los
mentos para obtener mejores
ultados. Duración del trata-
ento: De 6 a 10 días.

esentaciones:
asco con 20 tabletas de 250 mg
asco con 16 tabletas de 500 mg
asco con 8 tabletas de 1.0 g
asco para 60 ml de suspensión
125 mg/5 ml
asco para 60 ml de suspensión
250 mg/5 ml
asco para 60 ml de suspensión
500 mg/5 ml
asco ampula con 250 mg Agua
ectable 2 ml
asco ampula con 500 mg Agua
ectable 2 ml
asco ampula con 1000 mg Agua
ectable 5 ml
gs. Nos. 80281, 80431 y 80441.

A.
cho en México por
macéuticos Lakeside, S.A. de

Lic. Isidro Fabeta No. 1536 Ne-
30 Toluca de Lerdo, Mex.
arcas Registradas.
M-287 - 1 Med. NBE-280 J.
venta requiere receta médica.
rativa exclusiva para médicos.

NUEVO

Lampiclin*

La ampicilina Lakeside*

“La ampicilina
es el antibiótico
de elección para
muchas infecciones...”*

* British National Formulary
1984

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, 15 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, anafilaxia y como tratamiento coadyuvante en reacciones anafilácticas.

FARMACOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN:

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

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

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

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

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

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

PRESENTACION: IDULAMINE: Tabletas: Caja con 20 tabletas
IDULAMINE Jarabe: Frasco con 80 ml

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

Marca Registrada

Reg. No. 80978, 80977 SSA.

Literatura exclusiva para médicos

J. Med. NAE-2179/J

Su venta requiere receta médica

ARE-2487-IDE

Schering
SA DE CV

Av. 16 de Septiembre No. 301, Guaymas, México 67001, D.F.

sin inflamación

sin fiebre



Keduril

INFORMACION DE PRESCRIPCIÓN: FORMULA: cada gragea contiene 100 mg de Ketoprofen sodico. Excipiente c. p. 1 gragea. **INDICACIONES:** en enfermedades inflamatorias de las vías respiratorias como amigalitis, faringitis, bronquitis asociado al tratamiento etiológico, en otorrinolaringología como amigdalectomías, otitis media, sinusitis y en general en todos los procesos inflamatorios, dolorosos o febriles. En traumatología: fracturas, contusiones, esguinces, luxaciones. En ginecología: dismenorrea, anexitis, cervicitis. En cirugía: en el postoperatorio de amigdalectomías, rinoplastias, epistolomías. **CONTRAINDICACIONES:** aunque las pruebas teratológicas han sido satisfactorias, se aconseja no utilizarlo en la primera fase del embarazo, la lactancia y en niños menores de 12 años. **REACCIONES SECUNDARIAS:** KEDURIL es bien tolerado, sin embargo, ocasionalmente pudieran presentarse gastralgias de tipo ardoroso, náuseas y vómito. **PRECAUCIONES:** se recomienda precaución ante la presencia de antecedentes digestivos como: úlcera gastroduodenal, gastroenteritis y portadores de hernia hiatal. **BI-BLIOGRAFIA:** A solicitud del médico.

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

KNA/A-1-86

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

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



.AMIGDALITIS. .FARINGITIS. .LARINGITIS.

« **'BACTRIM'*** »

suspensión

ACCION BACTERICIDA¹

“Por el doble mecanismo de acción antibacteriano”

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

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

Tabla Posológica de "Bactrim"

EDAD	SUSPENSION Por cada 5 ml	COMPRIMIDOS INFANTES Por cada 20	COMPRIMIDOS PARA ADULTO Por cada 20
0 años a 1 mes	2.5 ml		
1 mes a 6 meses	5 ml		
6 meses a 1 año	5 ml	1	
1 año a 2 años	5 ml	2	
2 años a 3 años	5 ml	3	
3 años a 4 años	5 ml	4	
4 años a 6 años	5 ml	5	
6 años a 12 años	5 ml	6	
12 años a 18 años	5 ml	7	
18 años a 65 años			1
65 años a 75 años			1
75 años a 85 años			1
85 años a 95 años			1
95 años a 100 años			1

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

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

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

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

prematuros y lactantes menores de 3 meses de edad.

Bibliografía:

1. Hitching, G.H. Selective Inhibitors of Dihydrofolate Reductase as Chemotherapeutic Agents. Topose: The Synergy of Trimetoprim and Sulfonamides. Royal College of Physicians, London, U.S. 1969.
2. Salberg R. Annual Meeting Soc. Suisse de Pédiatrie, 1971.
3. Frenex, M. Havas, L. Clinical Experience with Trimetoprim and Sulfamethoxazol with Special Reference to its Use in 867 Children. in Proceedings, 10th SIAMI (I-TROPIM) Seminar, Symposium of Chemotherapy in Tropical Medicine of Southeast Asia and the Far East, pp. 129-148. 1d. T. Hainanuta Bangkok, 1972.

4. Knight, L.J. Kinetic Studies with a Trimetoprim-Sulfonamide Combination. (Paris, VI) Congrès International de Chimiothérapie.

5. Quirk, C.A., Wagner, D. Trimetoprim-Sulfamethoxazol in the Treatment of Infections of the Larynx, Nose and Throat. J. Infect. Dis. 128, Suppl. 6:66-70 (1973).

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

J. Med. Biol. 3:241-243
 Riggs, Nils. 73341-73367 S.S.A.



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



DEWIMED, S.A.

INSTRUMENTAL PARA MICROCIROGIA
Y
EQUIPO MEDICO



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

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

Clásicos con Futuro

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



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

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



Variotherm, el aparato
térmico de
excitación para el
diagnóstico vestibular

Endostroboscopio, para el
diagnóstico de la laringe.

Sectoroscopia, de la A-Scan,
especialmente para la
zona de cabeza y garganta

martin

**CARL ZEISS
JENA**

R
RICHARDS

WOLF



INSTRUMENTAL QUIRURGICO

MICROSCOPIOS PARA MICROCIROGIA

MICROCIROGIA Y PROTESIS

ENDOSCOPIA