

PAGINA DEL DIRECTOR 189 _

TRABAJOS HISTORICOS

- Bosquejo Histórico de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología
Dr. Pedro Berruecos Téllez 191 _

TRABAJOS PROSPECTIVOS

- El colgajo miocutáneo del trapecio
Dr. J. Ramón Escajadillo 199 _

TRABAJOS RETROSPECTIVOS

- Valoración otorrinolaringológica en pacientes con fibrosis quística
Dr. Francisco Javier Luengas Muñoz y Col 206 _
- Tumores malignos del hueso temporal
Dr. Juan Felipe Sánchez Marle 213 _

CASOS CLINICOS

- Escleroma laríngeo. Un reto diagnóstico
Dr. Mario Barrón Soto y Cols 218 _
- Neurofibroma plexiforme del trigémino
Presentación de un caso
Dr. René Córdova Reséndez y Cols 223

CALENDARIO SMORLCCC 228

NOTAS E INFORMACIONES 229

DISTRIBUCION GRATUITA

MEXICO, SEPTIEMBRE-OCTUBRE-NOVIEMBRE 1987
VOL XXXII NUMERO 4

Lepetit a la vanguardia en el cuidado de la salud.

Informa al H. Cuerpo Médico Mexicano
la disponibilidad de su línea en las farmacias.



**EKILID • RIFADIN
LESTEROL • PLASIL
RIFAPRIM • TELDANE**

Lepetit

a.v. mueller

Instrumental de **ALTA CALIDAD**



AHORA
A SU
ALCANCE
EN...


TRAVENOL

Llame a los teléfonos: 688-90-09 688-91-68 688-92-16 Con gusto lo atenderemos



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

INICIE CON



FLOXAPEN[®]

Flucloxacilina

Y CONCLUYA CON EXITO

El espectro preciso
en amigdalitis y faringitis
agudas

INDICACIONES:
Amigdalitis, Faringitis,
Difteria, Pertusis y en
infecciones de la piel y
tejidos blandos.

DOSES:
Adultos: Una cápsula cada 8
horas.
Niños: Una cucharadita (5
ml) cada 8 horas.
Precozales: 50 a 100
mg/kg, día repartidos en tres
tomas (cada 8 horas).
Los días deben
administrarse refriados de los
alimentos.
No se sugiere la ingestión de
bebidas alcohólicas durante
el tratamiento.

PRECAUCIONES:
1. No existe en el mercado
penicilina que no ofrezca
peligros.
2. La sensibilidad de cada
persona al medicamento es
el factor desencadenante de
reacciones alérgicas leves o
graves.
3. La penicilina, siendo
indolora para la mayoría
de los pacientes, en otros
resulta altamente perjudicial,
por lo que, estrictamente, el
médico, basándose en su
experiencia y en las
reacciones anteriores de los
pacientes por el uso del
medicamento, determinará si
debe o no ser usado.
4. La penicilina es un
medicamento, un tanto 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
interior por vía
intramuscular. Podrán
utilizarse asimismo otros
recursos cuando el médico
sea la fuente pertinente, tales
como: antihistamínicos,
relajantes y otros.

REACCIONES SECUNDARIAS:
Eosinofilia, fiebre, choque
anafiláctico, náusea, vómito
y diarrea. Al igual que con
todos los antibióticos,
pueden presentarse
reacciones alérgicas y
aparición de cepas
resistentes.

CONTRINDICACIONES:
Sensibilidad a la penicilina y
cefalosporinas.

**INTERACCIONES
MEDICAMENTOSAS:**
Las penicilinas pueden
interferir con los
anticongulantes en la
circulación entera y en la
de los estrogénicos.
Literatura exclusiva para
médicos.
Su venta requiere receta
médica.
*Marca Registrada.
Reg. Nos. 11601 y 11599 S.S.A.
(Méd. No. 1-3521)
Hecho en México por
Beecham Farmacéutica, S.A.
de C.V.
Miguel Ángel de Guzmán,
No. 307,
Coyoacán, C.P. 04310,
México, D.F.



Por eso es tan eficaz

ALTERNATIVAS

HAY MUCHAS...



... PERO SOLO UNA ES EXCLUSIVA PARA USTED

ORLACEF

Cefradina Orla

• SINUSITIS • OTITIS • AMIGDALITIS • FARINGITIS • BRONQUITIS • NEUMONIA

■ **AMPLIO ESPECTRO DE ACCION**

Particularmente en infecciones otorrinolaringológicas.

■ **BACTERICIDA POTENTE**

Incluso contra gérmenes productores de B-Lactamasa.

■ **RAPIDA ABSORCION**

Absorbe y alcanza niveles séricos máximos en menos de una hora.

■ **PENETRACION TISULAR**

La mayor parte del antibiótico se mantiene en forma activa.

■ **AMPLIO CAMPO DE ACTIVIDAD**

Como primer recurso en cualquier tipo de infección de vías respiratorias superiores y auditivas.

■ **CON UNA ALTA TOLERANCIA**

Libre de toxicidad, útil en el tratamiento de procesos infecciosos en niños.

■ **SOLO PRESENTACIONES ORALES**

Potencia específica que elimina la necesidad de usar la vía inyectable. Fácil y cómoda administración.

Alcon

Miembro de
amif

Hecho en México por:

ALCON LABORATORIOS, S.A. DE C.V.

Cerrada de Popocatepetl No. 46

México, D.F. 03340

TEL. 396-92-55

Literatura exclusiva para médicos.

I.MED. NEE-867/J

PROMOCIONADO
SOLO PARA OTORRINO

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

Laringología

Microscopia y Microcirugía endolaríngea
Microcirugía del cavum

Material diverso

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

Mod. Dr. J. Prades

REPRESENTANTE EXCLUSIVO PARA AMERICA LATINA:
MANUFACTURAS DOMINGO DE MEXICO, S.A. DE C.V.
YUCATAN No. 20-403 COL. ROMA DELEGACION
CUAUHTEMOC C.P. 06700 MEXICO, D.F.
TELEFONO 574-44-05



MANUFACTURAS DOMINGO

MATERIAL QUIRURGICO INSTRUMENTAL PARA MICROCIURUGIA

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

Rapidez... Potencia... Impacto...!



Fotografía tomada con un microflash a una exposición de 1/3 de microsegundo, usando un film Ektachrome 200, con una cámara Hasselblad. El flash fue activado mediante las ondas producidas por la velocidad de la bala Foto de William Hyzer y James Hyzer

En Amigdalitis, Faringitis y Bronquitis

Penamox* produce un impacto clínico al doble de la ampicilina, debido a su...

Rápida absorción
Mayor penetración tisular
Niveles hemáticos por 8 horas
Amplio margen de seguridad

Rapidez de acción
Potencia bactericida e
Impacto Clínico

Cambie a

PENAMOX*

cada 8 horas

La rapidez, potencia e impacto clínico de su confianza

Fórmulas: 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: amoxicilina trihidratada equivalente a 500 mg de amoxicilina; Frasco ampola conteniendo: amoxicilina sódica equivalente a 250 mg de amoxicilina; Frasco ampola 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 un 1 g, caja con 6; Suspensión de 500 mg, frasco para 45 ml; Inyectable de 250 mg, 1 frasco ampola, ampollita con solvente (agua inyectable) 2 ml; Inyectable de 500 mg, 1 frasco ampola, ampollita con solvente (agua inyectable) 2 ml

Indicaciones: Amigdalitis, Faringitis, Bronquitis, Neumonía, Otitis, Diarrea Infecciosa, Salmonelosis, Gastroenteritis/Colitis, Tifoidea, Cistitis, Uretritis, Infecciones de la piel y tejidos blandos

Dosis: Niños: Una cucharadita de 5 ml de suspensión de 250 ó 500 mg cada 8 horas, dependiendo de la gravedad de la infección. Si se prefiere la vía inyectable, una ampollita de 250 mg cada 8 horas por vía intramuscular

Adultos: Una cápsula de 500 mg o una tableta de 1 g cada 8 horas, dependiendo de la gravedad de la infección. Si se prefiere la vía inyectable, una ampollita de 500 mg cada 8 horas por vía intramuscular

Ponderal: 50 a 100 mg/Kg/día repartidos en tres tomas iguales, cada 8 horas

Precauciones: 1- No existe en el mercado penicilina que no ofrezca peligros
2- La sensibilidad de cada persona al medicamento es el factor desencadenante de reacciones alérgicas leves o graves

3- La penicilina, siendo inofensiva para la mayoría de los pacientes, en otros resulta perjudicial, por lo que solamente el médico, basándose en su experiencia y en las reacciones anteriores de las personas por el uso del medicamento, determinará si debe o no ser usado

4- La penicilina es un medicamento útil dentro de la terapéutica actual y su prescripción y uso quedarán bajo la estricta responsabilidad del médico.

5- En el caso de que se presenten accidentes por penicilina, se recomienda la aplicación inmediata de adrenalina al milésimo por vía intramuscular. Podrán utilizarse asimismo, otros recursos cuando el médico así lo estime pertinente, tales como: antihistamínicos, esteroides y otros

Reacciones secundarias: Como con todas las penicilinas, pueden presentarse reacciones alérgicas: urticaria, prurito, eosinofilia, fiebre, angioedema, choque anafiláctico, elevación de TGO y TGP, náusea, vómito, diarrea y colitis pseudomembranosa

Contraindicaciones: Sensibilidad a la penicilina

Interacciones medicamentosas: Interfiere con los anticonceptivos en la circulación enterohepática de los estrógenos

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

*Marca Registrada I. Méd. NBE-352/J

Literatura exclusiva para médicos

Su venta requiere receta médica

Beecham

Hecho en México por:

Beecham Farmacéutica, S.A. de C.V.

Miguel Ángel de Quevedo N° 307

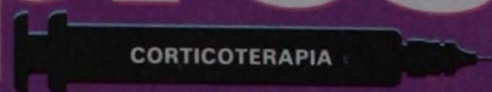
Coyoacán, 04310, México, D.F.



Beecham
La Autoridad en Penicilinas



diprosopan



con una sola inyección

EXPANDE EL POTENCIAL DE LA CORTICOTERAPIA INYECTABLE



ALIVIO INMEDIATO
EN **30** MINUTOS
Y EFECTO
PROLONGADO

Lunes	1	8	15	22	29
Martes	2	9	16	23	30
Miércoles	3	10	17	24	
Jueves	4	11	18	25	
Viernes	5	12	19	26	
Sábado	6	13	20	27	
Domingo	7	14	21	28	

BENEFICIA AL PACIENTE CON PROCESOS AGUDOS

- artritis reumatoide agudizada
- fiebre del heno
- dermatitis por contacto
- bursitis
- rinitis alérgica
- urticaria

fosfato de betametasona
2 mg

Prescriba

diprosopan

BENEFICIA AL PACIENTE EN LA FASE CRÓNICA

- osteoartritis
- rinitis perenne
- dermatitis eccematosa
- espondilitis anquilosante
- laringitis
- dermatitis atópica

dipropionato de betametasona
5 mg

diprosopan

ALIVIA RAPIDAMENTE LA MOLESTIA SINTOMATOLÓGICA

MANTIENE SU EFECTO TERAPÉUTICO POR PERIODOS PROLONGADOS

EN REUMATOLOGÍA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA EN DERMATOLOGÍA

DIPROSPAN (suspensión)

Para inyección intramuscular, intrarticular, intrabursal, intradérmica, intrasubcutánea y en tejidos blandos.

FORMULA: Cada ml de la suspensión Diprosopan contiene: 5 mg de betametasona como dipropionato y 2 mg de betametasona como fosfato sódico en un vehículo acuoso estéril.

INDICACIONES: La suspensión Diprosopan está indicada en el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas que respondan a corticosteroides y se indica en los siguientes padecimientos: Enfermedades osteoarticulares y de los tejidos blandos, padecimientos alérgicos, enfermedades del colágeno, eczema, ulceración, leste regional, manejo relativo de enfermedades neoplásicas, síndrome adrenogénital, epirus, alcerconia que requiera inyección por vía subconjuntival, disritmia serotoninérgica que responda a corticosteroides, nefrosis y síndrome nefrótico. La insuficiencia corticoadrenal primaria o secundaria puede tratarse con Diprosopan, pero debe suplementarse con mineralocorticoides.

FISIOLÓGICA Y ADMINISTRACIÓN: La dosis requiere es variable y debe ajustarse a las necesidades específicas de cada paciente, de acuerdo con la enfermedad específica, la gravedad de su estado y la respuesta obtenida.

ADMINISTRACIÓN SISTEMICA: En la mayoría de los casos el tratamiento sistémico se inicia con dosis de 1 a 2 mg que se repite según sea necesario. La administración se realiza mediante inyección por vía intramuscular profunda de la región glútea.

REACCIONES ADVERSAS: Las reacciones adversas de Diprosopan suspensión generalmente ceden al suspenderse o reducirse al mínimo mediante la disminución de la dosis, en general esto no ocurre con la suspensión del tratamiento. Aunque la incidencia de reacciones adversas a Diprosopan suspensión no es muy baja, se debe considerar la posibilidad de que ocurran efectos secundarios característicos de los corticosteroides tales como cara de luna, aumento de peso y acné, hipertensión, trastornos del metabolismo, diabetes, hirsutismo o irritación gástrica.

CONTRAINDICACIONES: Igual que los demás corticosteroides, Diprosopan suspensión está contraindicada

en las infecciones micóticas sistémicas, en infecciones hipersensibles a la betametasona, otros corticosteroides, o a cualquiera de los componentes de esta fórmula. Diprosopan suspensión no deberá inyectarse por la vía intravascular, ni a enfermos con trombofilia o purpura trombocitopénica.

PRECAUCIONES: Diprosopan no debe administrarse por vía intravenosa o subcutánea. Se requiere que se empleen técnicas técnicas especiales, por su aplicación local. Durante la corticoterapia los pacientes no se deben vacunar contra la viruela. No se deben realizar otros procedimientos de inmunización en pacientes que estén recibiendo corticosteroides, especialmente en dosis elevadas.

Después de corticoterapia por vía intrarticular, el paciente deberá cuidarse de no ejercer un exceso de actividades en las cuales se han obtenido beneficios sintomáticos.

USO DURANTE EL EMBARAZO: Es necesario evaluar los riesgos frente a los beneficios del medicamento cuando se emplean corticosteroides en el embarazo, en mujeres lactando o en aquellas en edad de procrear.

PRESENTACIÓN: Diprosopan (suspensión inyectable) enje con una ampolla de 1 ml.

Agítela bien antes de usarla. Manténgala entre 2° y 30°C, evite que se congele. Para más información básica para recetares, para informaciones más completas del producto, existe un folleto profesional a disposición del médico que lo solicita.



Miembro de

Scheramex
S.A. DE C.V.

Av. 16 de Septiembre No. 301, Col. Nápoles, México 06000, D.F.

ciertas cosas
permanecen insuperables...



su buena difusión en los tejidos
explica los buenos resultados clínicos

Bactrim[®]

eficacia bactericida
inalterada

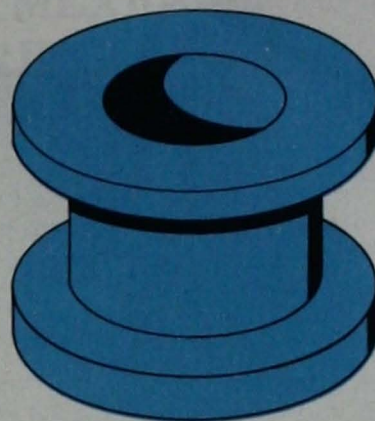


ciencia y
conciencia de
investigación

Tubos de ventilación

Fundas, campos e
instrumentos quirúrgicos
para Otorrinolaringología

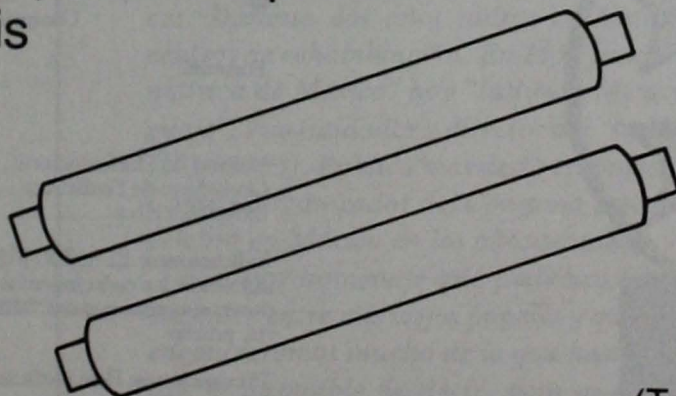
Fresa de nitrógeno



Fabricados por:

MICROTEK MEDICAL INC.

Tapones nasales canulados
de **Merocel**® especialmente
diseñados para Rinoplastia
y Epistaxis



Modelo
M400410
(Tamaño actual)

Proximamente **Aquaplast...**

Pida informes a:

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

Paseo de la Reforma 234-602

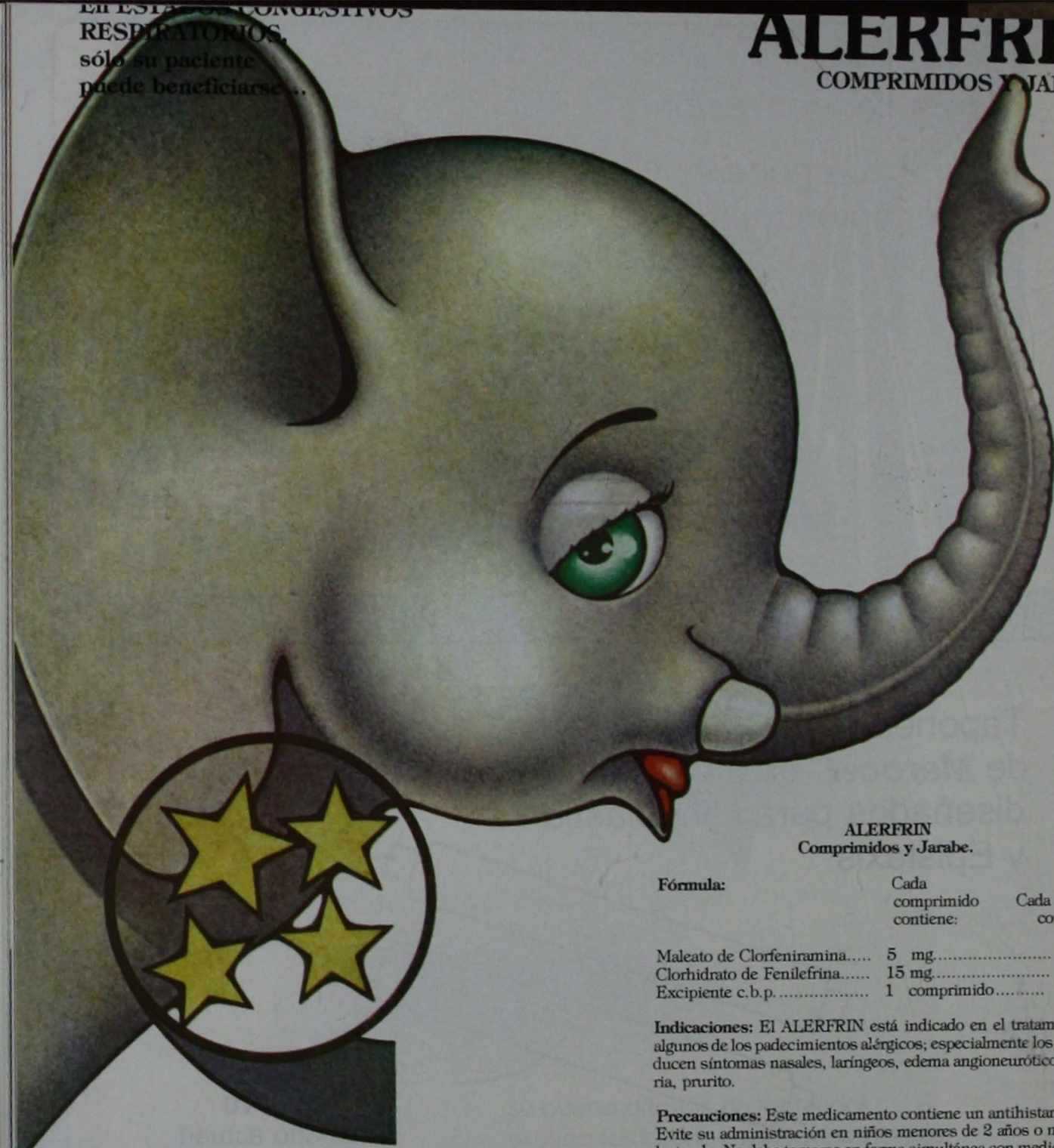
06600, México D.F.

Tel. 207-00-72

En estas congestivos
RESPIRATORIOS,
sólo su paciente
puede beneficiarse...

ALERFRIN

COMPRIMIDOS Y JARABE



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

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

ALERFRIN Comprimidos y Jarabe.

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

Indicaciones: El ALERFRIN está indicado en el tratamiento de algunos de los padecimientos alérgicos; especialmente los que producen síntomas nasales, 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 120 ml.
Reg. No. 55750 S.S.A.

FUNDADA EN 1949

PAGINA DEL DIRECTOR

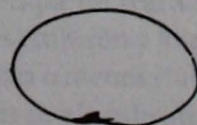
Hace unos meses dejó de existir el Dr. Pedro Berruecos Téllez con él la Sociedad perdió a uno de sus Socios Fundadores y a un maestro de generaciones. Fue el pionero de la audiolología en nuestro país y creador de los principales centros de rehabilitación del niño sordo en nuestro medio y en un buen número de países de América Latina.

Hablar de Don Pedro sería una labor grata pero seguramente injusta, pues su labor y su alcance supera los límites del texto y de quién lo escribe, sólo quiero decir que fue un hombre tocado con el don de la palabra e iluminado por una inteligencia preclara, lo conocí como su alumno, su amigo y también colaboré con él en algunos programas de docencia y siempre lo vi laborioso, cordial, trabajador, y estudioso, su talento lo hacía magnífico charlista, buen maestro, dedicado investigador y motor infatigable de las labores administrativas que desempeñó.

Nació el 17 de febrero de 1907 y se gradúa en diciembre de 1934 en la Escuela Nacional de Medicina. Ejerce como otorrinolaringólogo hasta los años 50, a principio de los cuales encuentra su vocación y el resto de su vida lo dedica al sordo, al ensordecido, y a los problemas foniatrícos. Durante dos años radica en Caracas, Venezuela donde funda centros de rehabilitación. En 1951 fundó el "Centro Audiológico y Foniátrico de México" hoy "Instituto Mexicano de la Audición y el Lenguaje". Fue fundador y director del "Instituto Nacional de Audiología" (1954-1955). Publicó más de 25 trabajos científicos. Fue presidente del Comité Organizador del Congreso Internacional de Audiología que se celebró en México en los años sesentas.

El mejor homenaje que podemos rendirle, es leer una crónica que encontré entre mis viejos papeles y que no está publicada, en este texto encontraremos mucho de lo que hasta ahora he expresado y más de lo que es imposible de decir, pero que seguramente hemos de agradecerle. Además el valor histórico de esas notas bien valen su publicación.

Dr. Rafael García Palmer.



Director-Editor
Dr. Rafael García Palmer.

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

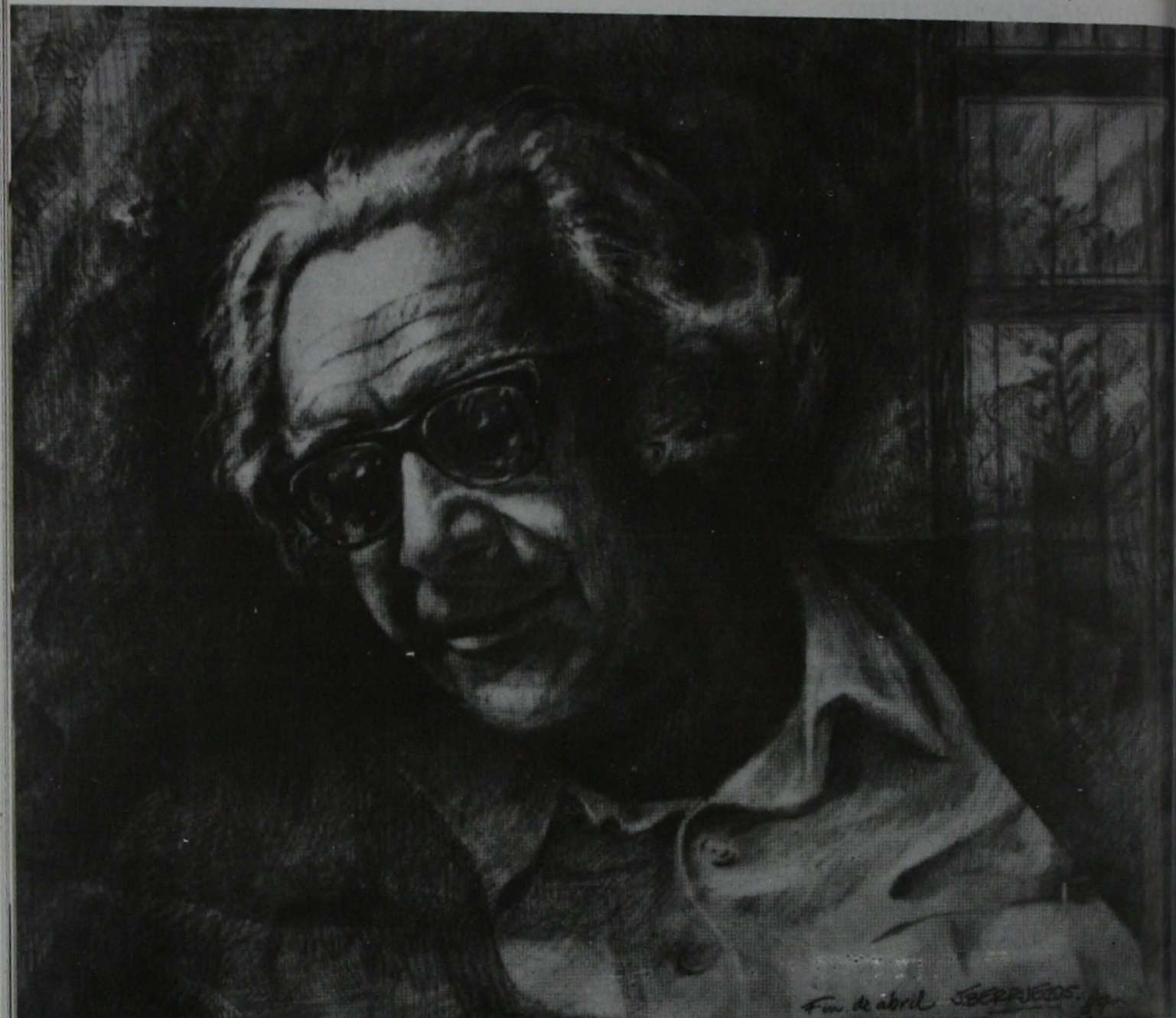
Gerente General

Lic. Joaquín Bohigás

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
1987-1988
Dr. Francisco Martínez Gallardo
PresidenteDr. José Antonio Arroyo Castelazo
Vice-presidenteDr. Bernardo Grobeisen Roudy
SecretarioDr. Adolfo J. Zapata Zamora
Tesorero

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



IN MEMORIAN

DR. PEDRO BERRUECOS TELLEZ

Autor: Juan Berruecos
Título: Fin de Abril

Bosquejo Histórico de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología.*

Dr. Pedro BERRUECOS TELLEZ

Glosar lo ocurrido en tantos años, no sería tarea fácil y más bien se antoja imposible, ante los archivos dispersos y las publicaciones incompletas.

Intentar hacerlo, así sea someramente, marcando las etapas de la Sociedad y destacando los hechos culminantes de su historia; bosquejar ésta, en una palabra, es la tarea que se nos ha impuesto y que nosotros hemos aceptado, muy honrados y con la mejor intención de cumplirla.

No dejo de pensar en el sello que imprime a los acontecimientos históricos, el sentir personal del que escribe, deja marcado su propio criterio.

La consulta de documentos que durante muchos años guardé y que ahora entrego al Sr. Dr. Mariano Hernández, Secretario de la Sociedad, fueron la clave para pergeñar estas notas, así como los recuerdos de mi participación personal, a la que necesariamente apuntaré, por las razones que señalo, en los momentos oportunos. Unos y otra, habrán de poner sin duda el sello al que aludo; pero claro que no sería justo el no afirmar que he querido dejar constancia de imparcialidad en cuanto ahora entregue ante ustedes.

Como institución viva que es, la Sociedad Mexicana de ORL tiene antecedentes heredo-familiares; tuvo una concepción, de la cual, como es frecuente, se ignora exactamente la fecha en

que ocurrió. Su gestación fue prolongada y difícil y en ella consideramos dos periodos: el embrionario y el fetal; asistimos a su nacimiento, ocurrido en forma eutócica; y por último, lo que tuvo lugar a partir de entonces y hasta ahora, en que celebramos su XVº. Aniversario, prácticamente está a la vista de todos ustedes y como ya hemos dicho, hoy se nos presenta, como toda quinceañera, bella y más que como una promesa futura, como una realidad tangible.

La conozco de oídas desde sus antepasados; bien de cerca, desde esa etapa de transición entre lo que es embrión y lo que es producto más o menos viable; la asistimos en su alumbramiento y la amamos como quien se ha deleitado desde muy antes de ver-

* (Trabajo presentado en la sesión mensual de la Sociedad Mexicana de O.R.L. el día 7 de marzo de 1961).

le formas al ser querido; como quien algo ha puesto en su origen, en su vida misma y en su transformación; como quien contempla, largamente, pasado el tiempo y hecho realidad, lo que soñó y fue; aquello por lo que se luchó y ahora es y, es sin espejismos, brillo, porque es luz y sazón, porque es madurez.

En estos momentos creo hacerme intérprete de todos aquellos con quienes coincidí en la vida: los Andrade, los López y López, los Meléndez, los Vaquero y los Tapia Acuña; ellos fueron con quienes, a pesar de las encrucijadas y tal vez por ellas, hallamos juntos el camino; con quienes, en la lucha y con alegría, en el trabajo con juventud, en el ideal y con unión, conjugamos esfuerzos y vivimos el amanecer de un día, que parece ser y será eterno.

Unas líneas para dejar asentado que amén de mis archivos y de mis recuerdos, ya mencionados, van aquí mezclados los del maestro, más brillante, de los que antecedieron a esta Sociedad; los de aquél a quien quiero rendir afecto y pleitesía, respeto y honor, simplemente y nada más, porque en el seno de esta Agrupación, nadie, con más categoría que él, los merece, pidiéndole perdón anticipado si no he sabido reproducir cuanto me ha comunicado en esas charlas inolvidables, llenas de emoción y de profundidad, de sinceridad y valentía, de valor y de belleza, porque todo eso hay en el verbo magnífico y único del maestro don Daniel Gurría Urgell.

No pretendo hacer historia, sino tan solo un bosquejo histórico de la Sociedad Mexicana de ORL; menos aún pretendería lanzarme a hacer historia de la Otorrinolaringología misma, ni siquiera la de nuestra Sociedad se liga íntima y necesariamente, al desarrollo de la especialidad. Así pues, algo tendremos que decir de esta última.

Antecedentes Heredo-familiares.- Ya al final del siglo pasado había intentos aislados, particularmente en lo quirúrgico, de abordar aspectos que habrían de caer más tarde en el campo otorrinolaringológico; pero éste no existía aún, ni siquiera en nebulosa, ni en los países más adelantados del mundo.

Es mérito indudable del Dr. Francisco Vázquez Gómez el de haber sido el primer médico que ejerció en México en el campo nuestro. Esto ocurrió aproximadamente y de manera inicial, por los años 6 o 7 de este siglo. Dice el maestro Gurría, que aún entre la clase médica, se hacían comentarios graciosos y curiosos respecto de la existencia de esta especialidad. No era posible aún que ella se hubiese consolidado tres o cuatro años más tarde, cuando la vorágine de la política se llevó definitivamente en sus redes y con el título de Vicepresidente de la República, al primer otorrinolaringólogo mexicano. Primero, por la especialidad y último, porque nunca más ninguno de los que lo sucedimos en la diaria tarea cuando menos hasta este momento, volvió a

ocupar un cargo de tan primerísima línea. Todo lo cual demuestra, tal vez, una retrogradación en nuestras actitudes y aptitudes políticas y tal vez también demuestre y explique el progreso de la ORL mexicana.

Para el año de 1913, ya habían aparecido dos figuras que habrían de trascender en el futuro nuestro en su orden, Ricardo Tapia y Fernández y Daniel Gurría Urgell.

Hacen acto de presencia, cuando muy poco después aparecen también en una mezcla de trabajos, que resulta increíble que aún tengan crédito y que se practiquen en lo más recóndito de las más modestas provincias mexicanas y, paradójicamente, en las Academias americanas más connotadas y distinguidas; aparecen también, decía, en una confusión de actividades, unidas porque sí, y tal vez en ese "sí", flotando un cúmulo de ignorancia y de ambiciones, que mucho retrasaron el avance de la Otorrinolaringología, que no es de la Oftalmología, bien consolidada y prestigiada desde muy antes; aparece esa mezcla nefanda de "ojos, oídos, nariz y garganta" y algunas veces, con su apéndice de "venéreas, niños y señoras", que aseguraba la clientela; en esa mezcla, decía, surgieron algunos nombres más que se incorporaron — mal comienzo — a la cruzada inicial; pero muy pocos llevaron el lábaro limpio y enhiesto de Vázquez Gómez, Tapia y Fernández y Gurría Urgell.

Concepción.- Los dos últimos,

con algunos otros que escapan a nuestros conocimientos, *aproximadamente* por el año de 1917, pidieron y lograron incorporación a la Sociedad de Oftalmología, la que por aquel entonces ya tenía 24 años de fundada, lo que había ocurrido en los Liceaga y los Vértiz en 1893.

Gestación.- Lo que sucede a partir de entonces y casi durante 30 años, podemos dividirlo en dos etapas: la embrionaria —1917-1937— y la de término —1937-1946—.

A. Primera etapa.

La primera transcurre lenta, difícil, pesadamente: trabajos aislados, particularmente de Tapia y Fernández y de Gurría Urgell, publicados en ocasiones en los Anales de la Sociedad y otros, en revistas de importancia, como la Gaceta de la Academia de Medicina. Destacan, por ejemplo, "Los flemones látero-faríngeos" y "Los fibromas nasofaríngeos" del primero y "En defensa del cornete inferior" del segundo; este último, anticipándose en su tiempo a los conceptos modernos sobre fisiología nasal y marcando un "alto" valiente y severo a las operaciones mutilantes de la nariz. No podemos dejar de mencionar "Los aforismos laringológicos", del segundo, que aún en estos tiempos presentan actualidad en el contenido y ahora y siempre, una belleza exquisita y recia en la forma.

¡Qué méritos y qué verdad en la trayectoria de ambos médicos, para haber podido hacer brillar su luz en medio de un brillo tan

esplendoroso como lo era ya el de la oftalmología mexicana!

¡Qué reciedumbre para hacer destacar una disciplina tan menospreciada por culpa de los que todo lo saben; de los que abarcan esa y muchas otras actividades; de los que labraban, a toda costa, su desprestigio!

¡No queremos imaginarnos cómo pudieron transcurrir 20 años así, no solamente sin dejar aplastarse por el número grande y la calidad internacional de los oftalmólogos, sino al contrario, haciéndose oír, estructurando ideas, limitando campos, sembrando conceptos, formando discípulos!

Son las épocas en que comienzan a figurar Inclán y Meléndez, Irueste y Reinking, Manero y Andrade Pradillo. Son las épocas en que empiezan a enriquecerse, con su presencia, las filas exigüas de los otorrinolaringólogos.

Por los finales de esta etapa: —año de 1936— ingreso a la Sociedad y me toca contemplar las escenas en las que el grupo otorrinolaringológico —puro en parte y contaminado aún de "secretas y piel", y como en los discursos domingüeros, de "señoras y niños"— logra su primer triunfo, al cual uní mi tímido voto: tener una representación permanente en los puestos de Presidente y Vicepresidente, que habían de ser alternativos entre oftalmólogos y otorrinolaringólogos.

B. Segunda etapa.

No sé si anteriormente existió el precedente de un otorrinola-

ringólogo en puesto semejante lo que sí puedo afirmar es que poco después de la fecha de mi ingreso desfilamos, alternando con oftalmólogos distinguidos, en la Presidencia de la Sociedad de Oftalmología y Otorrinolaringología, las siguientes personas Federico Reinking, Sr. (1937), Juan Andrade Pradillo (1939), Mariano S. Oliveros (1941), Luis Vaquero Sánchez (1943) y el que esto escribe (1945).

El hecho de compartir los puestos directivos —que no solamente la Presidencia— vino a ser el primer esbozo firme del organismo futuro.

En la Sesión del día 8 de febrero de 1944, bajo la Presidencia de Heriberto Fernández Isassi y a moción de Manuel López y López y mía, obtuvimos tres triunfos claves para la estructuración de lo que sería después nuestra Sociedad: 1o.: creación del puesto y nombramiento del Presidente Honorario. 2o.: división de la Sociedad en su funcionamiento interno, en dos secciones: Sección de Oftalmología, que sesionaría los primeros martes de cada mes y Sección de ORL, con sesiones propias los terceros martes. Para lograr la aprobación de la creación del puesto de Presidente Honorario, hubo de lucharse duramente: 18 socios formaban la Asamblea; de ellos once; eran oftalmólogos cinco eran otorrinolaringólogos y dos practicaban ambas especialidades. Se llegó a una solución afirmativa por catorce votos contra cuatro.

En primer término surge la

candidatura del Dr. Ricardo Tapia y Fernández. Uno de los socios con ambas especialidades, pide se considere al Dr. Rafael Silva. Otros proponen a los Dres. Antonio Alonso y Manuel Uribe y Troncoso. Y ante las tres últimas personalidades citadas, tan conocidas internacionalmente, triunfan por mayoría, más que nuestras palabras de apoyo, los méritos indiscutibles del Dr. Ricardo Tapia y Fernández, quien se convirtió en el primer Presidente Honorario de la Sociedad Mexicana de Oftalmología y Otorrinolaringología.

Poco tiempo después el sector oftalmológico, nombró Presidente Honorario también, al notable especialista, D. Manuel Uribe y Troncoso, a la sazón ya radicado en Norteamérica.

Y algunos años después, constituida la Sociedad Mexicana de ORL y ocurrida la muerte de D. Ricardo Tapia y Fernández, le sucedió en el sitio de Presidente Honorario, en la forma más lógica y más natural y con el aplauso de todos sus Miembros, el maestro Daniel Gurría Urgell. No podía haber sido diferente. Que Dios lo guarde en ese lugar por muchos años.

Volviendo a la Sesión memorable del 8 de febrero de 1944, diremos que la división de la Sociedad, con sesiones aisladas, fue aprobada, y el día 15 de febrero de 1944, tuvo lugar la primera sesión de la "Sección de Otorrinolaringología". Durante el año del 44 y en mi gestión como Presidente, sucediendo a Heriberto Fernández

Isassi, gestión iniciada el 6 de febrero de 1945 y terminada el 12 de marzo de 1946, esas sesiones se llevaron a cabo de una manera regular e ininterrumpida. Cinco citatorios ilustran este punto.

El trabajo de parto.- En febrero de 1946, durante la celebración de la III Semana Médica de Occidente, en la Ciudad de Guadalajara y bajo nuestra Presidencia en la Sección de Otorrinolaringología, tuve oportunidad de explorar la opinión de los médicos asistentes a nuestros trabajos y, fuera de las actividades científicas, celebramos una reunión en la que estuvo presente, alentándonos con su opinión y dándonos su consejo, el maestro Gurría Urgell. Ahí, en Guadalajara, se puso de manifiesto el deseo unánime de constituirnos en sociedad independiente y de ahí se derivaron los pasos siguientes, cuyo desarrollo tuvo lugar en esta forma:

Leamos un escrito, cuyo original entrego y que a la letra dice:

(Documento No. 1)

México, D.F. febrero 21 de 1946.

Sr. Dr. Dn. Pedro Berruecos Téllez.

Presidente de la Sociedad Mexicana de Oftalmología y Otorrinolaringología.

Presente.

Los suscritos, miembros de la Sociedad que usted dirige y en uso de todos sus derechos como socios, se permiten hacerle las siguientes consideraciones:

Comprenden que desde años atrás nuestra Sociedad haya estado integrada por dos ramas de la Medicina, por razones obvias, de las cuales bastaría citar: primero, el que se encontraba, particularmente la Otorrinolaringología, en pleno desenvolvimiento, al menos en nuestro medio, y después por el muy escaso número de elementos que entonces la cultivaban.

Que en razón del desarrollo que ambas disciplinas han adquirido en nuestros días, además de que el número de elementos que la practican, ha aumentado considerablemente y a mayor abundamiento, no encontrando ninguna razón que las mantenga unidas en la sociedad que hoy forman, venimos a pedir a usted: primero, sea servido de citar a sesión al grupo de otorrinolaringólogos, con el objeto de cambiar impresiones respecto a este punto y segundo, en caso de aceptarse, que se proceda desde luego a la separación de lo que hasta ahora tan solo ha constituido la Sección de Otorrinolaringología.

Estamos seguros que esto redundará en nuestro beneficio y mejoramiento, ya que como es bien sabido, muchos buenos elementos que hasta ahora han estado fuera de nuestra agrupación, verán con simpatía este movimiento y engrosarán nuestras filas.

Por último, queremos rogar a usted, que en caso de que por cualquier circunstancia, alguno o algunos de los suscritos no asistan a la sesión a que us-

ted convoque, se les tome por presentes, votando en el sentido que hemos propuesto en líneas anteriores.

Somos de usted, atentos y seguros servidores. (Firman). Dr. Ramón del Villar, Dr. Andrés Bustamante Gurría, Dr. Leo Deutsch, Dr. Ricardo Tapia Acuña, Dr. Angel Pérez Aragón, Dr. Fernando Meléndez, Dr. Efrén Marín, Dr. Benito Madariaga y Dr. Carlos Tapia Acuña.

En la Ciudad de México, D.F., a los 26 días del mes de febrero de 1946, reunidos en el aula del cuarto piso del Hospital Infantil, tuvo lugar la Sesión Extraordinaria de la Sección de Otorrinolaringología de la Sociedad Mexicana de Oftalmología y Otorrinolaringología, conforme a la siguiente orden del día:

Punto único.

"Lectura y discusión de ocursus elevado por algunos señores socios, en relación con un plan de reorganización de la Sociedad, y toma de determinaciones conforme haya lugar".

Con asistencia de 12 socios, dio principio la sesión a las 21:30 horas.

Una vez leído el ocursus a que se hace mención en el citatorio, tomaron la palabra en contra de las proposiciones en él contenidas, los señores doctores Manuel López y López y Plutarco Torres Luquín, entre otras razones, impugnaron la legitimidad de uno de los firmantes, legitimidad que apoyó el suscrito, así como el doctor B. Madariaga,

quien hizo una exposición completa de la forma en que cree haber ingresado a la Sociedad.

La presidencia tomó la palabra para rogar al doctor Madariaga que se diera su firma por omitida mientras se hacen las averiguaciones necesarias en el archivo de la secretaría, con objeto de dejar plenamente aceptada la legitimidad de los actos de esta sesión y al mismo tiempo, satisfacer la demanda de los Dres. López y López y Torres Luquín.

Se inscribieron para hablar en pro de los puntos contenidos en el memorandum, los señores doctores Ricardo Tapia Acuña, Gustavo Jeréz Tablada, Andrés Bustamante Gurría, Angel Pérez Aragón y Carlos Tapia Acuña. Todos ellos adujeron razones, que consideran de peso, para lograr en definitiva, la separación de la sección de ORL de nuestra Sociedad.

La pregunta de la Presidencia de si estaba suficientemente discutido este punto, nuevamente tomó la palabra el doctor López y López, declarando que las razones emitidas en pro de la separación, le parecían contener suficiente fuerza, retirando sus ideas primitivas.

Se pasó a votación, obteniéndose una mayoría absoluta en pro de la separación de la Sociedad, por un voto en contra.

Preguntó la Presidencia, cuáles deberían ser los pasos que recomendará la Asamblea para dar por terminado este asunto y después de pequeños debates en

los que intervinieron casi todos los presentes, se acordó:

1o. Declarar constituida la Sociedad Mexicana de O.R.L.

2o. Nombrar una comisión integrada por los Sres. Dres. Ricardo Tapia y Fernández, Manuel López y López y Ricardo Tapia Acuña, para participar a los señores oftalmólogos de la mesa directiva, la determinación tomada.

3o. La Presidencia nombró una segunda comisión, formada por los Sres. Dres. Andrés Bustamante Gurría, Gustavo Jeréz Tablada, Manuel López y López, Ricardo Tapia Acuña y Plutarco Torres Luquín, para estructurar la reglamentación de la Sociedad.

4o. Se acordó llevar a cabo en fecha próxima, una segunda reunión, con el objeto de hacer elección de Mesa Directiva.

5o. A petición de la Presidencia, o de acuerdo con su indicación, de no dejar un punto básico omitido y en el que no se había pensado, frente a nuestras buenas relaciones con los señores oftalmólogos, que durante 31 años nos hicieron participar de sus actividades científicas, se votó unánimemente por la necesidad de llevar a cabo una Sesión Plenaria en la que una vez comunicadas las determinaciones tomadas en esta sesión, el Sr. Presidente hará entrega de su cargo a la persona previamente designada en la antigua Sociedad Mexicana de Oftalmología y Otorrinolaringología.

Se dio por terminada la sesión, a las 10:55 horas.

El Secretario

Dr. Carlos Tapia Acuña. (Firmado)

El día 8 de marzo de 1946 se llevó a cabo otra Sesión Extraordinaria, cuya acta de transcribe:

(Documento No. 3)

En la Ciudad de México, a los 8 días del mes de marzo de 1946, tuvo lugar en el aula del cuarto piso del Hospital Infantil, la sesión extraordinaria de la Sección de Otorrinolaringología convocada bajo la siguiente orden del día:

1o. Informe de la Comisión de Estatutos.

2o. Discusión de las proposiciones contenidas en este informe y toma de acuerdos conforme haya lugar.

Con asistencia de catorce socios, se desarrolló la sesión conforme a ese programa, exponiendo el Comité de Estatutos, integrado por los señores doctores don Andrés Bustamante Gurría, don Gustavo Jeréz Tablada, don Manuel López, don Ricardo Tapia Acuña y don Plutarco Torres Luquín, la necesidad de integrar un Consejo Directivo, encabezado por el Presidente Honorario, señor doctor don Ricardo Tapia y Fernández y proponiendo la designación de tres personas más. Este Comité, habrá de tener plenas facultades con objeto; primero, de recibir la Presidencia de la Sociedad de manos del actual Presidente, doctor Pedro Berruecos; y, segundo, citar y dirigir las se-

siones próximas con el fin de realizar los trabajos preliminares de organización de nuestra Sociedad. Aceptando por unanimidad este punto, se pasó a la discusión del siguiente, conforme a la orden del día, proponiéndose candidatos y votándose por unanimidad por los señores doctores don Daniel Gurría Urgell, don Luis Vaquero y don Ricardo Tapia Acuña.

Se propuso, además, a petición de la Presidencia, que llevase a cabo una sesión extraordinaria de la Sociedad Mexicana de Oftalmología y Otorrinolaringología, en la cual, el propio doctor Berruecos, haría entrega de su cargo, por una parte, al Consejo acabado de designar y por otra, al señor doctor don Luis Sánchez Bulnes, en su calidad de Vicepresidente actual de dicha Sociedad. Se aprobó también por unanimidad esta proposición y se acordó fijar la fecha del próximo 12 de marzo, para llevar a cabo esa sesión en la que habrá de liquidarse la antigua Sociedad Mexicana de Oftalmología y Otorrinolaringología. Se aclara que son socios fundadores, las 17 personas que asistieron a esta sesión, a la pasada, o ambas, así como el Dr. Sánchez Cortés, quien mandó su adhesión. (Lista anexa).

Por ausencia del señor Secretario de la Sociedad, en esta sesión redactó y firmó la presente acta, el Presidente.

Dr. Pedro Berruecos T.

Tres renglones manuscritos (con una enmendadura que dice 17 diez y siete). Vale firma.

(Documento No. 4)

Anexo, Acta 8 de marzo de 1946.

Fundadores:

Andrade Pradillo, Juan
Berruecos Téllez, Pedro
Bustamante Gurría, Andrés
Del Villar, Ramón
Deutsch, Leo
González Ulloa, Mario
Gurría Urgell, Daniel
Jeréz Tablada, Gustavo
López y López, Manuel
Marín, Efrén
Meléndez, Fernando
Pérez Aragón, Angel
Reinking, Walter
Sánchez Cortés, José (Guadalajara, Jal.)
Tapia Acuña, Carlos
Tapia Acuña, Ricardo
Torres Luquín, Plutarco
Vaquero, Luis
Tapia y Fernández, Ricardo.
Presidente Honorario
Socios Activos Hasta 12-III-46).
Cortés Ochoa, Rodolfo (Guadalajara, Jal.)
Esquivel Reyes, José
Garza González, Adolfo (Monterrey, N.L.)
Gomez Ballesteros, Efrén
Madariaga, Benito
Martínez Garza, Sixto (Monterrey, N.L.)
Molas, Federico
Niño Ramos, Angel
Rangel Obregón, Manuel
Silva, Leonardo

Con este caudal humano: un Presidente Honorario, 18 Miembros Fundadores y 10 Miembros Activos, nuestra Sociedad inició sus labores, en forma autónoma, el día 12 de marzo de 1946. Creemos que

sería un acto de justicia dar el sitio que a cada quien corresponde, ya que indudablemente por errores u omisiones involuntarias, hay personas de méritos científicos indiscutibles, que no aparecen en las listas oficiales de nuestra Sociedad con el carácter que debieran. Nunca es tarde para las rectificaciones justas y obligadas.

El parto.- La Orden del día de la que habría de ser última sesión de la Sociedad Mexicana de Oftalmología y Otorrinolaringología, y primera de la Sociedad Mexicana de ORL; fue el siguiente:

(Documento No. 5)

Sesión Plenaria Extraordinaria.

Marzo 6 de 1946.

Muy estimado colega:

Participamos a usted que el próximo martes 12 del actual, a las 21 horas en punto y en el Salón de Actos de la Academia Nacional de Medicina, Venezuela No. 5, se verificará la Sesión Plenaria Extraordinaria de nuestra Sociedad, bajo la siguiente:

I. Informe anual del Sr. Tesorero, Dr. Francisco Martínez Hinojosa.

II. Informe anual del Sr. Secretario Perpetuo, Dr. Raúl A. Chavira.

III. Informe anual del Sr. Presidente saliente, Dr. Pedro Berruecos Téllez.

IV. Entrega de la Presidencia y palabras del Sr. Presidente entrante, Dr. Luis Sánchez Bulnes.

V. Dada la importancia de esta sesión, no dudamos se servirá asistir puntualmente a ella, quedando a sus órdenes como sus *affmos.*, attos. y Ss. Ss.

Dr. Pedro Berruecos Téllez,
Presidente

Dr. Carlos Tapia Acuña, Secretario Anual

Transcribimos palabras a oftalmólogos y otorrinolaringólogos unidos por última vez en esa sesión, que constituyó el parto de la vieja Sociedad y el nacimiento de la nuestra. Dijimos en esa ocasión:

Todo lo que ocurrió desde entonces hasta la fecha, en un orden en verdad elogiado, con un programa puntualmente cumplido en cada periodo y sobre todo, con un camino siempre ascendente, es de todos conocido; en cada momento rostros nuevos, que son espíritus nuevos, ímpetus renovados, retoños verdes, esperanzas firmes.

En cada sesión, sorpresas en los temas, calidad en los desarrollos, postura en la forma, ansia en el saber.

Y el mapa de la República, sintiendo su huella y en su orden, después de la iniciación de Tuxpan (1948), han tenido su presencia: Torreón (1950) y Monterrey (1952); ante el éxito obtenido en ambas ciudades, se votó la anualidad para esas reuniones y siguieron: San Luis Potosí (1953), Veracruz (1954), Mazatlán (1955), Guanajuato (1956), Oaxaca (1957), Morelia (1958), Guadalajara (1959) y Villahermosa (1960).

En breve estaremos en Acaapulco. Ya es tradición ORLaringológica que año tras año y del 1° al 5 de mayo, algún punto de nuestro México sea lugar de cita para quienes vibran en las mismas inquietudes.

Y en ese punto, año con año, los ORLaringólogos se encuentran.

Todos los años que terminan en número par, desde el 46 hasta la fecha y siempre en esos mismos días de mayo, ven el cambio de Mesa Directiva de la Sociedad: en 46 la presidió el maestro Gurría y en 48, Ramón del Villar; en 50, don Juanito Becerril y en 52, Andrés Bustamante; en 54, Arroyo; en 56, García Castañeda; en 58, Giorhana y en 60, Humberto Alcocer. Cada quien dejó impreso algo de su persona y marcó una ruta.

Cada quien se constituyó en peldaño de una escala ascendente.

Ahora mismo vemos cómo la huella del buen gusto de Alcocer, florece en esta su sede propia. Después de haber ambulado por los consultorios privados, en el Hospital Oftalmológico de Nuestra Señora de la Luz, en la vieja casona de la Facultad de Medicina, en el Hospital General y en Cardiología, ahora, al paso del tiempo, más dueña de sí misma, más madura, brinda confortable y señorío acogedor en su propia casa, que es la nuestra y de la que esperamos no salga, hasta no dar un paso más firme, siempre hacia adelante y hacia lo alto.

Sus proyecciones actuales son más amplias: del seno de esta Sociedad, en noviembre de 1958, nació otra: el "Colegio Hispano-Americano para el estudio de los problemas de la Audición, la Voz y el Lenguaje"; digo que del seno de esta Sociedad, porque quienes la formamos, miembros de ella en buena parte, constituimos savia que ascendió por el tronco y dio vida al retoño y ahora, el retoño, fuerte y frondoso, extiende sus ramas a los pueblos de América y a la Madre Patria. Son orgullo legítimo y deben serlo de esta Socie-

dad, el "Acta Audiológica y Foniática Hispanoamericana" que lleva el mensaje de México en sus alas y más allá de nuestras fronteras y los capítulos que se agrupan al lado del nuestro, pero particularmente uno, no porque sea más importante que los otros, sino por el contenido que guarda y el simbolismo que alcanza: el Capítulo Español, filial del Capítulo Mexicano.

Lo que antecede, no habría sido realidad, sin la experiencia recogida en esta Agrupación, sin los caminos recorridos con

ella y sin el estímulo que de ella partió y la ha hecho madre generosa que habrá de seguir siendo fuerte y grande, luminosa y fecunda. Madre generosa en cuyo regazo cabrán, con nuestras ignorancias y nuestras inquietudes, un afán infinito por hermanarnos y superarnos ante ella y un impulso irresistible por sembrar el bien en los surcos de la vida, sin esperar nunca más recompensa que ver morir tranquilos el día, sobre los perfiles vestirnos de la serenidad.

El colgajo miocutáneo del trapecio

Dr. J. Ramón ESCAJADILLO*

Resumen.— Los colgajos miocutáneos representan un avance importante en la reconstrucción de los defectos de cabeza y cuello, siendo el del músculo trapecio uno de los más versátiles; su color y textura lo hacen ideal para este tipo de cirugía.

Este artículo presenta un estudio anatómico efectuado sobre el colgajo miocutáneo de trapecio (CMT) en 10 cadáveres, en el que se disecciona todo el músculo, identificando sus inserciones, además de localizar la irrigación correspondiente

de cada pedículo muscular. Se describen las técnicas quirúrgicas de levantamiento de los CMT superior e inferior y se ilustran con 2 casos clínicos.

Summary.— Myocutaneous flaps represent an important advance in head and neck reconstruction, being the trapezius muscle one of the most versatile; moreover, its color and texture are ideal for this type of surgery.

This paper presents an anatomic study of the trapezius myocutaneous flap on 10 cadavers, in which all its muscular insertions and irrigation were identified. We also describe the surgical technique for raising the superior and inferior trapezius myocutaneous flap, presenting 2 clinical cases.

INTRODUCCION

Los colgajos músculo-cutáneos representan un avance importante en la reconstrucción de los defectos de cabeza y cuello, debido a que grandes áreas de piel con músculo pueden ser mobilizadas, con una irrigación confiable, en un solo tiempo quirúrgico.

El colgajo miocutáneo del trapecio (CMT) es uno de los más versátiles, su color y textura lo hacen ideal en la reconstrucción de defectos faciales. El CMT superior fue descrito por McCraw, Dibbel y Carraway¹ en 1977; McCraw, en 1979,² lo utiliza basándose en el pedículo vascular occipital; y Bertotti, en 1978,³ y Demergasso, en 1979,⁴ describen el colgajo con base en los va-

* Médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Fray Junípero Serra, Tijuana, B.C.

Trabajo premiado en el XXXVII Congreso de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

tos cervicales transversos. Baek, en 1980,⁵ propone el uso del CMT inferior, irrigado por la porción descendente de la rama superficial de la arteria cervical transversa. El arco de rotación y área de piel que se obtiene con este colgajo lo hace una buena alternativa en la reconstrucción de defectos masivos de la región superior de la cabeza y cuello.

El objetivo del presente artículo es presentar un estudio efectuado sobre el CMT en cadáveres y reportar nuestras experiencias con el empleo de este colgajo.

MATERIAL Y METODOS

Se disecaron 10 cadáveres de personas adultas, 6 del sexo masculino y 4 del femenino. A todos se les realizó una disección de cuello, conservando la vena yugular externa y el nervio espinal accesorio. Los vasos cervicales transversos se expusieron y se procedió a inyectar 10 cm de colorante a través de ellos (arteria y vena). En seguida, se realizaron CMT (5 superiores y 5 inferiores), disecando todo el músculo trapecio para identificar sus inserciones y localizar la irrigación correspondiente de cada pedículo. Se presentan los resultados de este estudio anatómico, describiendo las técnicas quirúrgicas de levantamiento de estos colgajos, y se comentan 2 casos clínicos, el primero en que se empleó un CMT inferior para la reconstrucción de un defecto facial masivo posterior a cirugía ablativa, y el segundo en

que se rota un CMT superior para sellar una fistula hipofaríngea y cubrir una zona cruenta en cuello.

RESULTADOS

Los músculos de la espalda se dividen en: a) grupo superficial, formado por los músculos trapecio y dorsal largo; b) grupo intermedio, formado por los músculos romboideos y los músculos serratos posterior; c) grupo profundo, constituido por los músculos erectores de la espina, integrados por el espinal, ileocostal, longissimus, y por los músculos transverso-espinales.

El trapecio es un músculo plano triangular que cubre la parte posterior del cuello y del hombro. Surge en el tercio medio de la línea superior de la nuca, en el hueso occipital, así como de la protuberancia occipital externa y del ligamento nucae. Continúa por la espina de las 7 vértebras cervicales y de las 12 torácicas, así como de la porción correspondiente del ligamento supraespinoso. Las fibras musculares superiores se insertan en el borde posterior de la clavícula, sus fibras mediales atraviesan transversalmente al borde medial del acromion y al borde superior de la espina de la escápula. Sus fibras inferiores suben en forma oblicua y lateral para insertarse en el tubérculo de la porción media terminal de la espina de la escápula (ver Fig. 1).

La función del músculo trapecio es la de suspender la por-



Fig. 1. Aspecto del músculo trapecio. Nótase sus fibras musculares descendentes y superiores, así como el músculo dorsal ancho, que yace lateral al trapecio.

ción del hombro, ayudándolo a su rotación, estabilidad y levantamiento. La porción superior se encuentra inervada por el nervio espinal accesorio, y la inferior por fibras nerviosas provenientes de C3 y C4.

Estudios anatómicos previos⁶⁻⁹ enfatizan que la irrigación principal del CMT proviene de los vasos cervicales transversos, situación que pudimos comprobar en el presente estudio. En el 80% de nuestros casos, la arteria cervical transversa (ACT) surgió del tronco tiro-cervical, dirigiéndose sobre los nervios vago y frénico hacia el piso del triángulo posterior en el cuello hasta alcanzar al músculo trapecio (MT) en su superficie profunda, cerca del punto de

Erb, en donde el XI par se cruza con este músculo. En los casos restantes, la ACT surgió de la subclavia. Esta arteria, a nivel del borde anterior del músculo elevador de la escápula, se divide en ramas superficial y profunda. La rama superficial pasa a través del borde superior del citado músculo, para entrar en la superficie profunda del MT, en donde se divide en ramas descendente y ascendente. La rama descendente baja por el borde medial de la escápula, donde se divide a manera de arborización para constituir la irrigación principal del CMT inferior. Por otro lado, la rama ascendente se dirige a irrigar la porción superior del MT, junto con las arterias occipital, supraescapular, esta última es frecuente el ligarla durante la disección del CMT superior a nivel de la porción dorsal de la escápula (ver Fig. 2). Otras arterias que irrigan a la porción superior del MT son las arterias vertebrales, cervicales ascendentes y paraespinales.

La vena cervical transversa es de curso más variable que la arteria, y merece especial atención, debido a que es tan importante como la arteria para la supervivencia del CMT. En 6 de nuestras disecciones la encontramos superficial al músculo omohioideo, drenando en la porción inferior de la vena yugular externa antes de unirse a la vena subclavia (ver Fig. 3). En el resto del estudio la encontramos por debajo del músculo omohioideo, y en 7 casos acompañada en su trayecto a la arteria cer-



Fig. 2. Nótese la porción descendente de la rama superficial de la arteria cervical transversal, la cual se divide a manera de arborizaciones para irrigar la porción inferior o descendente del músculo trapecio. Hacia arriba se aprecia la porción ascendente de esta arteria, que irriga a las fibras superiores del músculo.



Fig. 3. Disección de cuello que muestra el curso de la vena cervical transversa por debajo del músculo omohioideo, cortado éste en forma previa. Asimismo, se aprecia, en la porción inferior, la arteria cervical transversa, y en la superior, el nervio espinal accesorio.

vical transversa. Estos resultados son similares a los reportados por Goodwin,⁹ quien ha demostrado la gran variabilidad del curso de esta vena.

TECNICA QUIRURGICA

1) ELEVACION DEL CMT SUPERIOR

Una vez definido el defecto a reconstruir, se mide y calcula la isla de piel y músculo que se podrá levantar, estimando una relación aproximada entre estas partes de 2:1. Tanto la piel como el MT se cortan inferior y lateralmente, dando unas suturas de sostén con catgut 3-0 entre el tejido celular subcutáneo y la fascia profunda del músculo. Sobre la porción superior de la isla se realizará una incisión hasta la región de la nuca, disecando en forma cuidadosa la piel del músculo, que en ese sitio se encuentra muy adherida. La porción distal del colgajo se eleva, junto con la fascia profunda. Durante este tiempo, las arterias perforantes, supraescapular terminal, y la escapular transversa, podrán ser cortadas y ligadas. En seguida, se tratará de localizar el XI par sobre la porción superior del MT; este músculo es cortado en el ángulo formado por la porción posterior del cuello y el hombro, separando las fibras claviculares del trapecio; con esto se obtiene una movilidad hacia arriba del colgajo. Su irrigación proviene principalmente de la arteria occipital, porción ascendente de

la rama superficial de la arteria cervical transversa, y de vasos perforantes.

Cuando se desee realizar un colgajo osteomiocutáneo empleando la espina del omóplato, la técnica será básicamente la misma, sólo que las fibras posteriores del músculo deltoideos se seccionarán del labio inferior de la cresta de la espina y con un disector de Freer el músculo infraespinoso se disecará de la porción inferior de la espina. A continuación, con una sierra de Striker, se libera la espina del cuerpo de la escápula, continuando la disección y levantamiento del colgajo miocutáneo de la manera habitual.

Cuando la superficie donadora es de 8 cm o menor, el cierre de la herida podrá efectuarse en forma primaria¹⁰⁻¹¹ en defectos mayores, o cuando exista mucha tensión en las suturas, se sugiere el empleo de injertos libres de piel.

2) ELEVACION DEL CMT INFERIOR

El paciente se coloca en decúbito lateral, el brazo es flexionado con rotación interna y abducción, con el objeto de rotar la escápula y alejarla de la columna vertebral. En seguida, se diseña el tamaño y forma del colgajo a rotar, y se realiza una incisión circunferencial a lo largo de la isla de piel, y otra incisión en la porción superior de la isla, que conecte con la porción inferior del cuello. A continuación se levantan los colgajos de

piel para exponer los músculos trapecio y dorsal largo. Se aplican unos puntos de soporte con catgut crómico 3-0 entre la dermis de la isla y el MT, con el objeto de evitar desgarros durante la elevación del colgajo, en el que las uniones del MT a las vértebras y la escápula son liberadas. En este nivel, deberá tenerse especial cuidado para no lesionar al pedículo vascular que corre sobre la superficie interna del músculo, a lo largo del borde medial de la escápula (ver Fig. 2). Los vasos perforantes colaterales se ligan, movilizándolo el pedículo a través de un túnel por debajo del tejido subcutáneo del cuello y/o de la cara, hasta cubrir el defecto deseado. Posterior a la aplicación de drenajes, el sitio donador se cierra en forma primaria.



Fig. 4. Caso clínico No. 1. Nótese la gran tumoración facial, que abarca 3/4 partes de la hemicara izquierda, de aspecto vegetante, ulcerada, y con evidente destrucción del globo ocular y sus anexos.

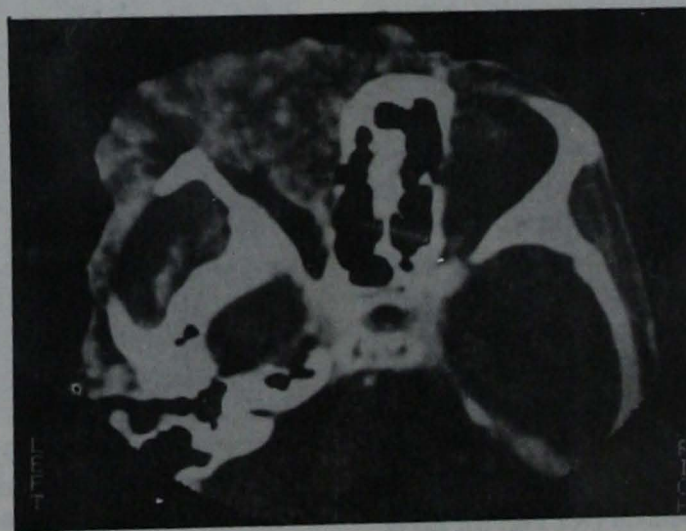


Fig. 5. Tomografía axial computarizada (caso No. 1), muestra la presencia de una gran tumoración, que invade a la órbita, y erosiona la pared lateral de la nariz. Nótese el inicio de invasión hacia las células etmoidales y a la fosa infratemporal.

PRESENTACION DE CASOS CLINICOS

CASO No. 1

Paciente masculino de 40 años de edad, con padecimiento de 8 meses de evolución, caracterizado por la presencia de una masa tumoral en la región palpebral izquierda, a la que se le realizó biopsia, siendo el resultado del estudio histopatológico un carcinoma epidemoide moderadamente diferenciado. Dicho estudio fue realizado en otra institución, y desde entonces el paciente nota un gran crecimiento de la tumoración, con pérdida de la visión dos meses previos a su ingreso, así como escaso sangrado y secreción purulenta proveniente de lobulaciones tumorales ulceradas. En enero de 1986 ingresa a nuestro servicio, en donde se aprecia una marcada asimetría facial a expensas de una gran tumoración ulcerada, fétida, exoftica y de consistencia ahulada que destruye al globo ocular izquierdo con sus anexos, y que afecta desde la región supraorbitaria y pared lateral nasal hasta la mejilla, con una extensión aproximada de 15×10 cm (ver Fig. 4). La rinoscopia anterior mostró la presencia de secreción seropurulenta moderada proveniente del meato medio izquierdo. La tomografía de senos paranasales reveló una tumoración exoftica que invadía la porción superior del antro maxilar, con destrucción del globo ocular, afección de la pared lateral nasal y erosión de las celdillas etmoi-

dales y de la fosa infratemporal. (ver Fig. 5).

Con lo anterior, se decide su excisión quirúrgica, realizando una maxilectomía subtotal con excenteración de la órbita. Para la reconstrucción del defecto facial se utilizó un CMT inferior, el cual alcanzó a cubrir la zona, sin tensión en las suturas (ver Fig. 6). Durante el post-operatorio se presentó una epidermolisis de la porción superior del colgajo, la cual se resolvió con limpieza de la herida y uso de vasodilatadores. Hasta el momento, 13 meses de post-operatorio, el paciente se encuentra vivo y sin evidencia de recurrencia local.

Caso No. 2

Paciente masculino de 72 años que desarrolla una fistula de hi-

pofaringe a piel, secundaria a una disección radical de cuello derecha con tiroidectomía total, debido a una recidiva de un Ca. de tiroides papilar tratado 18 meses previos. La fistula produjo una dehiscencia de las heridas, con una zona cruenta de aproximadamente 12×6 cm. en la región posterolateral derecha del cuello (ver Fig. 7). Posterior a un manejo conservador a base de antibióticos y curaciones frecuentes, se decide, a la octava semana, el cierre quirúrgico de la fistula y de la zona cruenta en piel, rotando para ello un CMT superior (ver Fig. 8). La evolución post-operatoria fue satisfactoria, la fistula selló, y la integración del colgajo fue adecuada.



Fig. 6. Reconstrucción del defecto facial (caso No. 1) posterior a una maxilectomía subtotal, con excenteración de órbita, mediante el empleo de un colgajo miocutáneo de trapecio inferior. Véase la adecuada coloración del colgajo.

COMENTARIOS

Los colgajos miocutáneos son ideales para la reconstrucción de defectos de la cabeza y cuello, posterior a cirugía ablativa, debido a su baja morbilidad, mínimo defecto en el sitio donador, y una incidencia de fracasos menores del 10%.¹²

La posibilidad de incorporar la porción ascendente o superior del MT con o sin la espina del homóplato, así como su porción inferior o descendente, hacen que el grado de rotación del colgajo pueda ser hasta de 180° en dirección inferosuperior y sagital, y el pedículo a disecarse sea lo suficientemente largo para cubrir defectos de la cabeza y cuello. Este colgajo puede llegar a proveer hasta 500 cm² de piel bien vascularizada.⁷

El CMT superior puede tener un ancho de 6 a 10 cm, con una distancia de implantación hasta de 30 cm, por lo que lesiones en la región posterosuperior de la faringe, amígdala ipsilateral, mucosa bucal, y porción anterior del cuello, son ideales para su uso.¹³

Debido a lo largo del pedículo que puede alcanzarse con el CMT inferior, lesiones del tercio superior de la cara, como en uno de los casos presentados, pueden cerrarse sin tensión. Este colgajo también constituye una buena alternativa para el cierre de defectos en el hueso temporal, cavidad oral, y porciones anterior y posterior del

cuello. Su menor voluminosidad, en comparación al colgajo pectoral miocutáneo, facilita más la formación del tubo de piel para las reconstrucciones del esófago superior y región orofaríngea.⁸

La facilidad de la disección de los CMT, así como la confiable localización de su pedículo vascular y el cierre primario del defecto donador, constituyen ventajas importantes a considerar en la cirugía reconstructiva de cabeza y cuello. Algunas desventajas, sin embargo, son la necesidad de cambiar al paciente de posición a decúbito lateral, y el preservar a los vasos cervicales transversos en las disecciones de cuello.

Por último, es de esperarse que el otorrinolaringólogo confíe en la versatilidad del CMT, empleándolo más en las reconstrucciones de defectos posteriores a cirugía ablativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *McCraw, J., Dibbel, D., Carraway, J.*: Clinical definition of independent myocutaneous territories. *Plast. Reconstr. Surg.* 60:341, 1977.
- 2.- *McCraw, J., Magee, W.P. Jr., Kalwaic H.*: Use of the trapezius and sternomastoid myocutaneous flaps in head and neck reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 63: 49-57, 1979.
- 3.- *Bertotti, J.A.*: Trapezius musculocutaneous island flap in the repair of major head and neck cancer. *Plast Reconstr. Surg.* 65:16-21, 1980.
- 4.- *Demergasso, F., Piazza, M.V.*: Trapezius myocutaneous flap in reconstruction for head and neck cancer: an original technique. *Am. J. Surg.* 138:533-536, 1979.
- 5.- *Baek, S., Biller, H.F., Krespi, Y.P., et*



Fig. 7. Defecto de la región postero lateral del cuello (caso No. 2), secundario a una fístula hipofaríngea (señalada con el estilete), la cual condicionó dehiscencia de las heridas quirúrgicas posterior a una tiroidectomía total con una disección radical de cuello.



Fig. 8. Aspecto del cierre quirúrgico de la fístula y del defecto de la piel en cuello, posterior a la rotación de un colgajo miocutáneo de trapecio superior (caso No. 2).

- al.: The lower trapezius island myocutaneous flap. *Ann. Plast. Surg.* 5:108, 1980.
- 6.- *Gregor, R.T., Davidge-Pitts, K.J.*: Trapezius osteomyocutaneous flap for mandibular reconstruction. *Arch. Otolaryngol.* 111:198-203, 1985.
 - 7.- *Panje, W.R.*: Myocutaneous trapezius flap. *Head and neck surg.* 2:206-212, 1980.
 - 8.- *Dinner, M.I., Guyuron, B., Labandter, H.P.*: The lower trapezius myocutaneous flap for head and neck reconstruction. *Head and neck surg.* 6:613-617, 1983.
 - 9.- *Goodwin, W.J., Rosenberg, G.J.*: Venous drainage of the lateral trapezius musculocutaneous island flap. *Arch. Otolaryngol.* 108:411-413, 1982.
 - 10.- *Ariyan, S.*: Pectoralis major, sternomas-

toid and other flaps. *Clin. Plast. Surg.* 7:89-109, 1980.

- 11.- *Donald, P.J., Chole, R.A.*: Superior based trapezius flap. *Laryngoscope* 94:969-973, 1984.
- 12.- *Krespi, Y.P., Baek, S., Surek, C.L.*: Flap reconstruction of the upper face: free flaps vs. lower trapezius myocutaneous flap. *Laryngoscope* 93:485-488, 1983.

Valoración otorrinolaringológica en pacientes con fibrosis quística

Dr. Francisco Javier LUENGAS MUÑOZ*
Dr. Javier LUENGAS BARTELS*

Resumen. — Se estudiaron 15 pacientes con fibrosis quística, los cuales fueron evaluados otorrinolaringológicamente incluyendo glándulas salivales, y se compararon con 10 individuos aparentemente sanos.

En dos pacientes con fibrosis quística encontramos pólipos nasales y once presentaban algún grado de sinusitis. Dos pacientes tenían otitis media serosa unilateral y once presentaban hipertrofia de la glándula submaxilar.

Se discute la posibilidad de que los pacientes con fibrosis quística presenten sialolitiasis, y el importante control de la

patología de senos paranasales para prevenir el deterioro pulmonar en estos pacientes. Se concluye que estos pacientes deben de ser evaluados por el otorrinolaringólogo para un mejor manejo.

Summary. — Fifteen mexican patients with Cystic Fibrosis were evaluated to define otolaryngologic pathology including salivary glands, and compared with ten healthy control subjects.

INTRODUCCION

En la Fibrosis Quística (F.Q.), todas las glándulas mucosas del organismo están afectadas, esto

lleva a síntomas y complicaciones en oídos, nariz y garganta. Este defecto de la secreción glandular afecta al sistema mucociliar.¹

Di Sant'Agnese descubrió en 1953 que el sudor de pacientes con esta enfermedad presenta alteraciones electrolíticas, lo que generó el interés de encontrar alteraciones similares en otras secreciones exócrinas, y las glándulas salivales fueron objeto de múltiples estudios.⁵

Los principales problemas ríno-lógicos de la F.Q. son la presencia de pólipos nasales, pansinusitis y la alteración del aparato mucociliar. Según Jaffe y col. (1977) la frecuencia de pólipos nasales en la F.Q. es de 10% en niños mayores de 3 años. Paul-

* Asociación Mexicana de Fibrosis Quística

sen y Hertel (1973) y Myging (1977) encontraron pólipos en un 15-25% en todos los niños.¹ En relación al aparato mucociliar Rutland y Cole (1981) concluyen que la frecuencia del movimiento ciliar nasal es normal en estos pacientes pero que el transporte o limpieza mucociliar esta alterado, ya que esta es lenta en relación a pacientes sanos,^{19,24,25} Antonelli (1981) encontró que el transporte mucociliar no se encuentra alterado de una manera constante en la F.Q. pero que sí se altera en correlación con el daño existente de las vías respiratorias.²⁰

Otros datos rinológicos en relación con la F.Q. son: el hallazgo hecho por McCarthy (1984) que encontró *Klebsiella ozenae* en el cultivo nasal de un paciente con F.Q. y no encontró datos clínicos de ozena.⁷ Sorensen (1977) menciona que el estudio histológico cuidadoso de los pólipos nasales contribuyen al diagnóstico de la F.Q., ya que la presencia o no de eosinófilos en un pólipo es significativa para diferenciar entre un pólipo de un paciente con F.Q. y de un paciente con alergia nasal.¹

En relación a la otología Krame (1977) Larsen (1978) y Bak Pederson (1979) mencionan que a pesar de la importante obstrucción nasal en los pacientes con F.Q. la ocurrencia de problemas infecciosos en oído medio es rara, aún la otitis media serosa se presenta sólo ocasionalmente en estos pacientes.²⁶

Wang y col.²⁵ demuestran que la frecuencia de las infecciones

virales respiratorias están muy relacionadas con el deterioro pulmonar en pacientes con F.Q.

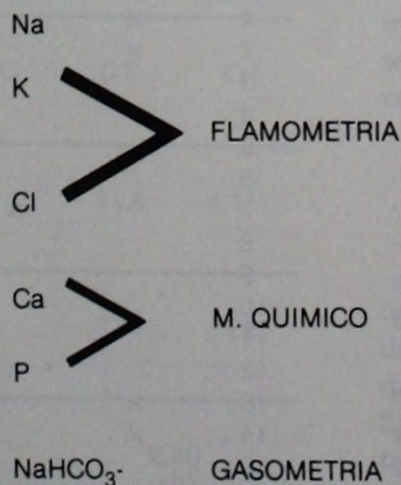
Los estudios funcionales de las glándulas salivales mayores hechos en pacientes con F.Q. para determinar alteraciones en flujo, composición de los electrólitos y compuestos orgánicos de la saliva han dado resultados no concluyentes, una observación consistente es el hallazgo de que el calcio se encuentra elevado. Los estudios morfológicos han demostrado alteraciones en las glándulas salivales de estos pacientes por acumulación de moco.^{5,4,5}

Blatt propone que el origen de los cálculos se debe más bien a una alteración metabólica debido a la alta alcalinidad por la elevación del bicarbonato y al

cambio de la relación calcio-fosforo, que produce que la apatita salival exceda su límite de solubilidad y se precipite formando cálculos.²⁸ Johns y col. (1984) mencionan que del 63.2% al 92% de los cálculos se presentan en las glándulas submaxilares y el 80% de estos cálculos son radiopacos. En la glándula parótida son poco frecuentes y el 60% son radiopacos.²⁹ Perrin y col. (1978) mencionan que el 83% de los cálculos se localizan en la glándula submaxilar y el 80% son radiopacos, 10% en la parótida y el 60% radiopacos y un 7% se localizan en la sublingual.²⁸

Las placas intraorales dentales son útiles para definir los conductos de las glándulas submaxilares y parótida.²⁹ Blatt y Mandel están de acuerdo en

Figura 1.



F1

Método de estudio de los elementos de la saliva

que la alta alcalinidad de la glándula submaxilar juega un papel importante en la mayor frecuencia de los cálculos encontrados en las glándulas salivales.²⁸

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 15 pacientes con diagnóstico de F.Q. estos fueron tomados de la Asociación Mexicana de Fibrosis Quística, todos ellos cuentan con títulos altos de cloruros en sudor (ver Tabla 1) las edades de estos pacientes es de 9 meses a 21 años con promedio de 7 años 9 meses. Se formó un grupo control con 10 pacientes aparentemente sanos cuyas edades van de 6 meses a 15 años con un promedio de 6 años 4 meses.

Todos estos pacientes fueron estudiados otorrinolaringológicamente con el propósito de descartar patología de glándulas salivales tal como sialolitiasis, presencia de pólipos nasales, sinusitis, patología de oído tal como otitis media serosa, hipoacusia por aminoglucósidos. Los estudios de laboratorio y gabinete que se solicitaron fueron: determinación de cloro, sodio, potasio, calcio, fósforo y bicarbonato de sodio en saliva. Radiografías de senos paranasales, Rx intraoral de los conductos de la glándula submaxilar, audiometría y timpanometría en los casos que presentaban patología de oído, en algunos casos dado por la edad del paciente se realizó estudio de potenciales evocados. El estudio de los elementos de la saliva fue realizado por los

TABLA 1

FIBROSIS QUISTICA		CONTROL
EDAD	CLORUROS EN SUDOR	EDAD
11 a 5m	80 mEq/l	3 a 3 m
15 a 2m	100 mEq/l	5 a
21 a 3m	70 mEq/l	4 a 7m
4 a 1m	100 mEq/l	15 a
7 a	110 mEq/l	3 a 7m
8 a 1m	120 mEq/l	6 a 8m
6 a 4m	73 mEq/l	4 a 9m
9m	110 mEq/l	9 a 11m
1 a	110 mEq/l	4 a 2m
3 a 2m	80 mEq/l	6m
5 a 7m	90 mEq/l	
8 a 5m	90 mEq/l	
9m	110 mEq/l	
7 a 1m	90 mEq/l	
\bar{x} 7 a 9m		\bar{x} 6 a 4m

T₁ Edad y cloruros en sudor por método de iontoforesis—pilocarpina

TABLA 2

caso	anteced. fam.	pólipos nasales	sinusitis	otitis 1/2 s.	hipoac. condct.	anteced. aminoglu	hipertr submax.
1	x		x			x	x
2	x		x			x	x
3			x			x	x
4							x
5			x			x	x
6			x				x
7		x	x			x	x
8						x	
9						x	
10			x			x	
11			x			x	x
12		x	x			x	
13	x					x	
14	x		x	x	x	x	x
15			x	x	x		x
total	4	2	11	2	2	12	11
\bar{x}	26.6	13.3	73.3	13.3	13.3	80	73.3

T₂ Datos clínicos pacientes con fibrosis quística

TABLA 3

Pólipos nasales		sinusitis		otitis 1/2 serosa		hipertrofia de g. submaxilar	
fibrosis	contr.	fibrosis	contr.	fibrosis	contr.	fibrosis	contr.
2	0	11	0	2	1	11	0
χ^2 1.449		χ^2 13.095		χ^2 0.063		χ^2 13.095	
p 0.30		p < 0.001		p 0.80		p < .001	

T₃ Análisis estadístico de datos clínicos del grupo con fibrosis quística y grupo control

TABLA 4

Na mEq/l		K mEq/l		Na/K		Cl mEq/l	
C	F	C	F	C	F	C	F
26.1	8.3	23.1	20			11.6	4.11
6.27	3.93	4.89	4.31			8.41	6.66
T = 2.67		1.42		1.126		2.10	
P = < .05		NS		.413		0.05	

T₄ Análisis de los elementos de la saliva del grupo con fibrosis quística—CF y control C

laboratorios biomédicos, esto se realizó de la siguiente manera; se dio a chupar una liga por un minuto para estimular la secreción de saliva. Originalmente se trató de canalizar el conducto de Warthon con punzocat con el propósito de estudiar sólo los elementos de la saliva de la glándula submaxilar, sin embargo esto sólo se logró en algunos pacientes, en aquéllos de mayor edad, por lo que se desistió de la idea y se tomó la saliva que se colectó en cavidad oral de las diversas glándulas salivales. Esta se recolectó en tubos de succión de Terayama y se colocó en tubos previamente preparados, esterilizados y lavados con agua deaminizada, los elementos de la saliva se analizaron de la siguiente manera; electrólitos por flamonetría, calcio y fósforo por método químico y bicarbonato de sodio por gasometría. (Ver Fig. 1)

Los resultados fueron analizados estadísticamente con los métodos de la X² y la T y luego se buscó si tenían significancia con la P.

RESULTADOS

En el grupo de F.Q. 4 casos tenían antecedentes familiares de esta enfermedad de los cuales dos eran hermanos. (Ver Tabla 2). Rinológicamente se encontró que 2 de 15 presentaban pólipos nasales para un 13.3% no se encontró ninguno en el grupo control, de los 15 casos del grupo de F.Q. 11 tenían sinusitis

TABLA 5

COMENTARIOS

NaHCO ₃ mEq/l		P mEq/l		Ca mEq/l	
fibrosis	control	fibrosis	control	fibrosis	control
\bar{x} 1.96	\bar{x} 4	\bar{x} 15.8	\bar{x} 14.96	\bar{x} 2.55	\bar{x} 3.96
∇ 3.1	∇ 4.6	∇ 5.1	∇ 2.77	∇ 1.44	∇ 1.04
$t = 0.816$		$t = 0.47$		$t = 2.82$	
$p = N.S.$		$p = N.S.$		$p = 0.01$	

T₅ Análisis estadístico de los elementos de la saliva

para un 73.3% de estos 7 eran pansinusitis, 2 sólo maxilares y 2 etmoidales, ninguno del grupo control presentaban sinusitis. Cabe mencionar que un caso del grupo de F.Q. presentaba placas de moco mal olientes tipo rinitis atrófica pero el cultivo fue negativo para *Klebsiella ozaenae*. Se encontró en el grupo de F.Q. un caso con llanto disfónico en un paciente de 9 meses su estado general era muy malo y presentaba desnutrición de III grado la laringoscopia directa mostró gran flacidez de las estructuras cartilaginosas de la laringe y epiglotis pero no en omega, por lo que se atribuyó a la desnutrición.

En oído se encontró un caso del grupo control y dos en el de F.Q. con otitis media serosa todos con hipoacusia de tipo superficial conductiva y timpanograma con curva aplanada tipo B, los tres casos fueron unilaterales.

En el grupo de F.Q. 12 de 15 tenían antecedentes de haber recibido tratamiento con aminoglucósidos pero ninguno tenía hipoacusia por ototoxicidad.

En relación a las glándulas salivales se encontró que 11 de 15 del grupo de F.Q. presentaban hipertrofia de la glándula submaxilar llegando a palpase hasta de 4 x 5 cm esto para un 73.3% de los casos en un solo caso esta fue dolorosa. La parótida en un solo caso y dos con hipertrófia de glándula sublingual.

Los resultados del análisis estadístico se muestran en la (tabla 3). No se encontró ningún caso con silolitiasis.

Los resultados de los elementos de la saliva se muestran en (la tabla 4 y 5).

El estudio histopatológico de los pólipos nasales encontrados, reportó pólipo fibroso nasal y no se identificaron eosinófilos en el pólipo.

La F.Q. constituye una enfermedad con patología de oídos, nariz y garganta así como de glándulas salivales, estructuras anatómicas de principal interés en la otorrinolaringología. A su vez el otorrinolaringólogo debe de profundizar en un mejor conocimiento y estudio de esta enfermedad.

Los resultados rinológicos concuerdan con lo reportado en la literatura tales como el 13.3% de pólipos, la ausencia de eosinófilos al estudio histopatológico. La sinusitis es estadísticamente significativa en el grupo de F.Q. comparado con los controles.

El hecho de que un 80% de los pacientes con F.Q. habían recibido tratamiento con aminoglucósidos se debe a la gran problemática que ocasionan gérmenes gram negativos en donde la *Pseudomona* se encuentra frecuentemente causando infecciones importantes y graves. Se sabe del riesgo de los aminoglucósidos para producir daño al VIII par, por lo que cabe mencionar el estudio hecho por Meyer y col., en la Clínica Pediátrica Alpina en Suiza en donde menciona un estudio de 66 pacientes con F.Q. en donde se manejó a la fosfomicina con excelentes resultados, ya que la aplicación de una nueva familia de antibióticos en pacientes con bacterias sensibles a la fosfomicina la cual con su espectro bacteriano amplio y mínimos efectos colaterales constituye un real beneficio para pacientes con

F.Q. La dosis recomendada para pacientes con F.Q. es de 1.5 gr/día para pacientes de menos de 20 kg de 3 gr/día 20-40 kg y de 5 a 6 gr/día para pacientes mayores de 40 kg²⁰.

Es importante hacer resaltar el hecho de que a pesar de todos los problemas de vías respiratorias que padecen los pacientes con F.Q. la patología en oído medio no es tan frecuente como era de esperarse con esto se confirman los resultados encontrados por otros investigadores^{2, 26}. Sin embargo aparentemente los pacientes con F.Q. sí presentaban una mayor frecuencia de otitis media serosa que los comparados con el grupo control diferencia no significativa pero que el otorrinolaringólogo debe valorar para un mejor manejo así como el posible daño causado por aminoglucósidos al VIII par.

En relación con los resultados de los elementos de la saliva se encontró elevadas concentraciones del sodio con diferencias estadísticamente significativas, dato que concuerda con lo reportado por Izutsu, Prader y Gautier³¹. Otro dato estadísticamente significativo fue el calcio. En el resto de los elementos de la saliva no se encontró gran diferencia entre ambos grupos.

El hecho de no haber detectado sialolitiasis quizá se deba a que los cambios en los elementos de la saliva no sean tan importantes como para desarrollar cálculos o bien que la edad de los pacientes ayude a prevenir durante los primeros años este problema y que de presentarse

sea en pacientes de mayor edad, cosa que dado la enfermedad se presenta muy rara vez.

CONCLUSIONES

- 1.- La Fibrosis Quística presenta patología de gran interés para el otorrinolaringólogo.
- 2.- La mayoría de los pacientes con Fibrosis Quística presentan patología sinusal y es muy importante su control para evitar el deterioro pulmonar.
- 3.- Se encontraron alteraciones estadísticamente significativas en relación a hipertrofia de la glándula submaxilar y a los elementos de la saliva (sodio y calcio) en los pacientes con Fibrosis Quística.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Sorensen H.*: Rhinologic aspects of Cystic Fibrosis pediatric otorhinolaryngology. Cap. 11 pp 117-126.
- 2.- *Fleming Nand Sturgess, J.M.*: Stimulation of glycoprotein secretion in dispersed rat submandibular gland acini by Cystic Fibrosis serum *Experientia*, 1981, 37: 139-141 Doc. no. 87 Infomucil.
- 3.- *Quinton-Martinez-Hoper, Simon J.*: Aa Morphological evidence for a para cellular fluid pathway in parotidacini pp 79-101 San Francisco press.
- 4.- *Quinton-Martinez-Hoper Young J.A.*: salivary secretory mechanisms: recent advance and concepts fluid an electrolyte abnormalities in exocrine gland in Cystic Fibrosis pp 102-124 San Francisco Press 1982 INC.
- 5.- *Martínez J.R.*: alterations in salivary gland structure and function in Cystic Fibrosis fluid and electrolyte abnormalities in exocrine gland in Cystic Fibrosis pp 125-142 San Francisco Press 1982 Inc.
- 6.- *Mc Pherson Ma; Dodge S.A. Goodchild Mc.*: Cystic Fibrosis serum stimulates mucin secretion but no calcium efflux from

- rat submandibular acini. *Clin chim acta* 1983 dec15; 135 2: 181-8.
- 7.- *Mc carthy V.P. Hubbard U.S.*: Klebsiella Ozaenae in a patient with Cystic Fibrosis. *Arch Intern Med* 1984- Feb; 144 2: 408-9.
- 8.- *Richardson VJ. Robertson C.F.; mowat A.P.; Price J.F.*: Deterioration in Lung Function after general anesthesia in patients with Cystic Fibrosis. *Acta paediatr.Scand* 1984 Jan, 73 1: 75-9.
- 9.- *Fischer L; Burriph Bayer W; Kraemer R; Sauterk:* How useful is the ultrastructural study of the Cilia of the respiratory tract in the diagnosis of an inmotive cilia syndrome. *Schwern med Wochens Ch.* 1984 May 5; 114 18: 610-9.
- 10.- *Wladislavosky-Waserman P; Kern Ec; Holey K.E.; Eisenbrey A.B. Gleich G.J.*: Epithelial damage in nasal polyps clin allergy 1984 May 14 3: 241-7.
- 11.- *Blitzer; Shapira E.*: Apurified Serun glycopeptide from control and Cystic Fibrosis patients. III the association of the ciliary dyskine activity with the oligosachride component. *Pediat Res* 1984 Jun; 18 6: 540-3.
- 12.- *Cornillie FJ; Lauweryns J.M.; Corbeel L.*: Atypical bronchialcilia in children with recurrent respiratory tract infections. A comparative ultrastructural study. *Plathol res pract* 1984 Jul; 178 6: 595-604.
- 13.- *Kelly Hw; Locato C.*: Antibiotic use in Cystic Fibrosis. *Drug intell clin pharm* 1984-oct; 18 10: 772-83.
- 14.- *Simel D.C.; Mastin J.P.; Pratt P.C.; Wisersacc C.C.; Shelburne J.P.; Spock A.; Ingram P.*: Scanning electron Microscopy; study of the airways in normal children and in patients with Cystic Fibrosis and other lung diseases *pediatr Pathol* 1984; 2 11: 47-64.
- 15.- *Roomans G. M.; Bordon A.*: Effect of metabolic acidosis on acinarcells of rat submandibular gland. *Res commun chem pathol pharmacol* 1984 oct; 46 1: 155-8.
- 16.- *Fleming N.: and cols.*: substance P. and exocrine secretion in the rat submandibular gland. *Cystic Fibrosis: Horizons* proceeding of the 9th Internacional Cystic Fibrosis Congress Brighton, England "328 June 1984. Edited by David Lawson.
- 17.- *Baldwin M and Cols.*: Abnormal carrier-mediated anion transport in reduced secretions from the submandibular gland of the reserpire-induced model for C.F. *Cystic Fibrosis Horizons* proceeding of the 9th International Cystic Fibrosis Congress Brighton, England p. 329 Jun 1984 edited by David Lawson.
- 18.- *Mcpherson M.A.*: Characteritics of stimulation of mucin secretion from rat submandibular acini by autonomic neurotransmitters an C.F. serum Cystif Fribrosis; *Horizons* proceeding of the 9th Inter-

- national Cystic Fibrosis Congress Brighton England p. 424 June 1984 Edite By David Lawson.
- 19.- *Rutland J.*: Nasal ciliary beat frequency and mucociliary clearance in Cystic Fibrosis. Current problems and new trends in Cystic Fibrosis. Monogr pediatri Vol. 14 pp 75-79 1981.
 - 20.- *Antonell M. and cols.*: Nasal mucociliary in Cystic Fibrosis current problems and new trends in Cystic Fibrosis monogr. Pediatr. vol. 14 pp 89-90 1981.
 - 21.- *Izutsu K. and cols.*: Intracellular elemental concentrations in labial minor salivary glands of patients with Cystic Fibrosis (CF). Cystic Fibrosis club abstracts. Twenty-fifth annual meeting. vol. 25 p. 181 april 1985.
 - 22.- *Fleming N. and cols.*: Substance P stimulates mucin secretion and modulates Adrenargic responses in rat submandibular gland cells. Cystic Fibrosis club Abstract. Twenty-fifth Annual meeting Vol. 25 p 203 april 1985.
 - 23.- *Wang E.E.; Probercg.; Manson B.; Corey M.; Levison H.*: Association of respiratory viral infections with pulmonar deterioration in patient with Cystic Fibrosis. N. Engl. J. Med. 1984 Dec. 27; 311 26: 165 3-8.
 - 24.- *Browman, B.H.; Lockhart C.H.; Mc combs, M.L.*: Oyster ciliary inhibition by Cystic Fibrosis factor. Science 164: 325-236 (1969).
 - 25.- *Rossmann, C.; Dolovich, J.; Dolovich, M; Wilson, E.; Newhuse, M.*: Cystic Fibrosis-related inhibition of mucociliary clearance in vivo in Man. J. pediat. 90: 579-584 (1977).
 - 26.- *Bak-Pedersen K.; Larsen P.K.*: Inflammatory middle ear diseases in patient with Cystic Fibrosis. acta otolaryngol suppl. 360: 138, 1979.
 - 27.- *Jafre V.F., Strome M., Khaw K.T. Schuschman H.*: Nasal polypectomy and sinus surgery for Cystic Fibrosis. Otolaryngol clin north an 10: 81. 1977.
 - 28.- *Perrota R.J., Williams J.R., Selre R.W.*: Simultaneous bilateral parotid and submandibular gland calculi. Arch Otolaryngol 104: 469-470 1978.
 - 29.- *Johns M.E., Tegtmeyer C.J., Gates G.A.*: Salivary gland imaging. G. English (ed): otolaryngology Philadelphia: Harper and Row, 1984 vol. 3 chap 60 1-60.
 - 30.- *Meyer H.*: Fosfomicin in patients with Cystic Fibrosis Abstracts Simposium Internacional de fosfomicina México, Marzo 1986.
 - 31.- *Paparella and Shumrick* Otolaryngology. Biochemistry of Salivary glands, cap.23-p 566-574 Second edition. Saunders company.

Tumores malignos del hueso temporal

Dr. Juan Felipe SANCHEZ MARLE*

Resumen. — Se reporta el manejo de 10 casos de neoplasias malignas del hueso temporal. El origen de estos tumores así como su estirpe histológica obligan a un conocimiento profundo de los métodos diagnósticos, las técnicas quirúrgicas y el comportamiento biológico de las distintas neoplasias que invaden el hueso temporal.

Summary. — Malignant tumors of the temporal bone may have different origins as well as different histology. The need of a deep knowledge of modern surgical techniques, biological

behavior of the different tumors and therapeutic possibilities are necessary for the treatment in those cases. The personal experience of the author in 10 cases is reviewed.

INTRODUCCION

Las neoplasias del hueso temporal son raras, las más frecuentes son los paragangliomas yugulares, los cuales aunque se les han encontrado metástasis, o capacidad de tener actividad endócrina, la mayoría de ellas se comportan como benignas, localmente invasivas y por lo tanto, no serán consideradas en este reporte.¹

Por la variedad de tejidos que existen en esta área anatómica pueden presentarse tumo-

res de muy diversa estirpe, benignos o malignos originados en: grasa, cartílago, hueso, tejido conectivo, músculo estriado o liso, vasos sanguíneos, linfáticos, nervios periféricos, glándulas ceruminosas y glándulas salivares menores. Esta variedad de posibles estirpes histológicas y su baja frecuencia, se refleja como reportes de casos únicos en la literatura. Debe de considerarse el hueso temporal asiento, también de tumores que lo invaden por vecindad y ser punto de metástasis de primarios distantes.

Por las razones anteriores, además de las características anatómicas y fisiológicas de la región, su manejo requiere de un conocimiento profundo de las técnicas quirúrgicas, de posibili-

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

dades terapéuticas y del comportamiento biológico de cada neoplasia en particular.

MATERIAL Y METODOS

El estudio incluye nuestra experiencia entre enero de 1977 y enero de 1987, en que examinamos y tratamos 10 pacientes con tumores malignos del hueso temporal.

RESULTADOS

Clasificamos a nuestros casos según su origen en primarios del hueso temporal, secundarios a invasión por vecindad y como depósito de metástasis. (Tabla 1).

En la Tabla 2 se mencionan los signos y síntomas de presentación en nuestra casuística, los cuales no son patognomónicos por lo que la sospecha clínica de una posible neoplasia comprende estudios de radiología e histopatológicos por biopsia incisional (excepto en las metástasis, cuando se conoce el diagnóstico). Los estudios radiológicos no deben de excluir a la tomografía computada, pues ningún juicio podrá estar completo sin este estudio.

La terapéutica empleada dependió del origen de la neoplasia, su extensión local, su estirpe histológica, el comportamiento biológico y las condiciones particulares de cada paciente. Según estos criterios empleamos la terapéutica reportada en la Tabla 3.

La Tabla 4 analiza nuestros resultados. El término de

TABLA 1

Clasificación de neoplasias malignas del temporal

Tumores primarios	3
AdenoCa Adenoideo-quístico	
Liposarcoma mixoide	
Rabdomiosarcoma	
Tumores de vecindad con invasión al temporal	5
Glándula parótida (2)	
Tumor muco-epidermoide	
Pabellón auricular (2)	
Ca epidermoide	
Ca Baso-escamoso (metatípico)	
Otros (nasofaringe-epidermoide)	
Metastásicos	2
Glándula mamaria	

Tabla 2

Síntomas y signos. Neoplasias malignas del hueso temporal

10 casos	
Parálisis facial	7
Otorrea	3
Otalgia o dolor trigeminal	4
Hipoacusia. Acúfeno y vértigo	7
Antecedente primario previo	2
Tumor conocido u obvio de vecindad	3

Tabla 3

Terapéutica empleada. Clasificada como terapéutica primaria planeada

Cirugía Radical	3 casos
Cirugía Parcial	1 caso
Radioterapia	3 casos
Cirugía Radical + Radioterapia	2 casos
Cirugía Parcial + Rx + Quimio	1 caso

Tabla 4

Resultados terapéuticos

	T. Paliativa (4)		T. Curativa (6)	
	V	M	V	M
Primarios	1	-	0	2
Vecindad	-	1	2	2
Metastásicos	-	2	-	-

(Vivo representa una sobrevida mayor de un año en el caso de terapéutica paliativa aun con evidencia de actividad tumoral).

cirugía radical comprende la resección del hueso temporal con la técnica descrita en otras publicaciones.² Las fallas en nuestra serie las consideramos como tal, cuando hay presencia de tumor recurrente local antes de 24 meses de terminado el plan terapéutico. Los casos que no han sido tratados con cirugía radical han sido los metastásicos: un rhabdomyosarcoma, en el que sólo se utilizó cirugía para obtener biopsia, y al conocerlo se decidió la radioterapia-quimioterapia y aquellos tumores que invadían la punta del peñasco y estructuras vecinas por lo que se empleó radioterapia.

COMENTARIOS

Los resultados curativos en estas enfermedades neoplásicas son pobres.³ Cuando más temprano es hecho el diagnóstico y el comportamiento tumoral es menos rápido, los resultados suelen ser mejores.⁴

La localización, vías de diseminación, estirpes histológicas

de comportamiento biológico agresivo obligan a considerar algunos de nuestros procedimientos como paliativos, mientras que en otros los procedimientos radicales, incluso sumados, tienen que ser empleados.

En la mayoría de las series de neoplasias malignas de hueso temporal, predominan las de origen cutáneo que se asientan en el pabellón auricular con invasión secundaria al hueso.^{3,4,5}

Así en la serie de Lewis ocupan el 82% y en la de Kinney el 80%. Las neoplasias primarias del oído medio y hueso temporal son menos frecuentes y Lewis señala una prevalencia de 1:5000 a 1:15000 de toda la patología otológica. Y en su serie de 100 casos sólo representan el 18%; en la serie de Kinney es del 0%. En estas neoplasias primarias se agrupan los tumores de origen glandular llamados ceruminomas, y representan el 14% de el total de neoplasias del temporal.⁵ Los tumores metastásicos al hueso temporal no son considerados en estos artículos.

La gran frecuencia de carcinomas cutáneos representados por los tumores epidermoides, basocelulares y melanomas, con invasión secundaria al temporal reportados por autores sajones, debe de estar en relación a la piel blanca predominante de los habitantes de esos países. En el

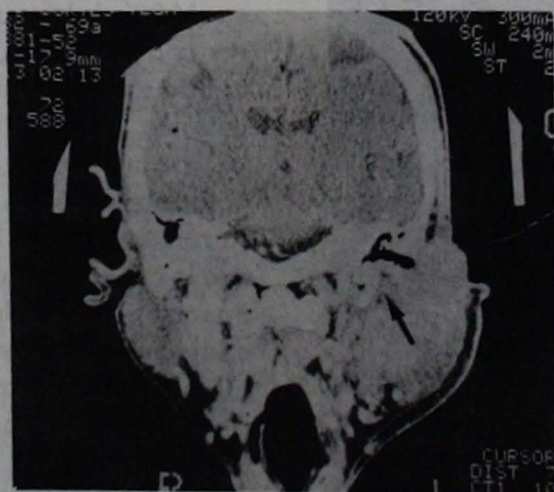


Fig. 1 Tomografía computada corte coronal Carcinoma Basiescamoso originado en pabellón auricular con invasión masiva a base exocráneo. La flecha señala el área del agujero ragzado posterior.



Fig. 2 Defecto quirúrgico de resección quirúrgica de el caso anterior. C. Vasos carotideos cervicales y pares craneales del agujero razgado posterior. M. Rama ascendente maxilar inferior. Nótese extirpación del condilo. Flecha pequeña señala hacia la carótida intratemporal expuesta. Flecha grande señala hacia región de ángulo seno dural. Flecha curva señala dura de fosa media en área de tegmen mastoideo.



Fig. 3 Vista lateral post-operatoria del paciente descrito en las fotografías anteriores. Defecto cubierto con injerto cutáneo. Paciente listo para iniciar radioterapia post-operatoria.

nuestro, la mayor pigmentación cutánea existente, hace que este tipo de neoplasias de la piel no sea tan frecuente como en Estados Unidos. En nuestra casuística el 50% de los casos son tumores con invasión de vecindad, siendo sólo 2 de ellos de origen cutáneo. La otra fuente principal de neoformaciones es la glándula parótida, la cual por su relación con la base del cráneo lo explica. Cuando el tumor aparece en el lóbulo superficial, casi siempre la presencia de una masa pre-auricular esta presente. Cuando el tumor se origina en porciones más mediales de esta estructura como el lóbulo profundo su localización puede relacionarse con el hueso tem-

poral, y el verdadero origen del primario sólo es localizado por estudios radiológicos o por el estudio histopatológico del espécimen. En nuestros casos las dos neoplasias que se originaron en la glándula parótida con invasión al peñasco fueron documentadas hasta el trans-operatorio y en el estudio histológico final.

Los tumores primarios del temporal son poco frecuentes, 20% en la serie de Lewis y 0% en la de Kinney. En nuestra serie hemos encontrado un 30% con un caso de tumor de origen glandular.⁶ Sin embargo, a pesar de la baja frecuencia de estas neoplasias y sus posibles múltiples orígenes existen ciertos tumores que se presentan con mayor frecuencia en esta área, los sarcomas tipo rabdomiosarcomas en la infancia y los tumores glandulares como los adenoideo-quísticos o cilindromas y los tumores muco-epidermoides en el último tercio de la vida.⁷ En general parece ser que los resultados terapéuticos, comparados a los invasivos es más malo.

Los carcinomas de próstata, pulmón y glándula mamaria tienen tendencia a dar metástasis a las estructuras craneales por el sistema venoso para vertebral,¹¹ por lo que este antecedente es muy importante. En nuestros casos el 20% son metástasis de carcinomas mamaros con control local y regional que 12 meses después de su tratamiento se manifiestan con síntomas de oído interno, como

acúfeno, inestabilidad, hipacusia sensorial, parálisis facial y que radiológicamente muestran lesiones destructivas en el peñasco o masas tumorales parapatrosas, que preceden a otra metástasis múltiples diseminadas por manifestarse. Estos casos, si bien desesperados desde el punto de vista terapéutico, candidatos a radio y/o quimioterapia paliativas, no deben de ser confundidos como primarios, pues su tratamiento resultará inútil.

El tratamiento quirúrgico de las neoplasias malignas que afectan el hueso temporal, encuentra su apoyo en el reporte de Parsons y Lewis en 1954 y en su técnica de resección de hueso temporal, intervención quirúrgica formidable, que produce una mortalidad operatoria de 10% en aquellas fechas.⁸ Reportes subsecuentes de Lewis en una serie de 100 casos muestra una disminución de accidentes fatales trans-operatorios al 5% y una sobrevida de 27% a 5 años. En nuestros casos tuvimos una muerte peri-operatoria al quinto día después de cirugía radical por un infarto al miocardio. En los reportes arriba mencionados se condiciona la variedad histológica de la neoplasia primaria y el uso de radioterapia radical como forma coadyuvante a la terapéutica quirúrgica.³ Si bien esta técnica es el pilar fundamental en estas neoplasias, al buscar con ella, cumplir con el principio oncológico de resección en bloque, reportes recientes, utilizan, para

casos seleccionados, técnicas de base de cráneo como los abordajes infra y translaberínticos,⁹ y en otros se programan resecciones parciales secuenciales unidas con radioterapia combinada;⁴ estas técnicas se justifican por los pobres resultados quirúrgicos obtenidos en cuanto a sobrevida y a posibles complicaciones de la cirugía, aun con los avances recientes en cirugía de la base del cráneo.

Aunque metástasis distantes de estas neoplasias han sido reportadas, es la recurrencia o persistencia local de la neoplasia la que condiciona la muerte de estos pacientes. Es indispensable buscar su control local, y es la combinación de cirugía radical y radioterapia la que ofrece el mejor resultado.⁹

En nuestra experiencia de 10 casos, 8 de neoplasias primarias o con invasión secundaria, 5 fueron tratadas con resecciones de hueso temporal, los otros 3 casos, eran lesiones inoperables por el origen del primario como la nasofaringe, por afectar el vértice del peñasco o por ser su estirpe histológica subsidiarios de otras formas terapéuticas. De los casos tratados con cirugía radical el 40% recibió radioterapia post-operatoria y ellos sobreviven sin evidencia de tumor 3 años después de su intervención. Tomando todo el conjunto de nuestros casos sólo 2 están libres de actividad tumoral a tres años (20%). Estos resultados son comparables a series mayores cuando los pacientes no son seleccionados por

tipos histológicos, estadíos o sitio de origen.

CONCLUSIONES

Reconocemos los pobres resultados curativos existentes en neoplasias del hueso temporal. El origen y la estirpe histológica son fundamentales en su pronóstico. Los avances de los métodos diagnósticos preoperatorios y de las técnicas quirúrgicas de la base del cráneo han ampliado el horizonte de la terapéutica de estos problemas. La cirugía radical modificada, seguida de radioterapia es al momento, la que ofrece mayores esperanzas de resolver estos tumores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Sánchez Marle, J.F.: Paragangliomas de la cabeza y el cuello. *Anales Soc. Mex. Otorrinolar.* 31:118-123, 1986.
- 2.- Lewis J.S., Sasaki, C.T.: Temporal bone resection. En: Sasaki C.T., McCabe B.F. y Kischner J.A. Editores. *Surgery of the skull base* pag. 211. Filadelfia, J.B. Lippincott Company 1984.
- 3.- Lewis, J.S.: Temporal bone resection. *Arch. Otolaryngol.* 101:23-25, 1975.
- 4.- Kinney S.E. Wood B.G.: Malignancies of the external ear canal and temporal bone. *Laryngoscope* 97:158-163, 1987.
- 5.- Dehner L.P., Chen K.T.: Primary tumors of the external and middle ear. *Arch. Otolaryngol.* 106:13-19, 1980.
- 6.- Pulec J.L.: Glandular tumors of the external auditory canal. *Laryngoscope* 87: 1601-1612, 1977.
- 7.- Graham M.D., Kemink J.L.: Neoplasm of the temporal bone. En: Cummings C.W. y Coles. Editores. *Otolaryngology head and neck surgery* pag. 3047. Filadelfia C.V. Mosby 1986.
- 8.- Parsons H., Lewis J.S.: Subtotal resection of the temporal bone for cancer of the ear. *Cancer* 7:995-1001, 1954.
- 9.- Glasscock M.E., McKennan K.X., Levine S.C., Jackson G.: Primary adenocarcinoma of the middle ear and temporal bone. *Arch. otolaryngol head neck surg.* 113: 822-824, 1987.

Escleroma laríngeo — un reto diagnóstico

Dr. Mario BARRON SOTO *
Dr. Vinicio TOSCANO MANCHENO **
Dr. Jorge LOPEZ MICHEL **

Resumen. — Se presenta un caso de escleroma respiratorio confinado a la región subglótica, sin alteraciones en la emisión de la voz, previamente catalogado como asma bronquial, cuyo diagnóstico representó un reto. Los estudios radiológicos detectaron estenosis subglótica del 50%, las biopsias obtenidas mediante microlaringoscopías fueron fallidas, y otros estudios radiológicos, serológicos y de microbiología no esclarecieron el diagnóstico; mediante laringofisura se obtuvo un nuevo material de biopsia al

tiempo que se resecó el área estenótica; la tinción de Wartin Starry demostró las características histopatológicas de escleroma respiratorio.

Summary. — The authors present a case of respiratory scleroma, causing a subglottic stenosis. The technical difficulties to reach the diagnosis are outlined.

INTRODUCCION

El escleroma respiratorio es una enfermedad granulomatosa de las vías aéreas superiores, que también afecta otras áreas del aparato respiratorio. Von Hebra, dermatólogo vienés describió esta entidad ante la Sociedad Médica de Viena en 1870. Más

tarde Mikulicz descubre que la enfermedad es un proceso inflamatorio y no neoplásico como se creyó inicialmente, y en 1882 von Frisch aisló el organismo *Klebsiella rinoscleromatis*. Steffen y Smith en 1961 confirmaron el papel de éste organismo gramnegativo en la enfermedad al realizar los postulados de Koch en ratones blancos.^{1,2,3}

Afecta por igual a hombres y mujeres, aparece habitualmente entre los 15 a 35 años. Como en la enfermedad de Hansen, parece ser transmitida únicamente bajo exposición prolongada y en clases socioeconómicas bajas en que las condiciones de vida y la higiene son pobres. Es una enfermedad endémica y está ampliamente distribuida en

* Médico de Base, Servicio de O.R.L.,
C.M. La Raza, México, D.F.

** Médico Residente, Servicio de O.R.L.,
C.M. La Raza, México, D.F.

países de zonas tropicales y templadas tales como el este de Europa, el norte y centro de África, el sur de Asia, México y América Central y del Sur,^{1,2,3,4} aunque ya se detectan casos en el sur de los Estados Unidos y en Europa occidental en inmigrantes de las zonas endémicas.^{1,5}

REPORTE DE UN CASO

Paciente de sexo femenino de 19 años, residente en México, D.F. desde los 12 años, originaria de Guadalajara, Jal.; como único antecedente de importancia refiere a su abuelo materno asmático. Es remitida a nuestro hospital con los diagnósticos de asma bronquial probablemente mixta, hipertiroidismo y neoformación laríngea, nuestro servicio la examinó en octubre de 1985.

La paciente presentaba un cuadro característico de insuficiencia respiratoria de origen alto, con estridor inspiratorio y ausencia de sibilancias en los campos pulmonares los mismos que se auscultaban homogéneamente hipoventilados, el esfuerzo respiratorio involucraba a todos los músculos accesorios; en una tomografía lineal de la ringe realizada en el hospital de envío (Fig. 1) se aprecia una neoformación subglótica que estenosa la luz laríngea de manera concéntrica a menos de la mitad de su espacio normal con aparente integridad glótica lo que justifica la ausencia de disfonía y la insuficiencia respiratoria. Se realizó traqueotomía



Fig. 1

con lo que mejoró totalmente su cuadro respiratorio.

Once meses antes la paciente presentó disnea de medianos esfuerzos, dos meses más tarde aparece estridor inspiratorio únicamente con el ejercicio, y disminución paulatina de peso que en lapso de tres meses fue de 14 kg., la disnea fue agravándose hasta hacerse de pequeños esfuerzos. En los periodos de crisis de insuficiencia respiratoria causadas por infecciones respiratorias altas ó sin motivo aparente. Se le trató como asma bronquial, en los periodos críticos con hidrocortisona y aminofilina con lo que remitía el cuadro, broncodilatadores orales de mantenimiento y, no conocemos sobre qué bases se inició terapia de hiposensibilización mediante vacunas. A pesar de esto, las crisis de insuficiencia respiratoria seguían presentándose con igual frecuencia y severidad.

Por la disminución de peso, labilidad emocional, caída del cabello, alteraciones menstrua-

les e intolerancia al calor que se presentaron, se sospechó en un síndrome de hiperfunción tiroidea; las pruebas de la función tiroidea reportaron captación elevada, al igual que las cifras de T3 y T4, TSH normal, anticuerpos antitiroideos negativos, el gammagrama tiroideo mostró una imagen glandular crecida discretamente con irregularidad en la distribución del radioisótopo en toda la glándula, sin delimitarse formaciones de tipo nodular; por lo que se integra el diagnóstico de hipertiroidismo, sin bocio detectable y se instaura tratamiento a base de metimazol lográndose en tres meses el estado eutiroideo.

Sin embargo, las crisis de insuficiencia respiratoria se modificaron y ya no respondían favorablemente con los broncodilatadores, por lo que es remitida a nuestro hospital.

En el mismo tiempo operatorio de la traqueotomía se realizó microlaringoscopia directa, se observaron todas las estructuras laríngeas normales a excepción de la subglotis que se encontraba estenosada concéntricamente a expensas de una neoplasia de consistencia firme y cubierta de mucosa pálida, extendiéndose inmediatamente por debajo de las cuerdas vocales hasta el borde inferior del cartílago cricoides. La biopsia reportó tejido inflamatorio agudo y crónico compatible con laringitis inespecífica.

La radiografía de tórax fue normal, el PPD positivo pero la baciloscopia fue negativa al

igual que la serología. La TC (tomografía computada) demostró la existencia de una neoplasia endolaríngea subglótica, cuya densidad por factores de atenuación es igual a la de los tejidos circunvecinos, que respeta la glotis y los cartílagos laríngeos, confinada exclusivamente a la región subglótica, estenosando la luz de la misma de manera concéntrica, la glándula tiroides normal (Fig. 2).

La falta de antecedentes de traumatismos internos o externos de la laringe, radiación de la zona, diabetes mellitus o estados de inmunosupresión que pueden condicionar una estenosis subglótica, la probabilidad diagnóstica se reduce a la de una masa tumoral de origen infeccioso o neoplásico. Para la integración del diagnóstico definitivo se requería de un espécimen de biopsia adecuado, por lo que se realiza una segunda microlaringoscopia directa y toma de biopsia la misma que reportó nuevamente inflamación crónica inespecífica. Entonces se decide tomar una biopsia a cielo abierto mediante laringofisura, se realizó una resección submucosa amplia de la neoplasia, el reporte histopatológico fue escleroma respiratorio. Se colocó un tutor interno endolaríngeo y se administraron corticoides sistémicos, iniciándose tratamiento específico a base de tetraciclina 2 gr diarios y ciclofostamida 200 mg diarios.

Por intolerancia al tratamiento manifiesta por síntomas de



Fig. 2

irritación gástrica, caída abundante del cabello y disminución de peso, se cambia la terapéutica a trimetoprim con sulfametoxazol asociada a cefalexina; en cuatro semanas se retiró la férula endolaríngea, y en diez meses de tratamiento ininterrumpido, y previa la confirmación endoscópica de la permeabilidad de la vía aérea, así como de la negatividad histológica de la actividad de la enfermedad, se procedió a retirar la cánula endotraqueal. Medio año más tarde de la decanulación la paciente ha permanecido asintomática y realiza una vida normal; secundario a su cirugía presenta disfonía estacionaria que se espera corregir mediante rehabilitación foniatría.

COMENTARIO

En la historia natural del escleroma respiratorio hay tres estadios: estadio exudativo o catarral caracterizado por inflamación de las mucosas, rinorrea mucopuru-

lenta y formación de costras; el segundo estadio en el que se forman granulomas, en este periodo es más probable que la biopsia revele la clásica histopatología y los cultivos más aptos de ser positivos; en el tercer estadio los granulomas se forman fibrosos y forman un tejido cicatricial.^{1, 6, 7, 8.}

La mayoría de pacientes presentan síntomas muchos años antes de consultar al médico y consisten en: obstrucción nasal, rinorrea, epistaxis periódica, deformaciones cicatriciales endonasales y de otros sitios de los pasajes aéreos.^{3, 7, 8, 9} La invasión laríngea no es rara y si no se trata puede producir una obstrucción de la vía aérea tal que pueda requerir traqueotomía.^{1, 2, 3, 10} Se pueden presentar alteraciones de la emisión vocal, disnea de esfuerzo y estridor que puede ser interpretado como asma o infección traqueobronquial crónica.^{5, 9, 10, 11}

En el caso propuesto la paciente jamás presentó disfonía a



Fig. 3:

diferencia de las series consultadas en la literatura por autores tales como Hollinger, Agarwal en Egipto al igual que Taha, y Murphy en Africa occidental, así como la casuística de nuestro hospital (no editada) en que muestran que la disfonía es un síntoma siempre presente en el escleroma laríngeo; sin embargo, el haberse presentado con crisis asmátiformes y disnea progresiva nos habla de un compromiso del pasaje aéreo laríngeo que respeta la glotis.

El hallazgo laríngeo más característico es una estenosis subglótica circunferencial que en los estadios tempranos puede de similar neoplasias ulceradas u otras enfermedades granulomatosas^{1, 2, 3, 10, 13}

Debe establecerse un diagnóstico diferencial con tuberculosis, actinomicosis y sífilis que son las enfermedades granulomatosas de etiología bacteriana que más afectan al tracto respiratorio superior, y de etiología micótica tales como la histoplasmosis, blastomicosis y paracoccidioidomicosis, en-

fermedades idiopáticas o autoinmunes, como la granulomatosis de Wegener, granuloma letal de la línea media y sarcoidosis. Las neoplasias malignas, sobre todo si ulceran, pueden aparecer como granulomatosis en el tracto respiratorio superior^{1, 3, 6, 8, 11}

El cuadro clínico es únicamente sugestivo, carente de especificidad. El material de biopsia en los estadios tempranos de la enfermedad puede únicamente revelar cambios inflamatorios inespecíficos. El cuadro histopatológico clásico es un infiltrado de células plasmáticas, linfocitos e histiocitos vacuolados; los cuerpos de Russell y leucocitos polimorfonucleares pueden también ser observados —los cuerpos de Russell no son específicos y pueden ser observados en otras enfermedades en las que haya infiltrado de células plasmáticas—. Se puede también ver fibrosis en varios grados^{1, 6, 7, 8, 9}

En estadios avanzados en que el tejido cicatricial es abundante es muy difícil obtener un material de biopsia concluyente. La biopsia, sea para cultivo o para tinción específica, es el método diagnóstico más confiable que se dispone en la actualidad^{1, 6, 7}

Dentro de las pruebas serológicas por medio de la fijación del complemento se pueden detectar títulos de anticuerpos específicos además que evalúa el estado de la inmunidad humoral en éstos pacientes¹⁴. La conversión a una reacción negativa ha sido rela-

cionada como regresión de las lesiones, muchos autores consideran esta prueba únicamente como coadyuvante en el diagnóstico y no confirmatoria^{1, 7}. La fijación del complemento está sujeta a muchas variables, la carencia de un antígeno uniforme y los falsos negativos son limitaciones^{1, 7, 14}, en la técnica de la inmunoperoxidasa la necesidad de anticuerpos de alta especificidad parece ser la mayor desventaja¹⁵.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Stiernberg, C.; Clark, W.: Rhinoscleroma — a diagnostic challenge—. *Laryngoscope* 93: 866-870, 1983.
2. Taha, A.; Fatt-Hi, A.: Surgical management of cicatricial post-scleromatus subglottis stenosis. *J. Laryng. and Otolology* 95: 827-833, 1981.
3. Holinger, P.; Gelman, H.; Wolfe, C.: Rhinoscleroma of the lower respiratory tract. *Laryngoscope* 87: 1-8, 1977.
4. Murphy, J.: Two years of Otolaryngology in Ghana, West Africa. *Arch. Otolaryngol.* 107: 422-424, 1981.
5. Steffen, T.; Smith, I.: Scleroma — Klebsiella Rhinoscleromatis and its effects on mice—. *Ann Otol. Rhinol. Laryngol.* 70: 935-952, 1961.
6. Topozada, H.; Gaafar, M.; Sid-Ahmed, K.: The epithelium and chronic inflammatory cells in scleroma. *J. of Laryngol. Otolology* 95: 1049-1057, 1981.
7. Shum, T.; Whitaker, C.W.; Meyer, P.: Clinical update of rhinoscleroma. *Laryngoscope* 92: 1149-1153, 1982.
8. Murphy, J.P.: Ear, nose and throat — head and neck surgery in a tropical region. *Laryngoscope* 92: 61-65, 1982.
9. Caldarelli, D.D.; Friedberg, S.A.: Medical and surgical aspects of the granulomatous diseases of the larynx. *Otolaryng. Clin. North Am.* 12: 767-781, 1979.
10. Agarwal, M.S.; Samant, H.C.; Gupta, O.P.: Solitary scleroma of the larynx. *Ear, nose and throat.* 60: 315-317, 1981.
11. Yanagisawa, E.: Laryngeal subglottic stenosis in Essential Otolaryngology. *Medical Examination Publishing Co. Boston,* 432-436, 1982.
12. Krajina, Z. and Vecerina, S.: Chronic

- stenosis of the larynx in children. *J. of Laryng. and Otol.* 93: 81, 1979.
- 13.- Goldberg, S.N.; Canalis, R.F.: Rhinoscleroma as a cause of airway obstruction. *Ear, nose and throat*, 59: 145-149, 1980.
- 14.- Topozada, H.; Mazloum, H.; Malaty, R. and Yakout, Y.: The complement fixation test in rhinoscleroma. *J. of Laryng. and Otol.*, 97: 55-57, 1983.
- 15.- Gumprecht, T.F.; Nichols, P.W. and Meyer, P.R.: Identification of rhinoscleroma by immunoperoxidase technique. *Laryngoscope* 93: 627-629, 1983.
- 16.- Topozada, H.; Elsayy, R.; Malaty, R. and Dogheim, Y.: The skin window test in rhinoscleroma contacts. *J. of Laryng. and Otolog.* 98: 475-479, 1984.

Neurofibroma plexiforme del trigémino

Presentación de un caso

Dr. René CORDOVA RESENDEZ*
Dra. Cecilia RIDAURA SANZ**
Dr. Fco. HERNANDEZ MENDIOLEA***

Resumen. — Se presenta el caso de un niño de 3 años de edad con un neurofibroma plexiforme del trigémino, que fue resecado parcialmente con fines estéticos.

Este tipo de tumor es considerado patognomónico de una neurofibromatosis múltiple (enfermedad de von Recklinghausen), sin embargo, en este paciente, no se detectaron otras alteraciones que confirmaran la participación sistemática y por lo tanto se considera como una forma frustrada.

Summary. — The authors present a case of a three years old patient with diagnosis of plexiform neurofibroma of the infraorbital nerve. This diagnosis is considered a partial expression of a Von Recklinghausen disease.

INTRODUCCION

La neurofibromatosis es una enfermedad hereditaria autosómica dominante con un grado variable de penetrancia y con un 50% de mutaciones espontáneas.¹ Está incluida, dentro de las facomatosis, que son enfermedades en las que se encuentran asociadas anomalías neurológicas con defectos congénitos de la piel y huesos.² Se caracteriza por varias manifestaciones clínicas, de las cuales la

más relevante es la presencia de neurofibromas plexiformes.^{1, 2, 3} En los casos en que se encuentran neurofibromas sin otros datos de la enfermedad sistémica se les denomina Formas Frustradas (Forme Frustrée).^{2, 3, 4}

Debido a que el neurofibroma plexiforme se considera patognomónico de von Recklinghausen, nosotros juzgamos interesante la presentación del caso de un niño de 3 años de edad con un neurofibroma plexiforme del trigémino, que no ha presentado otros signos de la enfermedad sistémica y al cual lo hemos denominado como forma frustrada. En la literatura consultada existe reportado un caso de asociación de neurofibroma orbitario con neurinomas acústico y del trigémino considerado como forma frustrada.⁴ Smith y Toomey en

* Médico Especialista. Servicio de Otorrinolaringología Instituto Nacional de Pediatría.

** Médico Especialista. Departamento de Patología Instituto Nacional de Pediatría.

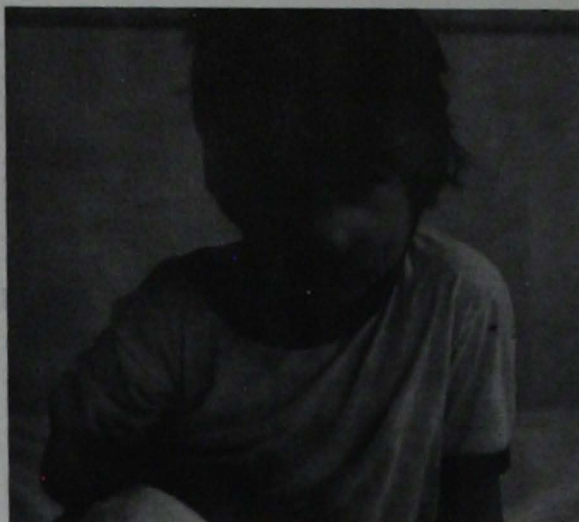
*** Residente de Otorrinolaringología del Instituto Nacional de Pediatría.

1977 y Osebol en 1979 publicaron casos de pacientes con neurofibromas plexiformes del facial, pero todos estos pacientes presentaban otros signos clínicos de la enfermedad generalizada. Nager en 1984 publica una revisión de los aspectos más sobresalientes de los neurinomas del trigémino, en la cual hacer referencia a la asociación de tumoraciones bilaterales como manifestación de neurofibromatosis, sin hacer mención de algún caso similar al que nos ocupa.

PRESENTACION DEL CASO

Masculino de 3 años de edad, referido al Instituto Nacional de Pediatría por un padecimiento de 2 años y 7 meses de evolución caracterizado por un aumento de volumen progresivo, lento y no doloroso, de la región nasogeniana izquierda.

A la exploración física se encontró una tumoración blanda, adherida a planos profundos, no dolorosa, sin datos locales de inflamación, de aproximadamente 5×3 cm de diámetro, la cual afectaba región nasogeniana, ala nasal e infiltraba surco gingivo labial y encía a nivel de la fosa canina del lado izquierdo, así como hipoestesia de hemicara izquierda (Fig. 1 y 2). El resto de la exploración se encontró dentro de límites normales. Se le realizaron estudios de laboratorio y gabinete consistentes en: biometría hemática, tiempo de protrombina, fosfata-



sa alcalina, examen general de orina y radiografía de tórax, los cuales se reportaron normales. Las radiografías de senos paranasales simples, tomografía line-

al y tomografía axial computada demostraron una tumoración sólida confinada a tejidos blandos sin datos de destrucción ósea (Fig. 3). Posteriormente se reali-



Fig. 3. RX simple en posición de Waters, donde se observa el aumento de volumen de los tejidos blandos de la hemicara izquierda, con las estructuras óseas conservadas.



Fig. 4. Células de Schwann y fibroblastos dispuestos en troncos nerviosos cortados transversalmente. H.E.

zó biopsia diagnóstica, siendo el resultado histopatológico de neurofibroma plexiforme; una vez conocido el diagnóstico se le realizaron estudios de extensión

para descartar la posibilidad de una neurofibromatosis de von Recklinghausen. Estos estudios consistieron en: potenciales evocados auditivos, electroencefalo-

grama, tomografía lineal de oídos en posición de Guillen y serie ósea, los cuales estuvieron dentro de límites normales. Así mismo se solicitó la opinión de los servicios de Endocrinología, Genética, Oftalmología y Neurología quienes no encontraron ninguna otra alteración. Al tener la seguridad diagnóstica de una forma frustrada de neurofibromatosis, se decidió realizar la resección de la tumoración con fines estéticos debido a la deformidad facial que el paciente presentaba. Durante la resección se encontró una masa de aspecto de coliflor con múltiples ramificaciones, de consistencia blanda pero firme de color amarillento, sin límites precisos, la cual estaba infiltrando tejido celular subcutáneo y músculo, adherida a hueso a nivel de maxilar y rama ascendente del mismo, así como a la arcada dentaria y tejidos blandos de la encía, logrando únicamente una resección parcial de la tumoración.

COMENTARIO ANATOMOPATOLOGICO

El tejido analizado histológicamente en la biopsia inicial está constituido por músculo estriado y tejido fibroso infiltrado por proliferación irregular de estructuras que recuerdan troncos nerviosos irregulares tortuosos y anastomosados (Fig. 4), estos troncos están formados por fibras ondulantes de células de Schwann con núcleos alargados hipercromáticos curvos y de puntas afiladas (Fig.



Fig. 5. Aspecto de las fibras ondulantes con células fusiformes de núcleos hipercrómicos. H.E.



Fig. 6. Aspecto macroscópico de la pieza resecada con "troncos nerviosos" ramificados que hacen prominencia sobre la superficie.

5). El estroma es fibrilar y laxo con áreas de aspecto mixoide. Además de los troncos hay proliferación de células de Schwann en forma difusa mezclándose con fibroblastos y disecando haces de músculo estriado. Con los datos anteriores se es-

tableció el diagnóstico de neurofibroma plexiforme basándose esto último en el aspecto de troncos tortuosos gruesos y dispuestos en red.

En la pieza de la segunda intervención presentaba prolongaciones digitiformes blan-

quecinas ramificadas y con un diámetro hasta de 5 cm y que semejan nervios irregularmente engrosados (Fig. 6). Histológicamente presentaba la misma morfología que la biopsia previa. No había datos de malignidad tales como atípias, pleomorfismo y mitosis.

El aspecto macroscópico de esta lesión es característico de la forma plexiforme de neurofibroma.

COMENTARIO

EL neurofibroma plexiforme, tumor infiltrante de gran tamaño, es considerado como patognomónico de la enfermedad de von Recklinghausen.^{1, 3} Es un tumor que generalmente aparece en la niñez y adolescencia.^{1, 8} Se encuentra asociado a otros estigmas de la enfermedad generalizada, siendo la más frecuente las manchas café con leche, que siempre están presentes desde el nacimiento, y que son sugestivas de la enfermedad cuando se encuentran en número mayor de 5 ó 6 y con un diámetro superior a los 0.5 cm.^{1, 7} Otras alteraciones mencionadas son: afectación de las raíces de los pares craneales y de los nervios espinales, presencia de otros tipos de tumores de origen neural, entre los que destacan los neurinomas, gliomas del nervio y quiasma óptico, meningiomas, astrocitomas, ependinomas y feocromocitomas.^{3, 5, 6, 7, 9} malformaciones congénitas a nivel óseo del tipo de la pseudoartro-

sis de la tibia, quistes en huesos largos, escoliosis, macrocefalia y malformaciones del ala mayor del esfenoides.^{1, 5, 7}

En los casos en que se encuentra un neurofibroma plexiforme sin asociación con otros signos de la enfermedad sistémica, se le ha considerado como forma frustrada de von Recklinghausen,^{2, 3, 4} siendo la cirugía el único tratamiento posible ya que no responden a las otras formas usuales de manejo, aunque es cuestionable la resección quirúrgica, por ser tumores infiltrantes y con tendencia a recidivar. Los parámetros aceptados para decidir la resección quirúrgica, son la presencia de dolor, interferencia con la función, deformidades importantes y en aquellas masas cuyo crecimiento rápido haga sospechar una transformación maligna.^{5, 6, 7, 8}

La malignización de estas neoplasias en niños es difícil de determinar y existe controversia en los diferentes autores. Mientras que el porcentaje global es esti-

mado entre el 2 y el 29%,⁵ existen autores que reportan un grado de malignización de hasta un 13%² y otros que afirman que esta degeneración maligna es rara.⁵

Es importante mencionar que por el sitio de implantación y las manifestaciones clínicas de hipoestesia en hemicara izquierda, se consideró que el origen de la tumoración provenía de la 2a. rama del trigémino, descartándose razonablemente la implicación del VII par, ya que la función motora se encontraba respetada. El diagnóstico topográfico precisó únicamente es posible realizarlo cuando se identifica una de las raíces gruesas del nervio de origen, ya sea en su agujero de salida del endocráneo o dentro del mismo.^{4, 6, 8, 9}

Nosotros creemos que el caso de nuestro paciente es una forma frustrada de von Recklinghausen ya que, tal y como se describe en la literatura mundial no se encontraron otras

anomalías típicas de la enfermedad tanto en la revisión clínica como en los estudios de extensión efectuados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Vincent M.R.: Fisiopatología de la Neurofibromatosis. J. Am. Acad. Dermatol. 3:157-166, 1980.
- 2.- Harkin, J.C., Reed R.J.: Tumors of the Perypheral Nervous System. Atlas of Tumor Pathology 67-97 Armed Forces Institute of Pathology. Bethesda Maryland. 1969.
- 3.- Eizinger E.M., Weiss S.W.: Soft Tissue Tumors. 606-615. The C.V. Mosby Company. St. Louis Missouri. 1983.
- 4.- Hidestoshi, K., MD. y Cols.: Forme Frustrada de von Recklinghausen's Disease: Unilateral Association of an orbital Neurofibroma a trigeminal Neurinoma, and an Acoustic Neurinoma. Neurosurgery 18 2: 207-211, 1986.
- 5.- Holt J.F.: Neurofibromatosis in Children. Am. J. Roentgenol 13:615-639, 1978.
- 6.- Osebold W., MD., Moore K.C.: Plexiform Neurofibroma Infiltrating the Facial Nerve. Arch. Neurol. 36:35-37, 1979.
- 7.- White A.K., MD, Smith R.J., MD.: Head and Neck Manifestations of Neurofibromatosis. Laryngoscope 96: 732-737, 1986.
- 8.- Smith, R.F., Tooney J.M., Snyder, G.G.: Facial Plexiform Neurofibroma. Laryngoscope 87:2101-2106, 1977.
- 9.- Nager, G.T.: Neurinomas of the Trigeminal Nerve. Am. J. Otolaryngol. 5:301-333, 1984.

Calendario de actividades Académicas SMORLCCC

Mesa Directiva 1987-1988

ENERO 1988

"Sesión Solemne SMORLCCC"

Fecha: 5 de Enero de 1988.

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

"Curso de Correlación 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 Hospital Español.

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.

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.

"Curso de Rinoplastia y Cirugía Plástica Facial"

Profesores: Dr. Samuel Rosete Pérez.

Dr. Fosse Abbud Neme

Fecha: Del 16 al 20 de Marzo de 1988.

Sede: Hotel María Isabel Sheraton.

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

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.

Notas e Informaciones

CONVENTUS

XXVII Conventus de la Societas O.R.L. Latina en Palma de Mallorca, España, del 12 al 14 de mayo de 1988. Sobre el tema: PARES CRANEALES, EXCEPTO EL VIII. Comunicaciones sobre este tema y sesiones de trabajo especiales dedicadas a: 1. Nervio olfatorio, 2. Patología de la base del cráneo y pares craneales, 3. El facial sensitivo y sensorial. Para mayores informes, dirigirse al secretario en Av. Diagonal No. 436, ENTLO. 08037 Barcelona, España.

OTONEUROLOGIA

Del 17 al 20 de marzo de 1988 se efectuará el XV Congreso de la Sociedad de Neurootología y Equilibrio que se desarrollará en Bad Kissingen, Alemania Occidental sobre los temas de Vértigo, náusea, acúfenos e hipoacusia en las enfermedades metabólicas. Informes. Prof. Claus F. Clausen/Kurhausstr 12, D8730 Bad Kissingen, F.R.G., Alemania.

RINOLOGIA

La Sociedad Rinológica Europea cumple 25 años y celebra su XII Congreso del 19 al 22 de junio de 1988, además del 22 al 25 de junio se llevará a cabo un curso de cirugía nasal y sinusal. Mayores informes: Prof. D.F.H. Huizing. Dep. ORL Hospital Universitario de Utrech. P.O. BOX 16250, 3500 CG UTRECHT, Holanda.

ENDOSCOPIA

Durante los días 29 y 30 de abril de 1988, tendrá lugar en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de la santa Creu i Sant Pau de Barcelona (Director: Dr. P. Abelló) unas **JORNADAS DE FIBROENDOSCOPIA EN O.R.L.** Para información dirigirse a la Secretaría del Servicio de O.R.L. —Hospital de Sant Pau— Av. Sant Antoni M. Claret, 167 — 08025 BARCELONA.

QUO VADIS OTOLOGIA?

En Cancún Q.R. se celebrará del 6 al 11 de diciembre de 1987 la Conferencia Internacional de la Sociedad Politzer, el número y calidad de los profesores que acuden a la reunión es verdaderamente impresionante, habrá durante la reunión 8 conferencias, como por ejemplo, Fisiopatología del Vértigo, Conceptos actuales de la Biofísica de la Conducción Sonora, Fisiopatología del Acúfeno, Fibroscopía de la Trompa de Eustaquio etc. También se efectuarán 4 paneles diarios con múltiples temas de interés otológico y muchos trabajos libres. La mañana de un día será dedicada al programa de la Sociedad Neuro-otológica Americana y el día 9 será dedicado completamente para visitar Chichen Itza. Informes con el Dr. Jorge Corvera en Durango 46-601, México, D.F.

El Comité Organizador del XXXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, envía la presente convocatoria para la inscripción de trabajos libres en el Congreso Nacional; para tal efecto, el trabajo completo deberá ser presentado al comité organizador, incluyendo un resumen del mismo en la hoja de inscripción anexa, siendo la fecha límite de entrega, el 28 de febrero de 1988.

Los trabajos que se deseen inscribir al concurso, deberán enviarse con 5 copias además del ejemplar original y el resumen descrito en la hoja de inscripción, pudiendo escoger entre las siguientes opciones:

- a) Mejor trabajo clínico en otorrinolaringología.
- b) Mejor trabajo de investigación en otorrinolaringología.
- c) Mejor trabajo otorrinolaringológico elaborado por médico residente.
- d) Exposición científica (varias modalidades).

1. Podrá concursar todo médico otorrinolaringólogo y residente que ejerza la profesión dentro del territorio nacional y que se encuentre inscrito en el Congreso.
2. El trabajo deberá ser leído durante el Congreso por el autor principal o alguno de los coautores.
3. El trabajo deberá ser inédito e inscrito para su presentación en el Congreso mediante el llenado de la solicitud especial para tal efecto.
4. Para poder concursar, deberá entregarse el trabajo completo y el resumen por quintuplicado en la sede de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, eliminando los nombres de los autores y de las instituciones donde se elaboraron.
5. La fecha límite para inscribir los trabajos será el 28 de febrero de 1988.
6. En el concurso para el mejor trabajo elaborado por mé-

dico residente, tanto el autor principal como los coautores deberán ser médicos residentes en otorrinolaringología en el momento de inscribir el trabajo.

7. Los premios serán indivisibles y no podrán declararse desiertos.
8. El fallo será dado por un jurado calificador nombrado por el comité organizador del Congreso y será inapelable.
9. Quedarán excluidos para participar en los concursos los presidentes y vice-presidentes del Congreso y de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, así como los miembros del comité científico del Congreso.
10. Los nombres de los ganadores de los premios, serán dados a conocer por el comité científico y por un representante de quienes lo otorgan y serán entregados durante la ceremonia de Entrega de Premios del Congreso.

**LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CCC
LA ACADEMIA AMERICANA DE CIRUGIA PLASTICA Y
RECONSTRUCCION FACIAL**

ANUNCIAN:

CURSO INTERNACIONAL

RINOPLASTIA Y CIRUGIA PLASTICA FACIAL

16-20 DE MARZO DE 1988

PROFESORES TITULARES

DR. FOSSE ABBUD

DR. SAMUEL ROSETE

PROFESORES INVITADOS

**DR. WALTER BERMAN
BEVERLY HILLS, CAL.**

**DR. GEORGE BRENNAN
NEWPORT BEACH, CAL.**

**DR. GAYLON McCOLLOUGH
BIRMINGHAM, AL.**

SEDE: HOTEL MARIA ISABEL SHERATON

INFORMES: INCENTIVOS Y CONVENCIONES

TEL. 550-9677

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

TEL. 543-9363



Acapulco 88

**XXXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO**

30 DE ABRIL AL 5 DE MAYO DE 1988

PROFESORES EXTRANJEROS INVITADOS:

**DR. RYAN CHANDLER
DR. IVO PITANGUY**

**DR. MALCOLM D. GRAHAM
DR. ROBERT SIMONS**

**CURSOS PRECONGRESO
MESAS REDONDAS
SIMPOSIA
CONFERENCIAS
TALLERES
MINICURSOS
TRABAJOS LIBRES**

**EXPOSICION CIENTIFICA
EXPOSICION COMERCIAL
EVENTOS SOCIALES
ACTIVIDADES CULTURALES Y
DEPORTIVAS
PROFESORES INVITADOS
NACIONALES Y EXTRANJEROS**

HOTEL SEDE: ACAPULCO PLAZA

PRESIDENTE: DR. JOSE ANGEL GUTIERREZ MARCOS

INFORMES E INSCRIPCIONES:

SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

**EUGENIA 13-403 COL. NAPOLES
TEL. 543-9363**

**DR. VICTOR E. VERA MARTINEZ
789-1930**

**DR. ENRIQUE AZUARA PLIEGO
655-2838 655-7338**

CONSEJO MEXICANO DE
OTORRINOLARINGOLOGIA, A.C.

CONVOCATORIA

EXAMEN DE INGRESO

SEDES:

MEXICO, D.F.
MONTERREY, N.L.

15, 16 y 17 de Febrero de 1988

FECHA LIMITE DE INSCRIPCION: NOVIEMBRE 21 DE 1987

INFORMES E INSCRIPCIONES

Eugenia 13—403, Col Nápoles, C.P. 03810 México, D.F.
TELEFONO: 543-93-63

DIRECTORIO DE ANUNCIANTES

ALCON OFTASA	ORLACEF <i>Antibiótico</i>
AMERICAN OVERSEAS	ALERFRIN <i>Vasoconstrictor</i>
MAICO	AUDIOMETROS PORTATILES.
ASTRA CHEMICALS	IMPEDANCIOMETRO AUTOMATICO
BEECHAM FARMACEUTICA	PENGLOBE <i>Antibiótico</i>
	FLOXAPEN <i>Antibiótico</i>
	FLOXAPEN <i>Antibiótico</i>
BURKISA COM. INT.	SISTEMAS AUDITIVOS
DEWIMED	INSTRUMENTAL DE MICROCIROGIA
ENDOSCOPIA E INTS.	ENDOSCOPIOS STORZ
LEPETIT LAB.	EKILID, RIFADIN, LESTEROL, PLASIL, RIFAPRIM, TELDANE
FARM LAKESIDE	NUEVO LAMPION <i>Antibiótico</i>
MANUFACTURAS DOMINGO	INSTRUMENTAL MICROQUIRURGICO
MICROTECNICA QUIRURGICA	INSTRUMENTAL QUIRURGICO
NICOLET INSTR.	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS
PRODUCTOS ROCHE	BACTRIM <i>Bactericida</i>
PROMECO	MUCOSOLVAN <i>Recuperación capacidad respiratoria</i>
ROHNE POULENC PHARMA	KEDURIL <i>Antibiótico</i>
SANFER	PENBRITIN <i>Infecciones respiratorias</i>
SCHERAMEX	DIPROSPAN <i>Corticoide inyectable</i>
	TRINALIN <i>Anticongestivo</i>
TRAVENOL	INSTRUMENTAL DE ALTA CALIDAD

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

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

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

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

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

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

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)

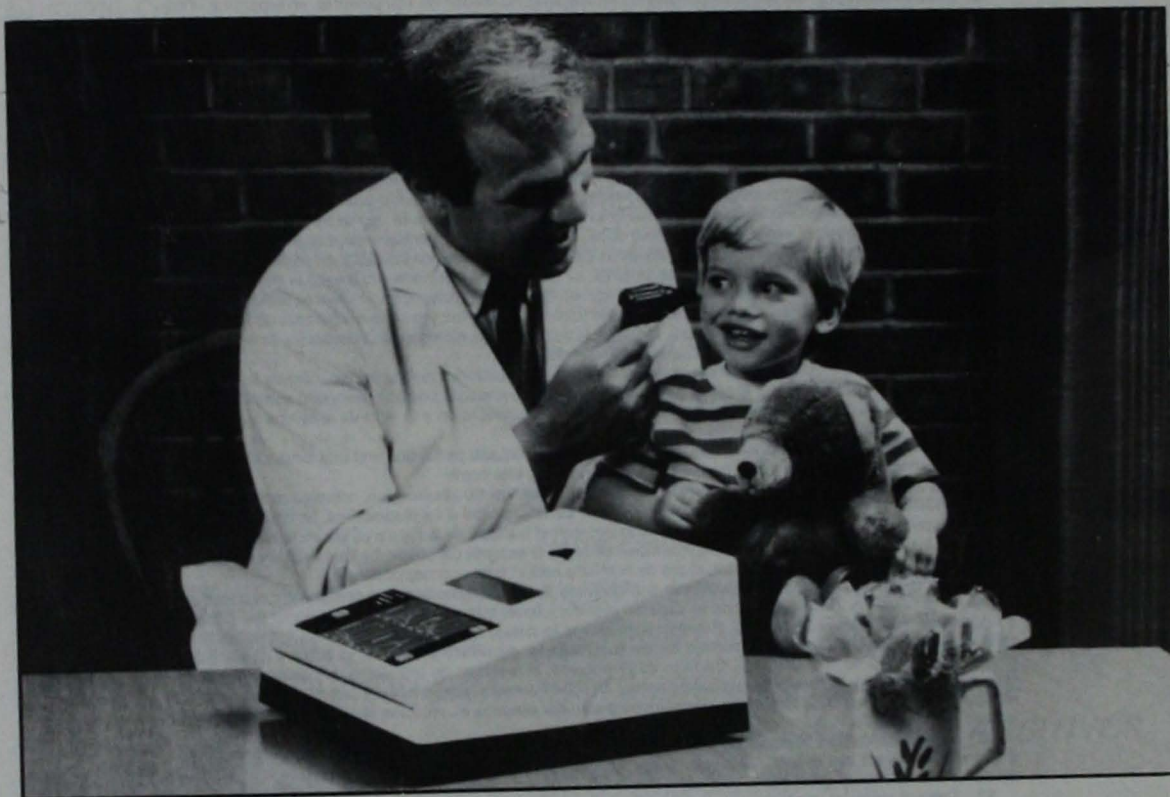
México \$25,000.00 M.N.

América, España y Portugal \$ 50.00 Dls. U.S.A.

Otros países \$ 50.00 Dls. U.S.A.

TIMPANOMETRIA EN UN SEGUNDO

EL IMPEDANCIOMETRO AUTOMATICO TA-7A
es ideal para uso en oficina de doctor,
clínica pediátrica o escuela



- Timpanometría en un segundo con exámen de reflejo acustico en cinco segundos
- Resultados digitales

 **TELEDYNE AVIONICS**
Medical Products

- Grabación en papel de los resultados
- Sonda automática
- Se puede conectar a computadora

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

REPRESENTADOS EN LATINOAMERICA POR:

AMERICAN OVERSEAS TRADING CORP.

Phone (504) 488-1311

4619 S. Carrollton Ave.
New Orleans, LA 70119

Telex: 682-12-78

NO SE NOTAN

Tecnología electrónica derivada de la era espacial ha permitido la fabricación de minúsculos auxiliares auditivos intracanal que prácticamente no se notan.

Ahora en México, COMAUDI (Comunicación Audiológica) pone a su disposición las prótesis intracanal e intraural con la garantía de TELEX COMMUNICATIONS, INC..



TELEX es pionero en la manufactura de auxiliares electroacústicos y líder en la industria, con sus Sistemas Auditivos por Frecuencia Modulada y CROS inalámbricos. Los auxiliares TELEX son recomendados por la Clínica Mayo de Rochester, Minnesota.

COMAUDI garantiza los aparatos, con personal calificado y los equipos de pruebas más modernos, brindando un servicio rápido, cortés y eficiente, tanto para el médico como para sus pacientes.

COMAUDI cuenta con todo tipo de auxiliares auditivos:

RETROAURICULAR, INTRAURAL e INTRACANAL

También contamos con varios productos NUEVOS en nuestro país, incluyendo:

SISTEMA AUDITIVO POR FRECUENCIA MODULADA:

Mejoran la comunicación del paciente hipoacúsico. Consiste en un micrófono con transmisor inalámbrico que manda una señal en FM al receptor. La voz llega directamente al oído sin interferencia del ruido ambiental.

AUXILIAR VIBROTACTIL TELEX KS 3/2:

Basado en un microchip de computadora, el TELEX KS 3/2 es lo más avanzado de la nueva generación de aparatos vibrotáctiles. Representa una alternativa no quirúrgica para el paciente anacúsico.

OIR ES VIVIR



Patriotismo 706 México D.F. 03730 Col. Mixcoac
563-3447 y 563-5354

Distribuidor exclusivo de:

TELEX




ROCHESTER, MINNESOTA


Mucosolvan®


En bronquitis aguda y crónica...

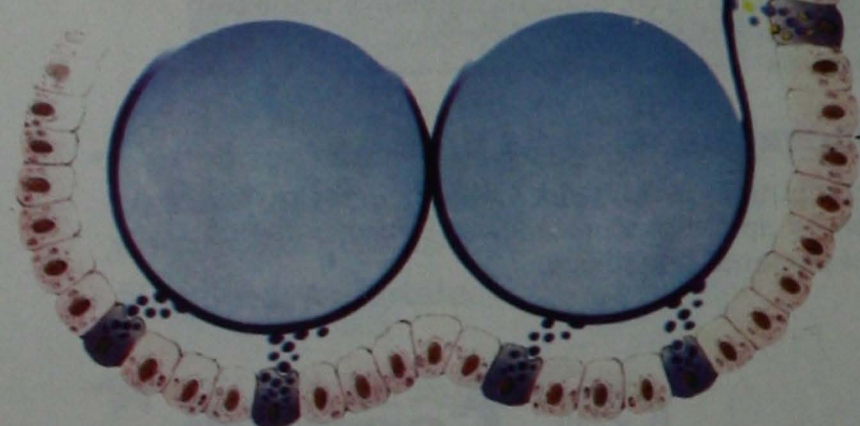
Acción multifactorial
Estimula la producción del
surfactante

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 del 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 Asmático, Asma Bronquial, Bronquiectasias, Rinitis, Sinusitis, Laringitis, Neumonías, Bronconeumonías, Atelectasia por Obstrucción Mucosa, Traqueostomías y Pre y Post-Operatorio en especial en Cirugía Geriátrica.

FORMULAS

Solución c/100 ml. Clorhidrato de Ambroxol, 0.300 g. Comprimidos Clorhidrato de Ambroxol, 0.030 g. Solución Iny. C/Amp/la, 2 ml. Clorhidrato de Ambroxol, 0.015 g.

ADMINISTRACION Y DOSIS

MUCOSOLVAN® SOLUCIÓN: Adultos: Los dos o 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 ampollita I.M. o I.V. cada 8 horas. Niños menores de 2 años: ½ ampollita cada 12 horas I.M. o I.V. Niños de 2 a 5 años: ½ ampollita cada 8 horas I.M. o I.V. Niños mayores de 5 años: 1 ampollita 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 vómito.

INTERACCION 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, corticosteroides y broncodilatadores. MUCOSOLVAN® Inyectable puede ser administrado en venoclisis mezclada en 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 y Cefazolina. Las soluciones obtenidas con otros antibióticos, por no ser alcalinas con compatibles como: Cefoxitina, Gentamicina, Tobramicina, Streptomina, Amikacina, Kanamicina, Tiamfenicol y Carbenicilina.

PRESENTACIONES

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



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

AUDIOMETROS PORTATILES MAICO



MA-41

Conducción aérea con conducción ósea y logo. El mejor de los modelos portátiles. Con vibrador óseo B-71. Puede ser usado con equipo opcional de campo libre.



MAICO

Los Audiómetros Portátiles Maico MA-39, MA-40 y MA-41 le ofrecen lo mejor de dos mundos. La exactitud de un audiómetro de oficina, dentro de un audiómetro portátil en una maleta liviana.

MA-39

Conducción aérea, construido para exámenes precisos pero muy portátil.

De fácil calibración, indicadores digitales de lectura fácil, presentación automática pulsada y atenuador electrónico.

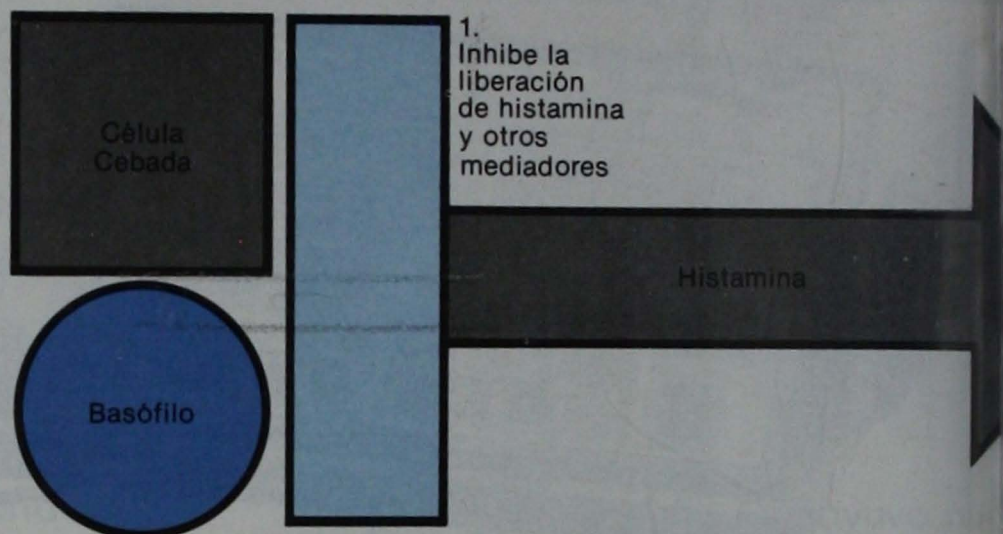
MA-40

Conducción aérea y ósea, versatilidad total para médicos, escuelas e industria. Con vibrador óseo B-71 y enmascarador de banda angosta.

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

AMERICAN OVERSEAS TRADING
4619 Carrollton Avenue • New Orleans, Louisiana 70119
(504) 488-1311

Triple sitio de acción contra la congestión



- Antihistamínico/descongestivo con pruebas de laboratorio publicadas sobre su triple sitio de acción.

1. Inhibe la liberación de histamina y otros mediadores; acción adicional demostrada con maleato de azatadina en modelos "in vitro" e "in vivo"^{1,2}
2. Bloquea los receptores de histamina para reducir la respuesta alérgica.
3. Estimula la vasoconstricción para aliviar la congestión.

- Alivio eficaz de la congestión y síntomas respiratorios superiores debido a alergia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- G. Welpl M.D. and E. H. Mauracher, M.D.
The use of Azatadine Maleate-Pseudoepedrine sulfate in Relieving symptoms of Allergic Rhinitis. Current therapeutic research Vol. 32, No. 5 Nov. 1982
- 2.- Naclerio R.M., Meler, H.L., Kagey-Sobolka, A., Norman, P.S. y Lichtenstein: In vivo Model for the evaluation of topical antiallergic medications. Arch. Otolaryngol Vol. 110 pag 25-27, 1984.

NUEVO

TRINALIN^{MR}

REPETABS^{MR}
JARABE

(Maleato de azatadina y sulfato de pseudoefedrina)

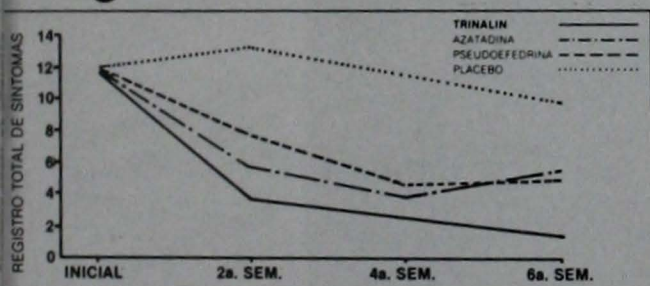
2. Bloquea los receptores de histamina

Histamina

Mucosa nasal

3. Vasoconstricción: para aliviar la congestión

También eficaz para aliviar la congestión debida al resfriado.



Registro total de síntomas en 41 pacientes con rinitis alérgica durante seis semanas de tratamiento con azatadina, pseudoefedrina y TRINALIN, en comparación con placebo.³

- Eficacia significativa en rinitis alérgica perenne demostrada durante más de seis semanas de tratamiento.³
- Efectividad significativa en rinitis alérgica aguda demostrada en el momento crítico de la estación alérgica.
- Pocos efectos secundarios—algunos pacientes informaron somnolencia ligera a moderada.
- Sencilla dosificación—dos veces al día.

Acción por acción,
síntoma por síntoma:

TRINALIN^{MR} REPETABS^{MR}
JARABE
(Maleato de azatadina y sulfato de pseudoefedrina)

TRINALIN^{MR} REPETABS^{MR} JARABE

(Maleato de azatadina y sulfato de pseudoefedrina)
Antihistamínico-descongestivo de Acción prolongada.

FORMULA: TRINALIN REPETABS grageas contiene 1mg de maleato de azatadina en la cubierta externa de la gragea y 120mg de sulfato de pseudoefedrina distribuidos en partes iguales entre el revestimiento externo y el núcleo central de la gragea.

TRINALIN JARABE contiene en cada 5ml, 1mg de maleato de azatadina y 30mg de sulfato de pseudoefedrina.

ACCIONES: El maleato de azatadina es un antihistamínico de acción prolongada, con propiedades antiserotónicas y anticolinérgicas.

La pseudoefedrina, es un vasoconstrictor oral que produce un efecto descongestivo gradual y sostenido, de la mucosa de las vías respiratorias superiores.

INDICACIONES Y USO: TRINALIN está indicado para el alivio de síntomas de congestión de la mucosa de las vías respiratorias superiores, tales como rinitis alérgica perenne o estacional, catarro común, etc.

DOSIS Y ADMINISTRACIÓN: TRINALIN JARABE.

Niños de 6 a 12 años de edad: Una cucharadita 5ml dos veces al día, una por la mañana y otra al acostarse.

Se pueden administrar simultáneamente analgésicos o antibióticos, o ambos, cuando ello esté indicado.

TRINALIN REPETABS: La dosis usual para el adulto es una gragea, dos veces al día, una por la mañana y otra por la noche.

No existe experiencia sobre el empleo de TRINALIN REPETABS, grageas, en niños menores de 12 años.

INTERACCIONES CON OTRAS DROGAS: Los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) prolongan e intensifican el efecto de los antihistamínicos. El uso simultáneo de antihistamínicos con alcohol, agentes antidepresivos tricíclicos, barbitúricos u otros depresores del sistema nervioso central puede potenciar sus efectos. Los antihistamínicos pueden inhibir la acción de los anticoagulantes orales.

REACCIONES SECUNDARIAS: Los efectos secundarios más comunes son: sedación, somnolencia, mareos, falta de coordinación, malestares epigástricos y espesamiento de las secreciones bronquiales.

CONTRAINDICACIONES: TRINALIN no debe ser administrado a recién nacidos y prematuros, a mujeres que se hallen amamantando, pacientes con glaucoma de ángulo estrecho o con retención urinaria y en enfermos bajo tratamiento con inhibidores de la MAO, pacientes con hipertensión, enfermedad grave de las arterias coronarias, hipertiroidismo o en aquellos que han demostrado hipersensibilidad o reacciones de idiosincrasia natural a los componentes del producto y a agentes adrenérgicos.

PRECAUCIONES: TRINALIN debe ser usado con precaución en pacientes con glaucoma, úlcera péptica estenosante, obstrucción piloro-duodenal, hipertrofia prostática o estrechez del cuello de la vejiga, enfermedades cardiovasculares, o en aquellos con presión intraocular aumentada o con diabetes mellitus.

Los pacientes mayores de 60 años, son más propensos a presentar reacciones adversas a los simpaticomiméticos.

TRINALIN JARABE no se recomienda para usarse en niños menores de 6 años de edad.

USO DURANTE EL EMBARAZO: La seguridad del uso de este producto durante el embarazo no ha sido establecida.

PRESENTACIÓN:

TRINALIN REPETABS: Caja con 15 grageas
TRINALIN JARABE: Frasco con 50ml

Almacénese entre 2° y 30°C.

Manténgase fuera del alcance de los niños

Este medicamento contiene un antihistamínico no debe darse a niños menores de 12 años ni a mujeres lactando. No debe tomarse con medicamentos tranquilizantes del Sistema Nervioso ni con bebidas alcohólicas.

Reg. Nos. 178 y 179 M87 S.S.A.

Literatura exclusiva para médicos
Su venta requiere receta médica
I. Méd. NGE-1167/J

Ave 23587 TRN

Scheringmex

Scheringmex, S.A. de C.V.
Av. 16 de Septiembre No. 301
Xochimilco, D.F.

NUEVO

La Ampicicin*

La

ampicilina

Lakeside*

“ La ampicilina es el antibiótico de elección para muchas infecciones... ” *

* British National Formulary
1984

Formulación:
Cada tableta contiene 250 o 500 o 1000 mg de Ampicilina Anhidra.
Cada 5 ml de suspensión oral contiene 125 o 250 o 500 mg de Ampicilina Trihidratada. Cada frasco ampula contiene 250 o 500 o 1000 mg de Ampicilina Sódica.

Descripción:
AMPICIN® contiene ampicilina, una penicilina semisintética derivada del núcleo ácido-6-aminopenicilánico. Antibiótico de amplio espectro. Por su acción bactericida, es eficaz contra infecciones causadas por bacterias sensibles gram positivas y gram negativas.

Indicaciones:
Infecciones del aparato respiratorio: Amigdalitis, faringitis, otitis, sinusitis, bronquitis, neumonías, etc.

Infecciones del aparato digestivo: Sentería bacilar, enteritis, diarreas infecciosas, etc.

Infecciones del aparato urinario: Cistitis, uretritis, pielonefritis, etc.
Infecciones de piel, tejidos blandos, odontológicas, septicemias, meningitis, endocarditis bacteriana, etc.

Contraindicaciones:
La ampicilina está contraindicada en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a las penicilinas.

Efectos Secundarios:
Igual que con todos los antibióticos, pueden presentarse reacciones alérgicas de distinta magnitud, que se manifiestan principalmente por erupciones cutáneas y en raras ocasiones náuseas, vómito, diarrea, eosinofilia, edema, angioedema, choque anafiláctico, elevación de las transaminasas glutámico oxalacético (TGO).

Dosología:
Infecciones de vías respiratorias: 250 a 500 mg cada 6 horas. En bronquitis crónica: 1 g cada 6 horas por 7 a 10 días, según sea necesario.

Infecciones gastrointestinales: 250 a 1000 mg cada 6 horas. En shigelosis: 1-1.5 g cada 6 horas, durante 10 días, por lo menos.

Infecciones de vías urinarias: 500 mg cada 6 horas, esta dosis debe mantenerse en infecciones de vías urinarias altas durante 10 días.

En infecciones de vías urinarias bajas, 6 días como mínimo.

Dosis ponderal: 100-300 mg/kg/día, repartidos en cuatro tomas (cada 6 horas). En casos graves, las posologías pueden duplicarse sin riesgo. AMPICIN® debe administrarse entre 30-60 minutos antes de los alimentos para obtener mejores resultados. Duración del tratamiento: De 6 a 10 días.

Presentaciones:
Frasco con 20 tabletas de 250 mg
Frasco con 16 tabletas de 500 mg
Frasco con 8 tabletas de 1.0 g
Frasco para 60 ml de suspensión 125 mg/5 ml
Frasco para 60 ml de suspensión 250 mg/5 ml
Frasco para 60 ml de suspensión 500 mg/5 ml
Frasco ampula con 250 mg Agua inyectable 2 ml
Frasco ampula con 500 mg Agua inyectable 2 ml
Frasco ampula con 1000 mg Agua inyectable 5 ml
Reg. Nos. 80281, 80431 y 80441.

6 A
Distribuido en México por:
Farmacéuticos Lakeside, S.A. de C.V.
Lic. Isidro Fabela No. 1536 Nte.
030 Toluca de Lerdo, Mex.
Marcas Registradas
M. 287 - I. Med. NBE-286 J
La venta requiere receta médica.
Distribución exclusiva para médicos.

10

TABLETAS

PENGLLOBE

**OTITIS
LARINGITIS
FARINGITIS
BRONQUITIS**

y todas las demás infecciones
sensibles a la ampicilina

LA PRODRUGA



DIAS

DE
TRATAMIENTO
POR CAJA

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

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

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

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

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

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

CONTRAINDICACIONES. Hipersensibilidad a las penicilinas y a las cefalosporinas.

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

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

Su venta requiere receta médica.
Literatura exclusiva para médicos

I. Med. MFE 951/J

Penglobe bacampicilina*
Investigación original de

ASTRA
MÉDICO SUECIA

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

sin inflamación
sin fiebre



Keduril

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN: FÓRMULA: cada gragea contiene 100 mg de ketorolac sódico. Excipientes: c.p. 1 gragea. **INDICACIONES:** en enfermedades inflamatorias de vías respiratorias como amigalitis, faringitis, bronquitis asociado al tratamiento etiológico; en otomolarinología como amigdalectomías, otitis media, sinusitis y en general en todos los procesos inflamatorios, agudos o febriles. En traumatología: fracturas, contusiones, esguinces, luxaciones. En ginecología: dismenorrea, anéxitis cervicis. En cirugía: analgesia post-operativa de amigdalectomías, linfoadenitis, apendicitomías. **CONTRAINDICACIONES:** aunque las pruebas toxicológicas han sido satisfactorias, se aconseja no utilizarlo en la primera fase del embarazo y lactancia y en niños menores de 12 años. **REACCIONES SECUNDARIAS:** KEDURIL es bien tolerado; sin embargo, ocasionalmente pudieran presentarse gastralgias de tipo úlcero, náuseas y vómito. **PRECAUCIONES:** se recomienda precaución ante la presencia de antecedentes digestivos como: úlcera gástrico-duodenal, gastritis crónicas y portadores de hemia. **BIBLIOGRAFÍA:** A solicitud del médico.

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. Reg. No. 169M2 S.S.A. | MED. KEE 2442/J

KNA/A-1-86

¡Véalo de nuestra forma!

Un endoscopio debe mostrar un amplio campo de visión brillantemente iluminado y una alta resolución con colores reales.

Por eso, nosotros hacemos instrumentos a **nuestra forma, a nuestro nivel.**

Por ejemplo, nosotros fuimos los primeros en adaptar el sistema de ópticas tubulares del Profesor Hopkins. Esto hace que seamos un ejemplo a través del cual los demás son juzgados.

El nombre de **Karl Storz, ofrece absoluta confianza.** Escuchamos a algunos de los mejores endoscopistas del mundo, sus necesidades y sus sugerencias.

ENDOSCOPIA E INSTRUMENTOS,

CARRACCI N° 50
APARTADO POSTAL 19-539
C. P. 03730 MEXICO, D. F.

TELS. 563-45-20
563-81-99
TELEX 1764507 GONAME

Nos esforzamos por mejorar y conseguir el **nivel de calidad Karl Storz:** Equipos cuidadosamente fabricados, perfectamente ensamblados y terminados artesanalmente, de tal forma, que Vd. puede diagnosticar y operar con absoluta confianza.

Un programa de servicios realmente importante, con una red de distribuidores por toda la Nación.

Nuestro departamento comercial está a su disposición para cualquier consulta o información que requiera.

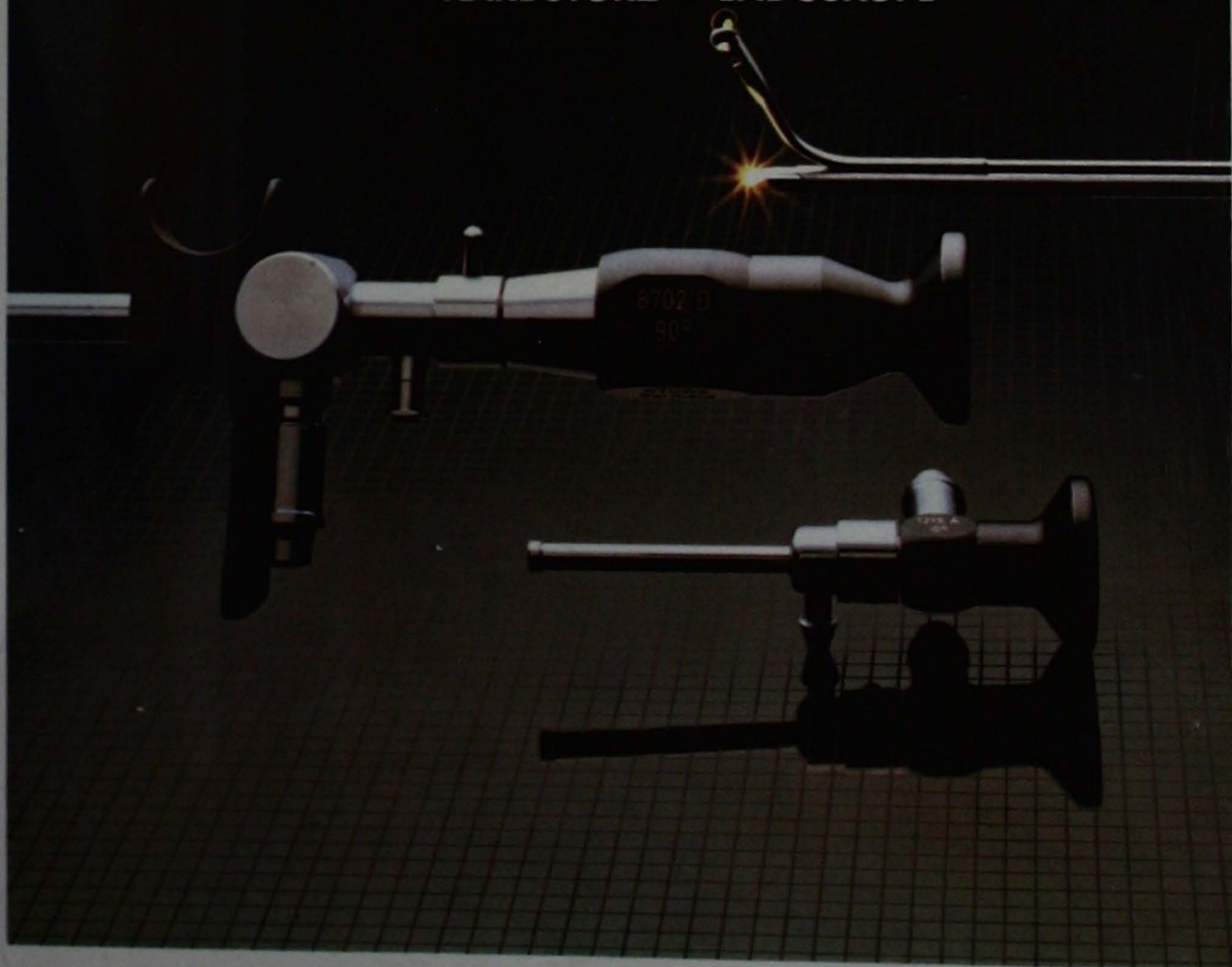
En nuestros instrumentos y nuestros servicios, **la calidad nos define.** Así es como nosotros lo vemos. **Trate de verlo de nuestra forma.**

Karl Storz GmbH & Co.
Mittelstraße 8, Postfach 4752
D-7200 Tuttlingen/Alemania
Teléfono: (07461) 7080
Telex: 762 656 storz d
Teletex: 746118
Telefax: 07461 708105

Karl Storz Endoscopy-America, Inc.
10111 W. Jefferson Boulevard
Culver City, California 90232-3578
Phone: (213) 5581500
Toll Free 800 421 0837
Within California 800 252 2008

Karl Storz Endoscopia Latino America
815 N. W. 57 Av., Suite No. 342
Miami, Florida 33126
Phone: KSLA (305) 262-8980
Telex: 510601 6506
Telefax: (305) 262-8986

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE





DEWIMED, S.A.

INSTRUMENTAL PARA MICROCIRUGIA
Y
EQUIPO MEDICO



Av. Insurgentes Sur 2047 Loc. 4. 1o. Piso. México 20, D.F. Tels. 548-67-08 y 548-20-52

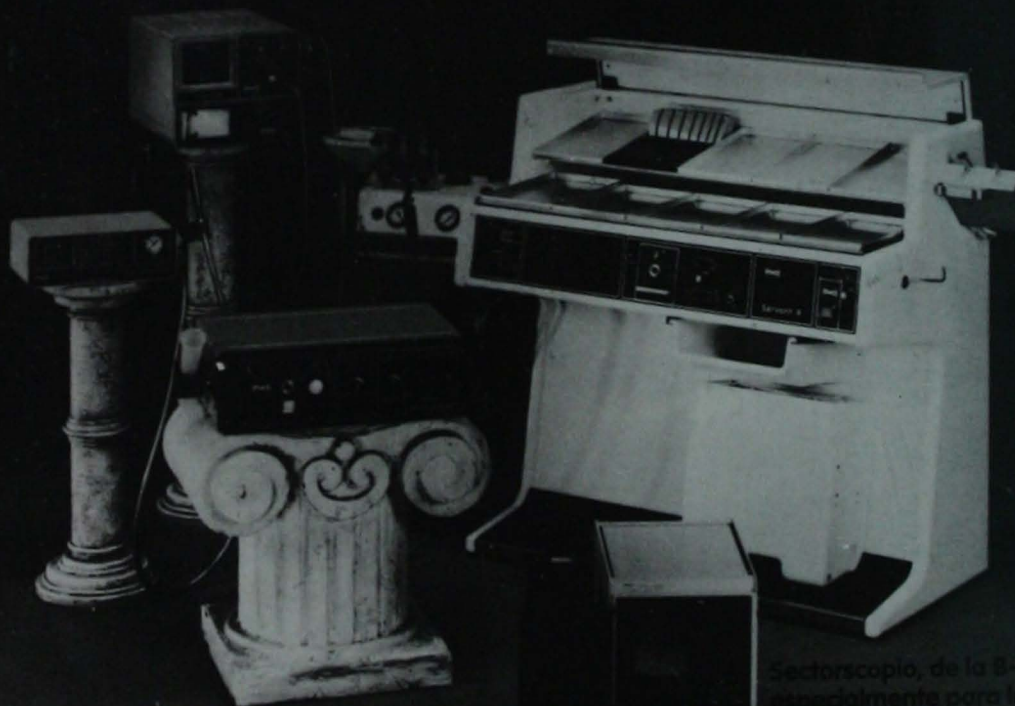
Clásicos con Futuro

*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.

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

martin

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

**CARL ZEISS
JENA**

MICROSCOPIOS PARA MICROCIRUGIA

R
RICHARDS

MICROCIRUGIA Y PROTESIS

WOLF



ENDOSCOPIA