



ANALES

DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

REVISTA TRIMESTRAL

FUNDADA EN 1949

ORGANO OFICIAL

PAGINA DEL DIRECTOR 13

LECCION MAGISTRAL

- Parálisis facial
Dr. Andrés Bustamante Balcárcel 17

TRABAJOS RETROSPECTIVOS

- La neurectomía vestibular retrolaberíntica. Cinco años de experiencia
Dr. Luis A. de J. Ortiz Armenta 23
- Valor clínico de la tomografía computarizada del seno esfenoidal
Dr. Andrés Bustamante Balcárcel y Cols. 33

PRESENTACION DE CASOS

- Neurilemoma del cuello. Presentación de un caso
Dr. Mario Barrón Soto y Cols. 56
- Quiste branquial interno. Presentación de cuatro casos
Dr. Guillermo Alonso Garza y Cols. 56
- Hiperplasia ganglionar angiofolicular de Castleman. Reporte de un caso de localización cervical
Dra. Rebeca Pérez Astorga y Cols 46
- Fibroma condromixoide del seno maxilar.
Dr. Mario Barrón Soto 51

NOTAS E INFORMACIONES 60

MEXICO, DICIEMBRE-ENERO-FEBRERO 1988 1988
VOL. ~~XXXIV~~ NUMERO 1

~~XXXIV~~






Toda la notación interna
está equivocada. Dice: Vol XXXIV!

Teldane®

(Terfenadina)

Rinitis Urticaria

El Antialérgico que Actúa Desde la Primera Hora Sin Producir Somnolencia

-  **Acción en Rinitis y Urticaria**
-  **Alivio Inmediato y Prolongado**
-  **Brinda Protección Durante todo el Día**
-  **No Produce Aumento de Peso**
-  **No Potencia la Acción de los Tranquilizantes ni del Alcohol**



INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR

- I. INDICACIONES**
Piel:
- Urticaria - Dermatitis alérgica aguda o crónica
- Reacciones alérgicas a drogas y alimentos
Aparato Respiratorio:
- Polinosis aguda-rinitis estacional, fiebre del heno, rinoconjuntivitis
- Rinitis alérgica crónica o no estacional
- Sinusitis alérgica crónica
- II. CONTRAINDICACIONES**
Pacientes con hipersensibilidad a la droga.
- III. USO EN EL EMBARAZO Y DURANTE LA LACTANCIA**
Si bien los estudios de reproducción en animales no indicaron la posibilidad de efectos adversos, la terfenadina - como la mayoría de los medicamentos - no debe utilizarse en mujeres embarazadas ni en madres que amamantan, a menos que, en opinión del profesional, los beneficios potenciales superen los riesgos posibles.
- IV. INTERACCIONES**
No se ha informado interacción alguna entre TELDANE® y otro fármaco. Estudios especiales realizados con terfenadina, alcohol y diazepam no han mostrado interacciones medicamentosas entre estos productos cuando fueron administrados simultáneamente. Por lo tanto, TELDANE® no posee efectos sinérgicos con el alcohol ni el diazepam.

V. REACCIONES ADVERSAS

Las más comunes fueron sedación, cefalea, trastornos gastrointestinales, fatiga, mareos, boca seca, y erupción cutánea.

Después de la comercialización de TELDANE® se han recibido informes espontáneos de las siguientes reacciones adversas, cuya relación con la terfenadina no ha sido demostrada: alopecia, anafilaxis, angioedema, arritmias, broncospasmo, confusión, depresión, disnea, edema, galactoreia, insomnio, disfunción hepática, elevación de transaminasas, trastornos menstruales, dolor musculoesquelético, sudoración, pesadillas, palpitaciones, parestesias, temblores, reacciones de fotosensibilización, síncope, disminución de la frecuencia urinaria y trastornos visuales.

VI. FORMULA

Cada comprimido contiene 60 mg de terfenadina. Cada 5 ml de jarabe contienen 30 mg de terfenadina.

VII. DOSIFICACION Y ADMINISTRACION

Comprimidos:

Adultos: 1 comprimido (60 mg) 2 veces al día.

Jarabe:

Niños 3-5 años: 2.5-5 ml (15-30 mg) cada 12 horas

2 mg/kg/día

6-12 años: 5-10 ml (30-60 mg) cada 12 horas

2 mg/kg/día

VIII.

SOBREDOSIFICACION

Se han reportado algunos casos de sobredosificación de carácter leve y transitorio (cefalea, náusea y confusión). No obstante, se ha reportado un caso de arritmia ventricular severa 15 horas después de haber ingerido 56 comprimidos de Teldane (3360 mg) más 14 cápsulas de Cefalexina (7000 mg) y 2 comprimidos de Ibuprofen (200 mg). El caso progresó a una fibrilación ventricular que respondió muy bien al tratamiento sintomático (desfibrilación y lidocaína). Por tal motivo, en casos de sobredosificación, se recomienda lavaje gástrico inmediato y monitoreo cardíaco por lo menos durante 24 horas.

El tratamiento de la sobredosificación luego de la etapa aguda debe ser sólo sintomático. Se desconoce si la terfenadina es dializable. La DL50 oral de terfenadina en ratas y ratones maduros es mayor de 500 mg/kg. En ratas recién nacidas, la DL50 fue de 438 mg/kg. En el hombre, la administración de dosis únicas diez veces mayores que las terapéuticas (600 mg) han sido bien toleradas.

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

I. MED NIE-155VJ

Lepetit



Teldane® Supera la Prueba del Tiempo

Rinitis alérgica...

Rynacrom*

(Cromoglicato de Sodio B.P.)

Rápida acción

Desde las primeras dosis,
Rynacrom* proporciona
alivio de los síntomas

- Rinorrea
- Congestión

Seguridad

No provoca
los efectos secundarios
que comúnmente
se asocian al uso de
los antihistamínicos
(sedación) o
corticoesteroides
(efectos de rebote)

Indicaciones: Rinitis Alérgica. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. No se administre durante el embarazo, ni a niños menores de 6 años. **Reacciones Secundarias:** Efectos irritativos locales moderados y eventuales; irritación laringea, náusea, vómito y cefálea. **Vía de Administración:** Nasal. **Dosis:** Una o dos aplicaciones en cada narina 3 a 6 veces al día. **Presentación:** Frasco con 17.5 ml. de Cromoglicato de Sodio, al 2%. **Fórmula:** Cada 100 ml. de Solución contienen: Cromoglicato de Sodio 2.000 G. Vehículo c.b.p. 100 ml. **Forma de Administración:** Previo aseo nasal, aplicar el spray. Continuar el tratamiento aún cuando los síntomas hayan desaparecido. Retirarlo gradualmente durante una semana.

1.- Data en file, Fisons Corporation. From perennial allergic rhinitis trial by Wittig HJ, with Cohan RH, Bloom FI, Rhoades RB, et al. Su venta requiere receta médica

Literatura exclusiva para médicos
Reg. No. 202M87 S.S.A.

* Marca Registrada
I. Méd. NKE-1945/J

FISONS

FISONS DE MEXICO, S.A. de C.V.
Calz. de las Armas 110
Tlalneapantla, Edo. de México.

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 OTORRINOS

desde hace 34 años con la calidad de Wyeth

Benzetacil

erradica al estreptococo¹



amigdalitis y
faringitis agudas

faringoamigdalitis
de repetición y
profilaxis de fiebre reumática



(uno cada 12 ó 24 horas)



(uno cada 3 semanas)

Fórmula Benzetacil Combinado

Dibenziletildiamina dipenicilina G	600 000 U
Penicilina G procaína Cristalina	300 000 U
Penicilina G Potásica Cristalina	300 000 U
Citrato de Sodio (amortiguador)	0 009 g

Fórmula Benzetacil acción prolongada

Dibenziletildiamina dipenicilina G	1 200 000 U
Citrato de Sodio (amortiguador)	0 009 g

Contraindicaciones: Historia de hipersensibilidad a la penicilina. **Reacciones Secundarias:** Erupción cutánea (dermatitis), urticaria y otras reacciones de enfermedades del suero, edema laríngeo anafilaxis. **Precauciones:** Usese con precaución en individuos con historia de alergia o asma. No se aplique por vía intravenosa, intra-arterial o cerca de nervios mayores.

1. No existe en el mercado penicilina que no ofrezca peligros. 2. La sensibilidad de cada persona al medicamento es el factor desencadenante de reacciones alérgicas leves o graves. 3. La penicilina siendo inofensiva para la mayoría de los pacientes en otros resulta altamente perjudicial por lo que, solamente el médico basándose en su experiencia y las reacciones anteriores de las personas por el uso del medicamento, determinará si debe o no ser usada. 4. La penicilina es un medicamento útil dentro de la terapéutica actual y su prescripción y uso quedará 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 la vía intramuscular. Podrá utilizarse así mismo otros recursos cuando el médico así lo estime pertinente como antihistamínicos, esteroides y otros.

Benzetacil es una marca registrada. Reg. No. 40176 S.S.A. Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. I. Méd. NDE-743/J. BNZ-122-AR-87

Wyeth Vales
Wyeth-Vales, S.A.
Av. Poniente 134 No. 740
02300 México, D.F. Tel. 567-0755

Bibliografía: 1. Rodríguez R. S. Bol. Méd. Hosp. Inf. Vol. XXXII No. 6, 1975

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

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, ampolleta con solvente (agua inyectable) 2 ml; Inyectable de 500 mg, 1 frasco ampola, ampolleta 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 o 500 mg cada 8 horas, dependiendo de la gravedad de la infección. Si se prefiere la vía inyectable, una ampolleta 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 ampolleta 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. Med. 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.

amif

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

Beecham
La Autoridad en Penicilinas



diprospan

CORTICOTERAPIA 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

diprospan

BENEFICIA AL PACIENTE EN LA FASE CRONICA

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

dipropionato de betametasona
5 mg

diprospan

ALIVIA RAPIDAMENTE LA MOLESTIA SINTOMATOLOGIA

MANTIENE SU EFECTO TERAPEUTICO POR PERIODOS PROLONGADOS

EN REUMATOLOGIA EN OTORRINOLARINGOLOGIA EN DERMATOLOGIA

DIPROSPAN (suspensión)

Para inyección intramuscular, intraarticular, periarticular, intrabursal, intradérmica, intralesional y en tejidos blandos.

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

INDICACIONES: La suspensión Diprospan está indicada en el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas que respondan a corticosteroides y se indica en los siguientes padecimientos:

Enfermedades osteomusculares y de los tejidos blandos, padecimientos alérgicos, enfermedades del colágeno, colitis ulcerativa, íctus regional, manejo paliativo de enfermedades neoplásicas, síndrome adrenogenital, espuje, afecciones que requieran inyección por vía subconjuntival, discrasias sanguíneas que respondan a corticosteroides, nefritis y síndrome nefrótico. La insuficiencia corticosuprarrenal primaria o secundaria puede tratarse con Diprospan, pero debe suplementarse con mineralocorticoides.

POSOLOGIA Y ADMINISTRACION: La dosis requerida 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.

ADMINISTRACION SISTEMICA: En la mayoría de los casos el tratamiento sistémico se inicia con dosis de 1 a 2 ml 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 Diprospan suspensión generalmente pueden desaparecer o reducirse al mínimo, mediante la disminución de la dosis; en general esto es preferible a la suspensión del tratamiento. Aunque la incidencia de reacciones adversas de los corticosteroides tales como cara de luna, aumento de peso y apetito, hiperglucemia, trastornos del psiquismo, euforia, hirsutismo e irritación gástrica.

CONTRAINDICACIONES: Al igual que los demás corticosteroides, Diprospan suspensión está contraindicada

en las afecciones micóticas sistémicas, en enfermos hipersensibles a la betametasona, otros corticosteroides, o a cualquiera de los componentes de esta fórmula. Diprospan suspensión no deberá inyectarse por la vía intramuscular a enfermos con trombocitopenia o púrpura idiopática.

PRECAUCIONES: Diprospan no debe administrarse por vía intravenosa o subcutánea. Se requiere que se empleen estrictas técnicas asépticas, 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 intraarticular, el paciente deberá cuidarse de no ejercitar en exceso las articulaciones 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.

PRESENTACION: Diprospan (suspensión inyectable) caja con una ampollita de 1 ml. Agítrese bien antes de usarse. Manténgase entre 2° y 30°C, evite que se congele.

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



Miembro de:

Scheramex
S.A. DE CV

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

NUEVO DE Beecham



Ante el riesgo de que su paciente se trate a medias, prescriba

PENBRITIN* T-5

que favorece el cumplimiento de la terapia mínima en infecciones respiratorias

Ahora en económicas presentaciones orales para 5 días de tratamiento

FORMULAS:
 Penbrtin* T-5 Cápsulas: Cada cápsula contiene ampicilina trihidratada equivalente a 250 ó 500 mg de ampicilina
 Penbrtin* T-5 Suspensión: Cada cucharadita de 5 ml contiene ampicilina trihidratada equivalente a 250 mg de ampicilina
 Penbrtin* Inyectable: Cada frasco ampulla contiene ampicilina sódica equivalente a 500 mg ó 1 g de ampicilina
 Penbrtin* Tabletas: Cada tableta contiene ampicilina trihidratada equivalente a 1 g de ampicilina

PRESENTACIONES:
 Cápsulas de 250 mg en caja con 20
 Cápsulas de 500 mg en caja con 20
 Suspensión de 250 mg en caja con frasco para 100 ml y cucharita
 Tabletas de 1 g en caja con 6
 Inyectable de 500 mg en caja con 1 fco. ampulla y ampolleta de solvente con 2 ml de agua inyectable
 Inyectable de 1 g en caja con 1 fco. ampulla y ampolleta de solvente con 4 ml de agua inyectable

INDICACIONES Y DOSIS:
 Infecciones respiratorias agudas:
 Adultos y niños mayores de 10 años: 250 a 500 mg cada 6 horas
 Niños hasta los 10 años: 250 mg cada 6 horas
 Infecciones respiratorias crónicas:
 Adultos: 1 g cada 6 horas
 Infecciones gastrointestinales excepto Tifoidea:
 Adultos y niños mayores de 10 años: 500 a 1,000 mg cada 6 horas
 Niños hasta los 10 años: 250 a 500 mg cada 6 horas
 Fiebre Tifoidea:
 Adultos y niños mayores de 10 años: 1,000 a 1,500 mg cada 6 horas
 Niños de 3 a 10 años: 500 a 750 mg cada 6 horas
 Lactantes hasta niños de 3 años: hasta 300 mg/kg/día según criterio del médico, repartidos en 4 tomas iguales
 Duración de la terapia:
 En infecciones agudas de las vías respiratorias se recomienda una terapia mínima de 5 días
 En infecciones crónicas de las vías respiratorias y en infecciones gastrointestinales excepto Tifoidea, la duración del tratamiento será establecida al criterio del médico, dependiendo del tipo y de la severidad de la infección
 En Tifoidea, hasta 14 días

REACCIONES SECUNDARIAS:
 Reacciones alérgicas como erupciones en piel, urticaria, prurito, eosinofilia, fiebre, angioedema y choque anafiláctico
 Reacciones gastrointestinales: náusea, vómito, diarrea y colitis pseudomembranosa

CONTRAINDICACIONES:
 No debe administrarse a pacientes hipersensibles a la penicilina
 No está indicado en infecciones por estafilococo productor de penicilinas

TOXICIDAD:
 A dosis muy elevadas pueden presentarse nefropatías, cristaluria, elevación de la transaminasa glutámico oxalacética, agranulocitosis con mononucleosis, hipertensión endocraneana benigna y encefalopatía

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:
 Puede interferir con anticonceptivos en la circulación enterohepática de los estrógenos

NOTA:
 Penbrtin* por vía oral, debe administrarse entre 30-60 minutos antes de los alimentos para obtener mejor absorción
 No se administre este medicamento sin leer el instructivo impreso en el empaque

Literatura exclusiva para médicos
 Su venta requiere receta médica
 Marca Registrada
 Regs. Nos. 57827, 58996, 62012 y 87257
 S.A.
 Méd. NBE-454/J
 Beecham Farmacéutica, S.A. de C.V.
 Miguel Ángel de Quevedo # 307
 Coyoacán C.P. 04310 México, D.F.



**100 ml de SUSPENSION de 250 mg
 1 cucharadita de 5 ml cada
 6 horas, 5 días**



**20 CAPSULAS de 250 mg
 1 cápsula cada 6 horas, 5 días**



**20 CAPSULAS de 500 mg
 1 cápsula cada 6 horas, 5 días**

TAMBIEN DISPONIBLES

Para dosis de ataque en las infecciones moderadas o severas:
PENBRITIN* Inyectable de 500 mg y 1 g, cada 6 horas
 Para el tratamiento de las infecciones gastroentéricas:
PENBRITIN* Tabletas de 1 g, cada 6 horas

Beecham
 La Autoridad en Penicilinas



Miembro de
Amif

ciertas cosas
permanecen insuperables...



su buena difusión en los tejidos
explica los buenos resultados clínicos

Bactrim[®]

eficacia bactericida
inalterada



ciencia y
conciencia de
investigación

Al Servicio del Otorrinolaringólogo. . .

Merocel[®]

Tapones nasales canulados especialmente diseñados para Rinoplastía y Epistaxis.

Pabilos y empaques para oído.

Aquaplast

El entablillado nasal ideal.

Microtek

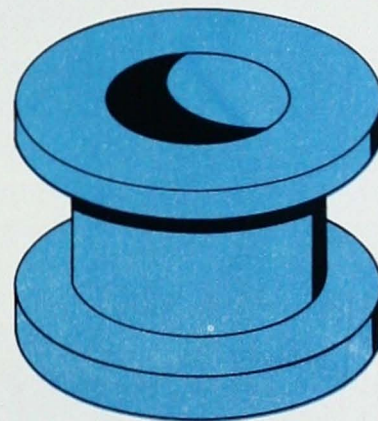
Tubos de ventilación.

Sistema de irrigación para el oído medio.

Fundas y campos quirúrgicos.

Fresa de Nitrógeno Turboaire[®].

Fresa eléctrica Minimax[®].



HMI

Instrumental de calidad, hecho en Alemania Occidental.

Ellman

Electrocoagulador económico, monopolar y bipolar.

Oitip[®]

Tapones para oído, contra humedad y ruido.

Pida informes a:

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

Paseo de la Reforma 234-602

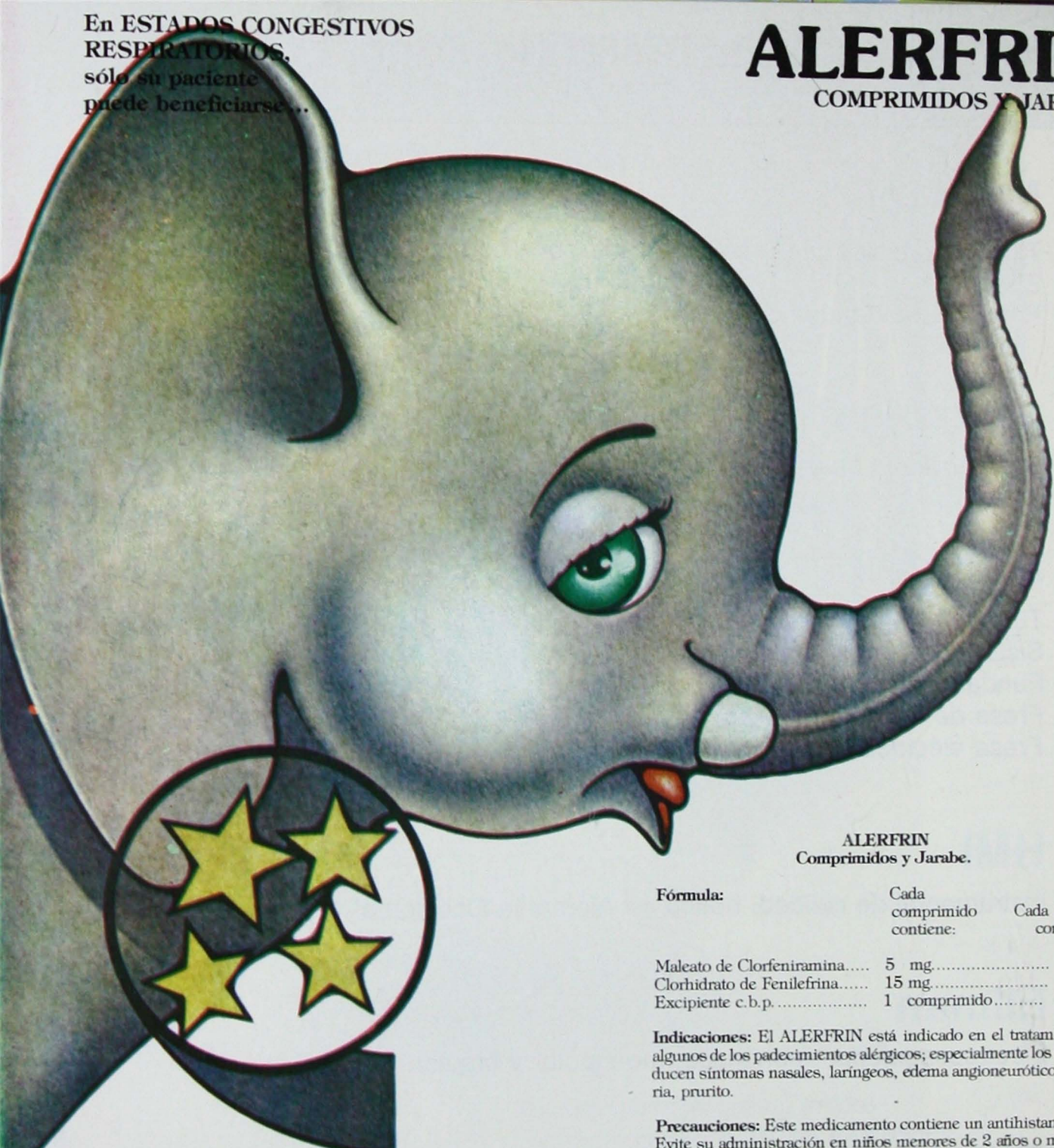
06600, México, D.F.

Tel. 207-00-72

En ESTADOS CONGESTIVOS
RESPIRATORIOS,
sólo su paciente
puede beneficiarse...

ALERFRIN

COMPRIMIDOS Y JARABE



ALERFRIN Comprimidos y Jarabe.

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

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

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

Contraindicaciones: No se administre en presencia de hipertensión arterial grave.

Reacciones secundarias: Puede ocasionar somnolencia y sequedad de boca.

Dosis y modo de empleo: Adultos: 3 a 6 comprimidos al día. Niños: de 1 a 3 cucharaditas (5 a 15 ml.) 3 veces al día, de acuerdo con su edad y peso.

Presentaciones: Comprimidos: Caja con 10.
Jarabe: Frasco con 120 ml.
Reg. No. 55750 S.S.A.

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

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

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

Vol. XXXIV

México, Diciembre, Enero, Febrero 1988

Número 1

FUNDADA EN 1949

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

Director-Editor

Dr. Rafael García Palmer

Consejo de Redacción

Dr. José Antonio Arroyo Castelazo

Dr. Miguel Arroyo Castelazo

Dr. Marco Fidel Ayora

Dr. Sergio Decanini Tornessi

Dr. Bernardo Grobeisen Roudy

Dr. Fernando Guzmán Lozano

Dr. Guillermo Hernández Valencia

Dr. Samuel Levy Pinto

Dr. Raúl Mereles del Valle

Dr. Antonio Soda Merhy

Gerente General

Lic. Joaquín Bohigas

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE
OTORRINOLARINGOLOGIA
Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
1987-1988

Dr. Francisco Martínez Gallardo
Presidente

Dr. José Antonio Arroyo Castelazo
Vice-presidente

Dr. Bernardo Grobeisen Roudy
Secretario

Dr. 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

PAGINA DEL DIRECTOR

Hace poco menos de 10 años, se reunieron en Vancouver, Canadá, un grupo de editores de revistas médicas y establecieron una serie de requisitos que deberían de cubrir sus colaboradores, para poder publicar en sus revistas. Desde entonces ha ido aumentando el número de publicaciones que siguen estos requisitos y las ventajas son evidentes a la luz de un sistema uniforme para cualquier producción científica. Nuestra Revista pretende incorporarse a este sistema a partir del año de 1989 y por lo mismo resultaría muy útil que desde ahora sus colaboradores se sujetaran a estos requisitos. Aunque de hecho no hay cambios espectaculares, sí son muchos los detalles que se deben de cuidar, desde el tipo de papel en que se debe de escribir hasta la manera de referenciar que cambia en algunos detalles.

Desde este número cambian los requisitos para los colaboradores que aparece en todos nuestros números y que se seguirá publicando como un resumen de lo que con detalle comentaremos a continuación, sin embargo, en el presente volumen aceptaremos como válidos los requisitos anteriores y también los que ahora se publican, pero todos los artículos que se acepten para publicarse durante 1989, deberán sujetarse estrictamente a las nuevas normas.

Antecedentes

Los manuscritos deberán ser enviados en hojas tamaño carta o papel de computadora, con márgenes de 2.5 cm como mínimo en todos sus lados y deberá de escribirse a doble espacio en toda su redacción. Cada una de las secciones deberá de iniciarse en una nueva cuartilla y todas deberán de estar numeradas en el ángulo superior derecho con máquina. Se deberá de entregar, al menos, dos tantos de todo el material.

Hoja frontal

Contendrá el título del artículo, que será preciso y connotativo; del título, es de donde atraparemos a nuestros lectores, un buen título captará más auditorio, eso es lo que perseguimos, ser leídos. Deberá ser lo más corto posible, pero al mismo tiempo informativo de su contenido. En esta página deberán aparecer: el nombre de los autores, lo encabezará el autor principal y suele ser el último citado el líder o jefe del servicio o el responsable de los que trabajaron, pero que no es el autor principal. Al pie de la página deberá de citarse la categoría y sitio de trabajo de cada autor, nombre, dirección y teléfono del autor con el que se debe de establecer correspondencia en relación al artículo, lugar donde el trabajo fue leído o premiado y finalmente citar los apoyos, donativos, fármacos, etc. De estas características alguna puede faltar si es que no hay porque ponerla.

Resumen

En un máximo de 150 palabras se elaborará un breve resumen con la información más importante del trabajo. De ser posible este mismo resumen deberá estar traducido al inglés. Debajo del resumen deberán de aparecer de tres a diez palabras o frases claves, que servirán como información adicional al lector y facilitarán la elaboración de los índices de referencias.

Texto

En general los trabajos de tipo científico deberán contener un formato que incluya la introducción, material y métodos, resultados y discusión. (Hasta ahora hemos empleado la palabra comentarios). Algunos artículos, por su extensión podrán requerir algunos subtítulos en el capítulo de resultados o de la discusión. Artículos de otro tipo, como casos clínicos o históricos o informes de casos, etc., podrán llevar otro tipo de formato.

Introducción

Señale en forma clara el propósito del artículo. Resuma el razonamiento para efectuar el estudio o la observación. Indique sólo las referencias estrictamente pertinentes y no exponga extensamente el tema.

Material y métodos

Esta sección deberá de contener toda la información necesaria para que otro investigador pueda repetir los experimentos y obtener los

mismos resultados. Describa su selección de sujetos de observación o experimentación con toda claridad. Identifique los métodos, aparatos (nombre del fabricante y dirección entre paréntesis). Ofrezca referencias sobre los métodos establecidos, incluso los estadísticos, proporcione también referencias y descripciones breves sobre los métodos que se hayan publicado pero que no se conozcan bien; describa los métodos nuevos o que se hayan modificado de manera importante; de sus razones para usarlos y sus limitaciones. Identifique con precisión todos los fármacos y sustancias químicas empleadas, incluso nombres genéricos, posología y normas de administración. No use nombres de pacientes, ni iniciales ni números de expediente del hospital.

Resultados

Presente sus resultados en secuencia lógica en el texto, los cuadros y las ilustraciones. No repita en el texto todos los datos de los cuadros, de las ilustraciones o de ambos; insista sólo en observaciones importantes o resúmalas. Deberán sobresaltarse los aspectos originales y hacer una comparación estricta con los controles apropiados.

Discusión

Bajo ninguna circunstancia la discusión es una nueva oportunidad de expresar los resultados o de enfatizarlos. Insista en los aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones a las que se puede llegar como consecuencia. Incluya en la discusión las implicaciones de los datos y sus limitaciones, y relacione sus observaciones con las de otros estudios importantes similares. Relacione las conclusiones con los objetivos del estudio, pero evite las afirmaciones y las conclusiones que carezcan de base firme según sus datos. Evite mencionarse como el primero y no aluda a investigaciones aun no terminadas. Plantee nuevas hipótesis cuando haya motivos bien basados, pero califíquelas claramente como tales. Cuando sea adecuado se pueden hacer recomendaciones.

Agradecimientos

Deben de ofrecerse reconocimientos solamente a las personas que hayan hecho contribuciones importantes al estudio motivo del artículo.

Referencias

El término correcto es referencias bibliográficas y no solamente bibliografía, pues este término connota una revisión exhaustiva del tema. Numere las referencias consecutivamente en el orden de

aparición en el cuerpo de la publicación, hágalo con números arábigos entre paréntesis. Use el sistema de referencia del Index Medicus, en enero de cada año de dicha publicación aparecen abreviaturas oficiales de cada revista. Debe de evitarse el uso de resúmenes como fuente de referencia; es conveniente no mencionar artículos no publicados ni comunicaciones personales como referencias. Los autores deben verificar las referencias citadas contra los documentos originales.

Los ejemplos siguientes serán la norma de citar:

Revistas

Vilar-Puig P, Osorno VA, Espinosa RJ. Anomalías anatómicas del golfo de la yugular en el oído medio. *Anal Soc. Mex. ORL*, 1983; 28: 113-118.

Libros

Un solo autor:

Levy-Pinto YS. *Otorrinolaringología pediátrica*. 1a. ed. México: Interamericana, 1979; 189.

Capítulo de un libro

Shulman JB. *Traumatic diseases of the ear and temporal bone*. En: Goodhill V, Ed. *Ear diseases, deafness, and dizziness*. Hagerstown: Harper & Row, 504-24.

Al referenciar es muy importante seguir los lineamientos apuntados en los ejemplos anteriores y deberemos de cuidar estrictamente la puntuación y los demás detalles. Aunque este sistema se parece al que veníamos empleando tiene diferencias que debemos de cumplir.

Finalmente quisiera recomendar a todos ustedes que releen el Simposio sobre la metodología de la comunicación científica que se publicó en nuestra Revista en el número cuatro del año de 1983.

DR. RAFAEL GARCIA PALMER

Director-Editor

Parálisis facial

Dr. Andrés BUSTAMANTE BALCARCEL

Tema extenso, motivo de múltiples publicaciones, congresos, cursos y libros voluminosos.

Desde el momento que se inicia la preparación en esta especialidad, el nervio facial ocupa un lugar importante en el entrenamiento del futuro especialista.

Su anatomía es difícil de entender. ¿Qué hace un nervio con tantas conexiones con los otros nervios craneanos? ¿Por qué se une el nervio de Arnold con el conducto de Falopio? ¿Por qué va el nervio de Jacobson caminando por el oído medio para formar los petrosos y después intervenir en el control de las lágrimas? Y por favor ¿A quién se le ocurre que la sensi-

Lección Magistral leída el 4 de mayo de 1987 en el Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología en San Luis Potosí, S.L.P.

bilidad gustativa tenga que pasar por el oído?

No solamente sus conexiones son difíciles de entender al principio, también nos preguntamos: ¿Cómo es posible que dé tantas vueltas dentro del hueso temporal? ¿Qué no pudieron sacarlo derecho?

Al recordar las primeras veces que en mi entrenamiento como otorrinolaringólogo entré a la sala de operaciones, aparece siempre mi padre preguntando al anestesiólogo, por el nervio facial. Su voz y sus palabras, facial, facial, están siempre en mí.

Al nervio facial se le tenía un gran respeto o posiblemente, se le consideraba tan importante y tan peligroso, que lo mejor era estar lejos de él. Esto me hace

recordar la sensación que de estudiantes teníamos en relación al director de la escuela: entre menos tuviéramos que ver con él, mejor.

No quiere decir esto que en esa época no se le descubriera en su tercera porción y se le colocaran injertos cuando el nervio había sido seccionado.

Recuerdo también que para suprimir el espasmo hemifacial se cortaran algunas fibras.

Al principio de los años sesentas, y tengo que recordar al hombre: el Dr. William House, fue quien inició el contacto con el facial en el conducto auditivo interno, en su porción intralaberíntica y en el ganglio geniculado.

El facial intraparotídeo y en el ángulo pontocerebeloso, era manejado ya, muchos años antes.

La cirugía del facial cobra una importancia muy grande con el uso habitual del microscopio; nos hace sentir seguros, ya no lo vemos con el miedo de antes, cada día podemos acercarnos más a su persona y no nos importa encontrarnos con él.

Pasa el tiempo y se convierte en un detalle anatómico de suma importancia en la realización de nuestra cirugía. No digo que no le respetamos, pero el encontrarlo da tranquilidad y agrada verlo en cualquiera de sus porciones.

Cuando una persona bruscamente, sin haber cometido ningún pecado ve que la mitad de su cara está sin movimiento, recibe un golpe emocional brutal. Las preguntas de siempre son. ¿Qué hice? ¿Qué me sucedió? ¿Se me irá a quitar?

Afortunadamente el médico puede usar su magia con la convicción de que en este juego saldrá ganando en la mayoría de las ocasiones.

En este momento, el médico debe poner en juego su sensibilidad, su comprensión, su talento. En una palabra, su calidad humana.

En el Instituto hemos tenido a cargo de la Clínica Facial a varios médicos. En revisiones: cuyo objeto es, valorar la evolución y resultados de un tratamiento, se ha visto lo importante que es el médico que ha tratado al paciente. De él depende el número de pacientes que permanecen en el Instituto.

En la Clínica del Facial casi siempre se logra el milagro y los

pacientes vuelven a mover la cara.

Es motivo de broma en el Servicio que el encargado de la Clínica del Facial reciba regalos todos los días.

Si algunas de las Clínicas del Instituto tiene prestigio, es ésta. Los pacientes se curan.

Una ayuda importante para su tratamiento es el poder observar el mismo día, en la sala de espera a 10 o 12 personas con el mismo problema que ellos y oír de muchos que ya están moviendo su cara nuevamente.

El entrar a un gran hospital siempre ha sido parte del tratamiento psicológico, sin embargo, estos enfermos no pueden ser sometidos como los demás, a trámites interminables, necesitan ser atendidos de inmediato, son una emergencia emocional.

La parálisis llamada a frígore, ideopática o de Bell, sigue siendo un misterio. Ninguna de las teorías sobre su etiología, han sido confirmadas.

Existe un factor hereditario que los autores siempre señalan. Un 10% cuando menos de pacientes tienen entre sus antecedentes, parálisis faciales en la familia. Este hecho lo citan y pasan de inmediato a otro renglón, sin hacer más comentarios.

Un trabajo realizado en colaboración con la Dra. Alonso, nos dejó la impresión de que en la parálisis facial de Bell, existe un mecanismo hereditario multifactorial como sucede en la diabetes.

En esa ocasión se demostró estadísticamente, en forma muy clara, que la parálisis de Bell

aparecía con mucha más frecuencia en las familias de los pacientes que acudieron a la clínica por parálisis facial a frígore, que en el grupo control.

En el laboratorio de genética se ha iniciado un nuevo trabajo con marcadores genéticos en vista de los resultados alentadores obtenidos en otros laboratorios con este método en el campo de la parálisis facial. Si en la etiología estamos en cero, sí sabemos que en la etapa aguda el nervio se encuentra edematoso.

Este conocimiento, el único que tenemos, nos ha llevado a múltiples tratamientos. Uno de ellos, la descompresión del nervio.

Los resultados aún los más optimistas, creo que son pobres.

El tratamiento con esteroides lleva varios años en el tapete de la discusión. Después de atender a más de 3000 pacientes con parálisis facial y seguirlos por varios años logramos tener un grupo que nos parece suficientemente representativo tanto en número como en tiempo de evolución. Estos pacientes fueron tratados desde los primeros días con esteroides.

Comparándoles con un grupo similar sin tratamiento, llegamos a la conclusión de que el resultado final fue el mismo. Es el Dr. Alanís a quién debemos esta investigación. Creo que el día de hoy sí podemos tener confianza en el conocimiento de la evolución natural de la enfermedad. Se puede también en forma aproximada, con las pruebas de electrodiagnóstico, saber cuáles casos van a tener

mala evolución y con más seguridad aún cuáles tendrán una buena.

En conclusión podemos en la parálisis de Bell predecir, en cierta forma lo que le pasará a nuestro enfermo, pero como función sólo nos queda animarlo acompañándolo para que su angustia disminuya.

Es muy importante que entendamos esto y hagamos lo necesario para darle el apoyo que requiera.

Cada uno de nosotros tiene un amuleto para el enfermo. En algunas ocasiones, basta solamente un letrado en el hospital que diga: "Clínica de Facial". En las parálisis faciales traumáticas es lógico que una intervención quirúrgica en la que se quiten las esquirlas que comprometen al nervio o se unan los cabos cuando éste se encuentre seccionado es conveniente. En los traumatismos craneoencefálicos es muy raro encontrar el nervio seccionado, generalmente está comprimido por la fractura. En este caso no sé hasta que punto la intervención quirúrgica pueda intervenir en la recuperación.

Es de admirar la manera como el nervio facial es respetado en los procesos crónicos habituales del oído medio. El colesteatoma lo diseca en el oído medio como el mejor cirujano. Cuando lo compromete, la recuperación es mala a pesar de nuestra intervención quirúrgica.

Cuando el facial se paraliza en una enfermedad aparentemente infecciosa del oído medio es

necesario ver el caso con desconfianza pues bien puede tratarse de una otitis externa maligna de tuberculosis, histiocitosis, tumores malignos o de enfermedades aún más raras del oído.

Siempre recuerdo a mis colaboradores que sean precavidos en el diagnóstico, cuando se trate de una parálisis facial en una aparente otitis media. Afortunadamente las técnicas radiológicas permiten el día de hoy, no sólo ver el canal por donde pasa el nervio sino al nervio mismo. La combinación de tomografía computada y de resonancia magnética hacen esto factible.

Los equipos para lograr las imágenes adecuadas, deben ser muy buenos, pero mejores aún los radiólogos para obtener la información deseada.

Los malos estudios nos llevan a errores de diagnóstico y en consecuencia a operaciones inútiles.

Los años que he vivido esta especialidad coinciden con el conocimiento que de los tumores benignos del oído medio han alcanzado los otorrinolaringólogos. Creo que éste ha sido un gran avance. Para el tratamiento de estos tumores ha sido indispensable mejorar las técnicas en lo que al manejo del nervio facial se refiere.

Considerando al facial, como parte del mecanismo que transporta cierta actividad cerebral a los músculos de la cara podremos también pensar en diferentes formas de tratamiento según el sitio en que se localice la lesión.

Desde la época de Ballance y Duel, quedó demostrado que cuando existe una sección del facial, lo ideal es unir los cabos. Esto es posible siempre y cuando tengamos acceso al cabo distal y al proximal. Con esto, el aspecto estático de la cara, sufrirá un poco, el dinámico un poco más, principalmente en su forma más fina, la expresión anímica.

En caso de que el cabo proximal no esté a nuestro alcance, será necesario sustituirlo por otro nervio: el hipogloso, el espinal o el facial contralateral. Desde este momento nuestro cerebro perderá la conexión con los centros de movimiento de la cara y los músculos que lo ejecutan.

El resultado de nuestra cirugía será por lo tanto, menos bueno, pero el aspecto estático permanecerá bastante bien debido a que los músculos conservarán su tono.

En caso de que no podamos usar el cabo proximal, tendremos que utilizar un trasplante neuromuscular para llevar directamente, un nervio al músculo, teniendo que ayudarnos con rotación de músculos. El tono será menos bueno y más difícil conseguir resultados satisfactorios.

Si el músculo no existe, tendremos que llevarlo nosotros a la cara, pero careceremos de la actividad cerebral del nervio facial y de los músculos propios de ella y sólo podemos esperar que el aspecto estático de la cara mejore un poco. En otras palabras a medida que nos alejamos

del camino normal para lograr el movimiento de la cara, nuestros resultados serán menos buenos. Tal como lo señaló Conley el problema está en decidir el procedimiento que se debe utilizar cuando la lesión es parcial. En estos casos nos encontramos ante la necesidad de hacer algo por esa cara, sin destruir lo que existe. Siempre es importante estudiar con cuidado cuál es el problema o problemas que afligen a estos pacientes. Existen algunos movimientos como el de levantar la ceja que tienen poco valor. He observado que en la raza indígena este movimiento no existe casi nunca, parece ser que el asombro en ellos, tiene una manifestación diferente.

La oclusión del ojo puede mejorarse con operaciones directas sobre los párpados. El mayor problema está cuando sufre la córnea pero según mi experiencia, esto no sucede en los casos de lesiones parciales.

El movimiento de la boca es indudablemente el reto más importante. ¿Cómo mejorarlo sin dañar el ya existente?

El deseo que surge de primera intención, es quitar parte de la inervación del lado sano para que el movimiento de la boca sea menos asimétrico. Terrible error, ya que en estos casos y especialmente en los congénitos, el nervio contralateral inerva en cierto grado, al lado enfermo.

Los trasplantes neuromusculares con ramas del asa del hipogloso han sido utilizados por nosotros en colaboración con

el Dr. Gómez Ilata, y consideramos que han venido a ser una gran ayuda en los casos de paresia facial, principalmente en su rama inferior. Por este medio podemos inervar esta mitad de la cara sin destruir la ya existente y sin lesionar otra parte importante del organismo.

Estos trasplantes han sido muy útiles como lo demostró entre nosotros el Dr. Carlo Paine en pacientes con paresias faciales congénitas aún en casos serios de Moebius.

Es útil también en aquellos que han perdido parte del movimiento facial por polineuritis. Siempre y cuando esta enfermedad no haya involucrado al hipogloso.

Los trasplantes neuromusculares pueden ser usados en pacientes con lesiones muy severas del nervio después de traumatismos o lesiones por cotesteatomas.

Para evaluar los resultados obtenidos después de una cirugía no debemos contentarnos solamente con pedir al paciente que cierre los ojos, parpadee, enseñe los dientes, sonría e infle los cachetes y ya muy satisfechos, tomarles una fotografía.

Para evaluar los resultados obtenidos después de la cirugía sobre el nervio facial o su sustitución tenemos que apreciar el aspecto de la cara sin movimiento o estática.

Y en el aspecto dinámico tomar en cuenta aquellos movimientos filogenéticamente, más primitivos como son: cerrar el ojo o comer sin que se salga el ali-

mento y aquellos más evolucionados que representan nuestra condición anímica.

A medida que se asciende en la escala filogenética vamos viendo como la expresión de la cara en los animales va siendo mucho más elaborada. Aún recuerdo el día que estando distraído me mojé un delfín y puede ver en su rostro claramente como se reía de mi disgusto.

Un grupo importante que llega a consulta a la Clínica de Facial, está constituido por pacientes que han sufrido una parálisis de Bell o traumática de la cual se han recuperado quedándoles secuelas severas. Estas personas se quejan de tener movimientos en masa de nervio facial de que el ojo les quedó más pequeño, de que en reposo presentan la comisura bucal halada hacia el lado enfermo y que al sonreír se desvía hacia el lado sano y de tener espasmos musculares.

Nuestro deber es ayudarlos.

Algunas veces no muchas, podemos convencerlos de que fueron afortunados al haber podido recuperar aunque en forma deficiente, el movimiento de su cara.

En otros casos hemos logrado disminuir el espasmo muscular y la contractura de la cara con carbamizepina. El Dr. Ramón Tónix trabajó intensamente en este aspecto y logró que algunos pacientes con dosis mínimas, tuvieran una mejoría apreciable y que parte de ellos sostuvieran esta mejoría al retirar el tratamiento.

El grupo de pacientes con se-

cuelas de parálisis facial presenta un problema especial. Se han adaptado, en cierto modo al movimiento de su cara. Adaptado sí, pero conformado no. Posiblemente éste haya sido el motivo que me llevó más a interesarme en el aspecto de parálisis facial. Recuerdo las primeras experiencias compartidas con la Dra. Herlinda Orozco. Una paciente que vivió muchos años después de la extirpación de un carcinoma del oído y que tenía una anastomosis del facial con el hipogloso, contaba con tristeza, que su marido que tanto la había querido la había abandonado lentamente. ¿Por qué?

Otro paciente con parálisis después de la sección del facial por un neurinoma del acústico es abandonado también por su mujer. ¿Qué sucede?

La respuesta es bien clara no es posible compartir nuestra vida emocional, cuando en una expresión de amor, se convierte en una mueca.

Otra experiencia.

Un maestro llega a consulta para saber si se puede mejorar algo su cara, aunque realmente según él, no le preocupa gran cosa. Poco después se echa a llover y confiesa que no soporta las burlas de que es objeto por parte de sus alumnos.

Una linda chica afirmaba que a ella no le interesaba relacionarse con amigas o con amigos que ya tenía suficientes ocupaciones con sus estudios, la experiencia más frecuente. Mi cara realmente no me importa estoy muy ocupada en cuidar a mis hi-

jos. Mis sobrinos me necesitan. No tengo tiempo para pensar en otra cosa. ¿Pintarme la cara? ¿para qué? Eso para mí no tiene ninguna importancia, no vale nada.

Todas éstas son frases que oímos constantemente. Algunas veces las pacientes nos confiesan no haber podido progresar en su trabajo a pesar de ser unas secretarias de primera. No pueden sonreír al jefe.

Conocemos también la desesperación de los pacientes a los que el día de hoy se les denomina con el anglicismo "gay" que se quejan de no poder realizar sus conquistas.

Tratando de entender mejor todos estos problemas, iniciamos hace varios años, un estudio psicológico con la psicóloga Margarita Zuñiga sobre la repercusión de la parálisis facial en los pacientes, encontrando grandes alteraciones.

Recuerdo con especial asombro, a aquellos que al pedirles que dibujaran la cara de una persona, lo hacían sin colocar boca ojos y nariz y a otros que dibujaran la cara con parálisis facial.

Nuestro interés creció. No solamente debíamos tratar de curar al paciente por los medios quirúrgicos, sino de lograr su rehabilitación completa.

Después de estas experiencias nos encontramos ante la necesidad de definir el momento en que podemos sentirnos satisfechos de la recuperación lograda.

Consideramos que el punto fundamental estaba en alcan-

zar que el paciente recobrarla la comunicación emocional mediante su expresión facial. De todas las emociones que una cara es capaz de expresar, ninguna tan importante como la sonrisa. Ella es la que realmente acerca una persona a la otra. Esta sonrisa, no tendrá desde luego, la fuerza que tenía anteriormente será hasta cierto punto, estudiada, pero será una sonrisa.

Hay pacientes que por ellos mismos, y debido a que el grado de su lesión no es tan importante pueden controlarla. Algunas veces lo disimulan colocando ligeramente su mano en la boca. Otras veces se ríen siempre suavemente. Existe otro grupo de paciente, aquel, cuyo grado de lesión es muy importante o que carece de capacidad para controlarla. En ellos es necesario usar otros métodos.

Desde hace muchos años pensamos en la rehabilitación por medio de la retro-alimentación biológica comúnmente llamada "biofeedback". Creímos que con este método sería posible enseñar al paciente a mover nuevamente su cara armónicamente mediante la relajación del lado sano y un nuevo aprendizaje del cerebro para mover la cara del lado enfermo. Este trabajo se inició con el Dr. Corral y se continuó con métodos más modernos con un grupo de psicólogas de la facultad de Psicología de la UNAM. Debo de reconocer que estas personas han trabajado varios años, cientos de horas para lograr

que un pequeño grupo de pacientes mejore su sonrisa. Posiblemente algunos piensen que no vale la pena tanto trabajo para lograr una sonrisa. Creo que sí.

Ante la dificultad de poder ayudar a todos los pacientes con un método tan laborioso como es el "biofeedback", se propuso la idea de lograr la rehabilitación emocional de los pacientes crónicos, mediante grupos de psicoterapia.

El año pasado se realizaron los primeros intentos. Se valoró a los pacientes por medio de pruebas psicológicas y previas a la formación del grupo. Estamos en espera de conocer los resultados de este tratamiento.

En las primeras sesiones en el grupo inicial, formado sólo por mujeres, se ha visto que algunas de ellas han apoyado a las otras y han tratado de cambiar sus hábitos de vida y de mejorar su arreglo personal. Después de varios años de estar en contacto

con pacientes que han sufrido una parálisis facial, sentimos que se está muy lejos de entenderla cuando pensamos simplemente que los resultados de nuestra cirugía han sido satisfactorios porque el paciente ya cierra el ojo y enseña los dientes cuando se lo pedimos.

Es cierto que hoy en día explorar el nervio facial "descomprimirlo" permitanme que lo ponga entre comillas, cambiarlo de lugar o suturarlo, pero debemos tener presente que cualquier daño que le ocasionemos, nos impedirá lograr una recuperación total.

Siempre que en la cirugía, estemos ante este nervio, pensemos que él es en realidad, el camino principal por el cual expresamos nuestras emociones y entendamos las palabras de mi padre ¡Facial! ¡Facial!

Es el mensaje que nos transmiten las descripciones de Bell a la explicación al esfuerzo realizado por Ballance y Duel al

efectuar la anastomosis entre los cabos del nervio o el interés de ese danés alto y un poco hosco que dedicó su vida a este nervio y reunió por primera vez a los interesados en este nervio facial en un congreso. Hablo de Karsten Kettel. Aún recuerdo su angustia cuando después de descomprimir un facial en el Hospital 20 de Noviembre perdió sus anteojos.

¿Cuál es la relación que debemos tener con el nervio facial para entenderlo? El es o mejor dicho constituye los cables que permiten que los sentimientos del hombre se expresen en esa pantalla que es la cara. Todo nuestro estado de ánimo, es decir, nuestra capacidad para perdonar, para amar, para odiar, se muestra constantemente, en los movimientos a veces casi imperceptibles de los músculos faciales.

Pido a ustedes que tengan una sonrisa para esta presentación.

Muchas Gracias

La neurectomía vestibular retrolaberíntica. Cinco años de experiencia.

Dr. Luis A. de J. ORTIZ ARMENTA**

Resumen. — El manejo del paciente vertiginoso mediante técnicas de microcirugía neuro-otológica, ha ganado terreno en el panorama nacional de la otorrinolaringología.

La neurectomía vestibular retrolaberíntica, es la técnica de más reciente desarrollo. Esta ejerce un tratamiento mixto, es decir, no solamente se controla el vértigo en más del 90% de los casos, sino que en los pacientes con Enfermedad de Meniere o hidropesía endolinfática también nos permite estabilizar e incluso mejorar la audición, mediante la descompresión extensa del saco endolinfático, que se realiza en el mismo tiempo quirúrgico.

* Trabajo presentado en el XXXVII Congreso Nacional de la SMORLCC. Mayo 1987. San Luis Potosí, S.L.P.

** Otorrinolaringólogo
Hospital General de Zona No. 21 I.M.S.S.
Monterrey, Nuevo León

El objetivo del presente trabajo, es reportar la experiencia del autor en el manejo de 25 pacientes vertiginosos mediante la neurectomía vestibular retrolaberíntica, en un periodo de 5 años.

Summary. — Microsurgical otoneurological surgical techniques, are becoming more important each day in the management of the patient with vertigo.

The retrolaberintic approach for the section of the superior vestibular nerve, has been recently developed and has the advantages of control of vertigo in more than 90% of patients with endolymphatic Hydrops, and of maintaining or improving hearing when is used with combination with an extensive decompression of the endolymphatic sac.

The main objective of this article is to report our experience

in 25 patients treated with vestibular nerve section through a retrolaberintic approach.

INTRODUCCION

En las últimas 3 décadas, el manejo del paciente con vértigo que no responde a una terapia médica, ha ido evolucionando. Dicha evolución se ha manifestado no sólo en el desarrollo de diversas técnicas neuro-otológicas¹ (Tabla 1), y en el estudio etiológico del paciente vertiginoso; ejemplos de dicha evolución son los estudios del reflejo estapedial, la audiometría de respuestas evocadas de tallo cerebral, la electronistagmografía, la tomografía computarizada de alta resolución y la resonancia magnética nuclear.

Idealmente el paciente con vértigo debe ser tratado etiológicamente, (Tabla 2). Sin embargo, existen alteraciones mi-

TABLA 1

Tratamiento quirúrgico sintomático del vértigo

Sin conservación de la audición:	
Denervación de órgano terminal:	Neurectomía cocleo/vest. transmast. Neurectomía cocleo/vest. transcanal
Destrucción de órgano terminal:	
	Laberintectomía transcanal Laberintectomía transmastoidea
Con conservación de audición:	
Denervación laberinto posterior:	Neurectomía vestibular por fosa media Neurectomía vestibular retrolaberíntica
Descompresión oído interno:	Cirugía del saco endolinfático

TABLA 2

Tratamiento quirúrgico etiológico del vértigo

Otitis media crónica con laberintitis:	Tratamiento médico/quirúrgico
Laberintitis supurativa:	Petrosectomía
Fístula ventana oval post-estapedectomía:	Obliteración
Estapedectomía con prótesis larga:	Reemplazo de prótesis
Fístula de ventana laberíntica:	Obliteración de fístula
Tumor de ángulo pontocerebeloso:	Resección del tumor
Tumor del conducto auditivo interno:	Resección del tumor

TABLA 3

Tratamiento quirúrgico sintomático del vértigo

ENTIDADES TRIBUTARIAS DE CIRUGIA

Neuritis vestibular	
Vértigo post-operatorio	Laberintectomía
Vértigo post-traumatismo craneoencefálico	Neurectomía vestibular
Vértigo postural paroxístico benigno	Neurectomía cocleo/vest.
Otosclerosis laberinto posterior	Cirugía saco endolinfático
Enfermedad de Meniere	

croanatómicas del oído interno o del nervio cocleo-vestibular, que no pueden ser manejadas en forma etiológica y entonces el vértigo debe ser manejado en forma sintomática. (Tabla 3).

Cuando se recomienda el tratamiento sintomático quirúrgico del vértigo, es esencial la selección adecuada de nuestros pacientes. Por ello cuando se está considerando a un paciente vertiginoso como posible candidato a cirugía, es sometido a un protocolo de elegibilidad² (Tabla 4), con el objeto de poder predecir los resultados con la mayor certeza posible.

Por lo que se refiere a la conservación de la audición, algunos autores han marcado límites mínimos auditivos de elegibilidad para efectuar una neurectomía vestibular con conservación de la audición.³

La neurectomía vestibular retrolaberíntica, fue introducida por Brackmann y Hitselberger,⁴ y popularizada por Silverstein y Norrell⁵ en los Estados Unidos de Norteamérica; y por nosotros en 1985 en México,^{6,7} como una alternativa de la neurectomía vestibular vía fosa media craneal, cuando es necesario conservar la audición, y cada vez hay más cirujanos realizándola con resultados similares,^{8,9} tanto en el control del vértigo como en la conservación de la audición.

Esta técnica retrolaberíntica, nos permite descomprimir extensamente el saco endolinfático y explorar el ángulo pontocerebeloso, pero no nos permite la exploración del conducto audi-

tivo interno, en tanto que la neurectomía vestibular vía fosa media craneal sí nos permite explorar dicho conducto auditivo interno, pero no nos permite explorar adecuadamente el ángulo pontocerebeloso y tampoco nos permite actuar quirúrgicamente sobre el sistema endolinfático.

MATERIAL Y METODOS

De 1982 a 1986, se realizaron 25 neurectomías vestibulares retrolaberínticas para tratar el vértigo y conservar la audición. Todos los pacientes fueron evaluados preoperatoriamente, mediante un protocolo de estudio del paciente vertiginoso (Tabla 5), tendiente a realizar un diagnóstico lo más preciso posible sobre la etiología del vértigo, al mismo tiempo que se descarta la posibilidad de un neurinoma del acústico o algún otro tumor del ángulo pontocerebeloso y al protocolo de elegibilidad ya mencionado.

La neurectomía vestibular retrolaberíntica, se realizó utilizando la misma técnica quirúrgica del abordaje retrolaberíntico del ángulo pontocerebeloso, únicamente señalaremos los tiempos quirúrgicos esenciales:

Se realiza mastoidectomía amplia con exteriorización del bulbo de la yugular, dura de fosa posterior anterior y posterior al seno lateral, dura de la región infralaberíntica. (Figura 1). Nótese que en este tiempo quirúrgico se ha identificado y descomprimido extensamente el saco endolinfático.

TABLA 4

El tratamiento quirúrgico sintomático del vértigo

PROTOCOLO DE ELEGIBILIDAD

Ocupación del paciente
 Deshabilidad secundaria al vértigo
 Estado general de salud
 Actitud mental del paciente hacia su enfermedad
 Falla del tratamiento médico utilizado por lo menos 6 meses

TABLA 5

Protocolo de estudio del paciente con vértigo

Interrogatorio:	Interrogatorio neuro/otológico
Exploración:	Exploración otorrinolaringológica Exploración marcha, Romberg Coordinación Pares craneales Fondo de ojo
Estudios audiológicos:	Audiometría tonal y fonémica Reflejo estapedial Audiometría de respuestas eléctricas evocadas de tallo cerebral
Estudios vestibulares:	Electronistagmografía incluyendo pruebas posturales y pruebas calóricas
Estudios de Rx simples:	Comparativas de mastoides en Schuller y Stenvers Transorbitaria de Guillén
Estudios Rx computarizados:	Tomografía axial computarizada de cráneo y fosa posterior simple y con medio de contraste intravenoso Cisternopontografía gaseosa
Angiografía:	Arteriografía carotídea Arteriografía vertebrobasilar
Estudios de Resonancia magnética nuclear.	

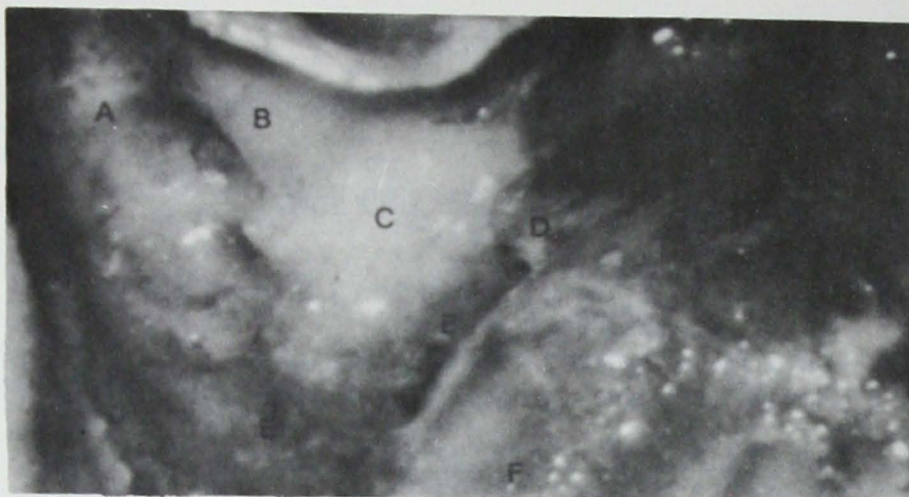


Fig. 1. Vista quirúrgica a través del microscopio. 10 X, oído derecho.

- A) Canal semicircular superior
- B) Canal semicircular lateral o externo
- C) Canal semicircular posterior
- D) Saco endolímfático
- E) Dura de fosa posterior
- F) Seno lateral



Fig. 2. Vista quirúrgica a través del microscopio. 10 X, oído derecho. Se ha iniciado la incisión de la duramadre de la fosa posterior, para abordar el ángulo pontocerebeloso.

- A) Canal semicircular posterior
- B) Saco endolímfático
- C) Seno lateral totalmente exteriorizado

Incisión de la dura de fosa posterior por adelante del seno lateral, pero posterior al saco endolímfático (Figura 2).

Descompresión de la cisterna cerebelopontina e identificación del VIII par craneal, nótese la separación troncal del nervio marcada por la microcirculación, en una rama vestibular o cefálica y una rama coclear o caudal, lo que corresponde aproximadamente al 50% del grosor total troncular para cada rama mencionada. Esto es importante señalarlo, porque en algunos casos no hay una separación bien definida y el cirujano debe guiarse exclusivamente por el grosor. (Figura 3).

Una vez seccionada la rama vestibular, se procede al cierre de la cavidad quirúrgica y la herida.

En los primeros 10 casos, únicamente se cerraba el defecto dural con seda y fascia temporalis, obliterando la cavidad con grasa subcutánea, pero la aparición de hipoacusia conductiva de hasta 15 dB en 2 casos, debido a la pérdida de la movilidad de la cadena oscicular por el contacto de la grasa protruida a través del aditus ad antrum, hizo que en los últimos 15 casos se modificara la técnica de obliteración, interponiendo después de la fascia temporalis un fragmento óseo a nivel del aditus ad antrum, sellando el paso del tejido graso hacia ático.

RESULTADOS

Con fines de control, se compararon las audiometrías más bajas preoperatorias de los últimos 6 meses, con las audiometrías más bajas tomadas a los 2, 4 y 6 meses post-operatorios, tomando en cuenta 2 variables:

P.T.P.: el promedio de tonos puros para 500, 1000 y 2000 Hz.

U.D.F.: el umbral de discriminación fonémica para el 50% de los fonemas.

La evaluación de los resultados en el control del vértigo, se llevó a cabo valorando los siguientes parámetros:

Control de la crisis/no inestabilidad.

Control de la crisis/inestabilidad.

No control de la crisis/Inestabilidad.

Y mediante el cuestionamiento a los pacientes de como se sentían con respecto a su vértigo antes y después de la cirugía:

MEJOR , IGUAL , PEOR.

De los 25 pacientes hubo un ligero predominio del sexo femenino, y la edad mínima fue de 20 años, con la máxima de 54 años, (Tabla 6).

El diagnóstico etiológico del vértigo lo podemos dividir en 2 grandes grupos: la enfermedad de Meniere que correspondió al 44% de los pacientes, y las laberintopatías, que se diagnosticaron en el 56% de los casos (Tabla 7).

Los resultados de la evaluación audiométrica preoperatoria, también se dividieron de acuerdo

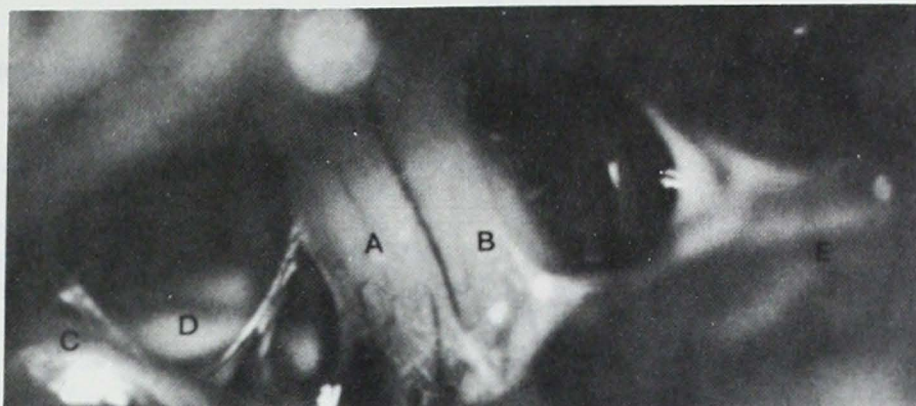


Fig. 3. Vista quirúrgica a través del microscopio. 25 X, oído derecho. Se ha identificado el VIII par craneal y una asa de la arteria cerebelosa anteroinferior, tallo cerebral y cerebelo.

- A) Rama vestibular del VIII par craneal
- B) Rama coclear del VIII par craneal
- C) Asa de la arteria cerebelosa anteroinferior
- D) Tallo cerebral
- E) Cerebelo

a la etiología del padecimiento en los grupos mencionados.

En los pacientes con enfermedad de Meniere, el P.T.P. fluctuó entre 32 y 60 dB, correspondiendo el 61% de los pacientes a portadores de una audición útil socialmente, no habiéndose tomado en cuenta si la audición era fluctuante, ni la presencia de acúfeno. (Tabla 8). Los pacientes con laberintopatías reportaron un P.T.P. que fluctuó entre 10 y 40 dB, correspondiendo el 100% a pacientes con audición útil socialmente, de éstos prácticamente el 78% tenía audición normal preoperatoria. (Tabla 9).

Post-operatoriamente, el 72% de los pacientes con enfermedad de Meniere se mantuvo con la misma audición, el 18% incluso mejoró entre 15 y 20 dB y el 8% tuvo una pérdida neurossensorial de 20 dB. (Tabla 10).

En lo que se refiere a los pacientes con laberintopatía, el 86% conservó la misma audición post-operatoria y el 14% tuvo una pérdida conductiva de 15 dB. (Tabla 11).

Si se manejan en forma global los resultados post-operatorios, el 80% de los pacientes mantuvieron la audición igual, el 8% incluso mejoró y el 12% tuvo una disminución auditiva de grados variables. (Tabla 12).

En lo que se refiere al vértigo, hubo un mayor porcentaje de control total del vértigo entre los enfermos con enfermedad de Meniere (Tabla 13), que entre los pacientes con laberintopatías diversas (Tabla 14).

Considerando en forma global los resultados, el 96% de los pacientes reportaron mejoría de su vértigo con integración a sus actividades habituales post-operatorias y solamente el 4% de los pacientes, que correspon-

TABLA 6

Neurectomía vestibular retrolaberíntica

		Edad en años.
		20-30 = 5
		31-40 = 16
		41-50 = 3
		Más de 50 = 1
M = 11		
F = 14		

TABLA 8

Neurectomía vestibular retrolaberíntica

Audición pre-operatoria		Enf. Meniere
N	P.T.P.	U.D.F.
7	32 dB	0-20
2	50 dB	40-60
2	60 dB	Más de 60

TABLA 10

Neurectomía vestibular retrolaberíntica

Audición post-operatoria		Enf. Meniere	
N	P.T.P.	U.D.F.	%
8	=	=	72
2	+ 15-20	Más 15	18
1	Menos 20	Menos 40	8

TABLA 12

Neurectomía vestibular retrolaberíntica

Audición post-operatoria global	
Igual	80%
Mejoría	8%
Disminución 12%	Conductiva 8%
	Neurosenso 4%

TABLA 7

Neurectomía vestibular retrolaberíntica

Enfermedad de Meniere	=	11
Neuronitis vestibular	=	6
Cupulolitiasis	=	4
Vértigo post-traumático	=	3
Vértigo post-estapedectomía	=	1

TABLA 9

Neurectomía vestibular retrolaberíntica

Audición pre-operatoria		Laberintopatías	
N	Enfermedad	P.T.P.	U.D.F.
6	Neuron. Vestibular	10 dB	0-20
4	Cupulolitiasis	10 dB	0-20
1	Vértigo post-estape.	10 dB	0-20
3	Vértigo post-trauma.	40 dB	20-40

TABLA 11

Neurectomía vestibular retrolaberíntica

Audición post-operatoria		Laberintopatías		
N	Enfermedad	P.T.P.	U.D.F.	%
6	Neuronitis vest.	=	=	85
2	Cupulolitiasis	=	=	85
1	Vértigo post-estape.	=	=	85
3	Vértigo post-trauma.	=	=	85
2	Cupulolitiasis	-15	=	14

TABLA 13

Neurectomía vestibular retrolaberíntica

Vértigo post-operatorio	Enfer. Meniere	
	N	%
Control de las crisis/Estabilidad	10	92
Control de las crisis/Inestabilidad	1	8
No control crisis/Inestabilidad	0	0

TABLA 14

Neurectomía vestibular retrolaberíntica

Vértigo post-operatorio	Laberintopatías	
	N	%
Control de las crisis/Estabilidad	11	78
Control de las crisis/Inestabilidad	2	14
No control crisis/Inestabilidad	1	7

TABLA 15

Neurectomía vestibular retrolaberíntica

Complicaciones		
Hipoacusia:	Neurosensorial	1
	Conductiva	2
Parálisis facial periférica		1
Fístula de L.C.R.		3
Meningitis		0

dió a un paciente con vértigo post-traumático, reportó su condición clínica como peor.

Las complicaciones que se reportan en la Tabla 15, se presentaron en los primeros 10 casos de la serie, en tanto que en nuestros últimos 15 casos no hemos tenido complicaciones. Los casos de fístula de líquido cefalorraquídeo se manejaron conservadoramente mediante reposo, acetazolamida y vendaje compresivo en los 2 casos en los que la fístula fue a través de la herida quirúrgica y únicamente con reposo y acetazolamida en el caso de que la fístula sea a través de la trompa de Eustaquio.

No hubo infección de la herida quirúrgica ni meningitis.

La ausencia de fístula en los últimos 15 casos de la serie es atribuible a 2 factores lógicos: la mayor experiencia del cirujano y la modificación paulatina de la técnica para la obliteración y cierre de la herida quirúrgica. En los primeros casos, únicamente obliterábamos con tejido graso el defecto dural sin

intentar el afrontamiento de la incisión, posteriormente los bordes duros se afrontaban con seda y se obliteraba la cavidad quirúrgica con grasa subcutánea. Actualmente se afrontan los bordes duros con seda, posteriormente se coloca un fragmento libre de fascia temporalis sobre la incisión dural y finalmente se oblitera la cavidad con grasa subcutánea, lo que ha evitado en los últimos 15 casos de esta serie la presencia de fístula de líquido cefalorraquídeo.

En lo que se refiere a la hipoacusia neurosensorial, ésta posiblemente se debió a la apertura del canal semicircular posterior y se presentó en el caso No. 4, que correspondía a un paciente con enfermedad de Meniere, cuyo vértigo fue completamente controlado, pero tuvo una pérdida neurosensorial de 20 dB en su P.T.P.

La hipoacusia conductiva se presentó en 2 casos con cupulolitiasis como ya se mencionó y fue de 15 dB, debido posiblemente

al contacto de grasa subcutánea con la cadena oscicular, al protruir a través del aditus ad antrum, ésta posible complicación en los últimos 15 casos se previno obliterando el aditus ad antrum con un fragmento óseo como ya se mencionó en la técnica quirúrgica. Dicha hipoacusia conductiva mínima, se puso de manifiesto cuando se operaron pacientes con audición normal preoperatoria.

La parálisis facial periférica se presentó en un caso y afortunadamente fue transitoria y totalmente reversible; un análisis retrospectivo de la cirugía del paciente, no nos permitió determinar la causa de esta parálisis facial periférica, aunque el nervio facial pudo haberse sobrecalentado durante la exenteración ósea infralaberíntica, o puso haber sido traccionado inadvertidamente al realizar la neurectomía vestibular.

COMENTARIOS

En las series reportadas a nivel internacional, existe un común

denominador en lo que se refiere al control del vértigo: éste es mejor en los pacientes con enfermedad de Meniere, que en los pacientes con laberintopatías diferentes. En nuestra experiencia esto concuerda y posiblemente se deba a que en la enfermedad de Meniere el vértigo tiende a presentarse en crisis y aunque puede existir algo de desequilibrio entre las crisis, el paciente puede fácilmente reconocer estas crisis, por ello, al realizar la neurectomía vestibular retrolaberíntica y no volver a presentar dichas crisis puede reconocer o notar la mejoría post-operatoria en forma más obvia y tolerar adecuadamente la posible inestabilidad post-operatoria de los primeros 2 meses y reintegrarse en forma más temprana a sus actividades cotidianas, además de que la técnica retrolaberíntica también nos permite realizar una descompresión ósea extensa del saco endolinfático, lo que en algunos casos incluso ha mejorado la audición. En lo que se refiere a las laberintopatías, salvo en la cupulolitiasis, el síntoma vértigo no puede ser definido claramente por los pacientes y es traducido como un estado permanente de inestabilidad de diversos grados, si el paciente no ha logrado compensar por sí mismo dicha laberintopatía debido a las exacerbaciones del estado de inestabilidad, deberá de aclarársele al indicarle la neurectomía vestibular retrolaberíntica, que la cirugía terminará con dichas exacerbaciones, permitiéndole una compensación central más efectiva y rápi-

da de su inestabilidad, pero ésta persistirá durante por lo menos 2 meses post-operatorios. Es interesante hacer notar también que en los pacientes con laberintopatías diversas que no cursan con hidropesía endolinfática, la descompresión ósea extensa del saco endolinfático no ejerce ningún efecto.

En los reportes de la literatura, se dice que hasta en un 25% de los casos no es posible indentificar un tabique de separación troncular entre la rama coclear y la rama vestibular del VIII par craneal; en nuestra experiencia esto sucedió en 3 casos, es decir el 12% y siguiendo la regla de que el 50% del grosor troncular corresponde a cada rama, se realizó la neurectomía vestibular con resultados excelentes, tanto en el control del vértigo como en la conservación de la audición, por lo que podemos considerar que la falta de definición en el tabique de separación troncular, no afecta los resultados.

El otro aspecto interesante a discutir, es que la enfermedad de Meniere puede ser bilateral y por lo tanto una neurectomía vestibular pudiera ser considerada como muy agresiva. La realidad es que hay una gran variación en los reportes a nivel de la literatura internacional sobre la incidencia bilateral de la enfermedad de Meniere, variación que va desde un 15 hasta un 40%.

¿Cuál es nuestra política con respecto a la bilateralidad de la enfermedad de Meniere? Aunque en la presente serie de pa-

cientes con vértigo no hemos tenido un paciente con enfermedad de Meniere bilateral que requiera de tratamiento quirúrgico, el protocolo de manejo que seguiríamos es el siguiente: en el primer oído que manifieste la enfermedad de Meniere, realizar una neurectomía vestibular retrolaberíntica, lo que nos permite conservar la audición a mismos niveles preoperatorios; de presentarse la enfermedad de Meniere en el oído no operado y que la terapéutica médica no lo controle, la cirugía a ofrecer sería de primera instancia una derivación de saco endolinfático a mastoides. Con ello no solamente estamos ganando tiempo para la supervivencia del aparato vestibular periférico, sino que estamos plenamente seguros de que oído está produciendo la reaparición del vértigo. De no haberse controlado satisfactoriamente éste último, la siguiente cirugía a ofrecer sería una revisión de la cirugía primaria de saco endolinfático y de no controlarse satisfactoriamente las crisis vertiginosas con la cirugía de revisión, entonces se ofrecería una neurectomía vestibular retrolaberíntica, aclarando al paciente que dicha cirugía controlará totalmente sus crisis de vértigo, pero la inestabilidad post-operatoria requerirá de mayor esfuerzo de su parte para realizar los ejercicios de Cawthorne de rehabilitación post-operatoria y posiblemente hasta 6 meses — en lugar de 2 —, para lograr la compensación satisfactoria que lo reintegrará a sus actividades

prácticamente normales, con la salvedad de que no podrá nadar, ya que Sterkers,¹⁰ entre otros, ha demostrado que se pierde el sentido de orientación al estar nadando, ni podrá realizar actividades en la oscuridad.

¿Cuál es la base que sustenta dicha conducta quirúrgica? La observación de que la ablación bilateral del aparato vestibular no necesariamente deshabilita al paciente, ejemplos clínicos de ello son las neuronitis vestibulares bilaterales y los neurinomas bilaterales del acústico. Dichos pacientes se rehabilitan adecuadamente integrándose a sus actividades cotidianas, con la salvedad como ya se mencionó de la natación y de tener que realizar actividades en la oscuridad, ya que la falta de visión adecuada exacerba la inestabilidad.

Cuando se analiza la cirugía del saco endolinfático para los pacientes con enfermedad de Meniere bilateral, se pueden cuestionar los siguientes puntos: si se realizó cirugía del saco endolinfático en un paciente con resultados iniciales buenos y posteriormente reinicia su sintomatología vertiginosa teniendo el oído contralateral normal, se puede proponer una revisión de la cirugía del saco endolinfático, sin embargo si un paciente ya tiene una cirugía de saco endolinfático en un oído con resultados iniciales buenos y posteriormente reinicia su sintomatología vertiginosa asociada a sintomatología del oído no operado, ¿qué se debe de recomen-

dar?: hacer una cirugía de revisión de saco endolinfático operado, u operar el saco endolinfático contralateral, suponiendo que se haya optado por operar el saco endolinfático contralateral, de persistir las crisis vertiginosas, hemos perdido la oportunidad de determinar que oído está produciendo el vértigo;¹¹ si en lugar de optar por operar el saco endolinfático contralateral, se decide realizar una revisión de cirugía del saco endolinfático ya operado, corremos el riesgo de que este oído no sea el que está produciendo el vértigo sino que sea el contralateral y que la cirugía por lo tanto no controle el vértigo.

Con el cuestionamiento anterior, únicamente se quiere subrayar que la cirugía de saco endolinfático en casos de enfermedad de Meniere bilateral, conlleva el peligro de que se puede perder la identificación de cuál es el oído que nos está produciendo el vértigo una vez que se realizó cirugía de saco endolinfático bilateralmente,¹¹ entonces ¿en que oído podemos ofrecer una neurectomía vestibular o en su indicación una laberintectomía para controlar el vértigo?

La discusión respecto de la bilateralidad de la enfermedad de Meniere, pone de manifiesto que mientras no se conozca la etiología de la enfermedad de Meniere y solamente podamos ofrecer en casos cuidadosamente seleccionados una cirugía sintomática conservadora de la audición, hace que los argu-

mentos en favor de una cirugía endolinfática o de una neurectomía vestibular sean válidos y dependen esencialmente de la experiencia del cirujano y no de parámetros o reglas universalmente establecidas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Humberto Criollos Flores, Director del Hospital de Zona No. 21, IMSS, Monterrey, Nuevo León, su interés y apoyo en la realización de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Ortiz-Armenta, L.A. de J., Martín-Díaz, J., Gámez-Martínez, L.: Surgical treatment of vertigo. *Ear, Nose and Throat Journal*, Vol. 65, N 6: 46-61, USA, 1986.
- 2.- Fisch, U.: Excision of Scarpa's ganglion. *Arch. Otolaryngol.* 97: 147, USA, 1973.
- 3.- Pulec, J.L.: The surgical treatment of vertigo. *Laryngoscope*, 79: 1783-1822.
- 4.- Brackman, D.E. and Hitselberger, E.W.: Retrolabyrinthine approach: technique and newer indications. *Laryngoscope*. 88: 286-297, USA, 1978.
- 5.- Silverstein, H. and Norrell, H.: Retrolabyrinthine vestibular neurectomy. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 90 No. 6: 778-782, USA, 1982.
- 6.- Ortiz-Armenta, L.A. de J.: El abordaje retrolaberíntico del ángulo pontocerebeloso. XXXV Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología. Monterrey, nuevo León, Mayo 1985. León, Mayo 1986.
- 7.- Ortiz-Armenta, L.A. de J.: El abordaje retrolaberíntico del ángulo pontocerebeloso. *Anales Soc. Mex. Otorrinolar.* No. 1 Vol. XXXI: 25-29, México, 1986.
- 8.- McElveen, J.T., Jr., House, J.W., Hitselberger, W.E.: Retrolabyrinthine Vestibular Nerve Section: a viable alternative to the middle fossa approach. *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 92: 136-140, USA, 1984.
- 9.- Kemink, J.L., Hoff, J.T.: Retrolabyrinthine vestibular nerve section: analysis of results. *Laryngoscope* 96: 33-36, USA, 1986.

10.- *Sterkers, J.M., Hamann, K.F.*: Compensation after bilateral surgical denervation of the vestibular apparatus, en Silverstein H y Norrell H., editores. Neurological

surgery of the ear and Skull base. Birmingham, Ala, The Aesculapius Publishing Co., Vol. II, pp 36-38, USA, 1979.

11.- *House, W.F., and Fraysse B.*: Revisión of the endolymphatic subarachnoid shunt for Meniere's disease. Arch. Otolaryngol. 105: 559-600, USA, 1979.

Valor clínico de la tomografía computarizada del seno esfenoidal (*)

Dr. Andrés BUSTAMANTE BALCARCEL*

Dr. Pedro R. BECERRIL PEREZ**

Dr. Jesús RODRIGUEZ CARBAJAL***

Resumen. — El estudio del seno esfenoidal precisa del conocimiento de su anatomía, de las estructuras vecinas y de la patología intrínseca o extrínseca que es capaz de afectarlo. La tomografía computarizada es el procedimiento más eficaz para su evaluación. Este trabajo destaca los detalles radiográficos que se deben considerar para que la tomografía computarizada sea de mayor utilidad, en los procesos donde esté involucrado el seno esfenoidal. La imagen proporcionada por la tomografía, tanto del contenido

como de las estructuras adyacentes, nos permite precisar, más que cualquier otro método, los límites de la lesión así como inferir, en muchos casos su diagnóstico.

Summary. — In order to study of sphenoid sinus, it is of great importance the knowledge of its anatomy and relations.

The computerized tomographic is the best procedure for its evaluation. By means of the tomographic images we can evaluate the content and related pathology, and in many cases we can infer the diagnosis.

diagnósticos y técnicas microquirúrgicas.¹ En realidad, el seno esfenoidal puede ser estudiado con precisión desde que se cuenta con la tomografía computarizada.^{2,3} Todos los autores coinciden que en este momento, es el mejor método y claramente superior a los antes utilizados.^{4,5,6} Seguramente, la resonancia magnética es un método que nos ayudará en muchos casos a una mejor limitación de las estructuras vecinas o al contenido del seno.^{7,8,9}

El seno esfenoidal por su localización en el centro de la base del cráneo es un sitio por donde es posible llegar a estructuras que antes se consideraban muy difíciles de abordar.¹⁰ Existe además una patología propia del seno que era difícil de conocer con los recursos clínicos utilizados antes del advenimiento de la tomografía computarizada⁴ por

INTRODUCCION

El seno esfenoidal tiene mayor importancia clínica que en años anteriores. La razón es la facilidad para llegar a observarlo con los actuales métodos

(*) Trabajo presentado en el XXXVII Congreso Nacional de la SMORLCCC, San Luis Potosí, Mayo 1987.

* Jefe del Dpto. de Otoneurología INNN

** Residente de Otoneurología INNN

*** Jefe de la División de Radiología INNN, México, D.F.

último, es una estructura que fácilmente se involucra tanto en las lesiones endocraneanas como en los procesos que afectan la cara inferior de la base del cráneo.^{11,6}

La razón de este trabajo es poner atención a los detalles radiográficos que deben considerarse para que el estudio de tomografía computarizada sea de la mayor utilidad posible en los procesos donde está involucrado el seno esfenoidal.

Para que la interpretación de la tomografía computarizada del seno esfenoidal sea útil es necesario recordar con cuidado todas sus relaciones anatómicas; trabajos de gran calidad se han escrito previamente.¹⁰

ANATOMIA

Al estudiar un proceso patológico de la base del cráneo que pueda comprometer al seno, es necesario revisar con atención para asegurarse que no está involucrado en la lesión. En la tomografía computarizada del seno esfenoidal tenemos que estudiar sus límites, su contenido y las estructuras contiguas a él,^{2,10} (Figura 1).

Dentro del seno esfenoidal es necesario definir los siguientes puntos:

- 1) El tamaño o dimensiones del seno.
- 2) La posición del septum interesfenoidal, si es único o doble.
- 3) El grosor de las paredes del seno.⁴



Fig. 1A. Corte coronal anterior. Las flechas muestran la muesca que forman en la pared lateral del seno las carótidas. Nótese lo delgado de la cubierta ósea.

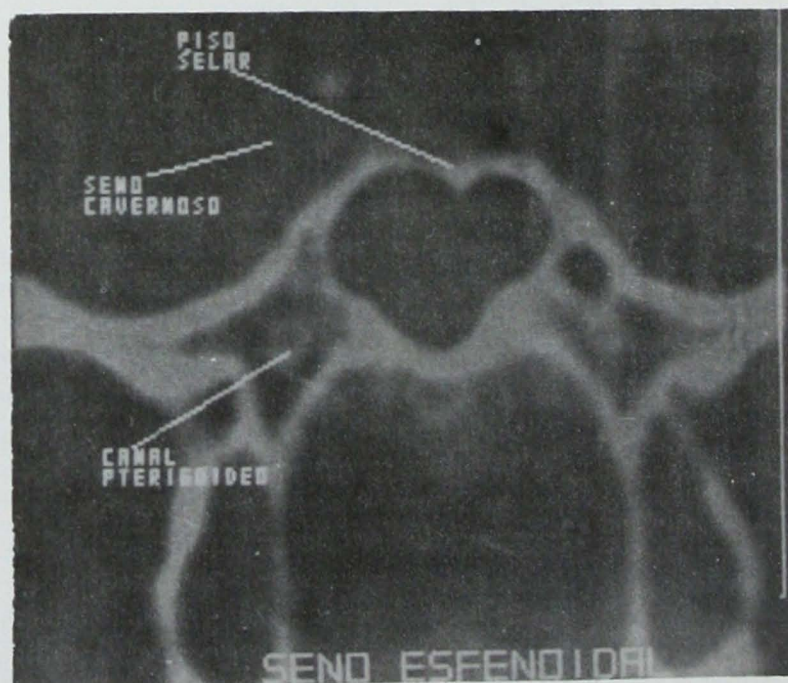


Fig. 1B. Corte coronal medial. Se muestra el piso de la silla turca y el rostrum del esfenoides así como la vecindad del seno cavernoso.

Las relaciones del seno que nos interesan primordialmente son las siguientes:

1) La silla turca: se debe definir la posición que guarda en relación con el seno.

2) Las carótidas internas: se pueden encontrar insinuadas dentro del seno cubiertas por la pared ósea lateral o únicamente por la mucosa del seno.^{1,12}

De todos los percances en la cirugía del seno esfenoidal es seguramente el daño a la arteria carótida el más temido.

3) Las órbitas: son importantes tanto para orientar el abordaje del seno como para definir su invasión por lesiones de esta área.¹⁵

4) El nervio óptico: la situación de su emergencia en relación con la lesión.^{13,14} Ochenta y ocho por ciento de los senos esfenoidales están en contacto con el nervio óptico.¹⁵

5) El seno cavernoso: su relación es básica, ya que habitualmente marca el límite de las posibilidades quirúrgicas.⁵

6) Los senos etmoidales: tienen una variación tan grande en su relación con el seno esfenoidal que es necesario precizarla en cada caso.⁵

7) La pared inferior de la cavidad craneana. Las lesiones de la nasofaringe tienden a involucrar al seno.

PATOLOGIA

Lesiones que afectan el seno esfenoidal. Estas lesiones pueden ser intrínsecas o de estructuras vecinas que lo invaden,^{6,10} pue-



Fig. 1C. Corte coronal posterior. Se enumeran los elementos nerviosos que acompañan al seno cavernoso en su porción posterior.

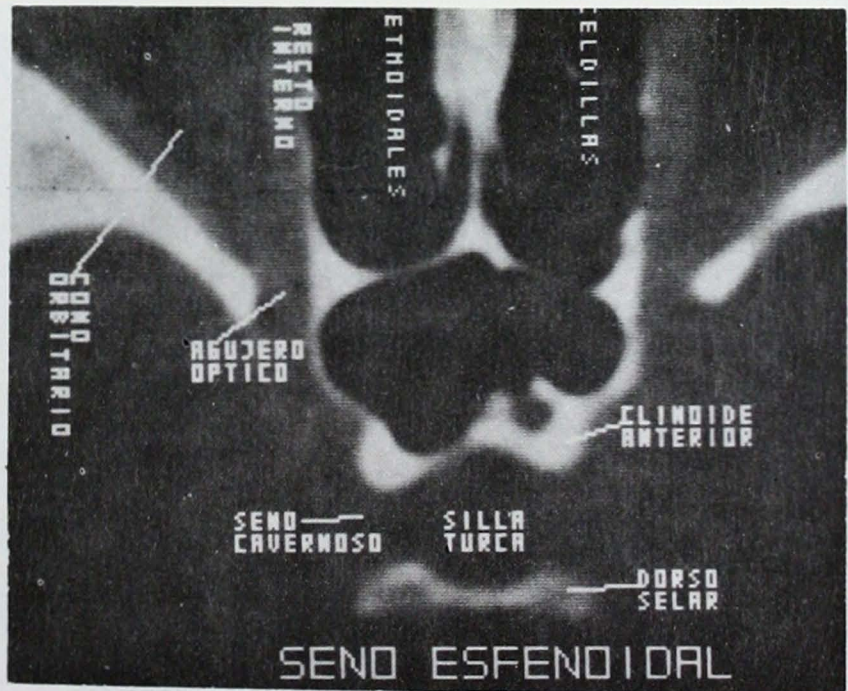


Fig. 1D. Corte axial superior. Se demuestra la íntima relación de los elementos oculares, etmoidales, selares, y el seno cavernoso con el seno esfenoidal.

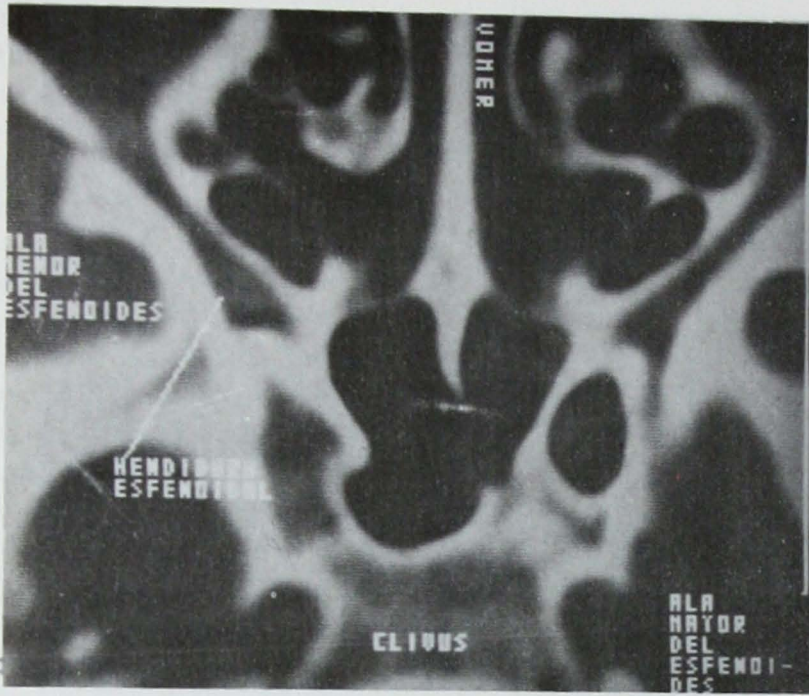


Fig. 1E. Corte axial inferior. Relaciones del clivus, alas del esfenoides y cavidades nasales con el seno.

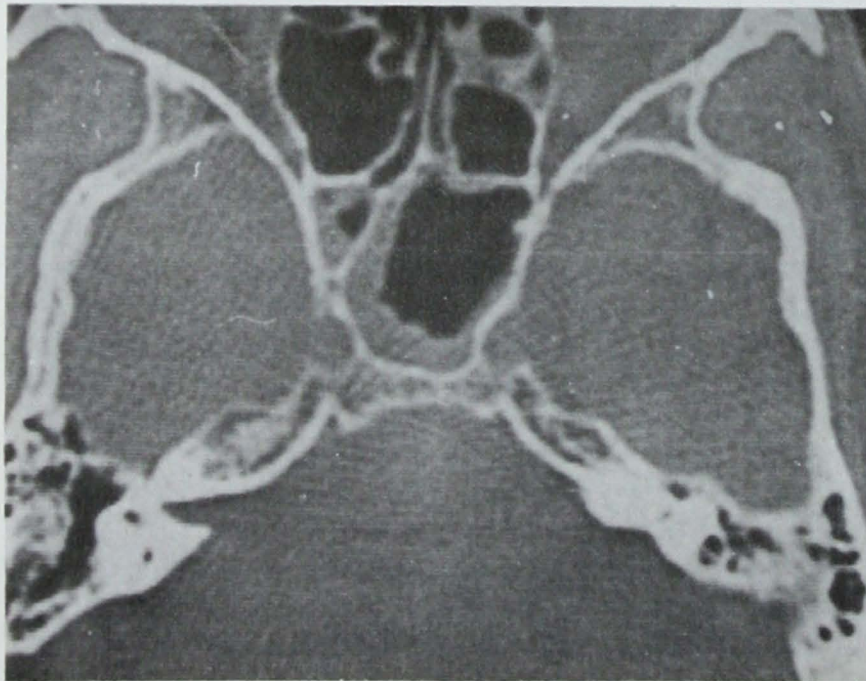


Fig. 2. Corte axial. Sinusitis asintomática. Hallazgo radiográfico.

den ser de diferentes etiologías, y según sea el problema, así serán los requerimientos en cada uno de los estudios.⁵

Lesiones infecciosas. Los procesos inflamatorios del seno son más frecuentes de lo que habitualmente se sospecha con las placas simples. Su diagnóstico a veces se acompaña de una amplia variedad de signos y síntomas dependiendo de las estructuras vecinas al seno que estén afectadas.⁵ En otras ocasiones su comportamiento es silencioso (Figura 2).

Cuando en un enfermo no se encuentra la causa de una cefalea, es importante conocer el estado del seno esfenoidal con tomografía computarizada ya que en ocasiones una sinusitis esfenoidal puede ser la causa de su malestar,^{2,4,5} (Figura 3).

En los pacientes con pansinusitis severas, con fondo alérgico, la tomografía computarizada permite realizar una valoración adecuada, para y de, nuestro tratamiento médico o quirúrgico. Los mucocelos (Figura 4) como consecuencia de un proceso infeccioso pueden comprometer seriamente las estructuras de esta zona y simular verdaderos tumores,³ la tomografía computarizada es importante en el diagnóstico diferencial.¹⁵ Una sinusitis esfenoidal puede dar lugar a una trombosis del seno cavernoso,² una neuralgia del esfenopalatino, una neuritis óptica¹⁴ o puede extenderse comprometiendo la órbita,⁴ estos problemas son más frecuentes cuando se trata de pa-

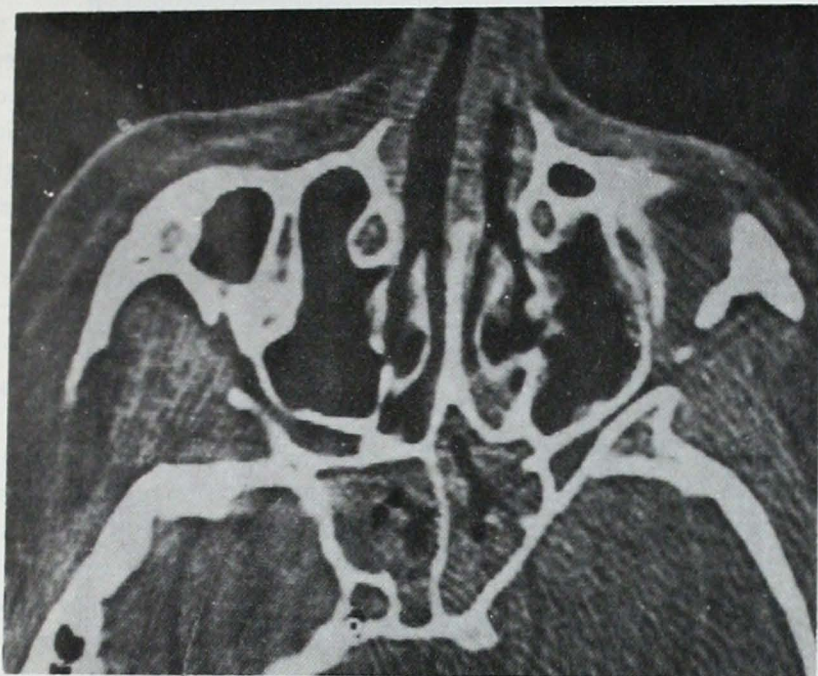


Fig. 3. Corte axial. Sinusitis esfenoidal en un paciente estudiado por cefalea.

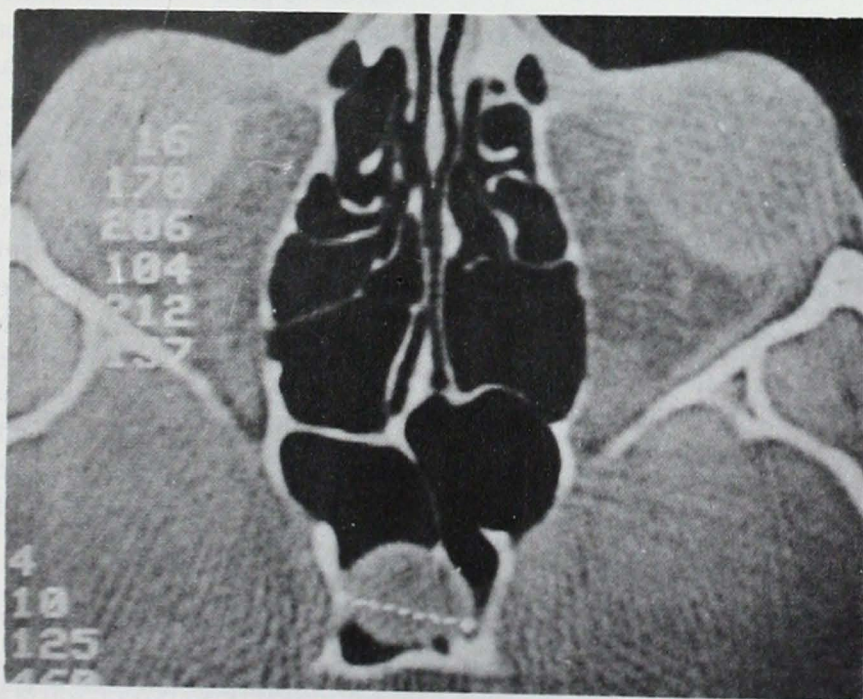


Fig. 4. Corte axial. Mucocelo esfenoidal pequeño. Nótese como el septum interesfenoidal empieza a ser desplazado.

cientes inmunodeprimidos.³ Todas estas complicaciones de la sinusitis esfenoidal requieren para su comprensión completa un estudio de tomografía computarizada.

Lesiones tumorales. Los tumores que con mayor frecuencia se encuentran en el seno esfenoidal son los adenomas hipofisarios⁶ que al destruir el piso de la silla turca entran al seno (Figura 5). En la mayoría de las ocasiones el diagnóstico radiológico es fácil, pero en algunos casos de tumores muy grandes que crecen hacia las cavidades nasales el diagnóstico diferencial se dificulta.¹⁷ Es en estos casos donde el estudio de tomografía computarizada debe ser realizado muy cuidadosamente. Los meningiomas que invaden el seno esfenoidal no son tan raros, la tomografía computarizada permite la sospecha etiológica.¹⁶ Tumores menos frecuentes son los cordomas que al tiempo que se extienden en el clivus pueden ocupar el seno esfenoidal⁶ y en ocasiones es posible que se extiendan hacia la cavidad nasal, antes de la tomografía computarizada la valoración completa de estos casos era casi imposible.

Los tumores nasofaríngeos como los carcinomas espinocelulares¹⁸ y los linfomas (Figura 6) ocupan en ocasiones el seno esfenoidal, en estos casos generalmente hay destrucción de celdillas etmoidales y a veces extensión orbitaria. Pequeños tumores pueden ocluir los orificios esfenoidales dando lugar a procesos infeccio-

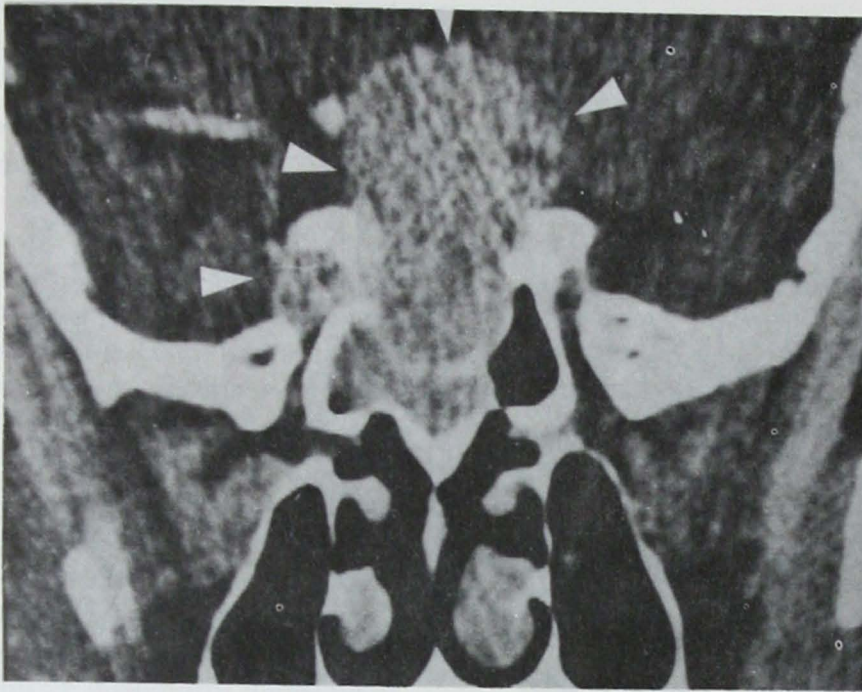


Fig. 5. Corte coronal. Adenoma hipofisario que ha invadido el seno esfenoidal, ocupándolo casi por completo.



Fig. 6. Corte coronal. Linfoma que invade el seno esfenoidal derecho, es de notar las dimensiones de la lesión y la destrucción del ala esfenoidal.

tos o mucocelos del seno, la tomografía computarizada puede hacernos sospechar la presencia de estos tumores.^{13,18} La delimitación cuidadosa con tomografía computarizada de los tumores es indispensable para elegir el abordaje quirúrgico adecuado.⁵

Lesiones traumáticas. En los traumatismos craneofaciales es indispensable el estudio de tomografía computarizada del seno esfenoidal lo antes y más cuidadoso posible para identificar las fracturas que interesan sus paredes y puedan dar lugar a salida de líquido cefalorraquídeo;^{3,6} en estos casos puede ser conveniente el uso de metrizamida y muy importante el colocar al paciente para su estudio en tal forma que el líquido no escape por los ostia; si se descubre la fístula, estudios sucesivos para valorar la evolución y el contenido del seno son muy importantes para orientar la conducta terapéutica (Figura 7). Cuando un paciente presenta meningitis de repetición es indispensable tratar de encontrar una fístula de líquido cefalorraquídeo y el seno esfenoidal puede ser el sitio. Las fístulas espontáneas también pueden tener su origen en este seno, en algunos casos pueden ser síntomas de una silla vacía,⁶ el único método aceptado para localizarla hoy en día es la tomografía computarizada.

Lesiones vasculares. Los aneurismas de la carótida interna, a pesar de su rareza, son la lesión vascular más frecuente que involucra el seno esfenoidal, su

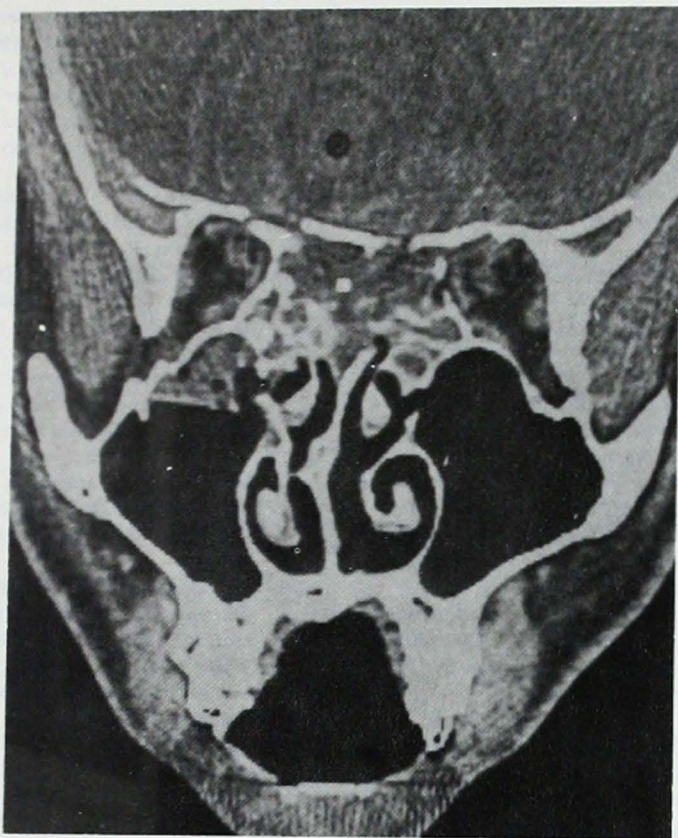


Fig. 7. Corte coronal. Paciente traumatizado con fracturas diversas del seno, este se encuentra totalmente ocupado por líquido cefalorraquídeo.

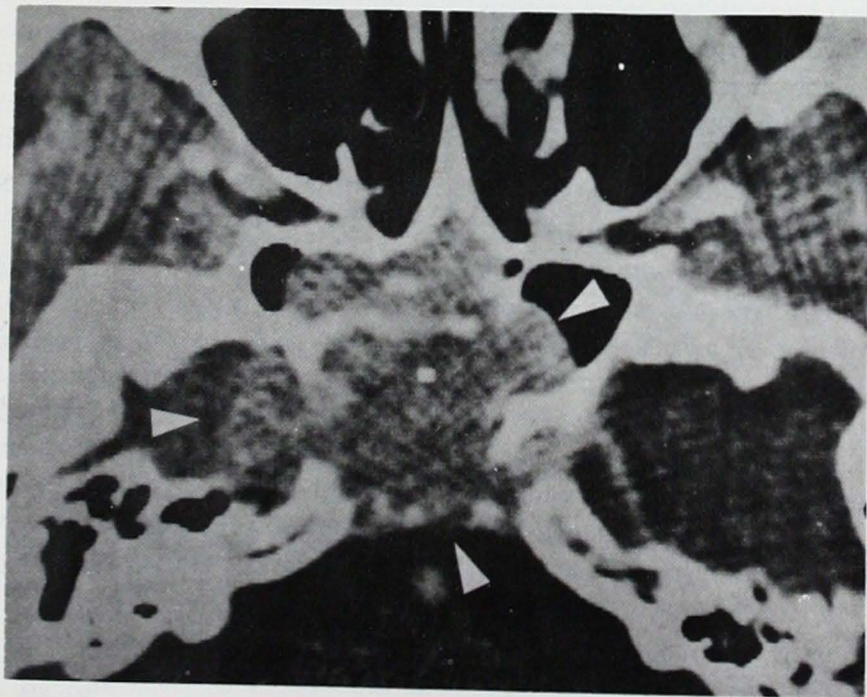


Fig. 8. Corte axial. Aneurisma que ocupa el seno esfenoidal. La lesión es excéntrica y bien delimitada. La angiografía definió su naturaleza.

etiología puede ser por malformación congénita; secundaria a arteroesclerosis; o a traumatismos craneanos, siendo esta última la causa más frecuente.¹⁹ Por esta razón en los casos tumorales es indispensable el uso de tomografía computarizada con medio de contraste y apoyar el estudio en la mayoría de los casos con la angiografía.^{10,15,16} (Figura 8).

CONCLUSIONES

Tres factores de importancia han coincidido para hacer nuevamente del seno esfenoidal un órgano de actualidad: su conocida ubicación estratégica en el centro de la base del cráneo que le permite relacionarse con un buen número de elementos anatómicos que por otra vía sería problemático alcanzar y cuya patología tiende a involucrar al seno o viceversa;¹ la imagen proporcionada por la tomografía computarizada tanto de su contenido como de las estructuras adyacentes, cuya calidad nos permite precisar cabalmente los límites de la lesión, así como, inferir en muchos casos la naturaleza de la misma lo que nos da la pauta para elaborar tratamientos más razonables;¹⁰ y por último la utilización del microscopio y el refinamiento de la técnica microquirúrgica que permite abordajes con una baja morbilidad de lesiones antes, con razón, temidas.¹

Consideramos que en este momento el abordaje quirúrgico del seno esfenoidal debe de ser un

procedimiento preconcebido con todo cuidado donde no debe tener cabida la imprevisión o la sorpresa.

La evolución de las técnicas microquirúrgicas requieren como apoyo el conocimiento radiológico cada vez mejor del seno esfenoidal por lo que es necesario un trabajo constante entre radiólogos y cirujanos para obtener toda la información posible y hacer el abordaje del seno esfenoidal un procedimiento cotidiano con un alto índice de seguridad y eficacia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Fujii K, Chambers M, Rhoton M: Neurovascular relationships of the sphenoid sinus. A microsurgical study. *J. Neurosurg.* 50: 31-39, 1979.

- 2.- Sofferman R.: Cavernous sinus thrombophlebitis secondary to sphenoid sinusitis. *Laryngoscope.* 93: 797-800, 1983.
- 3.- Holt R, et al: Infectious diseases of the sphenoid sinus. *Laryngoscope.* 94: 330-335, 1984.
- 4.- Abramovich, S, Smelt JC: Acute sphenoiditis, alone and in concert. *The Journal of Laryngology and Otology.* 96: 751-757, 1982.
- 5.- Kron T, Johnson Ch: Diagnosis and management of the opacified sphenoid sinus. *Laryngoscope.* 93: 1319-1327, 1983.
- 6.- Gibson W: Sphenoid sinus revisited. *Laryngoscope.* 94: 185-191, 1984.
- 7.- Baker H: The application of magnetic resonance imaging in otolaryngology. *Laryngoscope.* 96: 19-26, 1986.
- 8.- Virapongse Ch, Mancuso A, Fitzsimmons J: Value of magnetic resonance imaging in assessing bone destruction in head and neck lesions. *Laryngoscope.* 96: 284-291, 1986.
- 9.- Moore J, et al: High-field magnetic resonance imaging of paranasal sinus inflammatory disease. *Laryngoscope.* 96: 267-271, 1986.
- 10.- Levine W: The sphenoid sinus, the neglected nasal sinus. *Arch. Otolaryngol.* 104: 585-587, 1978.
- 11.- Bustamante A: Seno esfenoidal. Conceptos actuales sobre diagnóstico y tratamiento de su patología. *Anales Soc. Mex. Otorrinolar.* XXIX: 23-27, 1984.
- 12.- Johnson D, Hopkins R, Hanafee W, Fisk J: The unprotected parasphenoidal carotid artery studied by high-resolution computed tomography. *Radiology.* 155: 137-141, 1985.
- 13.- Hesselink J, et al: Evaluation of mucocoeles of the paranasal sinuses with computed tomography. *Radiology.* 133: 397-400.
- 14.- Rothstein J, et al: Relationship of optic neuritis to disease of the paranasal sinuses. *Laryngoscope.* 94: 1501-1508, 1985.
- 15.- Bansberg S, Harner SG, Forbes G: Relationship of the optic nerve to the paranasal sinuses as shown by computed tomography. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 96: 331-335, 1987.
- 16.- Daniels D, et al: Differential diagnosis of intrasellar tumors by computed tomography. *Radiology.* 141: 697-701, 1981.
- 17.- Wilbur A, et al: Giant cell tumor of the sphenoid bone mimicking a pituitary tumor. *AJNR.* 7: 361-362, 1986.
- 18.- Wyllie J, Kern E, Djalilian M: Isolated sphenoid sinus lesions. *Laryngoscope.* 83: 1252-1265, 1973.
- 19.- Inoue M, et al: Posttraumatic internal carotid aneurysm presenting as a nasal sinus lesion. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 112: 1093-1096, 1986.

Neurilemoma del cuello. Presentación de un caso

Dr. Mario BARRON SOTO*
Dr. Antonio BELLO MORA*
Dr. Adolfo ZAPATA ZAMORA*
Dr. David MONTES DE OCA ROSAS**
Dr. Jorge GONZALEZ ANGULO***

Resumen. — El cuello es el sitio de tumores benignos y malignos de difícil diagnóstico y diferenciación para el médico. Se presenta aquí el único caso reportado en México de neurilemoma del cuello, entidad sumamente rara. Se enmarcan las características clínicas, el pronóstico y el tratamiento. Así mismo se hace una revisión de la literatura mundial del mismo.

Summary. — Neurilemomas of the neck are very rare. The only case reported in México is the one we present in this report, with its clinical picture, prognosis and treatment. The world literature on this subject: was reviewed, showing no more than 30 reports of cervical neurilemoma.

* Servicio Otorrinolaringología, HGCM, IMSS

** Residente de Otorrinolaringología, HGC MR, IMSS.

*** Servicio Anatomía Patológica, HECMR, IMSS.

INTRODUCCION

El neurilemoma es un tumor benigno encapsulado y solitario de lento crecimiento, que se origina en un nervio y está compuesto de células de Schwann en una matriz, de colágena que puede desarrollarse de nervios periféricos craneales o autonómicos.^{7,9,10}

El primero en descubrir esta clase de tumores de células nerviosas fue Veracay en 1908, derivadas de células de Schwann de origen neuroectodérmico.⁷

Existe mucha confusión en relación a la nomenclatura de estos tumores y tiene como sinónimos también neurinoma, fibroblastoma perineural, Schwannoma solitario.^{1,8}

Las localizaciones más frecuentes son en la cara y el cuello cabelludo, en la cavidad intracranial, la órbita, las cavidades

oral y nasal en el espacio parafaríngeo, en el oído medio, la laringe y las regiones lateral y medial del cuello.⁷

En la literatura mundial al respecto, no hay más de 30 artículos sobre neurilemoma en el cuello y faringe. De esto, la importancia e interés de informar sobre el caso presente.

INFORME DEL CASO

Paciente del sexo femenino de 15 años de edad, su abuela materna falleció de cáncer, no determinado el sitio primario. Abuela paterna fallecida por TB pulmonar. Padre con diabetes tipo II.

Padece de cuadros faringoamigdalinos de repetición desde los 12 años. Alérgica a la penicilina.

Inició su padecimiento hace 4 años, con aumento de volumen

del cuello, en la región submaxilar izquierda, que fue interpretado como faringoamigdalitis, recibiendo tratamiento de antibióticos no especificados, sin presentar mejoría. Desde hace un año presentó aumento más acelerado del tamaño de la masa, sin cambios de coloración de la piel, con dolor moderado a la palpación profunda la tumoración era de consistencia blanda, agregándose posteriormente a esta sintomatología, disfagia para cualquier tipo de alimentos, odinofagia y un mes después otalgia izquierda moderada, pulsátil, con ligera irradiación hacia región supraclavicular izquierda.

Exploración física: boca, amígdala y pilar anterior y posterior izquierdos desviados hacia la línea media, con palpación de estas áreas no dolorosa y sin induración.

Cuello: Cilíndrico, asimétrico a partir de masa submaxilar izquierda, la cual era dolorosa en el borde anterior del esternocleidomastoideo de ese mismo lado, además, adenopatía submaxilar dolorosa de tamaño aproximado de 3×3 cm, sin cambios tróficos de la piel.

Los estudios de laboratorio fueron normales, así como la sialografía de la parótida izquierda. La tomografía computada mostró neoformación en el lado izquierdo del cuello, de aproximadamente $6 \times 4 \times 3$ cms que desplazaba los tejidos blandos del cuello, la glándula submaxilar así como la faringe hacia la línea media. La



Fig. 1. Tomografía computada se observa el tamaño y la consistencia semi-sólida del tumor.

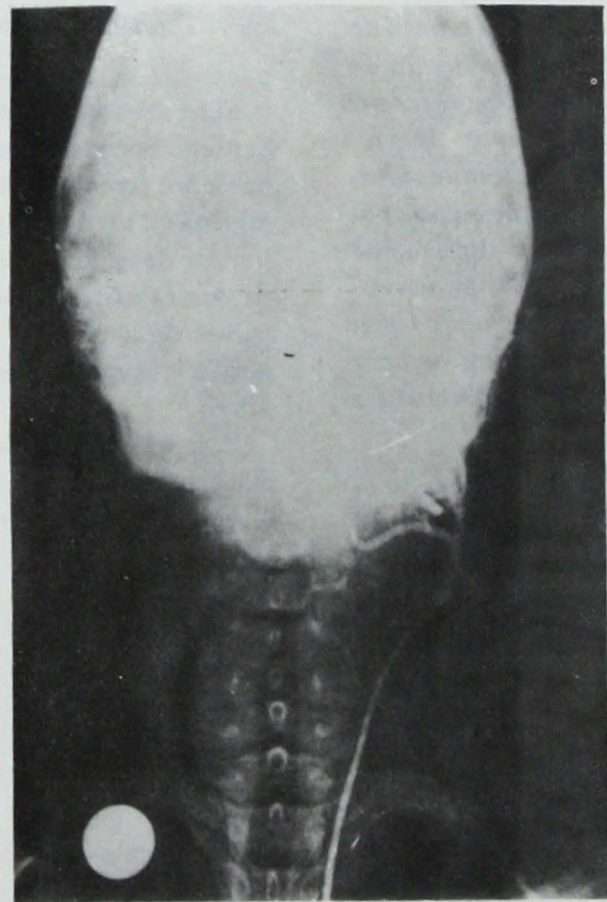


Fig. 2. Angiografía carotídea. Tumor muy vascularizado

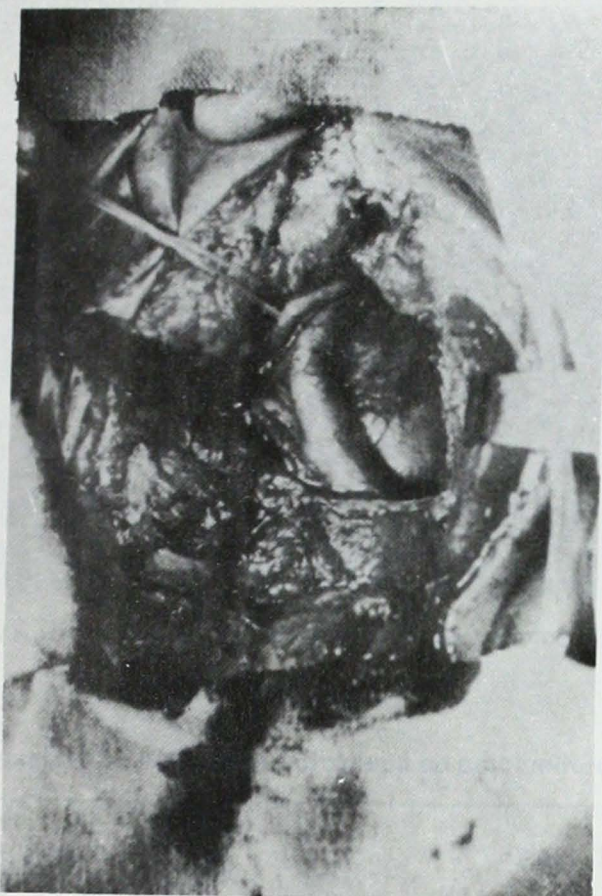


Fig. 3. Aspecto del tumor durante la cirugía.

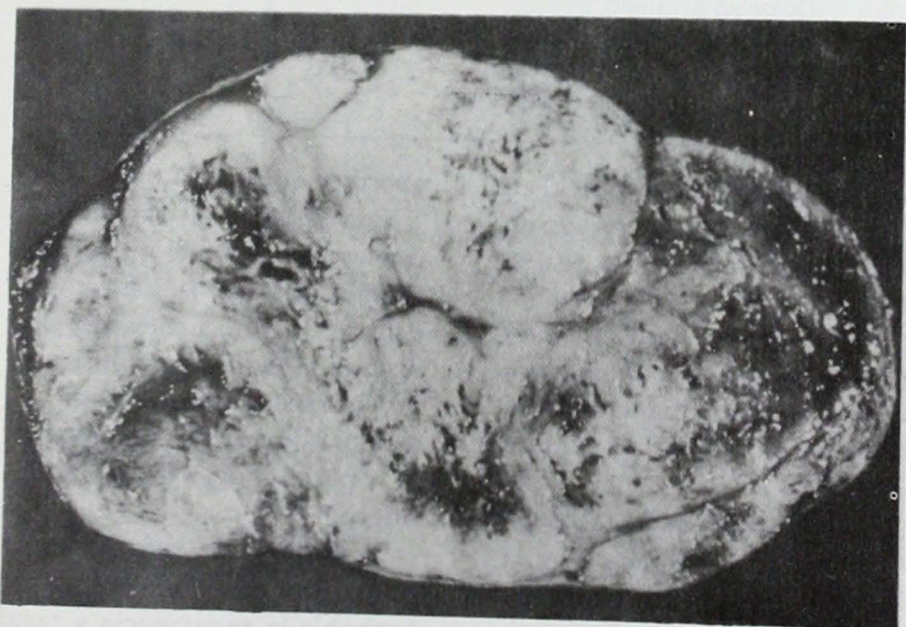


Fig. 4. Corte macroscópico del neurilemoma.

tumoración se encontró encapsulada y no infiltrante. (Fig. 1).

La angiografía carotídea mostró tumoración a nivel faríngeo con desplazamiento de los vasos adyacentes (Fig. 2), muy vascularizada, con zonas de fístulas arteriovenosas y probablemente necrosis.

14 días después de la angiografía carotídea se realizó resección de la masa tumoral en la región lateral izquierda del cuello. La tumoración era posterior al paquete neurovascular, disecándose digitalmente hasta la base del cráneo entre la carótida primitiva y la interna (Fig. 3). La evolución fue satisfactoria.

HISTOPATOLOGIA

La pieza quirúrgica consistió en un tejido irregularmente ovoide, de 8 × 5 cm, bien delimitado, de consistencia firme y color café claro. Al corte se identificó la cápsula fina y transparente, con la masa tumoral de aspecto carnososo, tabicada y con zonas microquísticas de contenido café oscuro. (Fig. 4).

Microscópicamente se vio formada por células fusiformes que en alguna área se encontró sistematizadas en empalizadas paralelas (cuerpos de Verocay) y zonas sin este arreglo, y con formaciones quísticas. Todo, limitado por fina cápsula fibroconjuntiva.

El diagnóstico histopatológico fue de neurilemoma tipo Antoni "A" y "B". (Fig. 5).

COMENTARIOS

En la literatura nacional hasta la fecha no hay ningún caso de neurilemoma del cuello reportado en México y no encontramos más de 30 en la literatura mundial disponible.

La lesión es por lo general un tumor benigno encapsulado, no recidivante y de crecimiento lento.^{1,7,8,9,10}

Histológicamente hay dos tipos de arreglo tisular, descritas por Antoni en 1920. Las del tipo A, las cuales son áreas de textura densa compuesta en empalizada; las células de Schwann como una masa central de citoplasma que es el cuerpo de Veracay. Las Antoni tipo B son células de Schwann con un patrón no distintivo.^{7,9,10}

El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con neurofibromatosis.⁸

Cuando estos tumores son pequeños, generalmente son asintomáticos, pero cuando crecen presentan sintomatología por compresión.

En un estudio de 41 casos (como muestra el Cuadro 1), los principales síntomas de neurilemoma del cuello fueron: disfagia, insuficiencia respiratoria, disfonía, dolor de cuello, obstrucción nasal, síndrome de Horner, parálisis del nervio recurrente.¹

El diámetro del neurilemoma varía entre 1 y 4 cm y raramente excede de 8 cm. Las excepciones principales son los neurilemomas mediastinales o retroperitoneales.¹

El origen del neurilemoma

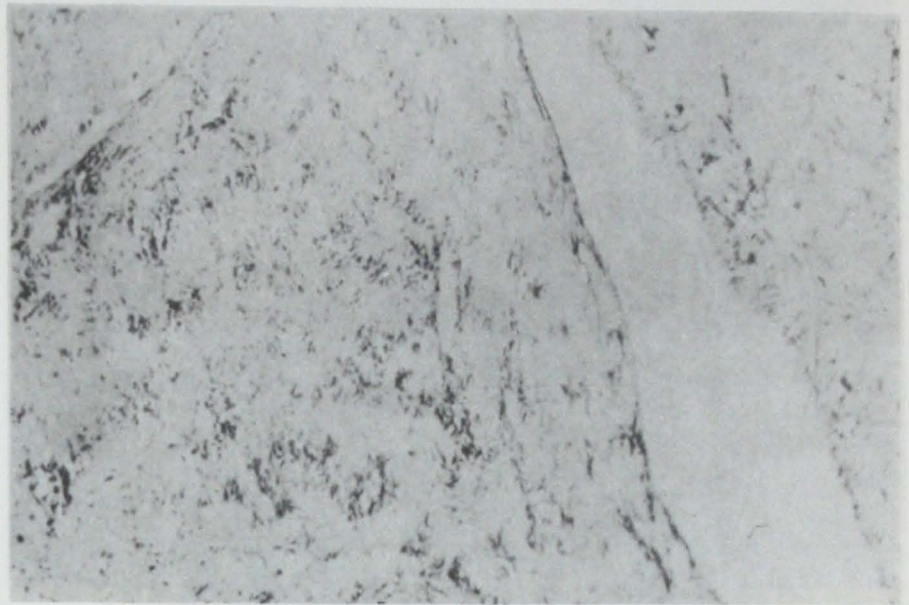


Fig. 5. Corte histológico. Muestra células Antoni tipos A y B.

Cuadro 1

Neurilemoma de cuello: datos clínicos en 41 casos

SINTOMAS	No. DE PACIENTES
Disfagia	20
Insuficiencia respiratoria	7
Disfonía	11
Dolor en el cuello	7
Obstrucción nasal	4
S. de Horner	3
Parálisis del nervio recurrente	1

del cuello fue Plexo Cervical en 55% de casos, el nervio vago en 36% y el hipogloso en el 9% restante.

Nuestro caso muestra la sintomatología similar a la reportada. Por el gran tamaño de la tumoración su origen fue el plexo cervical.

Entre los estudios de gabinete, la tomografía computada y la angiografía son de gran utilidad, tanto para establecer diagnósticos como para planear la vía de

abordaje quirúrgico.^{4,5}

Con respecto al tratamiento, este es básicamente quirúrgico en 95% de los casos. Las complicaciones más frecuentes son: síndrome de Horner, parálisis del nervio recurrente, parálisis facial, parálisis del nervio hipogloso, y parálisis del nervio glosofaríngeo.^{1,2,7,8,9,10}

Es importante enfatizar que en este tipo de tumores es poco probable la recurrencia y rara la malignación.^{3,5,6}

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *L. Jaakko Ranta et al.*: Neurogenous tumors of the pharynx. *Acta Oto-laringologica* 1955, vol: 45 pág. 153-158.
- 2.- *E. Helidonis Giant, P. Pantazopoulos A.*: Schwannoma of the Parotid Gland. *Arch. Otolaryngol.* 1978 vol: 98 pág. 833-838.
- 3.- *M. Hasegawa et al.*: Malignant Schwannoma and follicular thyroid carcinoma associated with von Recklinghausen's disease. *The Journ of Laryngol. and Otol.* October 1984, vol: 98 pág. 1057-1051.
- 4.- *Hoover L.A.*: Differential Diagnosis of Nasopharyngeal tumors by Computed Tomography Scanning. *Arch. Otolaryngol.* Vol. 109, Jan 1983, pág. 43-47.
- 5.- *Sordillo P.P. et al.*: Malignant Schwannoma. Clinical Characteristics. Survival and response to therapy. *Cancer* Vol: 47, 1981, pág. 2503-2509.
- 6.- *Goman R.L. et al.*: Combination chemotherapy of metastatic malignant Schwannoma with vincristine, adriamycin, cyclophosphamide, and imidazole carboxamide. *Cancer*, 1977, pág. 1955-1958.
- 7.- *Samet A. et al.*: Unusual sites of Schwannoma in the head and neck. *The Journ. of Laryngol. and Otol.* 1985, Vol: 99, pág. 523-528.
- 8.- *Smoler B.J.*: Neurofibromatosis Múltiple (Enfermedad de Von Recklinghausen) con localización laríngea. Presentación de un caso. *Anales de la Soc. Mex. Otorrinolaringológica.* 1967, Vol: 10, pág. 75-80.
- 9.- *Harkin J.C.*: Tumors of the Peripheral Nervous System. 3a. Ed. Editorial Afip. pág. 19-20.
- 10.- *Batasakis J.G.*: Tumors of the Head and Neck. 2a. Edición. Editorial Williams and Wilkins, Lond. Pág. 313-334.

Hiperplasia ganglionar angiofolicular de Castleman.

Reporte de un caso de localización cervical

Dra. Rebeca PEREZ ASTORGA*
Dra. Alejandra ZARATE OSORNO**
Dr. Juan Felipe SANCHEZ MARLE***

Resumen. — Dentro de las posibilidades diagnósticas a considerar en una masa del cuello se debe pensar en la hiperplasia ganglionar angiofolicular de Castleman. Se reporta un caso de este tipo en un adolescente con una tumoración submaxilar y se revisa la literatura.

Summary. — The differential diagnosis of a cervical mass must take into account the Lymph node hiperplasia of Castleman. We report a case of a male adolescent with a submaxilar mass that proved to be such a disease. A revision of the literature regarding this pathology is presented.

Las tumoraciones cervicales primarias pueden ser congénitas, infecciosas, degenerativas, metabólicas, postraumáticas o neoplásicas y tener su origen en diversos tejidos cervicales, entre los cuales ocupa un lugar importante el tejido linfático. Este tejido, representado por ganglios linfáticos puede presentar alteraciones primarias manifestadas por neoplasias como los linfomas, o procesos infecciosos como las hiperplasias reactivas a infecciones por gérmenes banales en las vías áreas y digestivas superiores, ó bien, infecciones específicas como la adenitis causadas por micobacterias. Otras causas de adenomegalia

INTRODUCCION

El diagnóstico diferencial de una tumoración cervical representa un reto diagnóstico, en el que se debe diferenciar entre las siguientes posibilidades: una adenopatía metastásica ó una tumoración cervical primaria.

* Residente de Otorrinolaringología
Hospital Español
México, D.F.

• Servicio de Patología
• Hospital Central Militar
• Hospital Español
• México, D.F.

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

cervical pueden ser poco frecuentes y poco conocidas como sería el caso de las originadas en reacciones a drogas como la difenilhidantoína o infecciones como la toxoplasmosis y la enfermedad por arañazo de gato y otras de etiología aún no totalmente aclarada como la hiperplasia ganglionar angiofolicular de Castleman.

En 1956, Castleman y colaboradores describieron tumores mediastinales formados por ganglios linfáticos aumentados de tamaño, de comportamiento benigno y con un patrón histológico definido,¹ también se reportaron localizaciones extramediastinales en los ganglios cervicales, mesentéricos, retroperitoneales, inguinales y aún, no ganglionares como en la pared torácica y en las extremidades.²

En la serie de Keller, 183 casos de la literatura mundial, el 71% tuvo una localización intratorácica, manifestada por una masa asintomática, y que, ocasionalmente daba síntomas de compresión de vecindad, el diagnóstico se hizo en radiografías rutinarias de tórax.

REPORTE DEL CASO

Masculino de 16 años de edad, con un año de evolución en que aparece tumoración en la región submaxilar derecha de crecimiento progresivo, asintomática, que fue tratada con antimicrobianos y antiinflamatorios sin mejoría. No existían antecedentes de fiebre, pérdida de peso, ataque al estado general o de in-



Fig. 1. Sialografía submaxilar derecha, que muestra alteración en la arquitectura de la glándula, observándose retención del medio de contraste 15 minutos después de la administración de cítricos.

fecciones frecuentes de la cavidad oral o fosas nasales. Su examen reveló una tumoración en la topografía de la glándula submaxilar derecha, de 5×4 cm, de consistencia renitente, no fija a planos vecinos, no dolorosa. La salida de saliva por el conducto de Warthon derecho demostró una saliva clara de características normales. No existía paresia de la rama mandibular del facial u otras masas palpables cervicales. Se practicó una sialografía submaxilar derecha que reveló

cambios inflamatorios compatibles con el estadio II-III de la clasificación de Rubin y Holt,³ con retención del medio de contraste hasta por 24 horas, otros estudios pertinentes, revelaron una biometría hemática normal sin datos de anemia y una radiografía P-A de tórax normal. Con el diagnóstico de sialadenitis submaxilar derecha crónica, basados en los cambios sialográficos se decidió practicar una extirpación de la glándula submaxilar. Durante la intervención

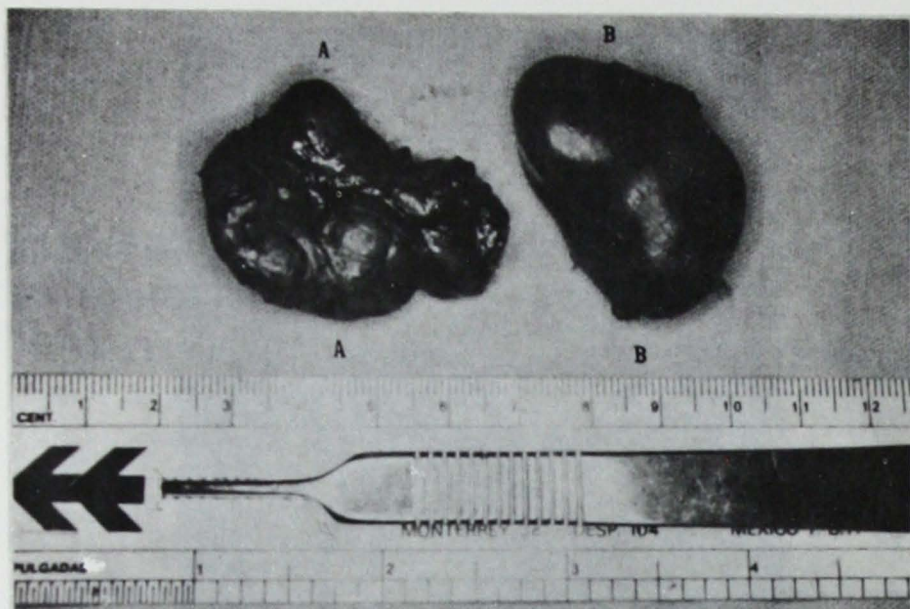


Fig. 2. Especimen macroscópico. A) glándula submaxilar derecha, B) ganglio con hiperplasia angiofolicular de Castleman.

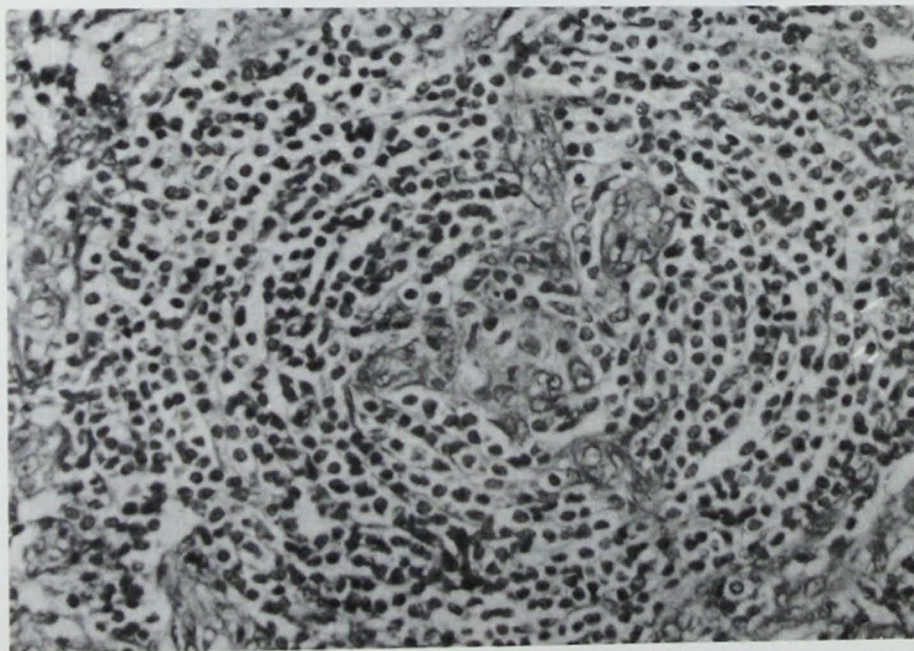


Fig. 3. Folículo linfoide, con esclerosis del centro germinal, vasos sanguíneos que penetran radialmente y aspecto en "tela de cebolla" de los linfocitos de la zona "manto"

fue evidente la presencia de una masa de color rojizo oscuro encapsulada, que se encontraba en la porción posterior y rechazando anteriormente la glándula. Se extirpó tanto la tumoración descrita como la glándula. La evolución post-operatoria del paciente fue satisfactoria y el reporte histológico de la tumoración fue de hiperplasia ganglionar angiofolicular de Castleman y cambios de sialadenitis crónica en la glándula submaxilar.

DISCUSION

La hiperplasia angiofolicular del ganglio linfático, es una proliferación linfoide anormal de causa desconocida. Aún no se ha determinado si es un trastorno autoinmune, una reacción a un agente infeccioso no identificado, un estado de inmunodeficiencia o un trastorno linfoproliferativo autónomo.⁴

La enfermedad, ha sido llamada de varias formas: enfermedad de Castleman, hamartoma linfoide angiomaso, hamartoma nodal linfoide, linfoma gigante benigno y en la literatura alemana, linfoma o tumor de Castleman.^{5,2}

Histológicamente se han descrito dos variedades: a) tipo hialino-vascular y b) tipo de células plasmáticas. El tipo hialino-vascular es el más común; representa el 91% en las series de 81 casos reportados por Keller y col. Este tipo se localiza principalmente en el mediastino, y ocasionalmente en otros grupos ganglionares aislados (el 6% se presen-

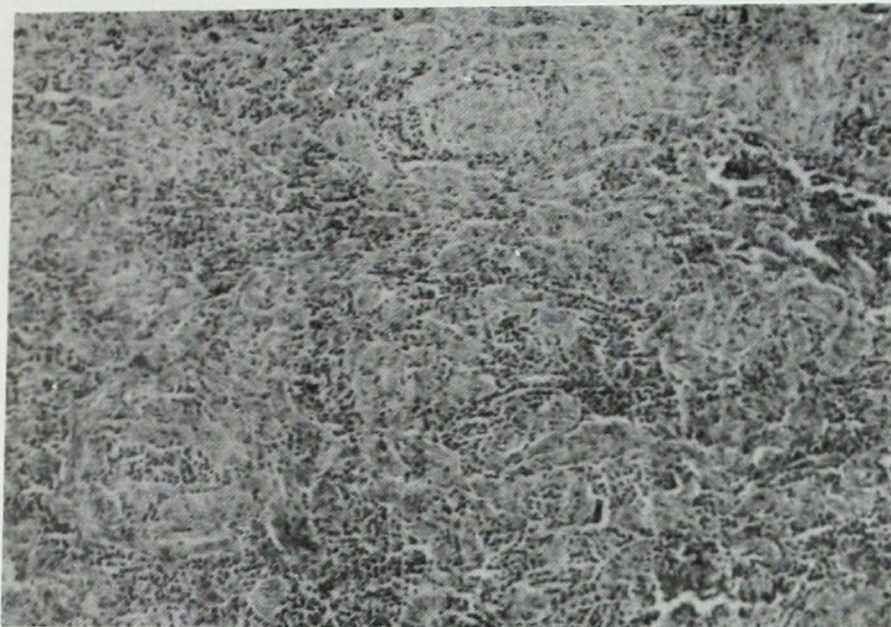


Fig. 4. Región interfolicular del ganglio linfático, con acentuada proliferación de vasos sanguíneos de pared delgada, con células endoteliales prominentes.

tan en cuello). Pueden ser asintomáticos o causar sintomatología por compresión. Histológicamente, muestran una alteración en la arquitectura del ganglio linfático, por un aumento en el número de folículos linfoides distribuidos entre la corteza y la región medular. Estos folículos, son muy pequeños, y sus centros germinales pueden estar penetrados radialmente por capilares y en aspecto de "tela de cebolla". Los centros germinales de los folículos, contienen depósitos de material hialino semejante a los centros de los corpúsculos de Hassall del timo. La extirpación quirúrgica de estas tumorações ha sido curativa en todos los casos.

El tipo de células plasmáticas, se presenta con menor frecuencia. También ocurre en el mediastino, aunque puede encon-

trarse por debajo del diafragma (ganglios mesentéricos y retroperitoneales). Se acompaña de manifestaciones sistémicas como fiebre, diaforesis, pérdida de peso, anemia hipocrómica, hiper-gamaglobulinemia, hipalbuminemia y plasmocitosis de médula ósea. Histológicamente se caracteriza, por contener grandes centros germinales hiperplásicos activos y gran cantidad de células plasmáticas entre las áreas interfoliculares y la médula; la mayoría de las células plasmáticas son maduras, pero también hay formas inmaduras de producción de cuerpos de Russell.

Ocasionalmente la hiperplasia ganglionar angiofolicular de células plasmáticas, puede estar asociado con otras enfermedades como amiloidosis, síndrome nefrótico, plasmocitoma, enfer-

medad de Hodgkin, neuropatías periféricas, miastenia gravis, púrpura trombocitopénica, estomatitis erosiva y queratitis.⁶ Igual que en el tipo hialino-vascular, la resección quirúrgica de estos tumores es el tratamiento de elección.

Recientemente se ha descrito una variedad multicéntrica de esta enfermedad, la cual tiene muchas similitudes histológicas a la enfermedad de Castleman típica, pero puede tener una causa diferente. El 30% de pacientes con esta forma multicéntrica, pueden desarrollar sarcoma de Kaposi visceral y estar relacionado al síndrome de inmunodeficiencia adquirida.^{7,8}

CONCLUSIONES

El diagnóstico diferencial de una masa cervical debe ser establecido para aplicar la terapéutica adecuada.

En la mayoría de los casos, se requiere de un estudio histopatológico para confirmar una sospecha clínica. Sin embargo, existen padecimientos cuya frecuencia, divulgación de su existencia y forma de presentación, son poco conocidos y, no son considerados en el diagnóstico diferencial de una masa cervical previo a una biopsia. Entre estos, se encuentra la hiperplasia ganglionar angiofolicular de Castleman, padecimiento que deberá ser considerado entre las posibles etiologías de tumorações cervicales y cuya presentación, sólo podrá confirmarse por estudio histopatológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Castleman, B. Iverson, L. Menendez, V.*: Localized mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma. *Cáncer*. 9: 822-830, 1956.
- 2.- *Kelleer, A., Hochholzer, L. Castleman, B.*: Hyaline-vascular and plasmacell types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and other locations. *Cáncer*. 29: 670-683, 1972.
- 3.- *Lowman, R. Cheng, G.*: Diagnosis roentgenology. En: *Diseases of the salivary glands*. W.B. Saunders Company. Philadelphia, 1976.
- 4.- *Scully, R. Mark, E. McNeel, B.*: Case records of the Massachusetts General Hospital. *N. Engl. J. Med.* 311: 388-398, 1984.
- 5.- *Loachim, H.*: Angiofollicular lymph node hyperplasia. En: *Lymph Node Biopsy*. Lippincott Company. Filadelfia, 1982.
- 6.- *Fechner, R.*: Resident's Page. *Arch Otolaryngol.* 111: 772-775, 1985.
- 7.- *Lachant, N. Sun, N. Leong, L. Oseas, R. Prince, H.*: Multicentric angiofollicular lymph node hyperplasia (Castleman's disease) followed Kaposi's sarcoma in two homosexual males with the acquired immunodeficiency syndrome. *Am. J. Clin. Pathol.* 83: 27-33, 1985.
- 8.- *Carbone, A. Manconi, R. Volpe, R. Polletti, A. DeOaoli, P. Tirelli, U. and Santini, G.*: Immunohistochemical, enzyme histochemical and immunologic features of giant lymph node hyperplasia of the hyaline vascular type. *Cáncer*. 58: 908-916, 1986.

Fibroma condromixóide del seno maxilar. Reporte de un caso.

Dr. Mario BARRON SOTO*
Dra. Laura DIAZ DE LEON**
Dr. Rubén MORENO PADILLA***
Dr. David MONTES DE OCA ROSAS***
Dr. Ricardo E. HEDMAN TABLAS***

Resumen.— Se presenta el caso de un paciente con fibroma condromixóide del seno maxilar. Es el segundo caso reportado en el macizo facial hasta la fecha. Este tipo de tumores benignos de origen condroblástico y crecimiento lento se desarrollan más frecuentemente en huesos largos. La sintomatología que presentó se confunde con infección sinus crónica, rebelde a tratamiento convencional, de allí la importancia de la sospecha y la realización temprana de una cirugía exploradora. El tratamiento definitivo es la excisión completa.

Summary.— The author, presents a case of Condromixoid Fibroma of the maxillary sinus. This is the second report of this kind of tumor in the literature. This type of benign tumors are of chondroblastic origin and their growth is slow, and are generally belong to long bones.

The symptoms were of chronic sinus infection, and was treated with total excision with a Caldwell Luc approach.

The authors emphasize the early diagnosis of this tumors which has a low risk of malignant degeneration.

INTRODUCCION

El fibroma condromixóide es un tumor raro, de crecimiento lento, generalmente benigno de origen condroblástico. Fue descrito por primera vez por Jaffe y Lichtenstein en 1948.^{1,2,3,4}

Torelmalm et. al. en 1976 refieren que se habían reportado hasta entonces 250 casos de este tumor, la mayoría de los cuales estaban situados a las metafisis de los huesos largos, describiendo el primer caso localizado al macizo facial (espacio pterigo-palatino).¹

Nosotros presentamos un caso localizado en el seno maxilar, considerando que es hasta la fecha el segundo en el macizo facial.

La mayoría de los casos reportados se sitúan en las metafisis de los huesos largos y cilíndricos, siendo los lugares habituales la tibia proximal, el fémur distal, clavícula, costillas, vertebras, pelvis, escápula, radio, cúbito y algunos reportados en la mandíbula.²

Lo esporádico de los reportes, indica la rareza de esta lesión, representando el 0.5% de

* Médico adscrito al Servicio de Otorrinolaringología del H.G. Centro Médico "La Raza"

** Médico adscrito al Servicio de Anatomía Patológica del Centro Médico "La Raza"

*** Médicos residentes del Servicio de Otorrinolaringología del H.G. Centro Médico "La Raza"

los tumores óseos. No existe predominio de sexo y la lesión aparece en un rango de edades entre los 4 y 79 años, el 60% en menores de 30 años.⁵

El caso reportado en el espacio pterigopalatino ilustra las dificultades encontradas, debido a lo inespecífico del dolor que presentaba como único síntoma.

REPORTE DEL CASO

Paciente femenino de 39 años de edad vista en nuestro servicio, en 1982 se efectúa resección de neoformación polipoidea de fosa nasal derecha, reportándose como tumor mixomatoso benigno, posterior a lo cual se deja de ver a la paciente hasta diciembre de 1985. Presentando cuadro caracterizado por rinorrea anterior y posterior, de predominio derecho, de color amarillo, obstrucción nasal derecha intermitente, estornudos en salva, cefalea frontal y sensación de pesantez en cara.

A la exploración física se encontró una desviación septal semiobstructiva hacia la derecha, mucosa hiperémica con secreción amarillenta e hipertrofia de cornetes.

Se manejó inicialmente como cuadro de infección sinusal a base de antimicrobianos, vasoconstrictor local y sistémico y antiinflamatorio. La sintomatología continúa a pesar de múltiples tratamientos instituidos. Las radiografías mostraban velamiento de seno maxilar derecho y engrosamiento

de la mucosa del seno maxilar izquierdo.

Se programa para Caldwell-Luc derecho en abril de 1986 encontrando como hallazgos: masa de consistencia fibrosa que ocupaba la totalidad de seno maxilar, con extensión hacia celdillas etmoidales, con lisis parcial de la pared ósea interna. El cornete inferior izquierdo aumentado de tamaño de consistencia fibrosa. El resultado de anatomía patológica fue de Fibroma condromixoide.

A pesar del tratamiento continúa la cefalea en hemicráneo derecho así como la obstrucción nasal derecha y la rinorrea, por lo que en mayo del mismo año se realiza hemimaxilectomía derecha encontrando: lisis de pared anterior del seno maxilar, tumoración de aspecto y textura de cartílago que ocupa la cavidad de seno maxilar derecho, infiltrando hasta el tejido celu-

lar subcutáneo del área malar, se encuentra afectada toda la pared lateral de la fosa nasal derecha y lisis del piso y cara medial de la órbita, destrucción de la lámina papirácea, celdillas etmoidales derechas tomadas, seno esfenoidal libre así como la coana, después de 5 días de hospitalización, es dada de alta, siendo su evolución hasta el momento satisfactoria, asintomática y sin evidencia de recidiva.

En la tomografía computarizada preoperatoria, se observó un tumor localizado en la fosa nasal derecha que reforzó en forma heterogénea mostrando necrosis en su porción central. Destruye parte de la pared medial de la órbita y hace cuerpo con el septum nasal y lo desplaza hacia la izquierda aunque sin destruir la porción ósea del mismo. Destruye asimismo algunas de las celdillas etmoidales del lado derecho. El antro

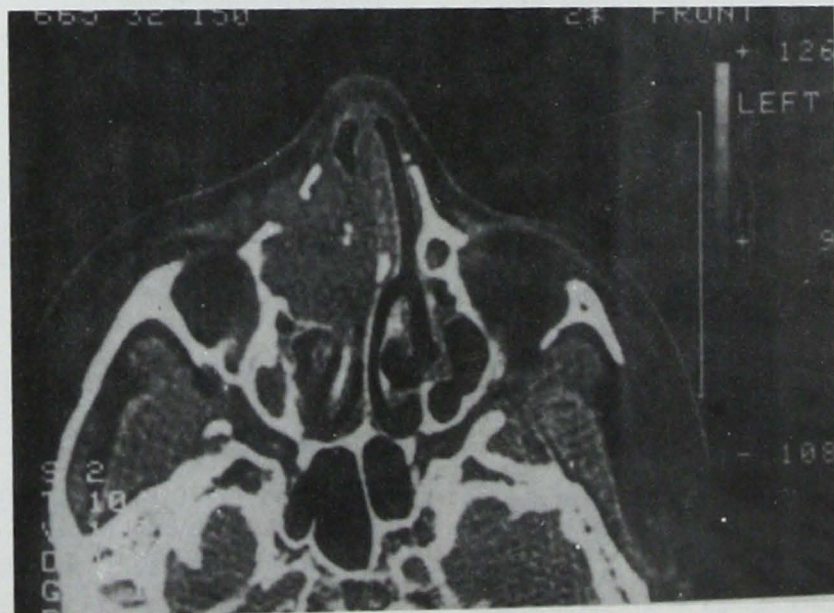


Fig. 1. Tomografía computada simple del macizo facial en posición axial.

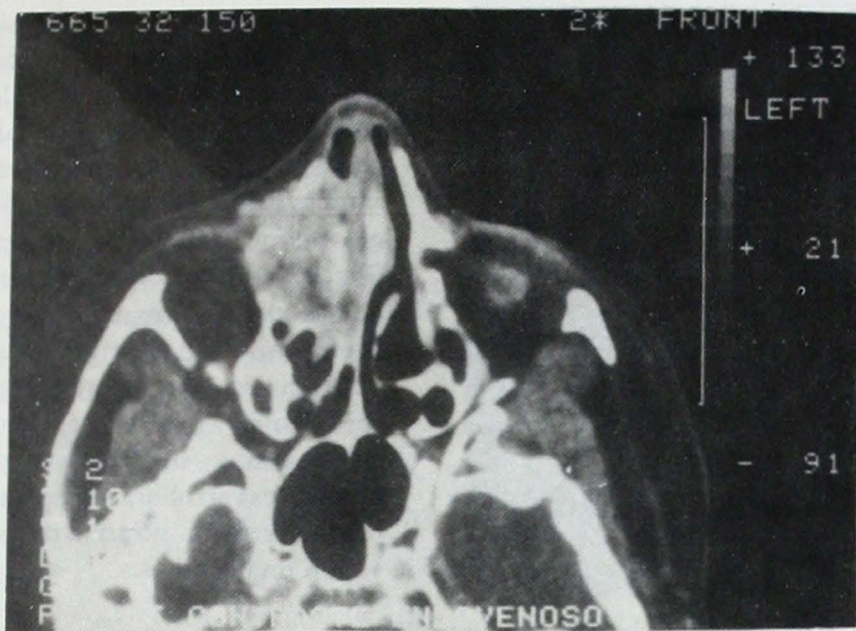


Fig. 2. Tomografía computada contrastada del macizo facial en posición axial.

maxilar derecho es pequeño e irregular en su interior probablemente por cambios posquirúrgicos, y se encuentra lleno de secreciones. Muestra destrucción del cornete inferior y parte del medio del lado derecho, se concluye que se trata de un tumor maligno de fosa nasal derecha, con necrosis, que con frecuencia puede corresponder a carcinoma epidermoide o linfoma. (Figs. 1 y 2).

DESCRIPCION HISTOPATOLOGICA

En julio 16 de 1982, se estudio el material de biopsia de una mujer de 36 años de edad, producto de resección de neoformación polipoide nasal, que correspondía a cornete inferior derecho; dicho espécimen de color blanco, con áreas grisá-

ceas, de consistencia firme; en esta ocasión el patrón predominante fue el mixoide, y en menor proporción cartilaginoso con calcificaciones, tan escasas

eran, que fue diagnosticado provisionalmente como un tumor mixomatoso benigno.

En abril de 1986 el tumor ocupó el seno maxilar (B-4534-86) y en mayo de 1986 el tumor se encontró en fosa nasal derecha, en ambas resecciones de tumor encontramos un tejido semejante, los fragmentos eran irregulares o lobulados de color blanco con áreas blanco grisáceas café claro, de consistencia firme algunos deleznales.

En los 3 especímenes recibidos la imagen histológica mostró varios patrones, en los que predominó el patrón mixoide con células de núcleos basófilos, ovoides, estrellados o fusiformes (Fig. 3), entre estas zonas, áreas lobuladas de aspecto condroide, y en la periferia de los lóbulos un notable patrón de células en general redondeadas con núcleos hipercromáticos sin actividad



Fig. 3. 16x y HyE. Observamos el componente mixoide formado por células estrelladas y fusiformes.

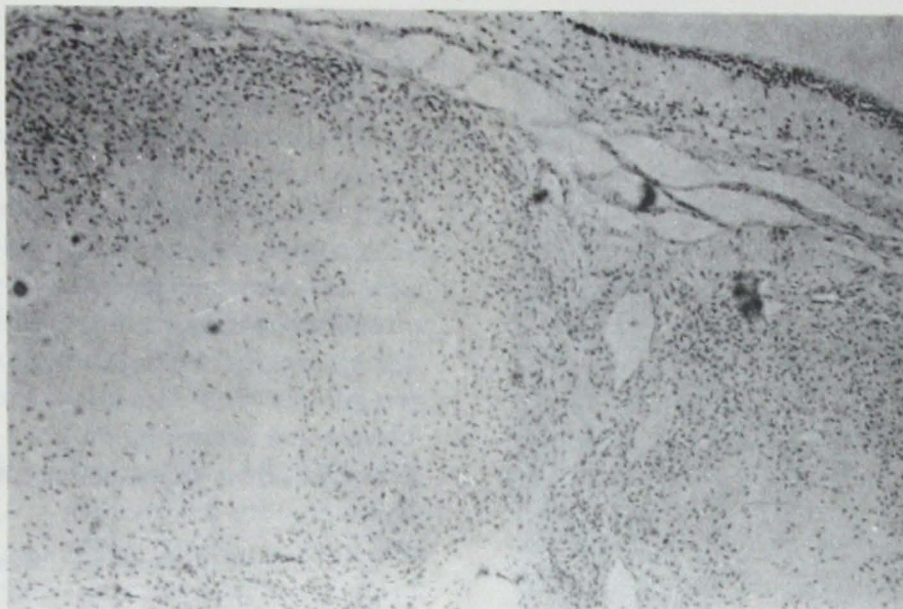


Fig. 4. 6.3x HyE. Por debajo de la mucosa del seno maxilar, observamos lóbulos de matriz condroide y en la periferia masas de células mesenquimatosas, características de la lesión, hay colagenización variable en la periferia de los nódulos.

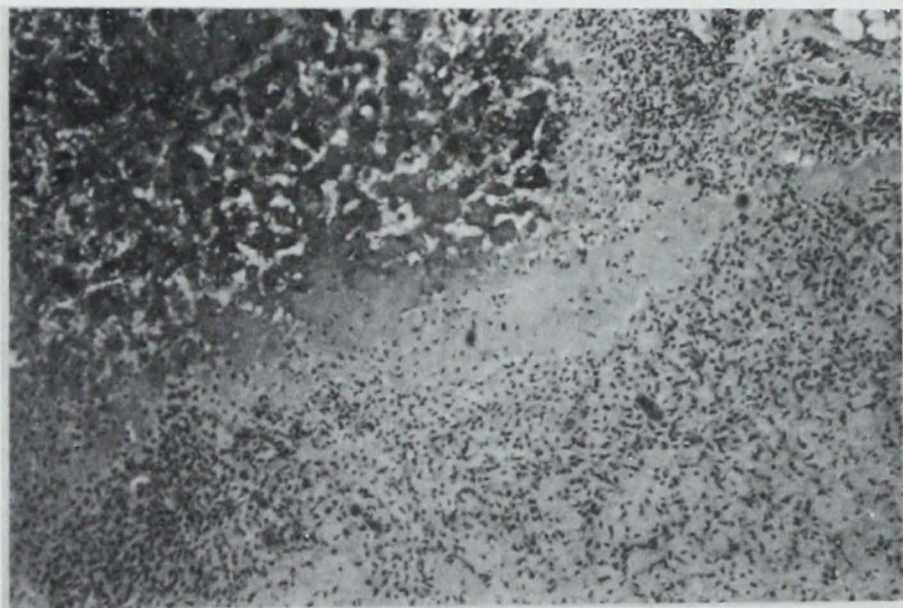


Fig. 5. 6.3 x H y E. Masas de calcificación en el centro del lóbulo (margen superior izquierdo) y en la periferia áreas condroides con zonas de mesenquima muy indiferenciado.

mitótica y citoplasma intensamente eosinófilo (Fig. 4).

Estas células periféricas son de "importancia extrema", co-

mo sugirió Dahlin (1967) y fundamentales para el diagnóstico histológico. Se observan además zonas de células mesenquimato-

sas muy primitivas y en transición entre un patrón y otro con escasa colágena y alguna célula gigante multinucleada. En algunos lóbulos condroides observamos zonas de calcificación central en masas irregulares. (Fig. 5) Nos encontramos con una neoplasia benigna poco frecuente histológicamente semejantes a los casos previamente reportados, y que reviste un interés, ya que su evolución de cinco años corrobora la benignidad de la lesión, no así la recidiva, en una ocasión.

COMENTARIOS

La literatura reporta pocos casos de este tipo de lesiones localizadas al macizo facial. Cuando la lesión se encuentra en huesos largos, como es lo usual, el diagnóstico no presenta dificultad, pues son frecuentes los síntomas de dolor local y existen datos radiográficos muy sugestivos para hacer el diagnóstico. En nuestro caso la dificultad estriba en lo inespecífico de la sintomatología, confundándose con problema infeccioso sinusal de larga evolución que no respondía al tratamiento convencional, por lo que se le realizó cirugía exploratoria tomándose biopsia, que dio diagnóstico, realizándosele posteriormente una cirugía radical.

Como en todas las neoplasias de senos paranasales llegar al diagnóstico definitivo es difícil, debido a que la sintomatología es inespecífica, de ahí la importancia de la sospecha diagnóstica

realizando tempranamente una cirugía exploradora, ya que el diagnóstico definitivo se hará por biopsia.

La tomografía computada, mostró gran invasividad de la lesión hacia otros sitios, así como osteolisis y necrosis, que en caso de que no tuviéramos el diagnóstico, nos haría pensar en una neoplasia maligna.

El tratamiento de elección siempre será la excisión comple-

ta de la lesión dejando márgenes amplios de tejido sano.

Las recurrencias de este tipo de tumores en los sitios habituales de presentación (huesos largos) es baja, ya que su extirpación se facilita por la amplia y fácil exposición. Considerando que en los casos localizados al macizo facial, la recurrencia puede ser mayor debido a lo intrincado de la zona que se maneja.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Torelmaln C.L. y L. Malm.*: Chondromyxoid fibroma of the Pterygopalatine space, *J. Laryngol Oto.* 90: 971-978, 1976.
- 2.- *Damm D.D. et. al.*: Chondromyxoid fibroma of the Maxilla, *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 59: 176-183, 1985.
- 3.- *Feldman I., Hecht H.L. y Johnston A.D.*: *Radiology* 94: 249-260, 1970.
- 4.- *Schult P.G. y Frost H.M.*: Chondromyxoid fibroma *Clin Orthop.* 78: 323-329, 1971.
- 5.- *Rahimi A., Beabout J.W., Ivins J.C. y Dahlin D.C.*: *Cáncer.* 30: 726-736, 1972.

Quiste branquial interno. Presentación de cuatro casos

Dr. Guillermo ALONSO GARZA*

Dr. Francisco Javier CARRILLO
DE LOS SANTOS**

Dr. Roberto ALONSO GARZA***

Resumen. — Se describen los datos clínicos y el manejo de 4 casos de quistes branquiales internos en lo que los estudios clínicos, radiológicos e histopatológicos, confirmaron el diagnóstico y se efectuó tratamiento quirúrgico de primera intención, con cierre primario en todos los casos y sin recidivas postoperatorias.

Summary. — The authors present their experience on the diagnosis and treatment of four cases of branchial cysts seen from 1979 to 1986. They discuss about the origin of this pathology.

* Adscrito al servicio de O.R.L. del Hospital Regional del ISSSTE y H. Universitario, Monterrey, N.L.

** Adscrito al Servicio de O.R.L. del Hospital Regional del ISSSTE, Monterrey, N.L.

*** Jefe del Servicio de O.R.L. del H. Universitario U.A.N.L., Monterrey, N.L.

INTRODUCCION

Los quistes y fistulas de la, 2a. y 3a. bolsas faríngeas pueden producir infecciones recurrentes unilaterales de la región amigdalina, incluyendo abscesos parafaríngeos; éstos pueden también ser causados por anomalías relacionadas a la segunda bolsa faríngea, los defectos de la tercera bolsa son más localizados en el seno piriforme. Los quistes son de tamaño variable, los grandes pueden causar obstrucción en la hipofaringe y la laringe. El primer caso reportado de un quiste branquial fue en 1789 por Huncyowski.⁵

Al comenzar la tercera semana de desarrollo, el pliegue cefálico y la prominencia pericardiaca limitan una depresión

llamada estomodeo cuyo fondo está formado por la membrana bucofaríngea, dicha membrana tiene revestimiento ectodérmico por fuera y por dentro está cubierta por endodermo del intestino anterior, poco tiempo después la membrana bucofaríngea se rompe comunicando el intestino anterior con la cavidad amniótica. Esta parte del intestino, o sea su porción craneal, recibe también el nombre de intestino faríngeo, sus paredes laterales están formadas por prominencias redondeadas llamadas arcos branquiales, faríngeos o viscerales, son cinco arcos formados por mesodermo, con un soporte de cartilago, derivado del propio mesodermo y revestidos por ectodermo en el exterior y endodermo por la cara interna.

Los arcos branquiales están separados entre sí por depresiones, tanto por la cara interna como por la cara externa. Las depresiones internas se llaman bolsas branquiales y las externas surcos o hendiduras branquiales. Aún cuando los surcos y las bolsas branquiales están situados por fuera y por dentro de la pared de la faringe del embrión y están colocados unos frente a otros, separados por una delgada porción de mesenquima, nunca en condiciones normales, en el embrión humano llegan a comunicar la cavidad faríngea con el exterior como sucede con las verdades branquias de los peces.^{1,2,4}

MATERIAL CLINICO

Se trataron 4 pacientes, 2 del sexo femenino y 2 del sexo masculino cuyas edades oscilaban entre los 3 meses y 4 años de edad con tumoración faríngea de aspecto quístico de aproximadamente 2 a 4 centímetros en tamaño. (Tablas I y II)

TABLA I

4 CASOS

EDAD	SEXO
3 Meses	Femenino
8 Meses	Masculino
18 Meses	Femenino
4 Años	Masculino

TABLA II

LOCALIZACION	No. PACIENTES
Pared faríngea izquierda	2
Pared faríngea derecha	1
Pared faríngea central	1

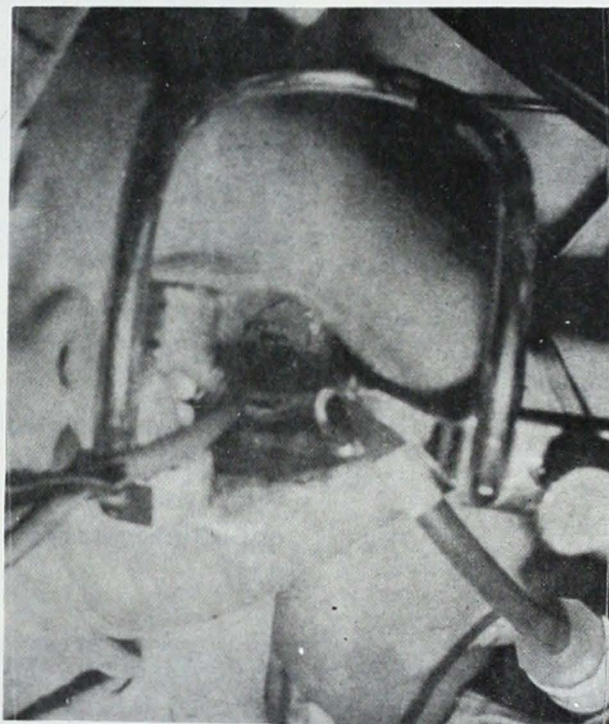


Fig. 1. Vista quirúrgica de la pared faríngea del quiste, con incisión en huso abierta.

La dificultad para deglutir (disfagia), fue uno de los síntomas principales, variando en intensidad dependiendo del tamaño del quiste, había también disnea de menor o mayor grado, la cual predominaba en decúbito dorsal y al comer. El dolor fue difícil de evaluar debido a que 3 de los pacientes eran menores de 2 años y el cuarto lo refería en forma moderada. Había sialorrea importante.

TABLA III

DIAGNOSTICO

- 1.- Clínico
- 2.- Radiológico
- 3.- Histopatológico

EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se debe de hacer con algunas de las siguientes patologías: atresia parcial o unilateral de coanas, hipertrofia adenoidea

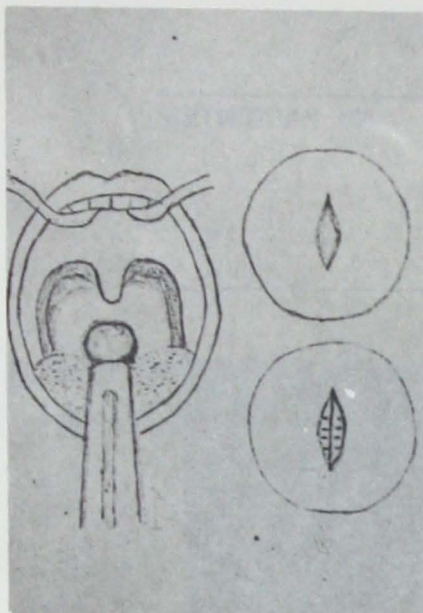


Fig. 2. Dibujos esquemáticos que demuestran: a) La tumoración faríngea (quiste), b) la incisión en huso para resección, c) La incisión suturada.

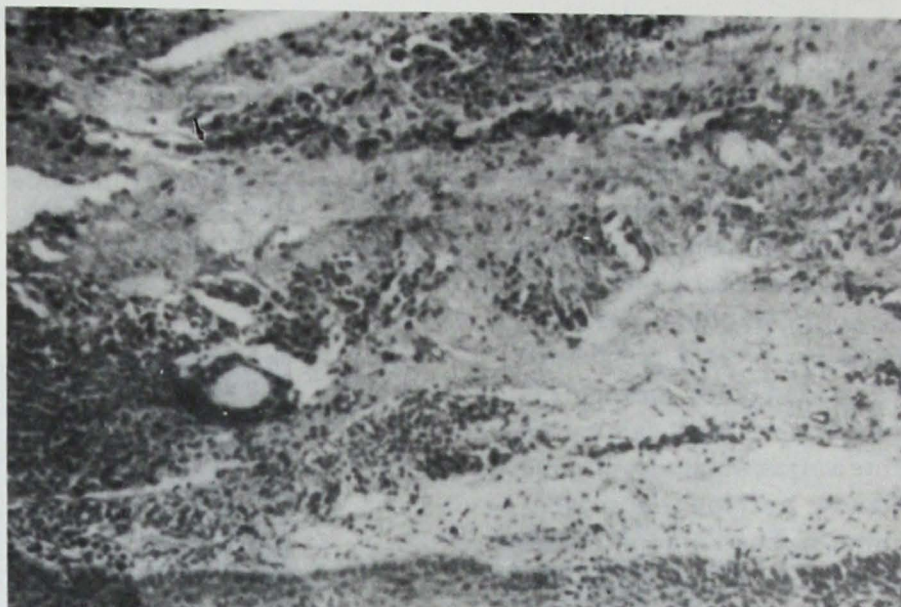


Fig. 4. Un acercamiento de la pared del quiste con epitelio escamoso, pared de tejido fibroso, y leve infiltrado inflamatorio mononuclear.

obstructiva, hipertrofia adenomigdalina obstructiva, absceso faríngeo y/o parafaríngeo, quiste de torwardt y tiroides lingual.

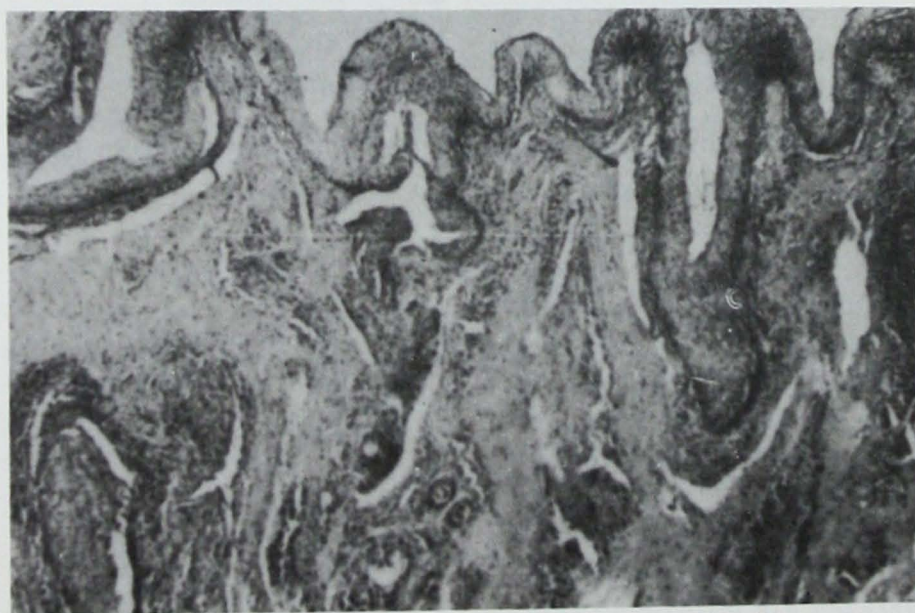


Fig. 3. Secciones histológicas de la pared del quiste, con revestimiento de epitelio escamoso y pared de tejido fibroso, con leve infiltrado inflamatorio mononuclear. (Linfocitos, células plasmáticas y macrófagos).

Debido a la escasa literatura existente sobre esta patología nosotros presentamos en esta serie de 4 casos, habiéndose conjuntado tanto los aspectos clínicos, radiológicos e histopatológicos un tratamiento quirúrgico de primera intención, consistente en incisión en huso perilesional, con cierre primario de la misma con sutura de catgut crómico 3 "0", sin tener ninguna recidiva hasta la fecha. No se efectuó masrupialización ya que consideramos que la técnica antes descrita era la más adecuada.

No encontramos evidencia de proceso infeccioso periquistal, aunque está descrito en la literatura que en aproximadamente un 50% de los quistes branquiales externos existe infección, mas no así en los internos que corresponden a nuestra serie.⁴

COMENTARIOS

Debido a la rareza de este tipo de patología, deberíamos de tener en mente y considerar este diagnóstico en todos aquellos pacientes recién nacidos o de corta edad que presenten sintomatología obstructiva tanto de tipo respiratorio como digestiva

alta, para poder efectuar un diagnóstico diferencial adecuado y su tratamiento correcto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- *Huncyoswski, citado en; Paley Wg. Keddie N.C.: The Aetiology and Management of Branqchial Cysts. Br. J. Surg 57. Ann. Oto Larynge (Paris) (Francia). 1977*
- 2.- *Leperchev F.: The Embryology of Cysts and Fistulae of the neck Ann. Otolaryngol chir Cervicofac 1977 dec: 94 12: 659-76*
- 3.- *Miskowiec J.F., Hanks GH; Engel HN. J.R: Bartels J.E.: Internal Branchial Fistula in Kitten VW Sac 1974 Mar: 69 3: 259-63*
- 4.- *Leperchev F.: The Embryology of Cysts and Fistulae of the Neck. J. laryngol. Otol. (England) 1979. 93/5 533, 539.*
- 5.- *Buchingam, J.M., LYN. M.: Branchial Clef Cysts in Sinuses in Children. Mayo Clinic proc. 49: 172, 1974.*

SOCIEDAD CATALANA DE ORL

Hemos recibido la nueva Mesa Directiva de la Sociedad Catalana de ORL:

Presidente: Dr. R. Avellaneda
Vicepresidente: Dr. P. Abello
Secretario: Dr. M. Moragas
Vice-secretario: Dr. E. Perello
Vocal 1: Dr. M. Manos
Vocal 2: Dr. A. Claros

MICROCIRUGIA DE OIDO

El XXXV Curso de microcirugía del oído y disección del hueso temporal del Instituto de Otología García-Ibáñez se celebrará en Barcelona del 13 al 18 de junio de 1988 es un curso eminentemente práctico, dedicado a la disección del hueso temporal, habrá cirugía en vivo, películas, videos y conferencias. Informes en el Instituto de Otología Gargía-Ibáñez. C./-Dr. Roux, 91 bajos. 08017 Barcelona.

REUNION OTOLOGICA

La VIII reunión del grupo de trabajo Shambaugh-Shea sobre otología se realizará del 3 al 6 de marzo de 1988 en el Hotel Marriott de Chicago, Illinois. Información con: Ruth C. Enquist calle 15th street N.E. No. 1503. Rochester, MN 55904, o al teléfono (507) 285-1523.

CONGRESO DE RONCOPATIA

Del 18 al 20 de octubre de 1989 se celebrará el II Congreso Mundial de Roncopatía Crónica en la Facultad de Medicina de la Unidad Docente del Valle de Hebrón en Barcelona. Los temas fundamentales serán: ronquido y síndrome de apneas obstructivas durante el sueño, sus relaciones con enfermedades neumológicas, con enfermedades cardiovasculares y sus tratamientos médicos y quirúrgicos. Para mayores informes con el Secretario General, Dr.

E. Perelló en BRP Barcelona, Relaciones Públicas. Edificio Layeta C/Pau Claris, 138, 7º 4ª 08009 Barcelona.

CONGRESO MUNDIAL

El XIV Congreso Mundial de Otorrinolaringología y Patología Cervico-Facial se desarrollará en Madrid, España del 11 al 16 de junio de 1989. El Palacio de Congresos y Exposiciones será el anfitrión para el desarrollo de este acontecimiento científico, social y cultural. Será la sede donde se desarrollará el programa científico, incluyendo sesiones plenarias, mesas redondas, trabajos libres, películas, videos, exposición técnica y científica. Contará con traducción simultánea en español, inglés, francés, alemán y japonés.

Las sesiones plenarias serán de los siguientes temas: estado actual de la cirugía basicraneal, cancerología rinosinusal, nuevas aportaciones a la cancerología laríngea, reconstrucción en

pérdida de sustancia en cirugía oncológica de cabeza y cuello, cirugía cráneo facial (cosmética facial).

Las mesas redondas: determinación de la sensibilidad auditiva en el niño, patología inflamatoria del oído medio y trompa, hipoacusias neurosensoriales, estado actual y utilidad clínica de la neuro-otología, implantes cocleares, tratamiento de los síndromes vestibulares y periféricos, colesteatoma, cirugía del nervio facial, otosclerosis, nuevas técnicas de estudio del oído

medio, inmunología de oído medio y de oído interno, nuevas adquisiciones normofuncionales en las vías centrales coclear y vestibular, avances normofuncionales en la anatomía y fisiología de la laringe, rinitis perenne, tratamiento de las fosas nasales y senos paranasales, tumores de rinofaringe, tratamiento del carcinoma de la cavidad oral en estadíos I y II, avances en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz, estenosis laríngeas y traqueales, fonación tras laringectomía total, novedades en el tra-

tamiento del cáncer laríngeo e hipofaringe, cirugía cosmética y reconstructiva facial, radiología en ORL, rinoplastía y novedades en equilibriometría. Habrá además 205 horas de trabajos libres. Se reunirán la Sociedad Barany y la Sociedad Politzer.

Informes:

Dr. Juan José Alvarez Vicent.
Secretaría General.

XIV Congreso Mundial de Otorrinolaringología
C/Velázquez, 90-5º 28006
Madrid España.

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 envió cheque a nombre de la Sociedad Mexicana de ORL, por la cantidad de \$

Favor de enviármela a:

Nombre.

Dirección.

Firma

Colaboración por 1 año (4 números)

México \$50,000.00 M.N.
América, España y Portugal \$ 100.00 Dls. U.S.A.
Otros países 100.00 Dls. U.S.A.

INSTRUCCION A LOS COLABORADORES

1.- Los Anales de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología es el Organismo Oficial de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello y publica todos los trabajos científicos que sean inéditos, originales y de publicación exclusiva, siempre y cuando sean aprobados por el Comité de Redacción de la propia Revista. Estas instrucciones se basan en los Requerimientos Uniformes para Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas.

2.- Los trabajos enviados a los Anales no podrán ser sometidos a la consideración de otra publicación hasta que no se informe que el artículo no ha sido aprobado.

3.- El manuscrito estará escrito en máquina a doble espacio y con márgenes de 2.5 cm como mínimo en todos sus lados, cada una de las secciones del artículo deberán de iniciarse en página diferente y cada una de ellas deberá estar numerada en el ángulo superior derecho. El orden será el siguiente: página del título, resumen en español, resumen en inglés, texto, agradecimientos, referencias, tablas (cada una en página diferente), pies de figura. El autor enviará dos tantos de todo el material y conservará una copia personal, pues no se devolverá el original.

4.- Página del título: es la primera página y deberá contener el título del trabajo, nombre y títulos de los autores, se-guido del puesto que desempeña y sitio de trabajo. La dirección y teléfono del autor con el que se debe de establecer correspondencia.

5.- Página del resumen: deberá ser claro y conciso expresando brevemente el contenido y conclusiones, sin hacer mención a referencias, cuadros o ilustraciones. El mismo es conveniente que traduzca al inglés. En ésta misma página deberán venir 4 o 5 palabras claves sobre el contenido del artículo.

6.- Texto: La mayoría de los trabajos deberán venir divididos en las secciones de introducción, material y métodos, resultados y discusión. En la introducción escriba claramente los objetivos y propósito del trabajo y consigne solamente las referencias pertinentes. Describa los métodos utilizados, los instrumentos y procedimientos con detalle, para que otro investigador pueda repetir el experimento con los mismos resultados. Exponga los métodos estadísticos. Los resultados se expondrán en secuencia lógica y sin repetir en el texto lo que se demuestra en cuadros y figuras. En la discusión no repita los resultados destaque los más importantes y relaciónelos con los de otros autores. Establezca la relación entre los resultados obtenidos y los propósitos del trabajo. Finalmente señale las conclusiones que se derivan del artículo.

7.- Abreviaturas y Unidades: Sí se desea hacer alguna abreviatura señálela entre paréntesis la primera ocasión que aparece en el cuerpo del texto. Ejemplo: trompa de Eustaquio (tE). Utilice las unidades del Sistema Internacional de Unidades.

8.- Referencias: Deberán estar enumeradas en orden de aparición en el texto. Los nombres de la Revista se abreviarán de acuerdo al Index Medicus. Anóte los apellidos y las iniciales de todos los autores cuando sean 6 o menos. Cuando sean mas de 7, puede anotar los tres primeros y anotar: y cols.

Ejemplos de Revistas:

Vilar-Puig P, Osorno VA, Espinosa RJ. Anomalías anatómicas del golfo de la yugular en el oído medio. Anal Soc. Mex. ORL 1983; 28:113-118.

Ejemplos de libros:

Un solo autor:

Levy-Pinto YS. Otorrinolaringología pediátrica. 1ª Ed. México: Interamericana, 1979; 189-196.

Capítulo de un libro:

Shulman JB. Traumatic diseases of the ear and temporal bone. En: Goodhill V, Ed. *Ear diseases, deafness, and dizziness*. Hangerstown: Harper & Row, 504-24.

9.- Fotografías: Deberán de entregarse en blanco y negro en tamaño postal o mayores, en la parte posterior, con una etiqueta se deberá de anotar el número de la figura y el sentido con flechas, indicando su orientación. Las fotografías deberán de entregarse dentro de un sobre y no pegadas sobre papel.

10.- Leyendas: cada tabla y fotografía debe tener una leyenda, llamada pie de figura. Los pies de figura se presentarán en una hoja, en párrafos separados correspondientes cada uno al número de la figura que debe anotarse en el margen izquierdo.

11.- Cuadros y Gráficas: Las tablas deberán numerarse en forma progresiva con número romanos. Cada una debe de tener un título explicativo.

12.- El Comité de Redacción se reserva el derecho de rechazar un artículo en todo o en parte o de sugerir al autor las correcciones pertinentes previas a su publicación.

13.- Todo material remitido para publicación deberá ser enviado al Director-Editor de la Revista en la dirección de la Revista.

14.- Responsabilidad: El Editor y el Comité de Redacción no aceptan responsabilidad por el contenido del texto o las ilustraciones. Esta es exclusiva de los autores.

Programa del XXXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

Sede: Acapulco, Gro.

30 de abril al 5 de mayo de 1988

CURSO PRE-CONGRESO CIRUGIA RINO-FACIAL

PROFESORES INVITADOS EXTRANJEROS

Dr. Juan D. Carvajal Plata (Ven.)

Dr. Ivo Pitanguy (Bra.)

Dr. Robert Simons (E.U.A.)

Dr. René Weffer Abati (Ven.)

PROFESORES INVITADOS NACIONALES

Dr. Esteban Aizpurn Barraza

Dr. Tomás I. Azuara Salas

Dr. Eduardo de Gortari Gorostiza

Dr. Armando González Romero

Dr. Fausto López Infante

Dr. Francisco Rivera Avila

SABADO 30 DE ABRIL DE 1988

9:00 – 9:30 Diagnóstico del paciente rinológico

Dr. Juan D. Carvajal

9:30 – 10:00 Manejo simultáneo de la obstrucción nasal y la nariz desviada

Dr. Robert Simons

10:00 – 10:30 Rinoplastía externa

Dr. Robert Simons

10:30 – 11:00 Variantes del manejo septal en la rinoplastía

Dr. Francisco Rivera Avila

11:00 – 11:30 RECESO

11:30 – 12:00 Cirugía de la válvula nasal

Dr. Eduardo de Gortari

12:00 – 12:30 Cirugía del lóbulo nasal

Dr. Tomás I. Azuara

12:30 – 13:00 Cirugía combinada del séptum y la pirámide nasal

Dr. Esteban Aizpurn Barraza

13:00 – 13:30 Implantes e injertos en rinología

Dr. Fausto López Infante

13:30 – 14:00 Evaluación estética de la nariz y la aplicación de diferentes técnicas quirúrgicas

Dr. Francisco Rivera Avila

14:00 – 16:00 RECESO

16:00 – 17:00 Rinoplastía secundaria

Dr. Fausto López Infante

17:00 – 17:30 Rinoplastía estética

Dr. Ivo Pitanguy

17:30 – 18:00 RECESO

18:00 – 18:30 Avances en rinoplastía

Dr. Tomás I. Azuara

18:30 – 19:00 Complicaciones en rinoplastía

Dr. René Weffer

DOMINGO 1 DE MAYO DE 1988

9:00 – 9:30 Cirugía del labio y paladar hendido

Dr. Ivo Pitanguy

9:30 – 10:00 Dermoabrasión y tratamiento del labio senil

Dr. Ivo Pitanguy

- 10:00 – 11:00 La repercusión en el equilibrio ri-
no-facial de la mentoplastía
Dr. Armando González Romero
- 11:00 – 11:30 RECESO
- 11:30 – 12:00 Ritidectomía y liposucción facial
Dr. Ivo Pitanguy
- 12:00 – 12:30 RECESO
- 12:30 – 13:00 La sección vertical de la cúpula en
la cirugía de la punta nasal
Dr. Robert Simons
- 13:00 – 13:30 Consideraciones en blefaroplastías
Dr. Robert Simons
- 13:30 – 14:00 Complicaciones de la ritidectomía
Dr. Robert Simons
- 14:00 – 16:00 RECESO
- 16:00 – 17:00 Mesa redonda
Coordinador: Dr. Juan D. Carva-
jal Plata
Participantes:
Dr. Tomás I. Azuara
Dr. Fausto López Infante
Dr. Ivo Pitanguy
Dr. Francisco Rivera Avila
Dr. Robert Simons
Dr. René Weffer

CURSO PRE-CONGRESO CIRUGIA OTOLOGICA

PROFESORES INVITADOS EXTRANJEROS

- Dr. Emilio García Ibáñez (Esp.)
Dr. Malcolm Graham (E.U.A.)
Dr. Otacilio López (Bra.)
Dr. Francisco Pérez Olivares (Ven.)

PROFESORES INVITADOS NACIONALES

- Dr. Juan Andrade Cárdenas (Coordinador)
Dr. Andrés Bustamante Balcárcel
Dr. Fernando Couto y Arcos
Dr. Fernando Guzmán Lozano
Dr. Guillermo Hernández Valencia
Dr. José Sánchez Gil
Dr. Antonio Soda Merhy

SABADO 30 DE ABRIL DE 1988

- 9:00 – 10:00 Evaluación radiológica del oído
crónicamente infectado
Dr. Fernando Couto y Arcos
- 10:00 – 10:30 Tratamiento quirúrgico de las
malformaciones congénitas
Dr. Antonio Soda Merhy
- 10:30 – 11:00 Timpanotomía exploradora
Dr. Fernando Guzmán Lozano
- 11:00 – 11:30 Mastoidectomías (Clasificación e
indicaciones)
Dr. Francisco Pérez Olivares
- 11:30 – 12:00 RECESO
- 12:00 – 12:30 Manejo del oído atelectásico
Dr. Malcolm D. Graham
- 12:30 – 13:00 Timpanoplastía en niños
Dr. Fernando Guzmán Lozano
- 13:00 – 13:30 Complicaciones en la cirugía del
oído infectado
Dr. José Sánchez Gil
- 13:30 – 14:00 Timpanoplastías (Clasificación e
indicaciones)
Dr. Juan Andrade Cárdenas
- 14:00 – 16:00 RECESO
- 16:00 – 16:30 Otoesclerosis y estapedectomía
Dr. Otacilio Lopes
- 16:30 – 17:00 Parálisis facial recidivante
Dr. Malcolm D. Graham
- 17:00 – 17:30 Descompresión del nervio facial
Dr. Malcolm D. Graham
- 17:30 – 18:00 RECESO
- 18:00 – 18:30 Lesiones traumáticas del nervio
facial
Dr. Andrés Bustamante Balcárcel
- 18:30 – 19:00 Anastomosis e injertos en parálisis
facial
Dr. Guillermo Hernández Valencia

DOMINGO 1 DE MAYO DE 1988

- 9:00 – 9:30 Implantes cocleares
Dr. Malcolm D. Graham
- 9:30 – 10:00 Cirugía del saco endolinfático
Dr. Malcolm D. Graham

- 10:00—10:30 Vías de abordaje de los tumores del ángulo pontocerebeloso.
Dr. Malcolm D. Graham
- 10:30—11:00 Diagnóstico y tratamiento de las fístulas perilinfáticas
Dr. Andrés Bustamante Balcárcel
- 11:00—11:30 Neurectomía vestibular vía fosa media
Dr. José Sánchez Gil
- 11:30—12:00 Neurectomía retro-laberíntica
Dr. Guillermo Hernández Valencia
- 12:00—12:30 Laberintectomía
Dr. Francisco Pérez Olivares
- 12:30—13:00 RECESO
- 13:00—13:30 Evaluación radiológica de los tumores otológicos
Dr. Fernando Couto y Arcos
- 13:30—14:00 Abordaje quirúrgico de los tumores glómicos
Dr. Andrés Bustamante Balcárcel
- 14:00—15:00 RECESO
- 15:00—16:00 Manejo el paciente con vértigo
Dr. Emilio García Ibáñez
- 16:00—17:00 Mesa redonda
Coordinador: Dr. Francisco Pérez Olivares
Participantes:
Dr. Andrés Bustamante
Dr. Emilio García Ibáñez
Dr. Malcolm Graham
Dr. Fernando Guzmán Lozano
Dr. Otacilio Lopes
Dr. Antonio Soda Merhy

CURSO PRE-CONGRESO CIRUGIA CRANEO-CERVICAL

PROFESOR INVITADO EXTRANJERO:
Dr. Ryan Chandler (E.U.A.)

PROFESORES INVITADOS NACIONALES
Dr. Pedro Andrade Pradillo (Coordinador)
Dr. Elías Curioa
Dr. Andrés Delgado Falfari
Dr. Rolando del Rosal Sigler

Dr. Masao Kume Omine
Dr. Ernesto Martínez Duhart
Dr. Fernando Rodríguez González
Dr. Juan F. Sánchez Marle

SABADO 30 DE ABRIL DE 1988

- 9:00— 9:30 Diagnóstico de la patología laríngea.
Dr. Masao Kume Omine
- 9.30—10:30 Diagnóstico radiológico de la patología laríngea
Dr. Fernando Rodríguez González
- 10:30—11:00 Cirugía endoscópica laríngea
Dr. Masao Kume Omine
- 11:00—11:30 RECESO
- 11:30—12:00 Tratamiento de las parálisis de las cuerdas vocales
Dr. Rolando del Rosal S.
- 12:00—12:30 Tumores poco frecuentes de la ríngea.
Dr. Pedro Andrade Pradillo
- 12:30—13:00 RECESO
- 13:00—13:30 Posibilidades terapéuticas actuales en carcinoma laríngea
Dr. Juan F. Sánchez Marle
- 13:30—14:00 Diagnóstico y tratamiento de quistes tiroglosos y branquiales.
Dr. Rolando del Rosal
- 14:00—16:00 RECESO
- 16:00—16:30 Disección de cuello
Dr. Andrés Delgado Falfari
- 16:30—17:00 Tratamiento quirúrgico de la glándula parótida
Dr. Juan F. Sánchez Marle
- 17:00—17:30 RECESO
- 17:30—18:00 Cáncer glótico
Dr. Ryan Chandler
- 18:00—18.30 El nódulo tiroideo y el otorrinolaringólogo
Dr. Ryan Chandler
- 18:30—19:00 Neoplasias malignas de la nariz y senos paranasales
Dr. Ryan Chandler

DOMINGO 1 DE MAYO DE 1988

- 9:00 — 9:30 Manejo quirúrgico de las estenosis laríngeas
Dr. Elías Curioca
- 9:30 — 10:00 Técnicas quirúrgicas en carcinoma laríngeo
Dr. Elías Curioca
- 10:00 — 10:30 Diagnóstico de la patología tiroidea
Dr. Elías Curioca
- 10:30 — 11:00 RECESO
- 11:00 — 11:30 Tumores de glándulas salivales y tratamiento quirúrgico de otras glándulas salivales
Dr. Ryan Chandler
- 11:30 — 12:00 Otitis externa maligna y osteomielitis de la base de cráneo
Dr. Ryan Chandler
- 12:00 — 12:30 Tratamiento quirúrgico de la patología tiroidea
Dr. Andrés Delgado
- 12:30 — 13:00 RECESO
- 13:00 — 14:00 Abordaje trans-septal trans-esfenoidal de la hipófisis
Dr. Ernesto Martínez Duhart
- 14:00 — 16:00 RECESO
- 16:00 — 17:00 Mesa redonda
Coordinador: Dr. Pedro Andrade Pradillo
Participantes
Dr. Elías Curioca
Dr. Ryan Chandler
Dr. Andrés Delgado
Dr. Rolando del Rosal
Dr. Masao Kume Omine
Dr. Juan Felipe Sánchez Marle

MAYO 2

- 9:00 — 10:00 SIMPOSIUM
Cirugía del paciente con vértigo
Coordinador: Dr. Guillermo Hernández Valencia

Participantes:

- Dr. Jorge Corvera Bernardelli
Dr. José de Jesús Espinosa Ruiz
Dr. Emilio García Ibáñez
Dr. Malcolm D. Graham
Dr. Antonio Soda Merhy
- 10:00 — 10:30 RECESO
- 10:30 — 11:45 Trabajos libres (4 Salones)
- 11:45 — 12:15 RECESO
- 12:15 — 13:30 MESA REDONDA
Cirugía de las estructuras naso-faciales
Coordinador: Dr. René Weffer A.
Participantes:
Dr. Foze Abud Neme
Dr. José R. Arrieta Gómez
Dr. Armando González Romero
Dr. Enrique Domínguez
Dr. Ivo Pitanguy
Dr. Robert Simons
- 13:30 — 14:00 RECESO
- 14:00 — 16:00 Talleres y minicursos
- 18:00 — 19:00 Sesión de negocios del Consejo Mexicano de ORL

MAYO 3

- 9:00 — 10:15 Mesa redonda
Interrelación en la patología de las vías respiratorias.
Coordinador: Dr. Eduardo de Gortari Gorostiza
Participantes:
Dr. Esteban Aizpuru
Dr. Guillermo Alatorre
Dr. Fernando Arcaute Velázquez
Dr. Miguel Luis Barrón
Dr. José Ganem
Dr. Miguel A. García García
- 10:15 — 10:45 RECESO
- 10:45 — 12:00 Trabajos libres (4 Salones)
- 12:00 — 12:30 RECESO
- 12:30 — 13:30 Simposium
Procedimientos audiológicos de diagnóstico

Coordinador: Dr. Armando Guillén Morales

Participantes:

Dra. Georgina Andrade de Lamadrid

Dr. Rafael Espinosa Ulloa

Dr. Sergio Decanini Tornessi

Dra. Araceli Gutiérrez de Velasco

Dr. Antonio Inzunza

13:30 – 14:00 RECESO

14:00 – 16:00 Talleres y minicursos

18:00 – 19:00 Conferencia: Sr. Santiago Genovés

MAYO 4

9:00 – 10:00 Simposium

Cirugía del nervio facial

Coordinador: Dr. Raúl Mereles del Valle

Participantes:

Dr. Miguel A. Arroyo Castelazo

Dr. Malcolm D. Graham

Dr. Fernando Guzmán Lozano

Dr. Francisco Pérez Olivares

10:00 – 10:15

10:15 – 11:00

11:00 – 11:30

11:30 – 12:30

12:30 – 13:30

13:30 – 14:00

14:00 – 14:30

14:30 – 16:00

21:00 hrs.

Dr. Guillermo Quiroz

Dr. Pelayo Vilar Puig

RECESO

Trabajos libres (4 Salones)

RECESO

Mesa redonda

Padecimientos laringológicos de manejo difícil

Coordinador: Dr. Fernando Romero Fernández

Participantes:

Dr. Luis E. Arámburu

Dr. Jorge Alvarez Balbás

Dr. Elías Curioca

Dr. Jaime Iñiguez

Dr. Masao Kume Omine

Dr. Severiano Tarasco Camino

Conferencia Magistral

Dr. Francisco Hernández Orozco

Entrega de premios y clausura del congreso

RECESO

Sesión de negocios de la SMORL y CCC

Cena-Baile

**XXXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA SMORL Y CCC
TALLERES Y MINICURSOS**

LUNES 2 DE MAYO DE 1988

	SALON 1	SALON 2	SALON 3
14:00—15:00 hrs.	Electronistagmografía Dra. Araceli Gutiérrez de Velasco. 1	Hipofisectomía transeptal trans-esfenoidal Dr. Ramiro del Valle 2	Rayo Laser en Otorrinolaringología Dr. Masao Kume Omine 3
	SALON 4	SALON 5	SALON 6
14:00—15:00 hrs.	Radiología otorrinolaringológica Dr. Fernando Couto 4	Metodología de la broncoscopia y laringoscopia en cuerpos extraños Dr. Jorge Díaz B. Dr. Rafael Rivera C. 5	*Colgajos para el manejo de defectos cervicofaciales Dr. J.R. Escajadillo 6
15:00—16:00 hrs.	Potenciales evocados del tallo cerebral y electroneuronografía. Dr. Armando Guillén M. 7	Manejo integral del hueso temporal en laboratorio. Dr. Jorge Barrera I. 8	Implantes cocleares Dr. Ernesto Deutsch Dr. Víctor Reynoso 9
15:00—16:00 hrs.	*Disección funcional de cuello. Dr. Luis E. Arámburo 10	Manejo del paciente alérgico desde el punto de vista ORL. Dr. Roberto Dávalos Dr. Isaac Shubich 11	*Actualidades en el manejo de la otoesclerosis. Dr. Jorge Corvera B. 12

MARTES 3 DE MAYO DE 1988

14:00—15:00 hrs.	Manejo de tejidos blandos (I) Dr. Héctor de la Garza 13	Laberintectomía transmastoides con neurectomía vestibular. Dr. G. Hdz. Valencia 15	Derivación del saco endolinfático. Dr. A. Soda Merhy 16
14:00—15:00 hrs.	*Ritidectomía Dr. Robert Simons 17	Cirugía ortognática Dr. José L. Molina Dr. Gabriel Terán 18	*Estenosis sub-glótica Dr. Elías Curioca Dr. Andrés Delgado 19
15:00—16:00 hrs.	Manejo de tejidos blandos (II) Dr. Héctor de la Garza 13'	Disección de base de cráneo. Dr. Modesto Mares 20	Impedanciometría Dr. Rafael Espinosa Ulloa 21
15:00—16:00 hrs.	*Blefaroplastía Dr. Samuel Rosete 22	Casos problema en otología. Dr. P. Vilar Puig 23	Cirugía del contorno facial. Dr. A. González Romero 24

SUJETO A CAMBIOS



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:

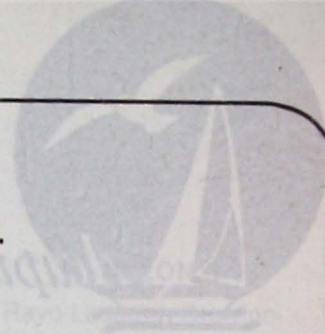
SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

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

**DR. VICTOR E. VERA MARTÍNEZ
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

Rinitis alérgica...

Rynacrom*

(Cromoglicato de Sodio B.P.)

Rápida acción

Desde las primeras dosis,
Rynacrom* proporciona
alivio de los síntomas

- Rinorrea
- Congestión

Seguridad

No provoca
los efectos secundarios
que comúnmente
se asocian al uso de
los antihistamínicos
(sedación) o
corticoesteroides
(efectos de rebote)

Indicaciones: Rinitis Alérgica. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. No se administre durante el embarazo, ni a niños menores de 6 años. **Reacciones Secundarias:** Efectos irritativos locales moderados y eventuales; Irritación laríngea, náusea, vómito y cefálea. **Vía de Administración:** Nasal. **Dosis:** Una o dos aplicaciones en cada narina 3 a 6 veces al día. **Presentación:** Frasco con 17.5 ml. de Cromoglicato de Sodio, al 2%. **Formula:** Cada 100 ml. de Solución contienen: Cromoglicato de Sodio 2,000 G. Vehículo c.b.p. 100 ml. **Forma de Administración:** Previo aseo nasal, aplicar el spray. Continuar el tratamiento aún cuando los síntomas hayan desaparecido. Retirarlo gradualmente durante una semana.

1.- Data on file, Fisons Corporation. From perennial allergic rhinitis trial by Wittig HJ, with Cohan RH, Bloom FI, Rhoades RB, et al.

Su venta requiere receta médica

Literatura exclusiva para médicos

Reg. No. 202M87 S.S.A.

* Marca Registrada

I. Méd. NKE-1945/J

FISONS

FISONS DE MEXICO, S.A. de C.V.
Calz. de las Armas 110
Tlalnepantla, Edo. de México.

Nuestro instrumental está especialmente pensado para

Otología

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

Rinología

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

Laringología

Microscopia y Microcirugía endolaríngea
Microcirugía del cavum

Material diverso

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

Mod. Dr. J. Prades

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



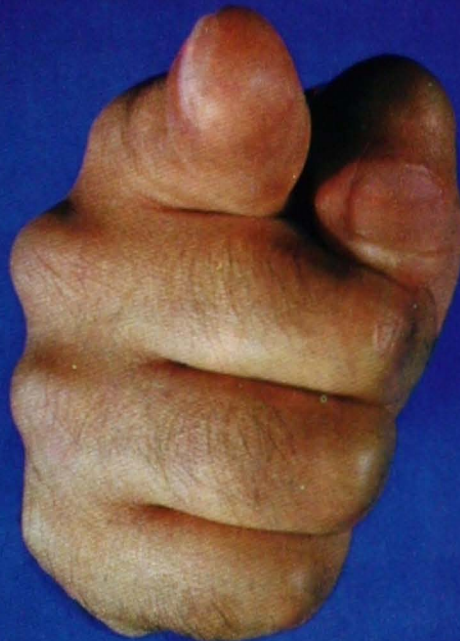
MANUFACTURAS DOMINGO

MATERIAL QUIRURGICO INSTRUMENTAL PARA MICROCIURUGIA

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

Doctor:

prescribir antibióticos es facultad
exclusiva de Usted



en infecciones respiratorias

Omnipén

Cápsulas 250 mg
500 mg

Suspensión 125 mg
250 mg

Inyectable 250 mg
500 mg
1 g

la ampicilina de prescripción

por su eficacia y mejor perfil de seguridad

- amigdalitis
- otitis
- faringitis
- bronquitis

Dosificación:

Niños: de 50 a 200 mg/kg día
en dosis iguales c/6 horas.

Adultos: de 500 mg a 1 g c/6 horas.

Estas dosis pueden aumentar en casos necesarios

Formula: Omnipén Oral es una ampicilina entérica; Omnipén Inyectable es ampicilina sódica.

Presentaciones: Cápsulas de 250 mg y 500 mg; polvo para suspensión oral, en frascos para 125 mg y 250 mg por cada 5 ml; frascos ampola acompañados con ampollita solvente, para inyecciones de 250 mg, 500 mg y 1 g.

Contraindicaciones: Historia de hipersensibilidad a la penicilina.

Reacciones Secundarias: Puede presentarse urticaria, prurito, eritema multiforme, dermatitis, por la vía oral: glomerulonefritis, estomatitis, náuseas, vómito y diarrea. "Eosinofilia, fiebre angioedema, choque anafiláctico, elevación de transaminasa glutámica, oxalacética y pirúvica, colitis pseudomembranosa".

1. No existe en el mercado penicilina que no ofrezca peligros.
2. La sensibilidad de cada persona al medicamento es el factor desencadenante de reacciones alérgicas leves o graves.
3. La penicilina siendo inofensiva para la mayoría de los pacientes en otros resulta altamente perjudicial por lo que, solamente el médico basándose en su experiencia y las reacciones anteriores de las personas, por el uso del medicamento, determinará si debe o no ser usada.

4. La penicilina es un medicamento útil dentro de la terapéutica actual y su prescripción y uso quedará 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 la vía intramuscular. Podrá utilizarse asimismo otros recursos cuando el médico así lo estime pertinente tales como antihistamínicos, esteroides y otros.

Wyeth



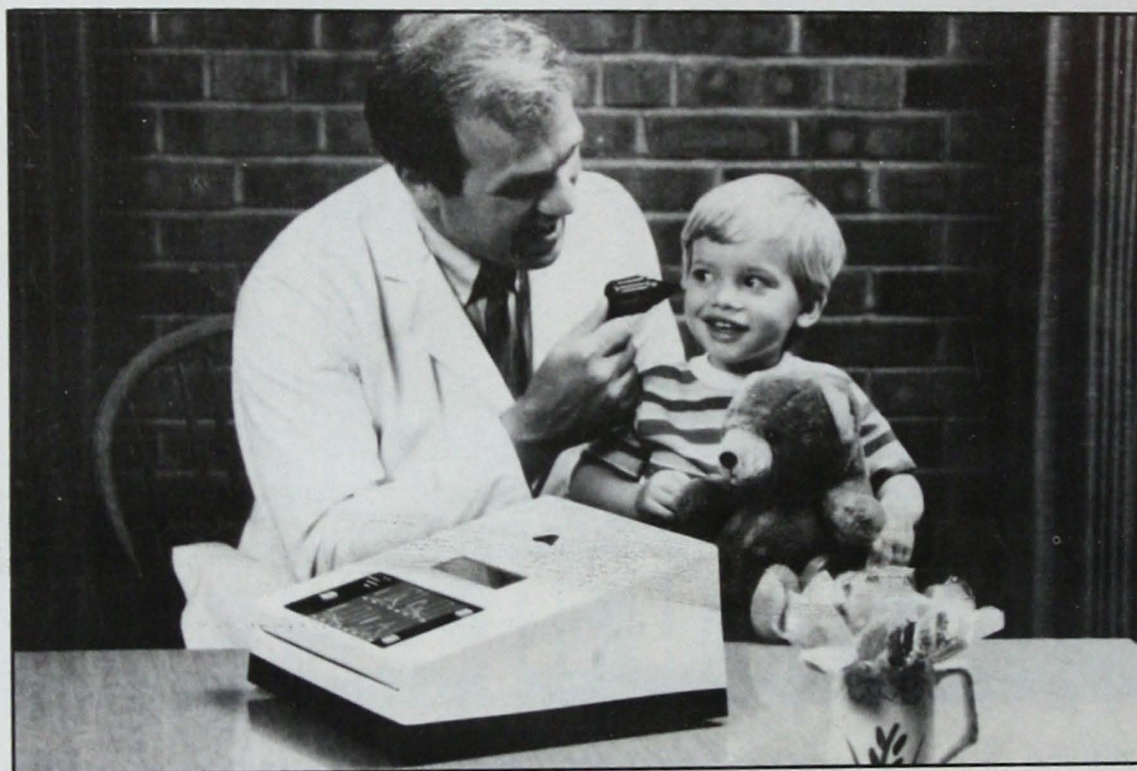
Wyeth, S.A. de C.V.
Av. Poniente 134 No. 740
02300 México, D.F. Tel. 567-0755

Omnipén es una marca registrada.
Reg. Nos. 73521, 73741, 73788 S.S.A.
Literatura exclusiva para médicos.

Su venta requiere receta médica.
Este producto deberá usarse bajo estricto control médico.
I. Méd. NIE-1530/J 4-IX-87
OM-147-AR-87

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

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

 **TELEDYNE AVIONICS**
Medical Products

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

Referencias bibliográficas
de prestigio, aunadas a su valiosa
experiencia clínica

Avalan las
ventajas de

Pen-Vi-K

fenoximetil
penicilina K

para tratar con
eficacia, las
faringoamigdalitis
estreptococcicas



Dosis:

Una cucharadita de 5 ml (200,000 U.) o una tableta (400,000 U.) cada 6 horas, erradican el estreptococo de la garganta en 48 a 96 horas. La terapia debe continuar por 10 días.¹

Fórmula:

Cada tableta contiene:

Penicilina V. Potásica

Excipiente c b p

Fórmula Suspensión:

El frasco con polvo contiene:

Penicilina V. Potásica

Excipiente. c b p

Hecha la mezcla el volumen total es de 90 ml

Cada cucharadita de 5 ml contiene:

El equivalente a 200,000 U. de Penicilina V. Potásica

Contraindicaciones: Historia de Hipersensibilidad a la penicilina

Reacciones secundarias: erupciones cutáneas (dermatitis), urticarias y otras reacciones de eritema del suero, edema laríngeo, anafilaxis.

Precauciones: No exceder las dosis de adultos en los niños pequeños

Usese con precaución en individuos con historia de alergia o asma.

Referencias:

1) Goodman L. J. y Gilman, A. "Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica"
5a Edición Mac. Millan Pub. Co. Nueva York, 1975. P. 1151

400 000 U
380 mg

3,600 000 U
42 g

1o. No existe en el mercado penicilina que no ofrezca peligros

2o. La sensibilidad de cada persona al medicamento es el factor desencadenante de reacciones alérgicas, leves o graves.

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

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

5o. En el caso de que se presenten accidentes, por Penicilina, se recomienda la aplicación inmediata de adrenalina al milésimo, por la vía intramuscular.

Podrán utilizarse asimismo otros recursos cuando el médico así lo estime pertinente tales como antihistamínicos, esteroides y otros.

**Wyeth
Vales**

Pen-Vi-K es una marca registrada
Regs. Nos. 52971, 51004 S.S.A.
Av. Poniente 134 No. 740
02300 México, D.F. Tel. 567-0755




Literatura exclusiva para médicos
Su venta requiere receta médica
P-Vi-K-92-C-1-4-87 NCE-852/J



Mucosolvan®

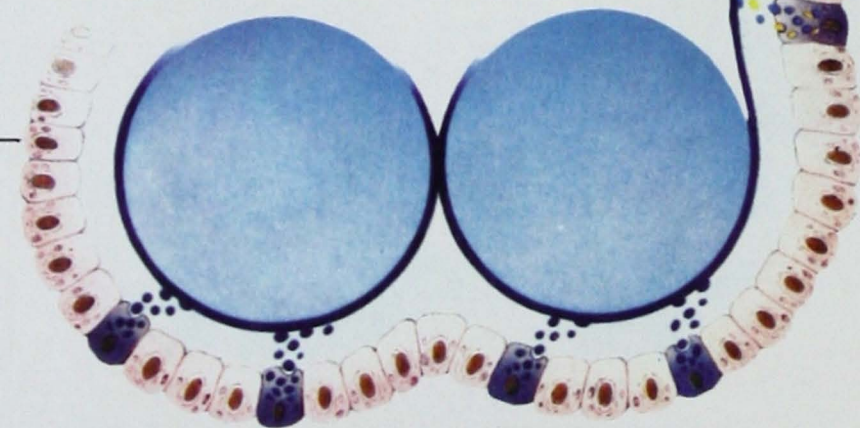
En bronquitis aguda y crónica. . .

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

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

FORMULAS

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

ADMINISTRACION Y DOSIS

MUCOSOLVAN® SOLUCION: 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® SOLUCION INYECTABLE: Mayores de 12 años y adultos: 1 ampolleta I.M. o I.V. cada 8 horas. Niños menores de 2 años: ½ ampolleta cada 12 horas I.M. o I.V. Niños de 2 a 5 años: ½ ampolleta cada 8 horas I.M. o I.V. Niños mayores de 5 años: 1 ampolleta cada 8 a 12 horas I.M. o I.V. Al inicio del tratamiento puede duplicarse la dosis mencionada. La dosis pediátrica es de 1.2 a 1.6 mg/kg/día.

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES

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

REACCIONES SECUNDARIAS

Trastornos Gastrointestinales como diarrea, náuseas y 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 son compatibles como: Cefoxitina, Gentamicina, Tobramicina, Sisomicina, Amikacina, Kanamicina, Tienfenitilacil y Carbencilina.

PRESENTACIONES

Solución con 120 ml. Comprimidos con 20. Solución Inyectable: Caja con 10 ampolletas de 2 ml. Vía de Administración: Oral, I.M. o I.V. Su venta requiere receta médica. 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.

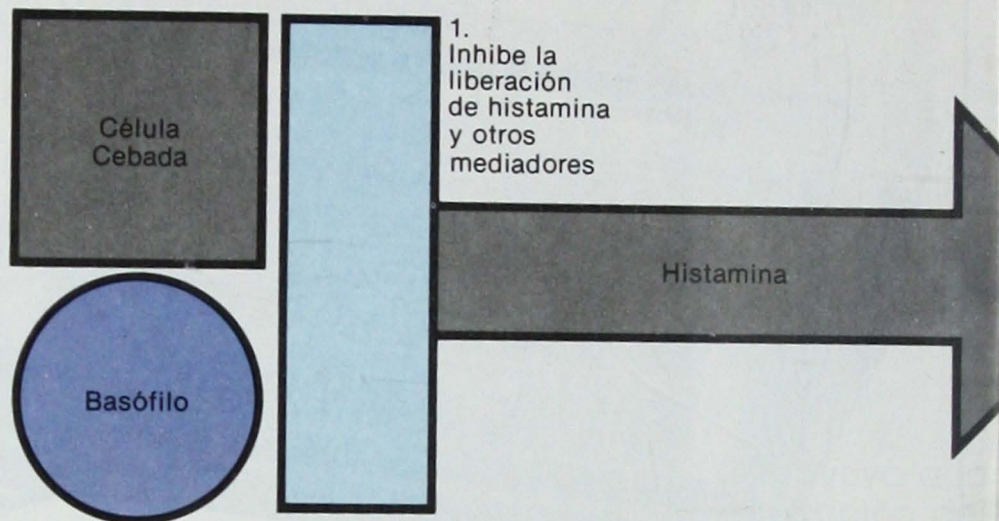
MA-40

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:

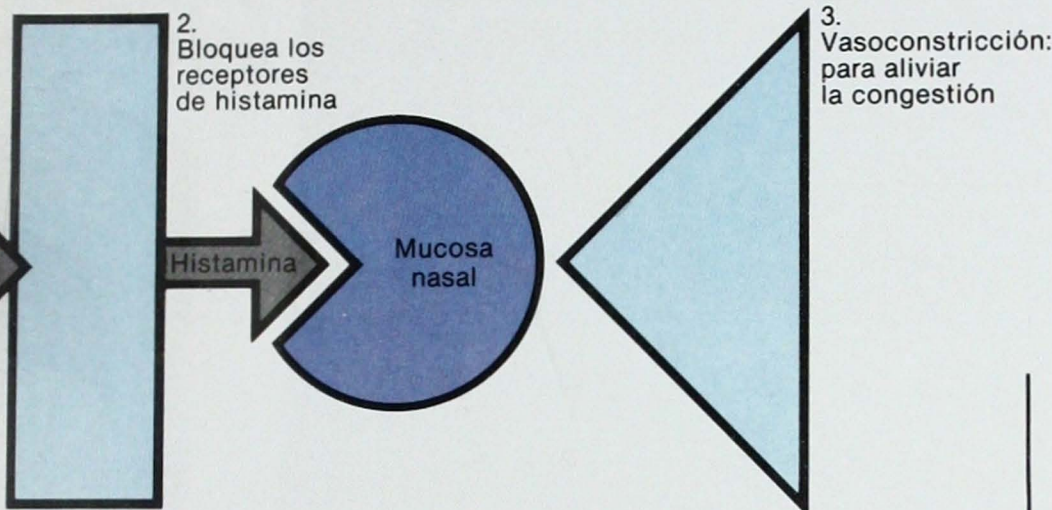
- 1.- G. Weippl M.D. and E. H. Mauracher, M.D. The use of Azatadine Maleate-Pseudoephedrine sulfate in Relieving symptoms of Allergic Rhinitis. Current therapeutic research Vol. 32, No. 5 Nov. 1982
- 2.- Nachrino R.M., Meler, H.L., Kagey-Sobotka, A., Norman, P.S. y Lichtenstein: In vivo Model for the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

NUEVO

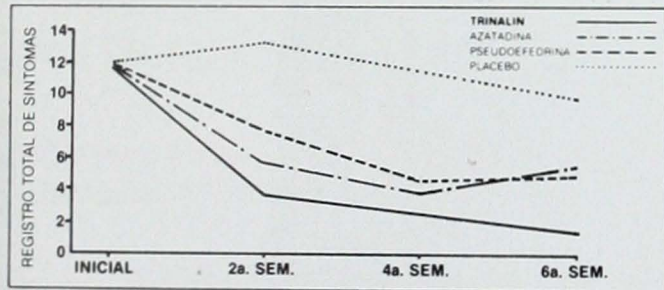
TRINALIN^{MR}

REPETABS^{MR}
JARABE

(Maleato de azatadina y sulfato de pseudoefedrina)



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 antiserotónica y anticolinérgica.

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 ADMINISTRACION. 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 espasmo 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 piloroduodenal, 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.

PRESENTACION:

TRINALIN REPETABS: Caja con 15 grageas
TRINALIN JARABE: Frasco con 60ml

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 MB7 S.S.A.

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

Ave 23587-TRN

Scheramex

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

NUEVO

Lampicin*

Lampicin:

Formula:
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 Sodica.

Descripción:
LAMPICIN* 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, laringitis, bronquitis, neumonías, etc.

Infecciones del aparato digestivo: Disentería 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.

Reacciones Secundarias:
Al igual que con todos los antibióticos, pueden presentarse reacciones alérgicas de distinta magnitud, que se manifiestan principalmente por erupciones cutáneas y en raras ocasiones náusea, vómito, diarrea, eosinofilia, fiebre, angioedema, choque anafiláctico, elevación de las transaminasas, glutámico oxalacético y TGP.

Posología:
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: 500 a 1000 mg cada 6 horas. En fiebre tifoidea 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 y en infecciones de vías urinarias bajas, 6 días como mínimo.

Dosis ponderal: 100-300 mg/kg pesos/día, repartidos en cuatro tomas (cada 6 horas).

En casos graves, las posologías pueden duplicarse sin riesgo. LAMPICIN* 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 de 125 mg/5 ml

Frasco para 60 ml de suspensión de 250 mg/5 ml

Frasco para 60 ml de suspensión de 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

Regs. Nos. 80281, 80431 y 80441, S.S.A.

Hecho en México por

Farmacéuticos Lakeside, S.A. de C.V.

Via Lic. Isidro Fabela No. 1536 Nte.

50030 Toluca de Lerdo, Mex.

* Marcas Registradas

LAM 287 - I Med. NBE-286 J

Su venta requiere receta médica.

Literatura exclusiva para médicos.

La

ampicilina

Lakeside*

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

* British National Formulary 1984

10
TABLETAS

PENGLLOBE

**OTITIS
LARINGITIS
FARINGITIS
BRONQUITIS**

y todas las demás infecciones
sensibles a la ampicilina

LA PRODRUGA
5 **DIAS**

DE
TRATAMIENTO
POR CAJA

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

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

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

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

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

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

CONTRAINDICACIONES. Hipersensibilidad a las penicilinas y a las cefalosporinas.

EFFECTOS SECUNDARIOS. Al usar cualquier ampicilina pueden presentarse reacciones alérgicas como: erupciones en piel, urticaria o prurito, eosinofilia, fiebre, 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
MEXICO SUECIA

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

sin inflamación
sin fiebre



Keduril

INFORMACION DE PRESCRIPCIÓN. FÓRMULA: cada gragea contiene: 100 mg de Ketoprofen sódico. Excipiente c. b. p. 1 gragea. **INDICACIONES:** en enfermedades inflamatorias de las vías respiratorias como amigalitis, faringitis, bronquitis asociado al tratamiento etiológico, en otorrinolaringología como: amigdalectomías, otitis media, sinusitis y en general en todos los procesos inflamatorios, dolores o febriles. En traumatología: fracturas, contusiones, esguinces, luxaciones. En ginecología: dismenorrea, anexitis, cervicitis. En cirugía: en el postoperatorio de amigdalectomías, rinoplastias, episiotomías. **CONTRAINDICACIONES:** aunque las pruebas teratológicas han sido satisfactorias, se aconseja no utilizarlo en la primera fase del embarazo, la lactancia y en niños menores de 12 años. **REACCIONES SECUNDARIAS:** KEDURIL es bien tolerado, sin embargo, ocasionalmente pudieran presentarse gastralgias de tipo ardoroso, náuseas y vómito. **PRECAUCIONES:** se recomienda precaución ante la presencia de antecedentes digestivos como: úlcera gastroduodenal, gastroscías y portadores de hernia hiatal. **BI-BLIOGRAFÍA:** A solicitud del médico.

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. Reg. No. 169482 S.S.A. I. 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 Nº 50
APARTADO POSTAL 19-539
C P 03730 MÉXICO, 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.

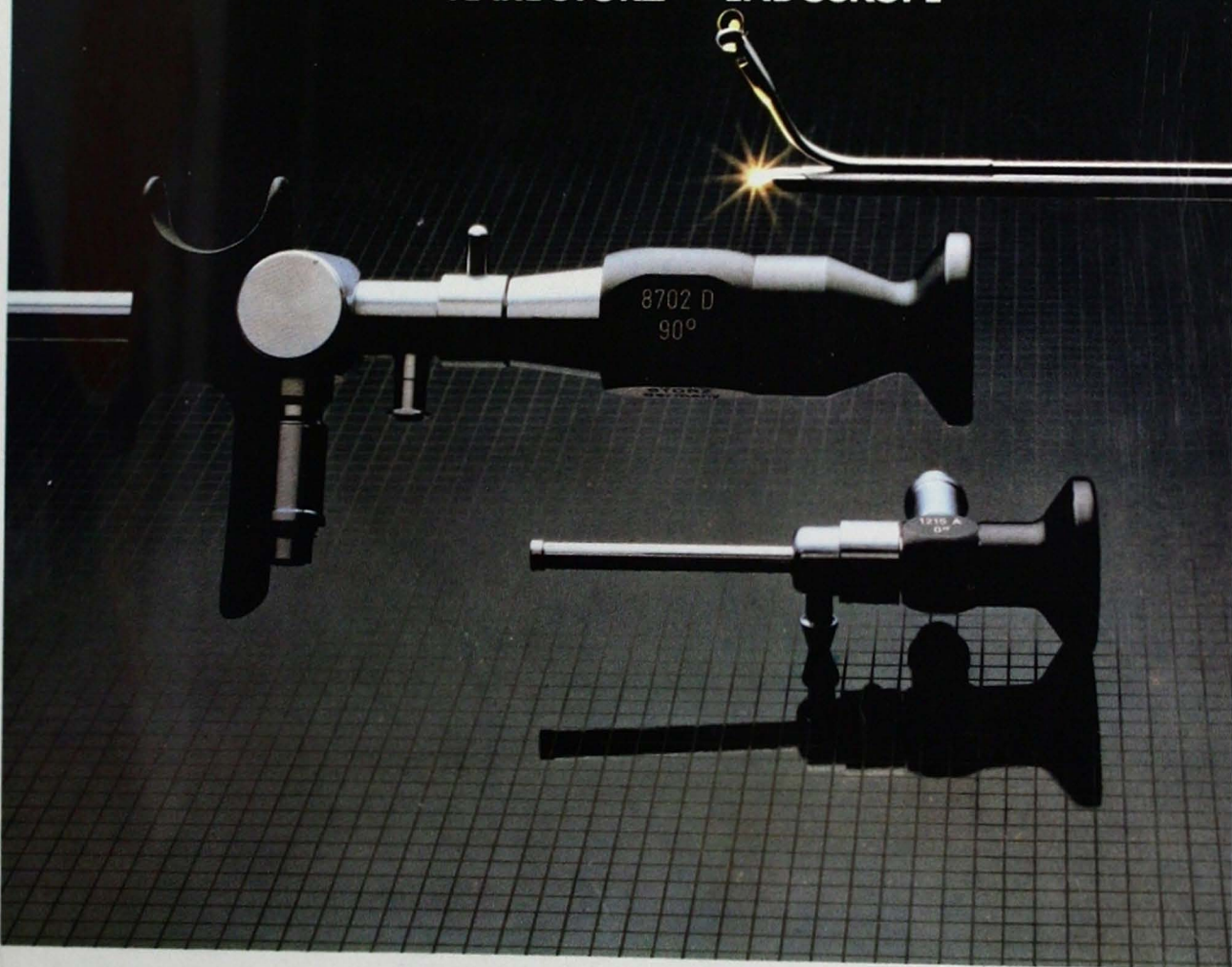
En nuestros instrumentos y nuestros servicios, **la calidad nos define.** Así es como nosotros lo vemos. **Trate de verlo de nuestra forma.**

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 4210837
Within California 800 252 2068

Karl Storz Endoscopia Latino America
815 N. W. 57 Av., Suite No. 342
Miami, Florida 33126
Phone: KSLA (305) 262-8980
Telex: 5106016506
Telefax: (305) 262-8986

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE





DEWIMED, S.A.

INSTRUMENTAL PARA MICROCIROUGIA
Y
EQUIPO MEDICO



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

Clásicos con Futuro

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



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

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



**Variotherm, el aparato
térmico de
excitación para el
diagnóstico vestibular**

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

**Endostroboscopio, para el
diagnóstico de la laringe.**



INSTRUMENTAL QUIRURGICO



MICROSCOPIOS PARA MICROCIROUGIA



MICROCIROUGIA Y PROTESIS



ENDOSCOPIA